

**CUIDADOS DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIS A IMIGRANTES
NA REGIÃO DO GRANDE PORTO:
PERCURSOS, DISCURSOS E PRÁTICAS**

JOANA TOPA



REPÚBLICA
PORTUGUESA



ACM
ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES



OM
OBSERVATÓRIO
DAS MIGRAÇÕES

**CUIDADOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIS
A IMIGRANTES NA REGIÃO DO GRANDE PORTO:
Percursos, Discursos e Práticas**

Joana Topa

Biblioteca Nacional de Portugal - Catalogação na Publicação

TOPA, Joana

Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na Região do Grande Porto - (Teses; 47)

ISBN 978-989-689-082-1

CDU 316

PROMOTOR
OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES
www.om.acm.gov.pt

AUTORA
Joana Topa
jtopa@ismai.pt

EDIÇÃO
ALTO-COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES (ACM, I.P.)
RUA ÁLVARO COUTINHO, 14, 1150-025 LISBOA
TELEFONE: (00351) 21 810 61 00 FAX: (00351) 21 810 61 17
E-MAIL: om@acm.gov.pt

EXECUÇÃO GRÁFICA
CMVA print

ISBN
978-989-685-082-1

LISBOA, DEZEMBRO 2016

Tese de Doutoramento em Psicologia,
Especialidade Psicologia Social

Autora: Joana Topa

Orientadoras científicas:

Professora Doutora Conceição Nogueira,

Professora Doutora Sofia Neves,

Universidade do Minho

2013

ÍNDICE

PREFÁCIO	09
NOTA PRÉVIA	11
RESUMO	13
ABSTRACT	15
INTRODUÇÃO	17
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO: ALICERCES PARA A COMPREENSÃO DE UM FENÓMENO MULTIDETERMINADO	23
CAPÍTULO I - FLUXOS MIGRATÓRIOS FEMININOS NA ATUALIDADE: HISTÓRIA, REALIDADES E CAMINHOS	23
1. DINÂMICAS E PROCESSOS MIGRATÓRIOS NO MUNDO E EM PORTUGAL	23
2. A IMIGRAÇÃO FEMININA EM PORTUGAL: QUE REALIDADE(S)?	29
2.1 Mulheres como protagonistas (in)visíveis dos processos migratórios	33
CAPÍTULO II - IMIGRAÇÕES E SAÚDE	44
1. TEORIAS EXPLICATIVAS E SUAS REPERCUSSÕES NAS PRÁTICAS DE CUIDADO	44
2. AS IMPLICAÇÕES DAS IMIGRAÇÕES NA SAÚDE DOS INDIVÍDUOS	48
2.1 Evidências empíricas	57
3. SAÚDE DAS MULHERES IMIGRANTES	64
3.1 Saúde materna das mulheres imigrantes	71
4. AS POLÍTICAS MIGRATÓRIAS VIGENTES EM PORTUGAL	85
4.1 As políticas de saúde	92
CAPÍTULO III - INTERSECCIONALIDADE, MIGRAÇÕES E SAÚDE	109
1. A TEORIA DA INTERSECCIONALIDADE	101
2. INTERSECCIONALIDADE E IMIGRAÇÃO FEMININA	109
3. INTERSECCIONALIDADE E SAÚDE MATERNA DE MULHERES IMIGRANTES	115

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA:	
INCURSÕES NUMA REALIDADE SILENCIADA	128
CAPÍTULO IV - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	128
1. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO E SEUS OBJETIVOS	128
2. OS EIXOS CONCEPTUAIS DELINEADORES DA INVESTIGAÇÃO	130
3. OPÇÕES METODOLÓGICAS	130
3.1 Metodologias qualitativas	130
3.1.1 Método de recolha de dados	133
3.1.2 Análise dos dados: a análise temática	134
CAPÍTULO V - ESTUDO 1- DISCURSOS, PERCEÇÕES E VIVÊNCIAS DE MULHERES IMIGRANTES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	138
1. OBJETIVOS	138
2. PERGUNTAS DE PARTIDA	138
3. PARTICIPANTES	139
4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	142
5. PROCEDIMENTOS	143
6. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	146
6.1 Movimentações na diáspora	146
6.2 Cuidados de Saúde Materna: facilidades e constrangimentos	159
7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	186
8. CONCLUSÕES	196
CAPÍTULO VI - ESTUDO 2- O OUTRO LADO DO CENÁRIO: DISCURSOS, PERSPETIVAS E VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	205
1. OBJETIVOS	205
2. PERGUNTAS DE PARTIDA	206
3. PARTICIPANTES	207
4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	207
5. PROCEDIMENTOS	208
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	
6.1 Conhecimento, constrangimentos e práticas face aos cuidados de saúde na população imigrante grávida	209
7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	228
8. CONCLUSÕES	231

REFLEXÕES FINAIS 238

BIBLIOGRAFIA 253

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Contraste entre o paradigma interseccional e a biomedicina	123
Quadro 2 – Fases da análise temática	135
Quadro 3 – Caracterização das participantes do estudo 1	140
Quadro 4 – Fases de elaboração do protocolo de entrevista do estudo 1	144
Quadro 5 – Temas e subtemas do estudo 1	147
Quadro 6 – Caracterização das/os profissionais de saúde do estudo 2	206
Quadro 7 – Tema e subtemas do estudo 2	209

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa conceptual dos determinantes em saúde e da utilização de cuidados de saúde	050
Figura 2 – Modelo conceptual de estruturas de poder: heterossexismo, patriarcado, supremacia racial, consumismo, capitalismo	111

SIGLAS

- ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
AMI – Assistência Médica Internacional
ARS – Administração Regional de Saúde
CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women
CEE – Comunidade Económica Europeia
CITE – Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego
CLAII – Centros Locais de Apoio ao/à Imigrante
CNAI – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante
CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
DGS – Direção Geral de Saúde
DRS – Direção Regional de Saúde
FRA – European Union Agency for Fundamental Rights
HIV – Vírus da imunodeficiência humana
HCHC – House of Commons Health Committee
INE – Instituto Nacional de Estatística
IOM – Organização Internacional das Migrações

IPPF – Federação Internacional de Planeamento Familiar
IST – Infecções Sexualmente Transmitidas
MFH – Migrants-Friendly Hospitals
MGF – Mutilação Genital Feminina
MIPEX III – Índice das Políticas de Integração
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
OECD – Organization for Economic Co-operation and Development
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PADE – Programa de Apoio a Doentes Estrangeiras/os
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PII – Plano para a Integração dos/as Imigrantes
SAP – Serviços de Atendimento Permanente
SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SOAR – State of the Art Report
UCIEN – Unidade de cuidados intensivos e especiais neonatais
UE – União Europeia
UN – Nações Unidas
UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organizations
UNFPA – United Nations Populations Found
UNIFEM – United Nations Development Fund for Women
WHRN – Women’s Health Research Network

PREFÁCIO

A escrita de um prefácio é um exercício de imensa responsabilidade. Supõe-se que seja esta a antecâmara de uma leitura que há-de ser iniciada e, nessa medida, que prepare o/a leitor/a para o que virá a seguir, motivando-o/a, ou não, a continuar.

Assumindo o risco de não conseguir, neste prefácio, fazer jus à importância desta obra magnífica, é com muito agrado que o faço, na sequência do honroso convite que a Joana Topa me endereçou.

Este livro tem várias histórias. As histórias que conta e as histórias que ficam por contar. Vou falar primeiro, de modo breve, das últimas, que têm que ver com o processo que antecede a concretização do próprio livro e que começa quando a Joana, na altura aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia (ISMAI), toma a decisão de escolher como objeto de estudo, para a realização da sua dissertação, as questões migratórias em Portugal, analisando-as a partir de uma perspetiva de género. Consciente da importância de estudar as realidades das mulheres imigrantes e de lhes dar voz, ouvindo as suas narrativas na primeira pessoa, a Joana concluiu em 2009 o seu estudo “Ser mulher, ser imigrante: emergência de novas identidades femininas”, a pedra de toque do que viria a ser o seu doutoramento em Psicologia Social, que defendeu na Universidade do Minho, em 2013. Tive a honra e o privilégio de a acompanhar nestas duas fases do seu percurso, como orientadora, testemunhando de perto o seu crescimento como investigadora, como psicóloga e como pessoa, à medida que se ia confrontando com as desigualdades que a pertença a grupos socialmente estigmatizados ou marginalizados pode provocar na vida concreta do dia a dia.

Nos últimos anos, o investimento e o compromisso no que respeita à investigação no domínio das Migrações e do Género têm-se traduzido numa vontade, cada vez mais apurada, da Joana pensar criticamente sobre as vulnerabilidades e as potencialidades de se ser mulher imigrante, naquilo que esta condição tem de diverso e múltiplo, no sentido de contribuir para um maior e melhor conhecimento sobre as suas vivências.

Este livro, que em boa hora o Alto Comissariado para as Migrações decidiu publicar, é uma versão reduzida da tese de doutoramento da Joana. Neste trabalho pioneiro, a autora propõe-se escrutinar a qualidade e a eficácia dos cuidados materno-infantis prestados no país pelo Serviço Nacional de Saúde a mulheres imigrantes de nacionalidade brasileira, cabo-verdiana e ucraniana, tomando como referência os seus

discursos, bem como os discursos de profissionais de saúde. Trata-se de uma obra de suma relevância académica e social por vários motivos, dos quais destaco apenas algumas. O livro retrata, de forma exaustiva e rigorosa, o estado da arte em matéria de Género, Saúde e Migrações, passando em revista políticas e medidas nacionais e internacionais. Isto faz dele não apenas um instrumento de trabalho para quem faz investigação, como também para quem desenvolve intervenção na área. Por outro lado, o livro pontua as lacunas de um sistema de saúde que se diz universal e para todos/as, contando as histórias de quem as experiencia e, ao mesmo tempo, de quem personifica o sistema, permitindo que mulheres imigrantes e profissionais de saúde falem sobre experiências partilhadas que raramente são analisadas enquanto tal. Ao fazê-lo, o livro identifica perspetivas de mudança e de otimização de serviços e de recursos, deixando pistas de reflexão preciosas sobre o que é necessário fazer para tornar melhores e mais eficazes os cuidados materno-infantis prestados por Portugal às mulheres imigrantes.

Do ponto de vista da sua relevância social, saliento ainda o facto deste livro ser mais um grito de alerta a juntar a outros que têm na sua base uma preocupação comum: a salvaguarda dos direitos das pessoas imigrantes.

Termino este prefácio com um desejo. Que este seja o primeiro de muitos livros da Joana.

Fevereiro de 2017
Sofia Neves, Universidade do Minho

NOTA PRÉVIA

Este livro é o resultado da tese com provas públicas em novembro de 2013 na Universidade do Minho para obtenção do grau de doutoramento em Psicologia, especialidade Psicologia Social. Foram introduzidas algumas alterações ao texto original, designadamente a eliminação dos anexos metodológicos, por se entender que esta obra se destina a um público mais alargado e por a tese original poder ser consultada no Repositório da Universidade do Minho.

Neste trabalho analisam-se e questionam-se criticamente os discursos e práticas impostas num determinado tempo social a mulheres imigrantes de nacionalidade brasileira, cabo-verdiana e ucraniana e a profissionais de saúde no contexto dos cuidados materno-infantis.

Ficaria esta nota prévia muito incompleta se não partilhasse um pouco mais da história de construção deste trabalho. Este trabalho nasceu de um sonho esboçado num percurso académico, associativo e de investigação voltado para a área das migrações femininas.

A sua construção, apesar de aparentemente solitária, passou por um caminho partilhado entre várias pessoas a quem devo e expresso o meu profundo agradecimento e reconhecimento.

Começo com um agradecimento especial a todas as mulheres imigrantes, médicas/os e enfermeiras/os que aceitaram participar na investigação e que contribuíram decisivamente para a concretização deste trabalho. Espero fazer jus com este trabalho às memórias dos vossos discursos e desafios que nele ficam impressos.

À Professora Doutora Maria Conceição Nogueira e à Professora Doutora Sofia Neves, orientadoras científicas, pela aprendizagem, apoio, motivação, disponibilidade, presença e humanismo científico que foram alicerces fundamentais e cruciais para o desenvolvimento do meu projeto e que ultrapassaram os muros académicos.

À Escola de Psicologia da Universidade do Minho, por facultar todas os recursos necessários para a concretização deste trabalho, ao grupo de doutorandas e doutorandos com as/os quais tive o prazer de contactar e que se dispuseram a “escutar” o meu trabalho, a trocar impressões e a fazer reflexões conjuntas e que em muito contribuíram para o esboçar da minha tese.

A todas as instituições e técnicas/os que me permitiram e ajudaram no desenvolvimento desta investigação. Um especial agradecimento às técnicas do gabinete de saúde do CNAI de Lisboa e à técnica da ação social do CNAI do Porto por me terem ajudado a compreender os contornos das realidades de mulheres imigrantes dentro dos cuidados de saúde portugueses. Às Associações de Imigrantes que gentilmente nos ofereceram ajuda no sentido de potencializar a investigação facultando, por um lado, dados sobre as vivências e problemáticas de mulheres imigrantes nos contextos de saúde, e por outro, fazendo a divulgação do estudo pelas suas associadas, permitindo deste modo o estabelecimento de um contacto direto com estas mulheres (e.g., Associação Pontos nos l's; Associação Mais Brasil, Associação Amizade e Kalina), à ARS-Norte por ter permitido o desenvolvimento deste trabalho com os/as seus/suas funcionários/as, à Diretora do ACES Gaia pela autorização dada para a realização das entrevistas e pela gentileza em nos ajudar a tornar mais célere o processo de recolha de dados.

Às/aos membros do júri Doutor António Manuel Marques, Doutora Joana Terelho de Miranda, Doutor Nuno Santos Carneiro, Doutora Luísa Saavedra Almeida, Doutora Maria do Céu Taveira Cunha que teceram comentários valiosos que me permitiram ir mais além na reflexão e na descoberta de novos caminhos aprofundamento e de investigação.

À minha família por me ter apoiado na concretização de um horizonte nunca antes pensado. A ti, mãe por pensar que este objetivo te possa fazer esboçar, onde quer que estejas, um sorriso de orgulho. A ti, pai por acreditares sempre, por me incentivares a não desistir de nada, por estares sempre por perto em todos os momentos.

Por um fim um agradecimento especial ao Gustavo pelo seu apoio incondicional, às/aos amigas/os, colegas de trabalho, conhecidas/os e rede social de contacto que me auxiliaram e encorajaram em todo o processo ao longo destes anos e a quem muito agracio. A vossa companhia e apoio constante neste duro percurso esboçam e sublinham a minha conceção de AMIZADE e de AMOR.

Espero este trabalho seja um contributo útil para os/as seus/suas futuros/as leitores/as.

RESUMO

Num mundo em progressiva movimentação, com sociedades cada vez mais diversificadas, o número de mulheres a viver a maternidade em contexto multicultural e migratório é, nos dias de hoje, uma realidade com uma expressão reconhecida, tanto a nível mundial como nacional. Todavia, o conhecimento em torno da qualidade e da eficácia do acesso dos/as imigrantes aos cuidados de saúde, especialmente no que respeita às mulheres imigrantes, é ainda escasso em Portugal (Fonseca, Silva, Esteves & McGarrigle, 2007).

Os estudos sugerem que as mulheres migrantes se deparam com enormes desafios no que à questão da acessibilidade aos cuidados de saúde diz respeito. As dificuldades parecem intensificar-se durante a gravidez e a maternidade, períodos de maior vulnerabilidade à doença e ao risco, para elas e para as/os suas/seus descendentes.

Face a este cenário, a presente dissertação tem por objetivo principal analisar e caracterizar os cuidados materno-infantis prestados à população imigrante residente em Portugal. Situada em pressupostos teóricos e epistemológicos críticos oferecidos pelo construcionismo social, a presente investigação, de natureza qualitativa, compreendeu a realização de dois estudos empíricos. O estudo 1, pretendeu caracterizar os discursos, percepções e vivências de trinta mulheres de nacionalidade cabo-verdiana, brasileira e ucraniana nos cuidados de saúde materno-infantis em Portugal. O estudo 2, pretendeu contribuir para um melhor conhecimento sobre o acesso e capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde e suas/seus profissionais à procura de cuidados por mulheres imigrantes grávidas residentes em Portugal bem como pretendeu caracterizar os discursos de catorze profissionais de saúde sobre os cuidados específicos preconizados às mulheres imigrantes durante o período de gravidez, parto e puerpério.

No estudo 1 através da análise temática efetuada foram identificados dois temas-*movimentações na diáspora e cuidados de saúde materna: facilidades e constrangimentos*, cuja análise em profundidade foi auxiliada pela análise crítica do discurso (Willig, 2003, 2008). Os resultados mostram, de um modo geral, que os padrões de procura de serviços de saúde para vigilância de gravidez são tardios. Para isso contribuem as experiências vivenciadas nos diversos contextos sociais (e.g., experiências discriminatórias) bem como os múltiplos e diferenciados obstáculos que encontram (e.g., culturais, informativos, económicos, comunicacionais, burocráticas, familiares) quando acedem ou tentam aceder aos serviços. Embora a maioria faça uma apreciação positiva dos cuidados recebidos, todas elas alertam para a insensibilidade

demonstrada pelas/os profissionais face à diversidade cultural e a constante discriminação preconizada, que é diferenciada consoante as suas pertenças identitárias. Face às dificuldades sentidas e aos discursos com os quais vão contactando, estas mulheres vão alimentando uma noção de si como pessoas com menos direitos, o que as leva conformarem-se com as práticas ocidentais de cuidado e a silenciar-se face às práticas discriminatórias a que são sujeitas. Deste modo, os resultados apontam para que as estratégias individuais utilizadas não constituem qualquer tipo de ameaça ao grupo hegemónico, contribuindo para a manutenção do *status quo* (Lewin, 1948/1997) e da desigualdade.

No estudo 2 através da análise temática efetuada foi identificado um grande tema-*conhecimento, constrangimentos e práticas face aos cuidados de saúde à população imigrante grávida*, cuja reflexão foi também complexificada com o uso da análise crítica do discurso. Neste estudo, os resultados apontam para a existência de vários entraves ao acesso das imigrantes aos cuidados de saúde primários. O desconhecimento da legislação vigente por parte das/os profissionais, a falta de infraestruturas de gestão capazes de responder às diferentes necessidades, nomeadamente no que concerne à atribuição de um/a técnico para seguir a grávida durante um longo período, o tempo limitado das consultas, bem como as barreiras comunicacionais e linguísticas existentes parecem contribuir para este cenário. Por outro lado, os resultados mostram que os discursos das/os profissionais são discursos hegemónicos que levam a uma regulação de saberes das imigrantes em prol do conhecimento biomédico ocidental.

Assim, as evidências desta investigação apontam para uma assimetria de poderes nas relações de cuidado materno-infantis, que se por um lado, têm como função proteger as mulheres garantindo-lhes um melhor bem-estar e prevenção de problemas futuros, por outro lado, limitam, constroem e reprimem as ações destas mulheres, aumentando assim a vulnerabilidade a que estão sujeitas durante o período de gravidez e puerpério.

Palavras-chave: Imigração Feminina, Cuidados de Saúde Materno-Infantis.

ABSTRACT

In a world in progressive movement, with increasingly diverse societies, the number of women living their motherhood in a multicultural and migration context is a recognized reality both at global and national levels. However, there's little knowledge about the quality and effectiveness of the access of immigrant to the national health care system especially regarding immigrant women living in Portugal (Fonseca, Silva, McGarrigle & Esteves, 2007).

Studies suggest that migrant women face huge challenges related with the accessibility to health care matters. These difficulties seem to intensify during pregnancy and maternity periods because the vulnerability to diseases and risk to women and their descendants increases.

Taking this into account, this paper aims to analyze and characterize the maternal and child healthcare provided to the immigrant population resident in Portugal. Based on theoretical and epistemological critical assumptions given by social constructionism, this qualitative research is divided into two empirical studies. The study 1, intended to characterize (look for the common features in) the speeches, perceptions and experiences of thirty Capeverdean, Brazilian and Ukrainian women about the maternal and child health care services in Portugal. Study 2, intended to contribute to a better understanding of the access and responsiveness of the national health care system and its professionals towards regnant immigrant women living in Portugal as well as to characterize the speeches of fourteen health professionals about the specific care procedures provided to immigrant women during pregnancy, childbirth and postpartum periods.

In study 1, a thematic analysis was conducted and two themes could be identified-*Movements in the Diaspora and Maternal health care: facilities and constraints* - whose in-depth analysis was helped by the critical analysis of the discourse (Willig, 2003, 2008). The results show, that the search of healthcare services for monitoring pregnancies are generally delayed. Personal experiences in different social contexts (e.g., experiences of discrimination) as well as the multiple and different obstacles encountered (e.g., cultural, informational, economic, communication, bureaucratic, familiar) when accessing or attempting to access services seem to be an important contribution. Most of the women made a positive assessment of the care services received but they all warn about the professionals' insensitivity to cultural diversity and constant discrimination actions performed, which seems to appear in different shapes and related with their identity characteristics. Given the difficulties experi-

enced and the speeches with which they contact, these women nurture a sense of themselves as people with fewer rights and this seems to lead them to comply with Western practices of care and to silence themselves about the discriminatory practices experienced. The results indicate that the individual strategies used do not constitute any threat to the hegemonic group and contribute to the maintenance of the *status quo* (Lewin, 1948/1997) and inequalities.

In study 2, the thematic/theme analysis conducted identified one central subject-*Knowledge, constraints and practices in relation to health care in pregnant immigrant population*. Once again, the reflection about this matter was performed in accordance with the critical discourse analysis. In this study, the results point out the existence of several barriers to the immigrants' access of primary health care services. The professionals' lack of knowledge about legislation, the lack of management infrastructure capable of responding to different needs, particularly in relation to providing a technician to follow each woman for a long period, the time constraints in the medical consultations as well as the language and communication barriers appear to contribute to this scenario. Moreover, the results show that professionals' discourses are hegemonic discourses and lead to a regulation of immigrants' knowledge in favor of western biomedical understandings.

Thus, the evidences in this research highlight the presence of power asymmetries in the relations established in the maternal and child care services. If, on the one hand, these relations have the duty to protect women ensuring them a better well-being and prevention of future problems, on the other hand, limit, constrain and restrain the actions of these women while increasing the vulnerability to which they are subjected during pregnancy and postpartum periods.

Keywords: Women Immigration, Maternal and Child Healthcare.

INTRODUÇÃO

Sensivelmente de há 30 anos a esta parte, o fenómeno imigratório em Portugal tem-se caracterizado pelo aparecimento de novos cenários sociais, onde são múltiplas as nacionalidades de origem dos/as imigrantes residentes e onde é inequívoco o crescimento da componente feminina. Todavia, embora as relações sociais de género constituam um dos objetos mais estudados pelas ciências sociais contemporâneas, a *feminização* (Castles & Miller, 2003) ou a “genderização” das migrações (Yamanaka & Piper, 2006) nem sempre foi devidamente valorizada e incorporada nos estudos migratórios tanto a nível internacional como nacional (Abranches, 2007; Hondagneu-Sotelo, 1999; Morokvasic, 1984; Nolin, 2006; Omelaniuk, 2005).

Este fenómeno ao fazer emergir novas realidades recoloca dimensões como a diversidade, a complexidade e a heterogeneidade no centro da análise académica e social obrigando a que as práticas e os discursos científicos se reajustem às evidências dos tempos atuais (Neves, 2007). Apesar de a nível científico a investigação sobre os perfis sociais das imigrantes em Portugal esteja hoje em franco desenvolvimento, sobretudo nos domínios da família e da atividade laboral (e.g., Wall, Nunes & Matias, 2005a), os estudos realizados sob uma perspetiva de género (Miranda, 2009) e na área da saúde são ainda escassos (Dias & Gonçalves, 2007; Machado & Azevedo, 2009).

A saúde, ao ser considerada uma componente-chave na integração e cooperação para o desenvolvimento dos países, tornou premente a realização de estudos epidemiológicos que informassem Estados e políticas sobre o “estado de saúde” das populações imigrantes bem como sobre os constrangimentos que levavam à (in) acessibilidade destas comunidades aos cuidados de saúde (Fonseca, *et al.*, 2007). Isto levou a que, a partir da década de 70/80 do século XX, se desenvolvessem diversas produções teóricas e empíricas sobre a temática da imigração e saúde (Machado & Azevedo, 2009). Todavia, as investigações produzidas tendiam a favorecer uma homogeneização das suas experiências, ocultando especificidades identitárias que eram geradoras de diferentes formas de opressão.

A Teoria da Interseccionalidade, que estuda os significados e as consequências das múltiplas pertenças categoriais (Crenshaw, 1991; Nogueira, 2011), vem alertar para os perigos inerentes a não se ter em consideração o impacto que as pertenças de género, aliadas às pertenças étnicas, etárias, de classe, de nacionalidade, entre outras, têm nas diferentes práticas discriminatórias por que estas pessoas passam (Correia & Neves, 2011; Miranda, 2009; Neves, 2010a, 2010b), bem como no modo como afetam diferentemente a saúde das mulheres imigrantes (Castaño-López, Plazaola-

-Castaño, Bolívar-Muñoz & Ruiz-Pérez, 2006; Pusseti, Ferreira, Lechner & Santinho, 2009). Esta, surge na atualidade, como o novo modelo conceptual de eleição (Hankivsky & Cormier, 2009), sendo o modelo que melhor informa as políticas públicas de saúde a encontrar soluções que atenuem as suas vulnerabilidades e que diminuam práticas de desigualdade social, opressão e marginalização (Neves, 2010a, 2010b).

Muitos são os estudos científicos na área da saúde que caracterizam e assinalam a população imigrante como um grupo socialmente vulnerável (Fonseca, Ormond, Malheiros, Patrício & Martins, 2005; Machado *et al.*, 2007), ressaltando que as imigrações podem representar um risco acrescido para o aparecimento/desenvolvimento de certas doenças/problemas (e.g., cardiovasculares, mentais, infetocontagiosas) (e.g., Padilla & Miguel, 2009; Pusseti *et al.*, 2009). Claro está que este risco altera-se consideravelmente durante o período de gravidez (IOM, 2004) tendo repercussões tanto para as mães como para as crianças. Vários são as/os autoras/es que vêm sublinhando muitos dos perigos a que poderão estar sujeitas, nomeadamente no que concerne ao aumento do risco de violência nas relações de intimidade durante o período de gravidez (Audi, Segal-Correa, Santiago, Andrade & Pérez-Escamilla, 2008), ao risco acrescido que correm a nível de mortalidade materna, neonatal e infantil, aborto espontâneo (Machado *et al.*, 2007), depressão pós-parto, psicose e depressão (Carballo, Divino & Zeric, 1998).

Se aliarmos estes dados, que apontam para uma clara vulnerabilidade das mulheres grávidas imigrantes, à importância que a população imigrante ocupa no crescimento demográfico de Portugal (UNFPA, 2011), existe claramente uma necessidade emergente de conceder uma atenção privilegiada aos cuidados de saúde materno-infantis que são propiciados à população imigrante em Portugal (Fonseca, Silva, Esteves & McGarrigle, 2009) tanto pelos órgãos políticos e institucionais como pela investigação científica.

Cuidados de saúde materno-infantis à população imigrante residente em Portugal é o título desta dissertação de doutoramento que descreve um trabalho de pesquisa, investigação e reflexão feito ao longo de vários anos dentro dos estudos imigratórios e de género nos cuidados de saúde primários.

Lígia Amâncio refere, no seu trabalho de 2002, que os estudos de género em investigações no âmbito da Psicologia Social pressupõe,

Em primeiro lugar dar visibilidade às mulheres, às suas experiências concretas e a uma condição social que o movimento pretendia combater, procurando tornar visível um objeto, até aí invisível na produção científica das várias disciplinas e, seguida-

mente, denunciar o androcentrismo dos vários domínios do saber e a permanente confusão entre o masculino e o universal (p. 55).

O trabalho desenvolvido partiu desta conceção, que as mulheres imigrantes são todas diferentes e que diferentes grupos de mulheres enfrentam condições distintas dentro da ordem de género (Santos, 2009b). Assim, num conhecimento geograficamente e historicamente localizado (Haraway, 1988; Oliveira & Amâncio, 2006), partiu-se do pressuposto de que as diferentes feminilidades existentes na sociedade portuguesa, que adquirem um estatuto mais ou menos dominante, marginalizado ou estigmatizado, levam a diferentes consequências na saúde das mulheres.

Incorporar uma análise feminista crítica nos cuidados de saúde materno-infantis, significa para nós questionar as estruturas de poder hegemónicas que (re)produzem e sedimentam representações assimétricas com repercussões na vida de inúmeras mulheres imigrantes.

Assim, este trabalho inscrito nos estudos das migrações, no paradigma dos feminismos críticos e nos pressupostos construcionistas sociais, tem como objetivo central compreender as realidades que pontuam os cuidados de saúde materno-infantis à população imigrante. Tendo como pano de fundo a noção de que os cenários das mulheres imigrantes estão imbricados numa realidade social, e de que as relações sociais envolvem quase sempre distribuições desiguais de poder, desigualdades estas que se acentuam perante matrizes complexas de localizações identitárias, decidimos desdobrar a pesquisa em dois estudos. O estudo 1 foi realizado com o intuito de caracterizar e compreender os discursos, perceções e vivências de mulheres imigrantes brasileiras, cabo-verdianas e ucranianas nos cuidados de saúde materno-infantis portugueses, tentando compreender não só o impacto da migração na vivência da gravidez e da maternidade tendo em conta as suas diferentes localizações identitárias mas também o modo como os seus discursos, perceções, vivências e subjetividades são influenciadas pelas relações sociais estabelecidas com as/os profissionais de saúde. O estudo 2 pretendeu contribuir para um melhor conhecimento sobre o acesso e capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde e suas/seus profissionais à procura de cuidados por mulheres imigrantes grávidas residentes em Portugal e para caracterizar os discursos vigentes em profissionais de saúde sobre a migração feminina e sobre os cuidados específicos preconizados às mulheres imigrantes durante o período de gravidez, parto e puerpério.

Este desdobramento da pesquisa foi para nós importante e necessário uma vez que ambas as perspetivas informam sobre as necessidades dos seus intervenientes e

de quais as prioridades de intervenção a implementar de modo a que estas tenham efeitos reais na promoção e proteção da saúde destas comunidades, em particular no grupo das mulheres imigrantes.

Salientando que todo o conhecimento, aqui produzido, é socialmente situado, parcial, contextualizado e experiencial (Haraway, 1988; Harding, 1996; Nogueira, 2001b; Oliveira & Amâncio, 2006), recusando toda e qualquer queda para falsos universalismos e homogeneizações da ciência positivista (Neves, 2008; Oliveira, Saavedra, Neves & Nogueira, 2013; Sánchez, 2012), esta é uma investigação comprometida com a mudança social. Pretendeu-se que mais do que potenciar um contributo teórico para os estudos imigratórios dar um contributo social e político para a melhoria dos cuidados de saúde materno-infantis e conseqüentemente para a melhoria da condição das mulheres imigrantes grávidas residentes em Portugal.

Em termos de estrutura esta dissertação está organizada em duas grandes partes totalizando seis capítulos.

A primeira parte, pretendendo ser uma contextualização da problemática em questão, debruça-se sobre as preocupações teórico-conceptuais do projeto de pesquisa. O capítulo 1, intitulado *Fluxos Migratórios na Atualidade: história, realidades e caminhos*, contextualiza o nosso objeto de estudo, as mulheres imigrantes. Este encontra-se subdividido em duas secções que pretende emoldurar as dinâmicas e processos migratórios no Mundo e em Portugal enfatizando o papel das mulheres como protagonistas invisíveis dos processos imigratórios debatendo a clara necessidade de combater o essencialismo e a homogeneização que se estabelece face à população migrante através da investigação científica. No segundo capítulo, *Migrações e Saúde: um campo específico de análise*, debruçamo-nos sobre as questões da saúde fazendo primeiramente uma incursão pelas teorias existentes que entrecruzam o fenómeno imigratório e as questões de saúde, instigando quais os determinantes que influenciam e/ou podem influenciar o estado de saúde/doença da população imigrante e que podem condicionar a vida de mulheres num período muito específico: o da gravidez e maternidade. No final do capítulo é realizada uma exploração dos estudos científicos que se têm debruçado sobre o estudo da migração feminina e saúde em Portugal bem como das políticas de saúde vigentes no país. No Capítulo 3 denominado *O olhar da Interseccionalidade sobre as Imigrações: abordagens feministas críticas e pós-modernas*, afirma-se a Teoria da Interseccionalidade como um território emergente na área do feminismo crítico e na área dos estudos imigratórios (Crenshaw, 1991; McCall, 2005; Nash, 2008; Nogueira, 2011) que destabiliza por completo a noção universal de ser "mulher". Este capítulo é constituído por três secções. Na primeira,

fazemos referência ao desenvolvimento histórico do conceito de interseccionalidade, na segunda, fazemos referência a algumas das abordagens clássicas sobre relações intergrupais e discriminação social no âmbito da Psicologia Social, que informam e complementam a Teoria da Interseccionalidade e por fim ilustra-se, em específico, a interligação da Teoria da Interseccionalidade com a feminização das migrações e com as questões da saúde materna. Este capítulo problematiza, assim, a necessidade de um novo “olhar” (heterogéneo, diverso e inclusivo) sobre as realidades das mulheres imigrantes nos contextos de saúde que sirva de alicerce para a promoção de cuidados realmente igualitários e equitativos para estas mulheres (Hankivsky & Cormier, 2009; Vinz & Dören, 2007; Woermke, 2009) durante a gravidez e maternidade e que leve a um repensar sobre as políticas e diretrizes relativas à saúde.

A segunda parte integra a componente empírica deste trabalho. Nesta são apresentados os pressupostos teórico-epistemológicos e metodologias implicadas, descreve-se o processo de investigação e apresentam-se os dois estudos efetuados, com a respetiva discussão dos resultados e conclusões reflexivas.

Esta encontra-se dividida três capítulos. No Capítulo 4, intitulado *Desenho de Investigação*, faz-se inicialmente uma breve incursão pelos pressupostos teóricos que guiam a investigação e que tornam compreensível todo o conhecimento produzido. Apresentamos a problemática de partida, os objetivos, identificamos e justificamos as opções metodológicas de recolha dos dados - Entrevista Semidiretiva e ao modo como se procedeu à análise dos dados - Análise Temática (Braun & Clarke, 2006), opções estas que nortearam toda a investigação e ambos os estudos.

No Capítulo 5 apresenta-se o primeiro estudo empírico que contempla esta investigação - *Discursos, perceções e vivências de mulheres imigrantes nos cuidados de saúde primários*. Iniciamos este capítulo definindo os seus objetivos e respetivas perguntas de partida: Quais os discursos, perceções e vivências de mulheres imigrantes sobre cuidados de saúde primários em Portugal? São estes discursos, perceções e vivências uniforme(s) ou contraditória(s) tendo em conta as suas diferentes pertenças identitárias? E de que forma esses discursos, perceções e vivências são influenciados pelas relações estabelecidas com as/os profissionais de saúde? Prossequimos fazendo a caracterização das trinta participantes do estudo, esclarecendo o protocolo de entrevista assim como os procedimentos investigativos utilizados, terminando com os resultados da investigação, a sua discussão, e respetivas conclusões reflexivas.

No Capítulo 6 apresenta-se inicialmente os objetivos e perguntas de partida que orientaram o *Estudo 2- O outro lado do cenário: discursos, perspectivas e vivências de*

profissionais de saúde, apresenta-se a caracterização das/os participantes do estudo, descrevemos as opções metodológicas inerentes à conceção da entrevista, os procedimentos investigativos e apresenta-se e discute-se os resultados das entrevistas realizadas a estes profissionais.

Por fim, nas Reflexões Finais, recapitulamos o percurso da investigação apresentada, organizando as suas principais linhas condutoras de pensamento teórico, epistemológico e metodológico, sistematizam-se os aspetos mais relevantes da pesquisa, refletindo conjuntamente e reflexivamente sobre os pontos de chegada dos dois estudos. Reserva-se ainda um espaço para a reflexão sobre as limitações da investigação e efetuam-se algumas sugestões de investigações futuras.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO: ALICERCES PARA A COMPREENSÃO DE UM FENÓMENO MULTIDETERMINADO

CAPÍTULO I - FLUXOS MIGRATÓRIOS FEMININOS NA ATUALIDADE: HISTÓRIA, REALIDADES E CAMINHOS

1. DINÂMICAS E PROCESSOS MIGRATÓRIOS NO MUNDO E EM PORTUGAL

Numa era de globalização, o mundo vive numa mobilidade incessante que acarreta mudanças estruturais em diferentes eixos da sociedade (Urry, 2007).

As migrações são, por conseguinte, um dos fatores que mais contribui para a transformação e desenvolvimento social das sociedades (Cruz & Ribeiro, 2010). De facto, as novas relações interculturais, que as imigrações potenciam e intensificam, traduzem e levam a uma (re)definição da esfera pessoal (Giddens, 2008), e, consequentemente, ao reajustamento das práticas e dos discursos científicos, políticos e sociais existentes (Neves, 2007; Rocha-Trindade, 1995; Sousa, 2008), o que compreende um grande desafio para a generalidade dos países.

Mas se num mundo cada vez mais globalizado seria legítimo prever uma maior aceitação desta realidade, a verdade é que isso nem sempre acontece. As migrações, ao envolverem questões de ordem política, económica e social tanto por parte dos países de origem como dos recetores, são um dos assuntos mais polémicos e mediáticos do mundo contemporâneo (Urry, 2007).

As migrações mundiais remontam há muitos séculos mas, se no passado, a motivação assentava numa busca por alimentos e recursos naturais que garantissem a sobrevivência das espécies, hoje os motivos que sustentam as migrações têm outro nível de complexidade (Wal, 2009). Foi em pleno século XVI que assistimos ao auge das migrações internacionais com a expansão da Europa e com o estabelecimento das suas colónias (UNFPA, 2006). Atualmente, milhões de pessoas em todo o mundo cruzam fronteiras à procura de melhores condições de vida e melhores perspetivas de futuro para si e para as/os suas/seus familiares (PNUD, 2009).

Estas conexões sociais levaram e levam a uma recapitalização global (Yuval-Davis, 2009) precisando de um olhar atento (Bastia & Busse, 2011) e renovado sobre as sociedades. Os novos desafios que vão emergindo (Sopa, 2009), impõem que se tenha em consideração os países de origem, trânsito, destino e retorno (Dias *et al.*, 2009),

assim como as suas implicações tanto para as populações migrantes como para as autóctones (WHO, 2003).

Nesta tese iremos debruçar o nosso foco de interesse sobre os processos imigratórios femininos, explorando as suas especificidades.

A imigração é um processo tido como complexo e multidimensional pois envolve quatro esferas: económica, social, cultural e política (Spencer, 2006). É tido, também, como um fenómeno multifacetado devido à multiplicidade de causas que o originam, podendo estas estar relacionadas com circunstâncias de procura de emprego, reunificação familiar, casamento ou com circunstâncias de intolerância política, social ou cultural, com violações grosseiras de direitos ou com motivações económicas, étnico-raciais, religiosas, linguísticas (Papademetriou, 2006; UNFPA, 2006) ou, até mesmo, pela atração pela cultura ocidental (Abranches, 2007). Deste modo, a geografia humana e especificamente as migrações internacionais constituem-se, nas últimas décadas, como um dos campos de maior estímulo para as/os pesquisadoras/es das áreas sociais e humanas (Alvarenga, 2002; Momsen, 2000).

Segundo o *Eurostat Yearbook 2010*, as imigrações envolvem indivíduos que têm intenção de permanecer noutro país (European Commission, 2010a), estimuladas/os por um qualquer ideário que as/os faz mover-se de um território para outro (WHO, 2003). Estas imigrações podem ser forçadas ou voluntárias. No primeiro caso, as populações imigrantes são pressionadas a deslocar-se do seu país de origem, por exemplo como refugiadas/os, devido a fatores políticos (e.g., conflitos, guerras civis), ambientais (e.g., fome, catástrofes naturais, químicas ou nucleares) ou tráfico. Na imigração voluntária, os indivíduos migram por decisão própria para, fundamentalmente, melhorar as suas condições de vida (WHO, 2003).

Segundo Ramos (2008, p. 47), “o crescente desfasamento entre níveis de desenvolvimento e entre estruturas demográficas de países ricos e países pobres, os conflitos armados e políticos, têm originado um número cada vez maior de migrantes e de refugiados/as”. Deste modo, o fenómeno migratório vai possibilitando o desenvolvimento dos países e a transformação igualitária dos mesmos (redução da pobreza) (Momsen, 2000; UNFPA, 2006).

Se no início do século XXI se estimava que existiam cerca de 200 milhões de imigrantes à escala global, divididos equitativamente entre homens e mulheres (Papademetriou, 2006), segundo o último relatório da *International Organization for Migration* [IOM] que remonta a 2011, o número de migrantes ascende já aos 214 milhões, ante-

vendo-se que no ano de 2050 estes números alcancem os 230 milhões (Sopa, 2009). Verifica-se que a Europa é a região de eleição para o destino de grande parte das/os imigrantes internacionais, seguindo-se a Ásia, a América do Norte e África (UN, 2009). De facto, o número é tão elevado que se as/os migrantes vivessem todos no mesmo local constituiriam o quinto país mais populoso do mundo (UNFPA, 2006). Só nos 34 países¹ que contemplam a *Organisation for Economic Co-operation and Development* [OECD] estima-se cerca de 4,1 milhões de imigrantes (OECD, 2012).

No quadro geral da evolução recente das sociedades europeias, Portugal ocupa um lugar particular. País outrora com predominância de movimentos emigratórios, com portuguesas/es em praticamente todos os recantos do globo passou a ser, nos últimos 15 anos, sobretudo um país de imigrações (Lages, Policarpo, Marques, Matos & António, 2006; Peixoto, 2004), tornando-se um país atrativo (Sousa, 2008). Todavia, no presente, fruto da crise económica que assola principalmente os países do Sul da Europa, as vagas imigratórias estão a sofrer grandes alterações levando a que milhares de imigrantes deixem o país.

Pires (2007) distingue quatro fases sucessivas na história recente da imigração em Portugal. A primeira fase, compreendida entre o fim da ditadura em 1974 e meados da década de 80, foi caracterizada pela prevalência da imigração das Províncias Ultramarinas Africanas de carácter pós-colonial, o que levou a que muitas/os cidadãs e cidadãos, chamadas/os retornadas/os, regressassem a Portugal (Alvarenga, 2002; Baganha & Góis, 1998, 1999; Wall, *et al.*, 2005a). Estima-se que entre 1975 e 1977, cerca de meio milhão de indivíduos provenientes das ex-colónias se terão estabelecido em Portugal (Fonseca *et al.*, 2005). Este movimento foi inicialmente protagonizado por cidadãs/ãos oriundas/os dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) como Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, São-Tomé e Príncipe, que começam a chegar a Portugal de modo a suprir necessidades laborais específicas em setores claramente masculinizados como a construção civil e as obras públicas. Estes/as imigrantes vinham para Portugal, graças à falta de mão-de-obra, à falta de eficácia do sistema de fiscalização que promoviam a entrada e permanência em situação irregular e devido à longa afinidade histórica e linguística existente entre Portugal e os

1 Neste momento, contemplam a *Organisation for Economic Co-operation and Development* trinta e quatro países. Originalmente foram vinte os países que assinaram e ratificaram a Convenção da OECD, nomeadamente: Áustria, Bélgica, Canada, Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Islândia, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Polónia, Portugal, Estados Unidos, Inglaterra, Turquia, Suíça, Suécia e Espanha. Desde então mais catorze países aderiram: Austrália, Chile, Coreia, Estónia, Hungria, Israel, Itália, Eslováquia, República da Eslovénia, México, Nova Zelândia, Republica Checa, Finlândia, Itália e Japão (OECD, 2012).

PALOP. Esta entrada de milhares de indivíduos levou a que este se tornasse o grupo imigrante extracomunitário mais antigo e numeroso do país (Malheiros, Padilla & Rodrigues, 2010).

Na segunda fase, que se inicia a par da entrada de Portugal na União Europeia (EU) em 1986 e que se prolonga até finais dos anos 90, continua a imigração africana, de carácter laboral ainda mais acentuado, acompanhado por uma diversificação nas origens da população estrangeira devido a uma revalorização da imagem externa do país (Pires, 2007; Ventura & Sabrosa, 2008). Vieram imigrantes asiáticas/os – sobretudo chinesas/es, sul-americanas/os – predominantemente do Brasil (Baganha & Marques, 2001) e fluxos de imigrantes da Índia (D’Almeida & Silva, 2007). O processo de integração europeia, a disponibilização de fundos comunitários para a construção de infraestruturas e a internacionalização da economia portuguesa contribuíram significativamente para a consolidação das imigrações profissionais (Pires, 2007), havendo uma procura crescente de trabalhadoras/es em setores intensivos de mão-de-obra, nomeadamente, para a construção civil (homens) e serviços de limpeza, industriais e domésticos (mulheres) (Fonseca *et al.*, 2005), o que levou a um incremento significativo da população estrangeira a viver em Portugal, com uma média de 6,4% ao ano (Baganha & Marques, 2001).

Numa terceira fase, a partir dos anos 90, com a adesão de Portugal ao Acordo de Schengen a geografia da imigração para Portugal sofreu profundas transformações (Lages *et al.*, 2006). Presenciamos dois tipos diferentes de imigração, sendo um de natureza laboral, muito associado aos PALOP (Pires, 2002), como exploramos anteriormente, e um segundo tipo de imigração, de natureza profissional, protagonizado em especial por imigrantes de países europeus (e.g., Espanha e Reino Unido), em que se evidenciou o recrutamento de profissionais altamente qualificadas/os (Malheiros, 2002).

A vaga imigratória caracterizou-se, assim, pela diversificação das origens geográficas (e.g., Leste, Brasil), pela mudança das principais áreas de recrutamento (com destaque para alguns países da Europa de Leste - Ucrânia, Moldávia, Roménia e Rússia), pelas diferenças relativas dos níveis de qualificação das/os imigrantes (e.g., reforço das formações intermédias, de carácter técnico e das formações superiores) (Wall *et al.*, 2005a), e pela inserção setorial no mercado de trabalho aumentando a sua presença na agricultura, nalguns ramos da indústria transformadora e em áreas laborais igualmente mais qualificadas) (Fonseca *et al.*, 2005; Pires, 2002, 2007).

Estes factos propiciaram um incremento significativo do número de imigrantes residentes em Portugal entre 1986 e 1997, passando de 87 mil para 175 mil (SEF, 2010).

Efetivamente, no início do século, Portugal passou a atrair imigrantes económicos de múltiplas origens, inclusive de países com os quais não tinha laços privilegiados: ucranianas/os, romenas/os, moldavas/os e russas/os, que emergiram no topo das estatísticas da imigração em Portugal (Lages *et al.*, 2006).

Numa quarta fase, verificou-se uma mudança no padrão dos movimentos internacionais da população, como resultado da junção de múltiplos fatores: retração da emigração, até meados dos anos 80, retorno de emigrantes, até aos anos 90, repatriamento das/os portuguesas/es residentes nas ex-colónias e o crescimento dos fluxos migratórios femininos (Pires, 2003).

Neste momento, e perante a recente crise económica que assola o país, que se caracteriza por uma grande dificuldade de inserção profissional, houve um decréscimo de empregabilidade de 5.9% em 2009 com mais de metade das/os imigrantes a desempenharem funções na construção civil e em serviços pouco qualificados (OECD, 2012). Isto obviamente afetou o poder atrativo do país para algumas das comunidades imigrantes verificando-se uma quebra da imigração africana, da União Europeia, do Leste e do Brasil (SEF, 2011) nos últimos anos.

A perguntas aparentemente simples, como quantas/os estrangeiras/os residem em Portugal e quais são as suas principais nacionalidades, as respostas podem ser bastante diversas. Segundo os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] no final de 2011 a população estrangeira residente em Portugal totalizava 436,822 cidadãos e cidadãs, quantitativo este que representa um decréscimo de 1,90% face ao ano precedente. Contudo, segundo os últimos dados dos Censos 2011 a população estrangeira residente em Portugal é de 394,496 cidadãos/ãos, o que representa cerca de 3,7% do total da população portuguesa e o que remete para um crescimento da população estrangeira de cerca de 1,6 pontos percentuais (INE, 2011). Tais diferenças são, compreensíveis na medida em que os dados reportam universos distintos. Enquanto os dados dos Censos 2011 resultam de uma operação estatística grandiosa, que se caracteriza pela simultaneidade (as respostas reportam-se a um momento, preciso do tempo) e universalidade (a cobertura dos indivíduos residentes no território português é, por princípio, total), a informação estatística produzida pelo SEF baseia-se em atos administrativos, reportando-se às/aos estrangeiras/os que se encontram em Portugal numa situação regular perante a Lei.

Para evitar alguma confusão discursiva (Rosa, Seabra & Santos, 2003), vamo-nos cingir à análise dos dados provenientes do SEF.

Do universo populacional estrangeiro (436,822), 217,685 são mulheres e 219,137 são homens. Cerca de metade do número global de imigrantes é oriundo de países de língua portuguesa (47,9%), destacando-se o Brasil (25,5%), Cabo Verde (10,1%), Angola (4,9%) e Guiné-Bissau (4,2%). As demais nacionalidades mais relevantes são a Ucrânia (11%) e a Roménia (9%) (SEF, 2011). A nível da sua distribuição territorial verificamos que a população estrangeira se concentra em grande medida na zona litoral do país: Lisboa (188,259), Faro (68,953), Setúbal (45,158) e porto (24,824) estrangeiras/os (SEF, 2011). Esta distribuição acompanha obviamente as oportunidades de emprego, valorização profissional, educacional e melhores condições de vida criadas pela dinâmica destas cidades (Fonseca & Silva, 2010).

A referida diminuição da população residente imigrante (-1.90%) poderá indiciar uma inversão da tendência para o crescimento sustentado que caracterizou esta realidade nos últimos anos (SEF, 2011). Para este decréscimo, e não ignorando as repercussões da atual crise económica e financeira nas migrações que afeta especialmente Irlanda, Portugal, Espanha e Itália (OECD, 2012), concorreram o crescimento do acesso à nacionalidade portuguesa por parte de estrangeiras/os residentes e a alteração dos processos migratórios em alguns países de origem (nomeadamente Brasil e Angola) (SEF, 2011). Claro está que aos dados da imigração regular há a adicionar, ainda, um fluxo não negligenciável de imigrantes irregulares, que tal como em Espanha, Itália e Grécia fazem parte da história migratória de inúmeras/os imigrantes e das/os suas/seus descendentes residentes em Portugal (Fonseca & Silva, 2010). Supõe-se que na primeira metade dos anos 90 o número de imigrantes irregulares em Portugal chegaria aos 25 a 40 mil (Lages *et al.*, 2006; Malheiros & Baganha, 2000). Neste momento não existem quantificações específicas mas segundo as associações de imigrantes, o número de imigrantes em situação irregular é ainda muito elevado, calculando-se que no caso das/os brasileiras/os chegue aos 20 mil (Fonseca & Silva, 2010).

Estes imigrantes vêm para Portugal em busca de emprego e de melhores condições de vida (Malheiros, 2002). Segundo os quadros de pessoal dos Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social de 2007 quase 50% das/os trabalhadoras/es por conta de outrem com nacionalidade estrangeira eram profissionais não qualificadas/os ou semiquilificadas/os (MTSS, 2008). Contudo, estes dados não abarcam as/os trabalhadoras/es domésticas/os, temporárias/os ou em situação irregular.

Na realidade, apesar dos fatores económicos, históricos, geográficos e/ou políticos serem os principais motores de impulso para a imigração (Bastos & Bastos, 2002), facto é que aparece inerente a este processo um fator fundamental, a esperança

conceptualizada num desejo perspetivado num futuro melhor (Barbier, 1993) de milhares de imigrantes. E, não obstante o decréscimo de imigrantes, o número é tão significativo que não pode ser de maneira alguma menosprezado. As/os imigrantes contribuem para a diminuição dos processos de contração e envelhecimento demográfico, contribuem a nível das contas públicas, na sustentabilidade do sistema de segurança social e no aumento de efetivos em idade ativa em Portugal (Cruz, 2007; Rosa *et al.*, 2003), o que leva a que seja uma área de extrema preocupação e importância para Portugal.

2. A IMIGRAÇÃO FEMININA EM PORTUGAL: QUE REALIDADE(S)?

A importância das mulheres nos movimentos migratórios contemporâneos é hoje um dado reconhecido nos estudos sobre as migrações. Estima-se que existam atualmente cerca de cem milhões de mulheres migrantes em todo o mundo², sendo que no contexto atual europeu, a imigração feminina representa cerca de 50% da população migrante residente (UN, 2005; UNDP, 2009). Portugal segue, também, esta tendência global de *feminização* (Castels & Miller, 2003) e ou de “genderização” das migrações (Yamanaka & Piper, 2006). Entre 1999 e 2008, o aumento das mulheres imigrantes foi de 158% em contraste com o aumento de 110% de homens (Malheiros *et al.*, 2010) no país.

Em Portugal, as mulheres imigrantes residentes (217,685), que representam cerca de 49,83% da população migrante (SEF, 2011), assumem e dão um contributo inequívoco para a economia portuguesa (Miranda, 2009). Mesmo existindo uma prevalência masculina (0,33%) os números são cada vez mais próximos verificando-se que o número de mulheres brasileiras e cabo-verdianas que procura Portugal é já superior em relação ao dos homens (SEF, 2011).

São mulheres que, seja no âmbito individual ou familiar, perspetivam que através da experiência migratória é possível acumular recursos para se obter uma “vida melhor”, tanto no país de destino como no país de origem. As imigrações femininas preconizam-se ora por reunificação familiar ora numa tentativa de alcançar autonomia e independência financeira, educacional e/ou afetiva (Wall *et al.*, 2005a).

Segundo os dados disponíveis, 63,927 são naturais do Brasil, 22,139 da Ucrânia e 23,120 de Cabo Verde com idades compreendidas, na sua maioria, entre os 20 aos 39 anos de idade (SEF, 2011). De facto, existe uma percentagem muito significativa de

² Segundo os últimos dados da *Internacional Migrant Stock*, que remontam a 2010 o número de mulheres imigrantes ascendiam já a 104 794 962.

mulheres imigrantes provenientes do continente americano, sobretudo da América do Sul, sendo este o único caso em que se regista uma maior percentagem de mulheres do que de homens. Na população oriunda de África regista-se uma paridade numérica entre os sexos.

Escrutinando um pouco a realidade das três nacionalidades mais expressivas face à imigração feminina em Portugal verificamos que as mulheres imigrantes brasileiras escolhem muitas vezes Portugal devido à presença de portuguesas/as no Brasil, à proximidade histórica entre os dois países que adveio com os Descobrimentos (Machados, 2007; Padilla, 2006) e pelo facto de a língua ser a mesma, o que se constitui como um fator facilitador de integração no país recetor (Wall *et al.*, 2005a).

O grande movimento imigratório brasileiro para Portugal deu-se nos anos 80 devido à crise económica que assolava o Brasil e à fase de crescimento económico que caracterizava Portugal devido à sua entrada na Comunidade Económica Europeia em 1986 (Pires, 2007). Inicialmente esta imigração foi protagonizada por jovens, homens e mulheres qualificadas/os, contudo durante os anos 90 devido às exigências do mercado de trabalho português a imigração e as características da população que imigrava modificou para pessoas menos qualificadas (Wall, Nunes & Matias, 2005b), havendo um proletarização do fluxo imigratório (Padilla, 2007a).

Segundo Filipa Pinho (2007), estas imigrantes escolhiam Portugal não só porque a comunicação social brasileira ia veiculando a imagem de um país em clara expansão económica, como pela comunicação interpessoal entre parentes, amigas/os e outras/os brasileiras/os que já se encontram a residir em Portugal e que lhes garantiam ajuda na sua integração e adaptação ao novo país.

Segundo os últimos dados dos Censos 2001³ a maioria das imigrantes brasileiras a residir em Portugal é trabalhadora por conta de outrem e trabalha no setor terciário, desempenhando predominantemente atividades domésticas, cuidados a crianças e idosas/os, na restauração e de atendimento ao público (INE, 2001). Em alguns nichos de trabalho como são exemplo os setores da restauração e hotelaria existe uma nítida segmentação por sexo onde a limpeza e as refeições são feitas pelas mulheres, e o atendimento ao público é feito tanto por homens e mulheres (Padilla, 2007a). Segundo a mesma autora o comércio do sexo é, também, um mercado laboral onde se encontram muitas destas mulheres imigrantes.

3 Recorremos aos censos 2001 uma vez que ainda não só se encontram dados específicos à imigração feminina nos censos 2011.

Em termos geográficos, as mulheres imigrantes brasileiras tendem a residir maioritariamente na região de Lisboa e Vale do Tejo, seguindo-se a região do Norte e Centro (INE, 2001). São mulheres que tendem a imigrar sozinhas, sendo que a sua maioria trabalha cá enviando parte das suas remunerações para a família no Brasil. Outras imigram tendo por base uma estratégia de migração familiar que nem sempre é liderada pelo pai ou pelo marido (Padilla, 2007a). Estas mulheres sofrem muitas discriminações em Portugal, resultantes não só de uma espécie de imaginário nacional que associa as mulheres brasileiras a estereótipos como “sensual” ou “oferecida” e que resultam das imagens que possuímos do Carnaval do Brasil, das próprias novelas, da excessiva associação das mulheres brasileiras a casos de prostituição, pela responsabilização das mulheres brasileiras pelas alterações que estão a ocorrer nas famílias portuguesas (e.g., aumento do número de divórcios, diversificação dos modelos familiares) (Padilla, 2007a) e pela comunicação social que têm criado uma imagem negativa das brasileiras.

Padilla (2007b) destaca o caso das “Mães de Bragança”, que retrata uma publicação da Revista *Times-Europe*, que se repercutiu na comunicação social portuguesa. Esta apresentava um grupo de mulheres portuguesas que culpavam as prostitutas brasileiras por roubarem os seus maridos em bares de alterne. Neste episódio, as mulheres brasileiras foram construídas como as pecadoras, destruidoras do lar, enquanto as portuguesas foram pensadas como as mães e esposas exemplares (Filho, 2008). Neste contexto, para além da dimensão violenta e explícita associada à exploração de mulheres brasileiras para fins sexuais, emerge uma outra dimensão, mais subtil mas igualmente perniciosa, que corresponde à generalização do estigma da “prostituta” e “fácil” a todas as mulheres brasileiras (Machado, 2007; Padilla, 2007a) que a sociedade vai disseminando e legitimando.

A grande vaga de imigração para Portugal de pessoas provenientes dos PALOP, teve início em meados da década de 60 e atingiu o seu auge na década de 70, devido sobretudo ao processo de descolonização e subsequente instabilidade a nível político e militar nestes países (Malheiros, 2002).

De acordo com dados dos Censos 2001, grande parte destas imigrantes encontra-se em idade ativa (15-64 anos), sendo que 40,5% tem idades entre 25 e 39 anos e 22,4% tem idades entre 40 e 64 anos. Os dados indicam ainda que cerca de metade das mulheres imigrantes dos PALOP é casada e mais de um terço é solteira (INE, 2001).

Os motivos principais que levam estas mulheres a imigrarem recaem na questão laboral e no reagrupamento familiar. Todavia verifica-se que atualmente um número

crescente de mulheres considera a imigração como um projeto autónomo (Peixoto, 2004, Wall *et al.*, 2005a).

Verifica-se que as mulheres imigrantes oriundas dos PALOP apresentam a taxa mais elevada de desemprego comparativamente com as mulheres brasileiras e às mulheres oriundas de países de Leste. Tendem a desempenhar profissões pouco qualificadas, principalmente na área dos serviços e comércio e no ramo da restauração e alojamento, com fraca representatividade no setor secundário (INE, 2001).

Quanto à população imigrante proveniente da Ucrânia a maioria chegou no final dos anos 90 devido à queda do muro de Berlim e ao colapso do sistema da União Soviética (1992) que levou a que 120 milhões de pessoas vivessem na pobreza. A crise, a atração pela Europa Ocidental e a facilidade de circulação entre países Schengen e a abertura de fronteiras nos países ex-soviéticos levou a uma grande movimentação migratória desta população. Apesar de não existir uma relação histórica ou uma proximidade cultural que justificasse a criação de privilégios em relação à população ucraniana, à semelhança do que sucedia com a população brasileira ou cabo-verdiana, a sua deslocação para Portugal assentou em três grandes motivos: a diferença entre o nível de vida e os salários entre Portugal e Ucrânia, o peso simbólico que Portugal tinha na integração na União Europeia e a possibilidade de desempenharem funções indiferenciadas na área da construção e limpezas. Estes/as imigrantes viviam em grande isolamento devido não só à sua cultura, mas também devido às dificuldades de aprendizagem e domínio da língua portuguesa. Este isolamento, acrescido de uma necessidade de terem um contrato de trabalho, levou a que estes/as imigrantes estivessem sujeitas/os a discriminações no local de trabalho e que, mais rapidamente, caíssem em situações de exclusão social (Wall *et al.*, 2005b).

Inicialmente as mulheres vinham para Portugal porque os seus maridos tinham imigrado primeiro, sendo a imigração concetualizada como um projeto de curta duração. Porém, o fraco desenvolvimento dos seus países de origem e possibilidade de continuarem a desempenhar funções laborais com salários mais altos em Portugal, levaram a um prolongamento da estadia no país (Wall *et al.*, 2005b).

As diferentes vagas de imigração para Portugal permitiram criar um conjunto de recursos para estas mulheres, nomeadamente a nível social, o que se destaca como um dos motivos de escolha de Portugal como país de destino. Todavia, o uso diferenciado das redes sociais e das atividades laborais que realizam levam a que as mulheres imigrantes se encontrem muitas vezes mais isoladas, não tendo assim acesso a um conjunto de informações que lhes seriam úteis tais como: oportunidades de emprego ou processo de regularização (Padilla, 2007a).

Verifica-se assim que, apesar do coletivo imigrante feminino em Portugal ser bastante diverso, expresso nas múltiplas nacionalidades de mulheres imigrantes que optam por vir para terras lusitanas, de uma forma geral todas elas migram na esperança de alcançar melhores condições de vida, tentando esbater estatutos de menoridade social e escapar a múltiplas discriminações, preconceitos e opressões a que estão expostas em muitos dos seus países de origem (Morokvasic, 1984).

2.1 Mulheres como protagonistas (in)visíveis dos processos migratórios

Apesar da enorme prevalência de mulheres imigrantes a nível mundial e nacional, o estudo das migrações tem sido, em larga medida, indiferente à perspetiva de género (Peixoto *et al.*, 2006), já que não se assumia/assume o género como um pilar fundamental de caracterização e análise das migrações.

Perante a história das migrações e dos processos migratórios no Mundo, verifica-se que o termo “migrante” teve, durante décadas, uma conotação masculina (Pessar, 1999). De facto, até meados dos anos 70, a imigração feminina foi analisada em termos das imigrações familiares (e.g., reunificação familiar) e não enquanto imigração autónoma (Albuquerque, 2005; Fonseca *et al.*, 2005). As mulheres eram relegadas para o espaço privado e a contribuição económica que davam à sociedade era completamente desconhecida (Oso & Catarino, 1997). Era destinado às mulheres um papel de seguidoras, de submissas à decisão do seu marido/companheiro/pai (Zlotnik, 2003), um papel de vítimas (Anthias & Lazaridis, 2000), visão esta sustentada pelas próprias políticas de imigração (Kofman & Sales, 2001) que negligenciavam as mulheres imigrantes não lhes dando relevo nem o devido enfoque. Estas perspetivas assentam num modelo familiar patriarcal, onde as mulheres eram vistas como dependentes dos homens, estando confinadas ao espaço privado, o que veiculava uma imagem de subalternidade (Morokvasic, 1984), assim como uma assunção neoclássica dos homens como os destemidos e as mulheres como as guardiãs da comunidade, símbolo de estabilidade (Assis, 2007; Miranda, 2009).

Simultaneamente, outro dado que vai permitindo e legitimando a invisibilidade da imigração das mulheres são as estatísticas. Já Mirjana Morokvasic, em 1984 no seu livro *Birds of Passage are also Women* chamava a atenção para a subestimação do número de mulheres imigrantes dado este que continua presente na atualidade. Hania Zlotnik (2003) salienta que continua a existir uma lacuna nos dados existentes sobre as imigrações femininas a nível internacional em termos de qualidade, comparabilidade e disponibilidade (UN, 2006).

Se a globalização económica e a reestruturação dos mercados de trabalho internacionais e nacionais têm constituído um estímulo constante no recrutamento de mão-de-obra feminina, levando a um aumento exponencial do número de mulheres que imigram autonomamente (Pires, 2002; UNFPA, 2006), ainda se assiste a práticas discriminatórias e de exploração face às imigrantes em todo mundo (Oishi, 2002; Rosário, Santos & Lima, 2011).

Estudar o fenómeno migratório implica necessariamente desenvolver uma abordagem específica para as/os seus/suas protagonistas – mulheres e homens (Albuquerque, 2005; Miranda, 2009; Topa, 2009) quebrando um olhar fragmentado sobre o fenómeno. Sustenta-se, deste modo, a quebra de uma conceptualização estereotipada das mulheres migrantes como vítimas, acessórias, passivas e/ou facilitadoras do movimento migratório (Hiller & McCaig, 2007) mas sim como sujeitos sociais ativos (Miranda, 2009; Peixoto *et al.*, 2006; Topa, 2009).

A relação entre género e migração é compreensivelmente complexa pois, se por um lado, o género é parte integral no processo da migração, influenciando as decisões acerca de quem migra, como migra e porque migra, por outro lado, a migração influencia as relações de género, acentuando as desigualdades e papéis tradicionais ou desafiando-os (Hondagneu-Sotelo, 1999; Miranda, 2009; Topa, Nogueira & Neves, 2010). Quando falamos em género falamos da conceção social de ser mulher e/ou homem, incluindo a construção de identidades, expectativas, comportamentos e os relacionamentos de poder que derivam da interação social (Amâncio, 1994, 2002, 2003; Nogueira, 2001d, 2001e). 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 (Dias *et al.*, 2009; Miranda, 2009; Neves, 2010a, 2010b, 2011) assim como para aceder à alteração dos papéis tradicionalmente associados aos homens e às mulheres (Malheiros *et al.*, 2010; Morrison, Schiff & Sjoblom, 2008). Claro está que estas ideologias, comportamentos e práticas são socialmente aprendidas e as normas, práticas e hierarquias vão variando consoante as diferentes regiões e do tempo, estando sujeitas a processos de mudança contínuos (Amâncio & Oliveira, 2006). Ao mesmo tempo, reconhece que toda esta conceção relaciona-se com outras realidades construídas socialmente tal como *raça*, etnia, classe social, orientação sexual, nacionalidade, entre outras, onde as relações de poder estão sempre presentes (La Barbera, 2012; Neves, 2010a, 2010b, 2011; Nogueira, 2011; Nogueira & Oliveira, 2010).

Um estudo recente sobre migrações na Europa continua a verificar esta ausência de um enfoque de género como um pilar fundamental de caracterização e análise

das migrações, continuando a estudar-se o fenómeno imigratório como se fosse um fenómeno neutro, mas claramente mascarado sob o ponto de vista masculino, que continua a ser o quadro universal e primordial de referência (Amâncio, 1994; Kofman, 2000). Ou seja, continua a existir uma prevalência da perspetiva macrosocial nestas áreas de estudo (Gonzalez- Gonzalez & Zarco, 2008), na qual as mulheres continuam a ficar perdidas nos números e onde as suas realidades ficam por descobrir (Amâncio, 2002, 2003; Miranda, 2009; Nogueira, 2011; Padilla, 2007a).

Os primeiros passos, no sentido de aprofundar a relação entre género e imigração, foram dados nos EUA a partir do fim dos anos 70 e início dos anos 80 (Kofman, 1999; Peixoto & Atalaia, 2010). A entrada massiva de imigrantes desafiou a sociedade americana a tornar-se mais diversa, inclusiva e igualitária (Hondagneu-Sotelo, 2000). Esta mudança social juntamente com o impulso do movimento feminista, levou a que, no final do século XX, se assistisse a uma proliferação de casas abrigo para mulheres vítimas de violência, se implementasse legislação contra a violência doméstica e contra qualquer tipo de discriminação contra as mulheres (e.g., educacional, laboral, política) e se expandisse os direitos reprodutivos do sexo feminino (Hondagneu-Sotelo, 2000) conceptualizando que as mulheres imigrantes estariam em situação de clara desvantagem/risco social e que, portanto, necessitavam de uma observação atenta às suas necessidades específicas de modo a que os seus direitos não fossem desprezados nem violados.

Beth Hess e Myra Marx Ferree (1987 as *cited in* Hondagneu-Sotelo, 2000) enunciam a existência de três marcos de pesquisa feminista relacionada com a imigração. O primeiro marco, situado entre 1970 e 1980, denominado “Mulheres e Imigração” procurou remediar a exclusão das mulheres na investigação científica, uma vez que estas eram vistas sempre como submissas, meras seguidoras dos maridos/companheiros. Um segundo marco assinalou a transição para o estudo da relação entre “Género e Imigração”. Partindo da associação entre os conceitos de *raça*, de classe e de género, estas pesquisas basearam-se nos padrões de género e na forma como a imigração reconfigura os sistemas de igualdade/desigualdade de género assim como o estatuto das mulheres. Com base nestas investigações verifica-se que as imigrações afetam o estatuto das mulheres, umas vezes de forma positiva, outras de forma negativa. Se, por um lado, a família e o papel das mulheres dentro do contexto familiar pode contribuir para a subordinação de género, por outro lado pode levar à constituição de muros de resistência contra a pobreza e racismo (Hondagneu-Sotelo, 1999). O terceiro marco de pesquisa feminista relacionada com a imigração, foi impulsionado pelos estudos étnicos e pelo desenvolvimento dos estudos feministas (Assis, 2003 as *cited in* Diniz, 2008). Este caracteriza-se pela assunção do género

como elemento constitutivo da constelação social, cultural e económica do processo de imigração. Aqui coloca-se a ênfase nas questões de género enquanto fatores responsáveis pela eclosão de determinadas práticas culturais e políticas, pela formação de identidades e pelo desenvolvimento de instituições sociais (Diniz, 2008).

Os trabalhos de Morokvasic (1984) e de Phizacklea (1983, 1995) reiteram, à luz da teoria feminista, que é errado subentender que homens e mulheres imigram pelas mesmas razões, ignorando a presença de forças estruturais que influenciam as suas escolhas. Neste sentido, a análise das migrações passa a ter em conta estruturas de nível intermédio, como a família, as redes sociais e as instituições de apoio às/aos imigrantes (Kofman, 1999) de modo a (re)descobrir e (re)significar a imigração feminina (Morokvasic, 1984).

Isto levou a que uma nova visão surgisse sobre a imigração feminina, desconstruindo certas ideias preconcebidas. Surgiram através de inúmeras investigações a noção de que as mulheres imigram em maior número do que os estudos anteriores sugeriam, que as mulheres não são simplesmente meras seguidoras dos homens, que mesmo imigrando dependentes a sua maioria entra no mundo de trabalho no país recetor, que os seus padrões de imigração e integração variam consoante a sua etnia e cultura e que as mulheres imigrantes e as suas famílias são tratadas de forma muito distinta das populações autóctones (King, Thomson, Fielding & Warnes, 2004).

Estas novas realidades despoletaram, a partir dos anos 90, um novo prisma de análise que propiciou mudanças sociais e políticas. Este baseava-se em quatro perspetivas: o agenciamento das mulheres, a feminização das migrações, a globalização e o transnacionalismo (Anthias, 1983/2000; King *et al.*, 2004). No primeiro caso tinha-se em consideração que o papel que as mulheres desempenham é afetado diretamente por estruturas sociais e ativado por elas (no sentido de enquadrar a sua agência), permitindo desse modo, uma análise mais flexível das relações de imigração e género. No segundo caso, as mulheres passam a ser vistas como tendo um papel preponderante nos processos migratórios, tanto quantitativamente como pela função que exercem de novas agentes sociais, sendo importante ver para além dos dados quantitativos, de modo a perceber como é que as migrações potenciam novas agências e independência das mulheres. No terceiro caso, a globalização pode funcionar ora estrangendo os processos de imigração femininos (e.g., feminização da pobreza que leva a um aumento do mercado de empregadas domésticas e da indústria do sexo) ora potenciando-os através de novas oportunidades. Por fim o quarto caso, o aumento da presença e do papel ativo das mulheres imigrantes em redes transnacionais (como a família e os cuidados de redes, incluindo a maternidade transnacio-

nal) é sublinhado, apesar da sua posição nas hierarquias de poder ser ainda objeto de discussão (King *et al.*, 2004).

Segundo Dias, Rocha e Horta (2009), as mulheres imigrantes evidenciam motivações que se subentendem muitas vezes idênticas às motivações dos homens, mas que são ou podem ser bastante dissemelhantes. Boyd e Grieco (2003) enunciam que podem estar em questão fatores individuais (e.g., idade, etnicidade, origens rurais/urbanas, o estatuto marital, o estatuto reprodutivo, o estatuto económico, as habilitações literárias e as qualificações, entre outros), familiares (e.g., dimensão, estrutura e composição do agregado familiar, estágio de desenvolvimento da família e classe de pertença) e/ou sociais (e.g., normas comunitárias e valores sociais que determinam se é ou não aceitável que as mulheres imigrem e, sendo aceitável, como e com quem podem imigrar). Todavia, Anthias (2000) destaca que se deve conhecer o papel que as mulheres desempenham nos processos, a nível do discurso, bem como as diferentes identidades de género que vão emergindo no processo de migração e que se vão estabelecendo na sociedade de destino pois, como defende Joana Miranda (2009) as migrações, não têm o mesmo efeito e impacto nos homens e nas mulheres.

Claro está que os resultados sobre as consequências das migrações podem ser muitas vezes contraditórios, podendo divergir a curto ou a longo prazo. Para além disto, a análise tem de ter em conta sempre o contexto espacial e temporal bem como a situação das mulheres (Malheiros *et al.*, 2010). O tipo de migração, as políticas e as relações de género nos países de origem e de chegada determinam, também, o impacto da migração neste grupo (Jolly & Reeves, 2005).

Se, por um lado, pode ter muitos efeitos positivos, por outro pode acarretar riscos para as mulheres, uma vez que pela sua vulnerabilidade social estão mais sujeitas a situações de vitimação (Neves, 2010a, 2010b, 2011). Como pontos positivos pode-se salientar o facto das migrações das mulheres representarem muitas vezes uma forma de adquirir segurança económica e um fator de redução das desigualdades de género, levando a que as mulheres obtenham autonomia, independência económica, estatuto social e liberdade (UNFPA, 2006), funcionando a migração como um fator de *empowerment*. Será ainda importante recordar que ainda existem Estados que condicionam a imigração das mulheres através de regras de saída proibitivas (e.g., Irão e Paquistão), seletivas e permissivas de encorajamento ou até de expulsão que afetam as/os migrantes de diferentes formas (Boyd & Grieco, 2003). No entanto, as migrações podem ser um fator potencializador de melhorias consideráveis na qualidade de vida das/os migrantes e suas famílias. As mulheres imigrantes são consideradas agentes de mudança para os países de origem e de receção, onde contribuem assim

com os envios de remessas de dinheiro para o sustento da sua família nos países de origem, proporcionando melhores estudos para as/os seus/suas filhas/os e melhores cuidados de saúde para os seus familiares (Bäckström, 2009; Cruz, 2010). As mulheres imigrantes são ainda agentes de inovação e desenvolvimento para os países recetores onde contribuem com a sua mão-de-obra para apoiar as famílias autóctones cujas mulheres decidiram entrar no mundo profissional (Abranches, 2007; Miranda, 2009). A nível educacional estas mulheres têm, muitas vezes, acesso nos países recetores a novas oportunidades educativas, o que pode melhorar a sua condição social, construir património e melhorar a sua qualidade de vida no país que as recebeu (Dias *et al.*, 2009; Miranda, 2009; UNFPA, 2006).

Por outro lado, a migração pode expor as mulheres a situações de vulnerabilidade resultantes da precariedade laboral, exclusão, situação irregular e isolamento (Jolly & Reeves, 2005; Miranda, 2009). Não raras vezes estas mulheres têm um menor acesso a informação sobre oportunidades de migração e, muitas vezes, têm menor preparação para lidar com as condições inerentes ao processo migratório (Omelaniuk, 2005). As políticas que restringem determinados tipos de migração e que dificultam o processo de migração por via legal podem favorecer o envolvimento das mulheres migrantes em redes de migração clandestina, colocando-as em risco de discriminação, exploração, violência, abuso e tráfico (Rosário *et al.*, 2011; UNFPA, 2006). Em contextos com níveis extremos de pobreza e reduzido acesso à educação, saúde, recursos financeiros e redes de informação sobre migração e emprego, as mulheres poderão ter fraca autonomia e menor capacidade de decisão sobre a sua mobilidade (Dias *et al.*, 2009; UNFPA, 2006), deparando-se com limitadas oportunidades de participação na vida social, política e cultural no país recetor. Estas dificuldades na integração traduzem-se, muitas vezes, em obstáculos no acesso à educação, desenvolvimento de competências e mercado de trabalho, o que se traduz muitas vezes no desempenho de atividades profissionais pouco qualificadas, mal remuneradas, destituídas de proteção social e em setores desregulados e segregados da economia (Dias & Gonçalves, 2007), como também leva a que muitas mulheres sejam forçadas a prostituírem-se, ou que se tornem vítimas de tráfico humano (Neves, 2010a, 2010b, 2011; Peixoto, 2005; Santos, Gomes, Duarte & Baganha, 2007). De facto, Castles e Miller (2003) salientam que na denominada “nova-era” das migrações, a crescente autonomia das mulheres e a procura do trabalho feminino na economia global recai particularmente no setor dos serviços, principal responsável pela absorção da mão-de-obra feminina imigrante, com relevo para o trabalho doméstico, cuidados a idosas/os e crianças e para a indústria do sexo (Neves, 2010a; Miranda, 2009; Padilla, 2007a). De facto, verifica-se que algumas características (sociais/económicas)

dos países da Europa do Sul potenciam a inserção das mulheres imigrantes nestas ocupações, especificidades que assentam na expansão do setor dos serviços nestes países, na existência de um mercado de trabalho informal, pelo facto de persistirem papéis de género tradicionais e no envelhecimento populacional aliado a baixas taxas de fecundidade (Anthias & Lazaridis, 2000).

Simultaneamente, estas mulheres são mais atreitas a situações de desemprego, apresentando uma maior taxa de desemprego do que os homens estrangeiros residentes em Portugal (Abranches, 2007). Denota-se que continua a existir uma *feminização* na migração, na pobreza e na falta de empregos o que leva a que seja imprescindível caracterizar e ter em conta os seus problemas no processo de globalização (Boyd, 2006; Gill, 2006; Miranda, 2009; Oishi, 2002). Por outro lado, as mulheres, que dependem financeira e juridicamente dos seus parceiros (por dependerem do estatuto legal destes), enfrentam muita vezes o não reconhecimento dos seus direitos fundamentais (UNFPA, 2006).

O projeto *Migrations and Economy - more economic worth of migrant women in EU Member States* permitiu-nos aceder a dados sobre o modo como as mulheres imigrantes percebem a discriminação a que estão sujeitas (Ruiz-Rios, 2005 *as cited in* Alonso & Fernandes, 2008, p.7). Este estudo enfatiza que 69% das mulheres que participaram na investigação tinham consciência de que já tinham sido alvo de discriminação. A maioria devido à sua *raça*/estatuto de migrante (67.3%) e ao seu género (32.2%) o que nos alerta para o modo como classe social, género e nacionalidade/estatuto de imigrante podem interagir dificultando as suas experiências de vida.

Deste modo, verifica-se que o processo de migração não é um processo simplista, existem cisões vivenciais para o indivíduo, que poderão ser muito traumatizantes ou não, consoante os seus recursos pessoais e as particularidades da sociedade receptora (Ramos, 2008). O adotar uma abordagem de género relativamente à migração significa reconhecer a migração feminina como fonte de recursos e de alternativas de desenvolvimento para os países de origem e recetores, mas significa também reconhecer a discriminação social e económica a que muitas vezes este grupo está sujeito (Miranda, 2009; Neves, 2010a, 2010b; UNFPA, 2006). Importa entender como é que o género afeta a dimensão, composição e direção dos fluxos migratórios bem como as experiências individuais das/os migrantes. Importa perceber quais os impactos dos processos imigratórios sobre as relações de género e a eventual promoção de desigualdades de oportunidades (Malheiros *et al.*, 2010; Miranda, 2009; Topa, 2009).

Portugal continua a ter uma visão inquinada sobre a problemática. Verifica-se que alguns estudos académicos e institucionais têm-se debruçado sobre as questões da imigração feminina, contudo poucos são aqueles que fazem uma real abordagem de género.

O Relatório da Comissão Europeia revela que as imigrantes residentes em Portugal apresentam algumas características específicas “[they] have higher average educational qualifications than the Portuguese population and are over qualified for the jobs they occupy, obtaining more precarious working conditions and lower salaries than the Portuguese workforce” (European Commission, 2006a as cited in Alonso & Fernandes, 2008, p. 7). Por outro lado, a falta de acesso ao mercado de trabalho, os baixos salários e a discriminação horizontal são consideradas as principais formas de discriminação.

Heloísa Perista (1998) analisou as vivências de mulheres imigrantes que vieram para Portugal por via da reunificação familiar. A autora concluiu que a maioria destas mulheres abandona as suas carreiras dedicando o seu tempo ao cuidado da família.

No estudo de Wall, Nunes e Matias (2005a), através da análise da experiência de mulheres imigrantes cabo-verdianas e brasileiras, identificou-se um conjunto de situações de vulnerabilidade que são transversais a ambos os grupos: as condições de alojamento, a situação laboral, o processo de regularização, as discriminações, a situação de reagrupamento familiar e a solidão. Os fatores associados à discriminação influenciam a condição laboral das mulheres imigrantes e a precariedade associada, na medida em que a estereotipia em relação a estas mulheres pode determinar as atividades profissionais que desempenham (Wall *et al.*, 2005a). Uma vulnerabilidade acrescida das imigrantes de origem brasileira está associada aos estereótipos produzidos sobre as mulheres brasileiras (Padilla, 2007a, 2007b) que, frequentemente, são representadas como mulheres femininas, com grande sensualidade e submissas (Diniz, 2004). Este processo de exotização, embora comum a ambos os sexos, atinge em particular as mulheres brasileiras, fortemente penalizadas pela frequente associação com a prostituição, o que tem consequências a nível laboral, social e relacional (Padilla, 2007a).

Wall, Nunes e Matias (2005b) conseguiram em simultâneo fazer a identificação dos sete perfis mais típicos através da análise qualitativa dos percursos de vida das mulheres imigrantes em Portugal. No contexto da migração feminina autónoma encontraram a trajetória de “poupança intensa a curto prazo” (p.606), mais característica de mães sós, solteiras ou separadas, que deixam as/os filhas/os no país de origem

e projetam regressar rapidamente; a trajetória de “vida nova a longo prazo” (p. 608), associada em geral a mulheres jovens solteiras ou a mulheres divorciadas/separadas (acompanhadas das/os filhas/os) que procuram integrar-se no país de receção a mais longo prazo; e a trajetória “ioiô” (p.610), feita de múltiplos vaivéns entre o país de origem e vários países de imigração, mais característica de mulheres solteiras. Na migração familiar, para além da trajetória clássica em que o homem emigra primeiro, foi possível observar a trajetória “as mulheres primeiro” (p. 614), em que o marido e as/os filhas/os imigram depois de as mulheres terem encontrado trabalho e alojamento em Portugal; a trajetória “a dois” (p. 615), característica de casais que emigram em conjunto (trazendo depois as/os filhas/os o mais depressa possível); e a trajetória de casais “prontos a partir” (p.616), associada a casais jovens, sem filhas/os, que pensam voltar a emigrar se encontrarem melhores oportunidades de emprego ou de carreira noutro país europeu.

O estudo realizado por Lages e colaboradoras/es (2006) sobre as imagens recíprocas construídas entre a população portuguesa e as populações imigrantes e que envolviam, entre outras nacionalidades, imigrantes brasileiras/os, africanas/os e europeus do Leste vieram salientar que continua a existir uma estrutura racial-hierárquica em Portugal que localiza as populações em níveis diferenciados de estatuto social. Este estudo ressalva que nessa estrutura hierárquica a comunidade brasileira ocupa um lugar e um estatuto privilegiado destacando-se da comunidade de Leste e das/os Africanos.

Joana Topa (2009) no seu estudo sobre emergência de novas conceções identitárias em mulheres imigrantes verifica que estas mulheres apresentam discursos claramente “genderizados” e classicistas, sofrendo uma influência dos *scripts* culturais e sociais que balizam a forma de serem mulheres e de se dizerem mulheres (Neves, 2008). Ou seja, vão assumindo performances e agindo de acordo com o que é esperado delas, tanto a nível comportamental como a nível dos papéis que desempenham para que, desse modo, se sintam mais integradas.

A noção de uma hegemonia patriarcal e de classe torna credível para estas mulheres a existência de uma superioridade masculina e/ou de classe, o que as leva a consentirem a manutenção de práticas sociais e institucionais injustas e injustificáveis que vão contra a equidade de género. Isto leva a constrangimentos de escolhas e, no caso das mulheres, restringe os campos de atuação social, como se ser mulher, e posteriormente imigrante significasse não poder fugir a um destino de vitimação/discriminação. Segundo a autora, as identidades destas mulheres vão sendo, assim reconstruídas na e pela imigração.

Joana Miranda (2009) por outro lado estudou os três eixos que marcam a realidade destas mulheres imigrantes: memórias e identidades, dificuldades de integração em Portugal e projetos de vida. Segundo a autora, estas mulheres vão-se embrenhando em processos de mudança no contacto com o país recetor. Afirmando-se, diferenciam-se, escondem-se, negociam e reconstróem novas estratégias identitárias de ser e de estar. Se, o processo migratório para umas mulheres funciona como um potencial de melhores condições de vida (económicas, habitacionais, entre outros), para outras é claramente um fator de risco pelo desconhecimento que têm face ao país recetor, pela perda de rede social de apoio, e por situações potencializadoras de perigo iminente em que se colocam.

O seu estudo revelou que as dificuldades com a língua são maiores para a comunidade ucraniana que também evidenciam os maiores índices de insatisfação face ao processo migratório para Portugal. As brasileiras enfrentam a questão do assédio sexual e do preconceito da sociedade portuguesa enquanto as mulheres cabo-verdianas são as mais exploradas a nível laboral no que concerne ao número de horas de trabalho, lidando com situações de racismo subtil que vai deixando as suas marcas e estigmatizando (Miranda, 2009).

Estefânia Silva (2009) analisou as concepções de amor em mulheres imigrantes e verificou que estas mulheres passaram por processos de internalização, de desilusões, sofrimento, controlo e vigilância acerca das experiências de amor, o que as leva a acreditar que amar é sofrer, suportar, tolerar e subjugar-se. Pelos discursos de todas as participantes no seu estudo evidencia-se a vivência de um amor romântico, onde as diferenças de poder estão visíveis nas suas relações íntimas, sendo observadas a partir das diferentes manifestações de amor, de diferentes significados, pela permissividade e aceitação face ao comportamento do outro e diferentes ideais de satisfação pessoal, familiar e social. Esta concepção, contrária à concepção de amor confluyente (Giddens, 2001) torna o amor um fator de risco para a identidade e autonomia destas mulheres uma vez que vai potencializando discursos e práticas sociais de desigualdade de género dentro do espaço da intimidade.

Waldecária Costa (2009) intentou compreender os significados atribuídos por mulheres brasileiras às suas experiências no contexto migratório português. Concluiu que estas mulheres significam o contexto migratório como hostil, onde colocam em risco a sua identidade cultural, profissional e de género uma vez que os valores de referência, que trazem da sociedade de origem, são muitas vezes desrespeitados. As dificuldades e hostilidades enfrentadas resultam em estratégias individuais de inserção que, apesar de possibilitarem certa mobilidade social e relativo bem-estar

psicológico individual, não favorecem o desenvolvimento de uma consciência de grupo que permita o reconhecimento da necessidade de realização de ações coletivas para fazer frente às situações de opressão que enfrentam.

Sofia Neves (2010a, 2010b) analisou a situação de tráfico para fins de exploração sexual em Portugal de mulheres brasileiras, relacionando as questões da imigração, género e tráfico de seres humanos chamando a atenção para as vulnerabilidades acrescidas que os processos migratórios e de género trazem em termos de violência e de crime organizado.

No que concerne a investigações sobre violência de género algumas investigações surgiram sobre clubes noturnos uma vez que muitas mulheres imigrantes, regulares e/ou irregulares, por estarem mais vulneráveis a situações de desemprego e exclusão social desempenham muitas vezes atividades na indústria do sexo (Oliveira, 2004; Peixoto *et al.*, 2005; Ribeiro, Sacramento, Silva & Ribeiro, 2005).

Cristina Correia e Sofia Neves (2011), debruçando-se sobre representações, preconceitos e estereótipos relacionados com as mulheres brasileiras, chamam também a atenção de que estas sofrem situações de discriminação existindo uma clara assunção das mulheres brasileiras como prostitutas. Apesar de existirem grandes *nuances* entre esta perceção entre mulheres brasileiras de nível socioeconómico mais baixo e alto, facto é que esta ideia preconcebida da sociedade recetora leva a que estas mulheres estejam sujeitas a situações de violência a nível laboral.

Em 2011, a Revista *ex aequo* lança um dossier temático intitulado “Género e Migrações” onde, através de vários artigos, se coloca em relevo questionamentos diferenciados sobre o fenómeno das migrações, numa perspetiva de género (Neves & Miranda, 2011).

Estes estudos, que aqui apresentamos, revelam uma clara mudança de olhar analítico sobre a *feminização* (Castles & Miller, 2003) e/ou “genderização” das migrações (Yamanaka & Piper, 2006), dando informações preciosas sobre as dificuldades, constrangimentos e mudanças que estas mulheres passam no processo das imigrações, tanto a instituições como ao estado, sugerindo alterações de políticas sociais em prol de uma efetiva integração destas mulheres.

Só partindo de um prisma de género, como quadro primordial de referência, podemos ter pistas de entendimento destas realidades, podemos aceder ao leque complexo e intenso de possibilidades, desdobramentos e desafios, tanto no âmbito teórico como na prática, especialmente, no que se refere às políticas públicas voltadas para esta parcela da população em mobilidade.

CAPÍTULO II - IMIGRAÇÕES E SAÚDE

1. TEORIAS EXPLICATIVAS E SUAS REPERCUSSÕES NAS PRÁTICAS DE CUIDADO

Quando se pensa na interligação entre imigração e saúde vemos que existem diferentes teorias explicativas do modo como esta ligação ocorre (Im & Yang, 2006). De acordo com Im e Yang (2006) existem três grupos de grelhas teóricas que permitem compreender a relação entre as questões da imigração feminina e a saúde e que vão influenciando tanto a investigação como a prática nesta área.

O primeiro grupo, intitulado de Teoria da Migração Seletiva e Saúde, assume a imigração como um tipo de seleção natural (Im & Yang, 2006; Messias & Rubio, 2004). Segundo esta teoria, as/os imigrantes tendem a ser pessoas saudáveis e resilientes, o que algumas/alguns autoras/es designam por *healthy migrant effect*⁴ (Razum, Zeeb & Rohrmann, 2000), sendo capazes de responder aos desafios colocados pela experiência imigratória. Ou seja, embora estejam perante algumas situações de risco (e.g., maiores dificuldades em comunicar problemas de saúde, stresse mental e emocional e reduzido acesso a serviços de saúde), quando têm problemas de saúde tendem a ter maior sucesso na sua resolução, superando com sucesso os desafios no processo de adaptação (Messias & Rubio, 2004; Wallace, Gutierrez & Castaneda, 2006). Os estudos de Frisbie, Cho e Hummer (2001), por exemplo, sustentam esta teoria. Segundo os autores, as/os bebés que nascem nos Estados Unidos, filhas/os de imigrantes têm, geralmente melhores índices de saúde quando comparados com as/os bebés autóctones. Os estudos de Vega e colaboradoras/es (1993) e Cuellar, Bastida e Braccio (2004) também sublinham esta visão chamando a atenção para que, por exemplo, as/os imigrantes mexicanas/os são geralmente mais novas/os e mais saudáveis, tanto a nível físico, como mental que a população dos países recetores, o que acarreta um impacto direto, tanto nos países de origem como nos países recetores, uma vez que a saída das/os jovens saudáveis leva a que a longo prazo fiquem nos países de origem pessoas mais velhas e com maiores problemas de saúde.

O segundo grupo de teorias, denominado Efeitos Negativos da Imigração na Saúde assumem, por seu lado, que a imigração é uma experiência geradora de stresse, o que pode acarretar riscos para a saúde (Carballo *et al.*, 1998). Estas teorias indicam que os fatores que mais contribuem para uma maior prevalência de doenças são o contacto com novas doenças no país recetor, a adoção de novos estilos de vida (e.g.,

4 Denominação atribuída por Raymond-Duchosal em 1929.

comportamentos tabágicos, abuso de álcool, obesidade), as condições económicas, sociais e políticas em que vivem, os conflitos culturais, a pobre integração bem como a discriminação racial e étnica (Messias & Rubio, 2004; Neto, 2008).

Cuellar, Bastida e Braccio (2004) indicam que as/os imigrantes mexicanas/os apresentam índices de maior stresse do que as/os seus/suas filhas/os que já nasceram na América.

Por fim, o terceiro e último grupo de teorias designa-se por Aculturação e Saúde. Estas teorias inter-relacionam as questões da aculturação, “processo por que passam as pessoas, frequentemente já na idade adulta, em reação a uma mudança de contexto cultural” (Neto, 2008, p.43) com o estado de saúde da população imigrante.

Estas teorias indicam que as mudanças que ocorrem num processo migratório, tanto a nível social como a nível individual (e.g., mudanças físicas, biológicas, políticas, económicas, culturais, sociais), podem acarretar conflitos psicológicos, desintegração social e/ou até mesmo declínio na saúde mental (Neto, 2008; Vega, Kolody & Hwang, 1993).

O modo como se processa a adaptação a uma nova cultura pode ocorrer segundo três modelos de aculturação diferenciados.

No primeiro modelo denominado *single-continuum* (Keefe & Padilla, 1987) a aculturação tem uma relação linear com o tempo de exposição ao novo país (Wallen, Feldman, & Anliker, 2002), com a idade e sexo dos indivíduos. Este modelo considera o processo de aculturação como tendo um ponto final discreto, ou seja, assume que as/os imigrantes, eventualmente, aceitam a cultura do país recetor na sua totalidade e que, por sua vez, são aceites pela sociedade recetora (Keefe & Padilla, 1987; Messias & Rubio, 2004). Este modelo é adequado, principalmente, para descrever uma sociedade monocultural. Para culturas pluralistas, este modelo não fornece informações detalhadas sobre o grau que se adquire ao manter as características culturais (Berry, 1997).

Por outro lado, o *modelo matriz de duas culturas* (Berry, 1997) assume uma perspetiva da aculturação pluralista. As comunidades migrantes vão aceitando a nova cultura mantendo algumas características da sua cultura de origem. Esta perspetiva permite quatro possibilidades possíveis resultantes desta interação: integração, separação, assimilação ou marginalização (Berry, 1997, Keefe & Padilla, 1987). A integração predispõe a manutenção da sua própria cultura adquirindo laços com a sociedade recetora. A marginalização, por seu lado, ocorre quando os indivíduos não se sentem

ligados a nenhuma cultura. Estamos perante um processo de separação quando os indivíduos tentam evitar o contacto com a sociedade. Quando, por outro lado, os indivíduos buscam as características da nova sociedade anulando as suas próprias características identitárias/culturais, deixando as suas tradições e costumes. É o que se designa por assimilação (Berry, 1997).

O *modelo multidimensional* integra os traços culturais do indivíduo em vez de considerar os níveis gerais de aculturação (Keefe & Padilla, 1987). Este modelo pressupõe que os indivíduos vão adquirindo novas características da sociedade recetora à medida que o consideram importante. Ou seja, não considera que os tipos de aculturação sejam mutuamente exclusivos. Por exemplo, alguns indivíduos seguem uma estratégia de assimilação no que concerne à sua prática profissional, mas a estratégia de separação com a sua escolha de amigas/os ou de alimentos (Im & Yang, 2006).

Estas diversas grelhas teóricas, ao darem diferentes visões sobre o modo como as comunidades imigrantes iam reagindo em termos de saúde no país recetor, tiveram um diferente impacto no modo como as conceções, políticas e práticas de saúde se foram alterando ao longo do tempo.

Durante o século passado esteve patente nas práticas de saúde o modelo hegemónico biomédico que considera que a doença é um problema do “corpo”, ou seja, só reconhecia o aspeto orgânico, deixando de lado as dimensões psicológicas, sociais e ambientais (Traverso-Yépez, 2001). Este modelo, que concebe uma perspetiva redutora do conceito de saúde, foi atualmente contraposto pela visão holística e sistémica da saúde que defende a influência de um conjunto complexo de dimensões (e.g., física-somática, afetiva e emocional, cognitiva, comportamental, sociocultural e ecológica) no estado de saúde dos indivíduos (Wallace, 2008).

A WHO definiu o conceito de “saúde” como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença (WHO, 1948). Esta definição positiva, foi várias vezes sujeita a críticas por se tratar de um estado ideal e inatingível. Hoje, é vista não como uma meta para os serviços de saúde, mas sim como uma forma de clarificar as prioridades de intervenção, em função dos recursos existentes. Para isso, tornou-se imprescindível conhecer e perceber os fatores que a influenciam e de que forma se podem minimizar os efeitos das crescentes desigualdades e iniquidades sociais na saúde (Fonseca *et al.*, 2009). Deste modo, a saúde passa a ser 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 (Tones & Green, 2004).

Ao fazer uma retrospectiva histórica verifica-se que a saúde das/os migrantes era apenas estudada por certas disciplinas, tal como a Medicina Tropical ou a chamada étnico medicina, que se baseavam em critérios de *raça* vendo-as/os como pessoas estranhas. Ficavam também confinadas/os a nível da Epidemiologia e da Saúde Pública que estava preocupada com o risco de contágio de doenças que as/os imigrantes traziam (e.g., HIV, tuberculose) (Fonseca & Malheiros, 2005). Outra disciplina que se debruçava sobre o seu estudo era a Psiquiatria e a Etnopsiquiatria que via o outro como bizarro assim como a Enfermagem que, desde 1970, tentava iluminar a necessidade de uma sensibilidade cultural para cuidar de migrantes (IOM, 2004). Ou seja, era dado ênfase aos riscos que a comunidade imigrante poderia comportar: a) patologia de importação, tais como doenças parasitárias e hereditárias, b) patologias de aquisição, que albergam as novas condições ambientais nas quais a/o imigrante se encontra inserida/o e que podem favorecer o aparecimento de outras doenças (e.g., cardiovasculares, infetocontagiosas) e c) patologias de adaptação, que traduzem dificuldades encontradas no confronto com a nova sociedade e cultura (Leandro, 2005).

Verifica-se que apesar de não representar, em si mesma, um fator de risco para a saúde, a migração e as condições em que se processa podem aumentar a vulnerabilidade à doença (Llácer, Zunzunegui, Amo, Mazarrasa & Bolumar, 2007; UNFPA, 2006). As questões das diferentes categorias identitárias (e.g., género, etnia, idade, nacionalidade) associadas a outros fatores, como o tipo de migração (e.g., reunificação familiar, autónoma), as condições a que o/a migrante é sujeito/a nos países recetores, 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 regularidade e/ou irregularidade determinam o impacto da migração nas populações (IOM, 2004; Marshall, Urrutia-Rojas, Mas & Coggin, 2005).

De facto, o processo migratório pode reunir em si mesmo, sete elementos de perda: da família e das/os amigas/os, da língua, da cultura, da casa, da posição social, do contacto com o grupo étnico e religioso pode elevar a vulnerabilidade em relação a problemas de saúde em geral (Carballo *et al.*, 1998) e de saúde mental em particular. Evidentemente isto é potenciado não só pela dureza do processo migratório (Carta, Bernal, Hardoy & Haro-Abad, 2005), mas também pela exposição quotidiana a diferentes formas de discriminação (Zahid, Fido, Alowaisih & El-Motaal, 2003).

Verifica-se que historicamente a saúde da população imigrante era estudada globalmente, não sendo tida em consideração a sua heterogeneidade nem as suas especificidades, que, obviamente, trazem implicações específicas a nível da saúde (Padilla

& Miguel, 2009). Neste momento são considerados como grupos mais vulneráveis: as mulheres e crianças, menores desacompanhadas/os, migrantes em situação irregular, refugiadas/os e asiladas/os, migrantes vítimas de tráfico, migrantes que têm ocupações laborais de risco (e.g., construção, agricultura) ou que estão em condições mais propícias a sofrerem um acidente (Cole, 2007).

É notório que o efeito da migração no estado de saúde do/a imigrante, bem como os padrões de morbidade e mortalidade, dependem de quem está a migrar, quando migra, de onde migra, para onde migra e quais os parâmetros de saúde que estão a ser avaliados (IOM, 2004; McKay, Macintyre & Ellaway, 2003). Assim, e tendo em consideração os diferentes níveis de vulnerabilidade a que estas pessoas estão expostas necessitam-se de respostas integradas que colmatem as suas necessidades específicas (Fonseca & Malheiros, 2005; Padilla & Miguel, 2009).

Todavia, apesar de todos os cuidados de saúde terem como objetivos principais otimizar a saúde das populações através do emprego do conhecimento mais avançado sobre a causa das enfermidades, do seu tratamento e a maximização da saúde, assim como a minimização das disparidades entre subgrupos populacionais, não se pode continuar a cair no pressuposto de que todas as pessoas se encontram nas mesmas condições para delas usufruir (Prazeres, Laranjeira, Marques & Soares, 2007).

É possível identificar diferenças no que respeita à saúde de cada indivíduo nos diversos momentos do ciclo vital, não só quando se estabelecem comparações entre indivíduos, mas também quando se colocam em equação populações diferentes ou grupos de indivíduos que ocupam posições assimétricas nas hierarquias sociais (Marmot, 2006), sendo a população imigrante uma das mais afetadas por essas discrepâncias (Pereira & Furtado, 2010).

2. AS IMPLICAÇÕES DAS IMIGRAÇÕES NA SAÚDE DOS INDIVÍDUOS

Tendo em consideração a visão holística do conceito de saúde, são vários as/os autoras/es que defendem que se deve ter em consideração os vários fatores/determinantes que influenciam o estado de saúde dos indivíduos (Janssens, Bosmans & Temmerman, 2005; Padilla & Miguel, 2009; Woermke, 2009).

Beatriz Padilla e José Miguel (2009) consideram que devem ser analisados, no mínimo três fatores chave que contribuem, direta e indiretamente, para a condição de saúde da população migrante nos países recetores: o estado de saúde das pessoas, os determinantes de saúde e o acesso aos cuidados de saúde.

a) *Estado de Saúde*

Ao nível do estado de saúde os dados existentes são controversos. Se, por um lado, algumas investigações têm demonstrado que populações imigrantes apresentam alguns indicadores de saúde melhores comparativamente às populações autóctones⁵; outros indicam os processos migratórios podem constituir importantes desafios à capacidade dos indivíduos para lidarem com a mudança (IOM, 2003) repercutindo-se em problemas de saúde. De facto, muitas/os acabam por se ressentir tanto a nível psicológico como físico exibindo altos níveis de ansiedade, problemas de sono, hipocondria, paranoia, sintomatologia esta designada pelo psiquiatra catalão Joseba Achotegui por síndrome de Ulisses (Janson, Svensson & Gkblab, 1997 *as cited in* Padilla & Miguel, 2009). O desenvolvimento desta sintomatologia advém, muitas vezes, da separação da família, da perda dos sistemas de suporte e da dificuldade sentida em lidar com um contexto desconhecido e com uma sociedade com diferentes valores, perceções e tradições (Lazear, Pires, Isaacs, Chaulk & Huang, 2008).

Não raras vezes as/os imigrantes podem trazer doenças infetocontagiosas (e.g., tuberculose, hepatite e doenças respiratórias) que as/os colocam a si em risco e aos outros (Padilla & Miguel, 2009).

Todavia, o que a evidências empíricas mostram como mais vulgar é a adoção, no país recetor, de novos estilos de vida que muitas vezes as/os expõe a algumas viroses e outros agentes patogénicos que afetam o seu sistema imunitário (Carballo, 2009).

Na realidade, as evidências empíricas têm mostrado que algumas populações imigrantes estão em maior risco de contraírem doenças não transmissíveis (Carballo, 2009), como as doenças cardiovasculares (Calvo-Villas *et al.*, 2006; Marmot, 2006; McKay *et al.*, 2003), diabetes e maior taxa de mortalidade associada a cancro (Arnold, Coebergh & Razum, 2010; Lee, Demissie, Lu & Rhoads, 2007), maior risco de contrair doenças infecciosas (e.g., tuberculose, HIV/Sida e hepatites) (Carballo *et al.*, 1998; Shedlin *et al.*, 2006), de vir a sofrer de doenças mentais (e.g., depressão, esquizofrenia e stresse pós-traumático) (Bhugra & Ayonrinde, 2004), de vir a consumir álcool, drogas e a cometer suicídio (Carta *et al.*, 2005).

Os níveis de mortalidade e morbidade para as/os imigrantes tendem a ser mais baixos do que para a população de origem. Contudo, à medida que o tempo de re-

5 c.f. Estudo do Instituto Nacional de Saúde 2005/06 que analisou as diferenças entre adultas/os portuguesas/as e imigrantes nos seus níveis de saúde e cujos resultados apontam para um melhor nível de saúde entre a população imigrante (Silvestre, 2010).

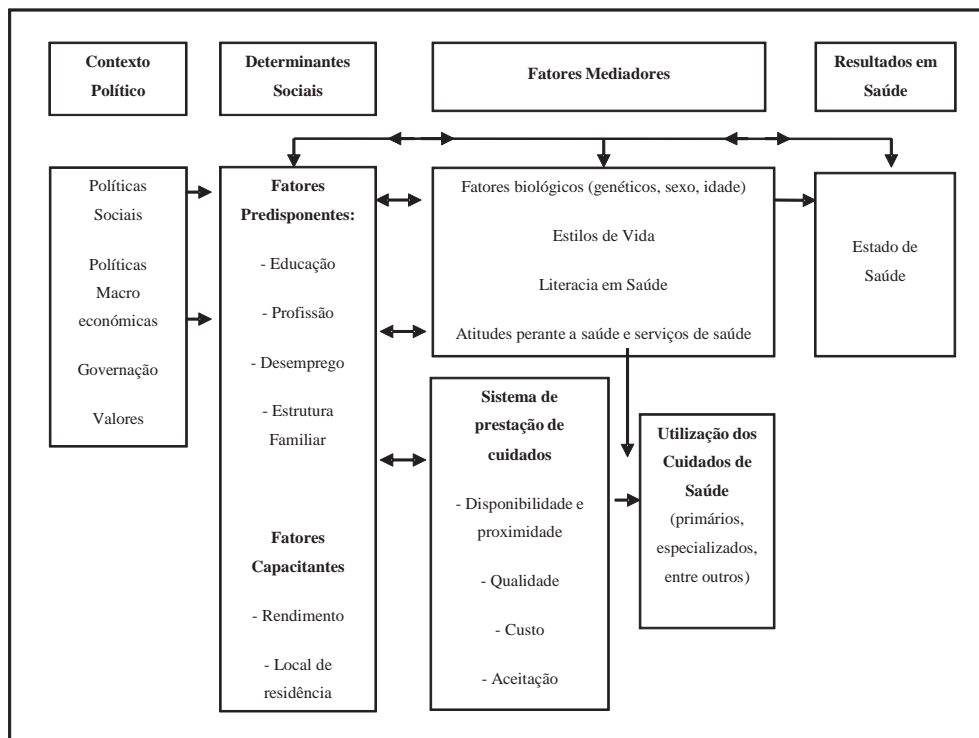
sidência aumenta, verifica-se que estes índices aumentam como consequência dos estilos de vida (Marmot, 2006).

b) *Determinantes de saúde*

No que concerne aos determinantes de saúde verificamos que o estado de saúde de uma comunidade é resultado de redes complexas de determinantes que envolvem fatores biológicos, genéticos e idiossincráticos, psicossociais, estilos de vida e comportamentos, ambiente físico, socioeconómico e cultural, disponibilidade de cuidados de saúde, e ainda fatores políticos e macrosociais (Carballo, 2009; Pereira & Furtado, 2010; WHO, 2002; Woermke, 2009).

Pereira e Furtado (2010) inter-relacionam múltiplos fatores que se influenciam, direta ou indiretamente, tendo um impacto direto ou indireto no estado de saúde das/os migrantes, bem como no seu recurso ou recusa de procurar serviços e cuidados de saúde (cf. -Figura 1):

Figura 1 - Mapa conceptual dos determinantes em saúde e da utilização de cuidados de saúde



Adaptado de J. Pereira e C. Furtado, *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*, 2010, p. 6.

Contexto político e os determinantes sociais

O contexto político e os determinantes sociais de saúde tanto dos países de origem como recetores abrangem fatores macrossociais como as normas sociais, padrões culturais e questões de género que orientam o comportamento e atitudes face à saúde/doença e às práticas de saúde (WHO, 2010). Nestes estão incluídos fatores estruturais de nível social, como as instituições políticas, a estrutura económica, o grau de desenvolvimento de uma comunidade, que se refletem na estratificação social, nos mecanismos de redistribuição de recursos, na educação, nas condições básicas de vida e trabalho, na existência de redes de suporte social e na disponibilização e acessibilidade aos serviços de saúde (Janssens *et al.*, 2005).

Huijts e Kraaykampque (2012) referem que as características dos países de origem têm uma influência determinante na saúde dos/as imigrantes, chamando a atenção para três situações que devem ser tidas em consideração. Por um lado, salientam que se a saúde dos/as imigrantes nos países de origem for pautada por condições de vulnerabilidade, provavelmente a mesma tendência manifestar-se-á nos países recetores. Por outro lado, os hábitos adquiridos durante a infância em termos de hábitos de saúde, moldados pelas normas sociais, culturais e religiosas, acompanham os/as migrantes nas suas experiências migratórias, tornando-se visíveis nas suas práticas diárias. Finalmente, o nível de opressão política existente nos países de origem condiciona a saúde dos/as seus/suas concidadãos/ãs (Huijts & Kraaykampque, 2012).

Deste modo, o *background* ao nível da saúde individual e das políticas de saúde dos países de origem (Fonseca & Malheiros, 2005) têm diferentes impactos a nível do seu estado de saúde mas também na procura de ajuda.

Albrecht e colaboradores (2000) alerta também para a forte influência que a pertença de género tem nos determinantes da saúde. A um nível macro, por exemplo, a alocação de recursos ao setor da saúde faz-se na base de pressupostos culturais relacionados com o género e das representações sociais sobre a capacidade das mulheres tomarem decisões (*as cited in* Marshall, Urrutia-Rojas, Mas & Coggin, 2005).

Llácer e colaboradoras/es (2007) alegam que tem de se ter em consideração, para além das questões de género, a etnicidade e a classe social como fatores bases das iniquidades na saúde. Segundo as/os autores estas dimensões estão todas inter-relacionadas e cada uma delas acarreta riscos e diferentes tipos de vulnerabilidades para a saúde ao longo do curso de vida das populações. O modo como estas três categorias interagem e têm impacto na saúde depende do nível de empoderamento

dos indivíduos, organizações e comunidades. As/os autoras/es alegam que a eficácia do empoderamento, no que concerne às mulheres imigrantes envolve a habilidade de conseguir modificar as relações estabelecidas com os homens em prol da igualdade não só no âmbito das suas relações pessoais como a nível da esfera política e social.

Paralelamente, a pobreza, o emprego, a educação (Padilla & Miguel, 2009), a posição social que os indivíduos ocupam, que surge como o resultado da interseção do estrato social em que se inserem, entendido numa perspetiva “vertical” (e.g., rendimento económico, grau de escolaridade, profissão) com outros grupos na “horizontal” (e.g., grupo etário, género, etnia) (European Partners for Equity in Health, 2006), o acesso ao consumo de bens, os valores/normas e o acesso à informação, as deficientes condições de habitação (e.g., barracas, sem abrigo, bairros periféricos e zonas degradadas sem infraestruturas básicas), rendimentos reduzidos, empregos precários ou desemprego, stresse psicológico associado à exclusão social e à ausência de redes de apoio como a família ou associações de apoio (Cruz, 2010; Webster *et al.*, 2000), são fatores indiscutíveis que têm um impacto no seu nível e estado de saúde (Llácer *et al.*, 2007; Padilla & Miguel, 2009) assim como no das/os suas/seus familiares.

Estudos mostram que muitas vezes as/os filhas/os de imigrantes ficam muitas horas sozinhas/os e são mais propícias a ter mais acidentes fruto das longas jornadas de trabalho dos seus pais e mães (Haskins, Greenberg & Fremstad, 2004).

De facto, o background económico e social surge como um dos fatores que mais condiciona a acessibilidade à saúde, sabendo-se que imigrantes com menos recursos socioeconómicos são aquelas/es que menos recorrem aos cuidados médicos (Derose, Escarce & Lurie, 2007).

Isto não pressupõe dizer que as pessoas que imigram são sempre pobres, nem que o seu estatuto social é sempre baixo. Contudo, especialmente no caso das mulheres o risco de perda de estatuto social é maior, principalmente no que concerne às imigrações para o sul da Europa, que tem sido caracterizada por altos níveis de emprego irregular dirigidos a mulheres (Llácer *et al.*, 2007). Isto leva a que a distância entre a posição social do indivíduo no país de origem e no país recetor seja tido como um determinante de uma pobre saúde mental (Llácer *et al.*, 2007).

O estudo de Leandro e colaboradores (2002) que teve como população alvo as/os imigrantes no Concelho de Vila Verde, no norte de Portugal refere que esta comunidade valorizava muito a saúde, considerando que não tinham sido afetados por problemas de doença durante a estadia em Portugal.

Como vemos, o estudo dos mecanismos sociais segundo as situações, as origens nacionais e as culturas que lhes são correlacionadas, a profissão, as condições sociais de existência e os modos de vida, revela-se indispensável para conhecer a origem e o desenvolvimento dos fatores que dão origem às desigualdades perante a saúde e a doença, com particular incidência para a população imigrante (Leandro *et al.*, 2007; Pereira, 2008).

Fatores Mediadores

Os fatores mediadores contemplam, entre outros, os fatores biológicos que incluem a predisposição genética bem como as defesas imunitárias que fazem frente aos fatores patogénicos com os quais contactam no país recetor (Carballo, 2009).

O tempo de residência no país recetor parece levar a um agravamento do estado de saúde à medida que o número de anos aumenta, isto porque de certo modo o tempo de permanência vai influenciar a exposição a agentes patogénicos que afetam o seu sistema imunitário (Carballo, 2009), a exibição e adoção de novos hábitos e estilos de vida bem como altera o modo como os indivíduos avaliam a sua situação (Williams, 1993). Estes novos hábitos e estilos de vida englobam, não raras vezes, comportamentos de consumo de álcool, tabaco e drogas mas também novos hábitos alimentares e padrões de exercício físico. Estudos revelam que a mudança de estilo de vida, associados a uma predisposição genética, leva muitas vezes ao aparecimento de obesidade e de diabetes de tipo 2 em migrantes da Europa Ocidental (Clausen *et al.*, 2006).

Outro dos aspetos com impacto nesta área é designado por Carvalho (2002) como Literacia para a Saúde. Esta abarca um conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos acederem, compreenderem e usarem a informação disponível em prol de uma boa saúde.

Não raras vezes, o acesso aos cuidados de saúde é dificultado pela frequente ausência de informação sobre direitos e serviços disponíveis, pela falta de sensibilidade e de conhecimento das entidades e das/os profissionais prestadores/as dos serviços ou ainda pela falta e consciencialização acerca da importância dos cuidados de saúde (Fonseca *et al.*, 2005) daí que a literacia para a saúde constitua uma ferramenta de *empowerment*.

Simultaneamente, as práticas de saúde nos países de origem, que, muitas vezes, se caracterizam pela preferência da medicina tradicional, podem tender a perpetuar-se nos países recetores e traduzir-se numa menor procura e utilização dos serviços de

saúde (Gonçalves, Dias, Luck, Fernandes & Cabral, 2003). Isto é agravado pelo facto de estar muito patente na nossa sociedade a ocidentalização da saúde, pautada por uma insensibilidade para com os costumes, preferências e convenções, desconhecimento dos feriados religiosos, dietas específicas, regras de interação entre homens e mulheres, o que vai afastando ou limitando a sua acessibilidade. O contacto com a medicina ocidental é muitas vezes rara ou inexistente o que se reflete a nível da vacinação preventiva, dos *check-up* regulares, do cuidado oral, entre outros (Fonseca & Malheiros, 2005).

Os determinantes culturais, como os costumes, crenças e representações acerca de saúde, doença e tratamento, influenciam, tal como já tínhamos referido, os comportamentos em saúde, as práticas de risco e a necessidade percebida de utilizar os serviços de saúde (Dias *et al.*, 2009). Ou seja, a cultura de uma pessoa acompanha-a e determina o seu modo de agir, o seu modo de pensar, o seu modo de estar na vida (Cruz, 2007).

O estudo de Bárbara Bäckström (2009) evidencia que a diferença cultural e étnica pode justificar desigualdades sociais sendo estas desigualdades sublinhadas na saúde. O estudo conclui que a classe social é normalmente a variável que tem maior peso nas diferenças de saúde, assim como a etnicidade que revelou ser uma dimensão social poderosa relativamente à noção que os indivíduos têm sobre a sua própria saúde.

De salientar ainda que a existência de redes comunitárias e sociais (e.g., associações de imigrantes, família, religião) podem levar a consequências positivas, sendo considerados recursos vitais para a sobrevivência e sucesso das/os imigrantes, interagindo como sistemas de promoção da saúde e de cura, plasmados numa mundividência cultural (Monteiro, 2006). Contudo, podem também potenciar consequências negativas na vida das/os migrantes, pois se consideramos, em termos de exemplo, a existência de redes de tráfico, máfia e crime organizado, estes contribuem muitas vezes para que as suas vidas se tornem miseráveis, forçando-as/os a migrar e a viver em condições muitas vezes desumanas (Padilla & Miguel, 2009).

No que respeita ao ambiente físico, aspetos como a qualidade do ar, a segurança alimentar, a qualidade da água, a habitação, o trabalho, os transportes e a exposição a radiações ionizantes merecem também um destaque particular (WHO, 2003).

Como se denota, são muitos os fatores que contribuem para o estado de saúde das populações imigrantes, desde a sua constituição genética a fatores sociais, culturais e aos seus estilos de vida.

c) *Acesso aos serviços*

A acessibilidade aos cuidados é mais um dos fatores fundamentais e mediadores que podem interferir no estado de saúde desta população. De um modo geral, as/os imigrantes têm problemas de saúde e necessitam de cuidados como todos os indivíduos, mas a evidência mostra que, frequentemente, estes indivíduos lidam diariamente com desigualdades e iniquidades na área da saúde pois têm grande dificuldade em aceder e usar os serviços de saúde disponíveis, devido a problemas comunicacionais, falta de informação, problemas de confidencialidade, discriminação, culturais, entre outros (Blignault, Ponzio, Rong & Eisenbruch, 2008) o que os torna num grupo de risco acrescido (Estrela, 2009).

Falamos em desigualdades e iniquidades que, por sua vez, implicam diferentes dimensões. A desigualdade na saúde é, por um lado, um conceito multi dimensional usado para evidenciar diferenças, variações e disparidades em aceder a cuidados de saúde por parte de indivíduos ou grupos (Kawachi, Subramanian, Almeida-Filho, *n.d.*). É normalmente expresso por descrições ou utilizando métodos quantificáveis (Estacio & Marks, 2007). As iniquidades, por outro lado, são conceitos políticos assentes num compromisso moral de justiça social. A maioria das desigualdades na saúde em grupos com, por exemplo, diferentes níveis socioeconómicos são injustos porque refletem uma distribuição desigual nos determinantes sociais de saúde (e.g., acesso a oportunidades educativas) (Kawachi *et al.*, *n.d.*) revelando que as iniquidades são pautadas por relações de poder injustas entre indivíduos e/ou grupos (Estacio & Marks, 2007).

Existem alguns dados que indicam que as/os imigrantes que têm a sua situação regularizada estão, com maior frequência, inscritas/os nos centros de saúde do SNS, onde têm acesso a consultas; pelo contrário, as/os imigrantes em situação irregular que têm receio de denúncia desta condição podem evitar muitas vezes os serviços de saúde e assim recorrer mais à automedicação (CCHS, 1997; Fuentes-Afflick & Hessol, 2009; Ortega, Fang, Perez & Rizzo, 2007), reforçando o ciclo de pobreza e exclusão social. Esta situação pode levar a que apenas recorram aos serviços de saúde em fase avançada de doença, conduzindo a situações de maior gravidade e acarretando maiores custos com a saúde (Kandula, Kersey & Lurie, 2004; WHO, 2003). Todavia, existem investigações que não denotam estas diferenças tal como a que foi levada a cabo por Torres-Cantero e colaboradoras/es (2007).

A situação laboral instável e precária das/os imigrantes, a dificuldade em obter proteção social e o custo associado aos cuidados de saúde podem constituir também barreiras à utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes

(Fonseca *et al.*, 2007). Por outro lado, as pessoas com maior poder económico e grau de instrução mais elevado têm mais acesso a especialistas enquanto os indivíduos dos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, incluindo as/os imigrantes, tendem a depender mais das/os médicas/os de clínica geral, serviços de urgência (Judge, Platt, Costongs, & Jurkzac, 2006) e a recorrer mais a farmácias (Espinosa, 1989).

Siddiqi, Zuberi e Nguyen, em 2009, verificaram que, por exemplo, nos Estados Unidos da América e no Canadá, o seguro de saúde é uma das causas das diferenças da acessibilidade aos cuidados de saúde entre imigrantes e não imigrantes.

Outro aspeto a referir diz respeito às infraestruturas e funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente a distância, o horário, os tempos de espera (Fonseca *et al.*, 2007) e as barreiras burocráticas. Por outro lado, as/os profissionais de saúde não possuem, muitas vezes, a preparação cultural adequada para se relacionar com utentes provenientes de outros contextos, não existindo colaboração interdisciplinar entre ciências médicas e sociais (Pussetti *et al.*, 2009). Como afirma Lechner (2009, p.13) “A diversidade cultural que as/os imigrantes transportam para os serviços de saúde são agentes desafiadores dos serviços médicos”.

O comportamento das/os administrativas/os e profissionais de saúde é outro dos fatores que pode ser determinante no uso dos serviços. Frequentemente, as/os profissionais apresentam um limitado conhecimento da legislação ou da sua aplicabilidade, que se traduz na exclusão das comunidades imigrantes do sistema de saúde. Por outro lado, a discriminação e estigmatização, socialmente produzidas e associadas à situação de imigrante (sobretudo a de irregular), podem também condicionar o acesso à informação e à utilização dos serviços de saúde (Dias & Gonçalves, 2007).

Todavia, Pussetti e Barros (2012) referem que existe, na atualidade, um esbatimento cada vez mais claro das fronteiras das/os profissionais de saúde, onde o saber médico passa do ato de governar o corpo, segundo uma lógica médica, para governar o corpo, segundo uma lógica de bem-estar social.

Às barreiras estruturais acrescem as barreiras linguísticas que poderão existir entre as/os prestadores/as e as/os utentes dos cuidados. A garantia de uma boa comunicação é a segurança para o começo da inclusão desta população, não só aos cuidados de saúde mas à sociedade em geral (Fonseca & Silva, 2010; UN, 2006), sendo que a falta de equivalência para os termos e sintomas pode transformar-se num real problema para as/os médicas/os, assim como para as/os pacientes, principalmente no que concerne à construção de histórias clínicas e diagnósticos incorretos (Cruz,

2010). São, portanto, várias as situações que se podem revelar contraproducentes, devido aos viés e relações de poder que estão necessariamente envolvidas/os. Por um lado, quando não existem tradutores/as o sentimento de vergonha, por não se conseguirem exprimir, é um sentimento frequente, por outro lado, o recurso a familiares e amigas/os bilingues pode provocar algum embaraço por parte do/a paciente ou do/a intérprete (Fonseca *et al.*, 2005).

No seu conjunto, todas estas barreiras podem contribuir para um acesso menos facilitado aos serviços de saúde tendo repercussões claras no seu estado de saúde.

2.1 Evidências empíricas

O modo como operam estes diferentes determinantes é ainda pouco claro uma vez que existe uma ausência de dados concretos que espelhem estas questões em profundidade. Exemplo disto, são os sistemas de saúde dos estados membros da União Europeia que continuam a não fazer distinção entre sexos (Fonseca *et al.*, 2009). 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). Ou seja, não existem dados estatísticos nem empíricos que analisem estas barreiras, nem como se manifestam (Fonseca *et al.*, 2009).

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 relativos 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 setor de atividade, em relatórios anuais. Outra das fontes disponíveis 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/a inquirido/a como indicador (Fonseca *et al.*, 2009). Ou seja, verifica-se que a atual realidade da migração internacional, a diversidade destas populações, a complexidade dos determinantes em saúde das/os imigrantes e a falta de dados que espelhem estas questões leva a que a investigação na área da migração e saúde ainda esteja num estado embrionário (Dias *et al.*, 2009), assim como estão as políticas vigentes.

A nível nacional têm-se vindo a desenvolver alguns estudos no âmbito das imigrações e cuidados de saúde no sentido de tentar perceber como se interligam estes determinantes e o que interfere no estado de saúde das/os imigrantes.

Luís de França realizou em 1992 um estudo sobre a comunidade cabo-verdiana em Portugal, debruça a sua análise para as questões de saúde. O estudo conclui que a comunidade cabo-verdiana residente em Portugal parece ser uma população saudável, cujos problemas de saúde não são muito diferentes daqueles que afetam a população portuguesa em condições socioeconómicas semelhantes. As doenças que se encontram com maior frequência são de natureza económica, relacionadas com a habitação e que se prendem com a falta de condições higiénicas nos bairros onde residem. As doenças mais comuns são as doenças infecciosas da pele, as doenças bronco-pulmonares, a subnutrição e desequilíbrio alimentar, as diarreias e infeções intestinais.

Quanto às dificuldades no acesso aos serviços de saúde, sublinham-se as dificuldades aliadas a situações de permanência irregular em Portugal, ou de falta de contrato de trabalho, sem direito à segurança social e assistência médica, retirando a muitas cabo-verdianas a possibilidade de recorrerem ao SNS. Estas, mesmo estando em situação regular no país, tendem a utilizar sobretudo os serviços de urgência nos hospitais ou os Serviços de Atendimento Permanente (SAP), em vez dos centros de saúde, onde poderiam ter uma assistência e um acompanhamento na doença consultando o/a seu/sua médico/a de família. Esta preferência assenta nas dificuldades e barreiras que sentem (e.g., linguagem, leitura, preenchimento de fichas) bem como pela incompatibilidade dos horários dos Centros de Saúde com os seus horários de trabalho. Para além destas dificuldades de carácter burocrático, há um sentimento de serem rejeitadas por parte de algumas/alguns profissionais de saúde, devido à presença de preconceitos raciais, à dificuldade de comunicação e à ideia generalizada da violência e falta de higiene entre as/os imigrantes (França, 1992).

O acesso aos serviços de saúde e a relação que o/a cabo-verdiano/a de estrato social mais baixo estabelece com eles, muitas vezes não se faz de uma forma fácil e linear, quer por desconhecimento dos seus direitos, quer pelas dificuldades de comunicação, como também pelos processos burocráticos dos serviços de saúde (França, 1992).

Segundo o autor, a forma como as/os imigrantes se relacionam com a saúde e com os serviços de saúde, quer em Portugal, quer antes de imigrarem, traduz-se pela manifestação de estratégias diferenciadas quando confrontados com a situação de doença. Se a maioria (70%) recorre imediatamente ao/à médico/a, 22% só o faz depois de tentar uma automedicação, e os restantes raramente vão ao médico (6%). Este comportamento é revelador de uma fraca interiorização dos mecanismos de saúde preventiva, sendo a tendência para utilização dos cuidados médicos já depois da doença instalada.

Perante o estudo as mulheres cabo-verdianas exibem diferentes atitudes comparativamente aos homens na forma como encararam a doença. Normalmente são mulheres preocupadas, que reagem aos mínimos sintomas: dores de cabeça, variação de peso, entre outros. Antes de procurarem um/a médico/a, recorrem a chás e a outros remédios caseiros, só recorrendo à/ao médica/o em último caso. Não obstante, o recurso ao/à médico/a faz-se com bastante mais frequência quando se encontram em Portugal do que quando estavam em Cabo Verde sendo que a diferença entre as/os que recorrem ao/à médico/a em Portugal e as/os que optam inicialmente pela automedicação é de quase 50% enquanto em Cabo Verde, esse diferencial é de apenas 11%. Podem-se apontar duas ordens de razões para a alteração de comportamentos após a imigração para Portugal: qualidade dos serviços médicos e maior acessibilidade a esses serviços no país recetor.

A corroborar esta ideia, convergem os dados obtidos junto das/os inquiridas/os com as/os filhas/os, a propósito do acompanhamento médico feito durante a gravidez, o que nos informa de uma profunda alteração dos comportamentos. Nesta sequência, afirma-se que o número de partos assistidos nos hospitais em Portugal, relativamente aos/às filhas/os das/os inquiridas/os, é o dobro das/os que seriam assistidos em meio hospitalar em Cabo Verde.

Apesar da grande maioria já ter ouvido falar em planeamento familiar (77%), só 37% recorreram a consulta. É surpreendente o elevado número de indivíduos com vida sexual ativa que não recorre a métodos anticoncecionais (38,6%) não deixando de ser significativo também o elevado número de recusas à resposta por parte dos homens quando interrogados sobre esta prática (França, 1992).

Só 9% das/os inquiridas/os considera ter mais saúde em Portugal. Evidentemente que se trata de uma informação subjetiva filtrada não só pelo tempo, que para algumas/alguns é longínquo, mas também pelas representações mais ou menos negativas que fazem da sua inserção, em termos genéricos, em Portugal (França, 1992).

Em 2002, Dias e colaboradoras analisaram o comportamento sexual e os conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao HIV através de autorrelatos numa comunidade migrante. O estudo foi efetuado em 66 indivíduos com idade superior a 15 anos residentes numa comunidade migrante da área da grande Lisboa. Os dados do estudo apontam no sentido do reconhecimento do papel fundamental dos fatores psicossociais e culturais e que determinados fatores como o género, a idade, a etnicidade, as normas culturais e o estatuto socioeconómico, influenciam direta e indiretamente, a escolha individual e de grupo por comportamentos de risco.

Sousa (2003) debruçou o seu olhar sobre imigrantes ucranianas/os em Portugal e os cuidados de saúde. As/os imigrantes ucranianas/os que procuram o sistema português de saúde fazem-no através do recurso ao hospital público, seguido do centro de saúde. A causa principal é a doença aguda, de onde se destacam as patologias do foro dermatológico. As principais dificuldades sentidas ao nível dos cuidados de saúde relacionam-se com o atendimento, com a barreira linguística, com o processo terapêutico e com a qualidade do cuidado prestado.

Em 2003, Gonçalves e colaboradoras/es realizaram uma investigação numa comunidade migrante na área geográfica da Grande Lisboa que tinha como principais objetivos a caracterização sociodemográfica, a identificação e compreensão dos obstáculos ao acesso e utilização dos serviços de saúde, no sentido de contribuir para uma melhor seleção de estratégias de intervenção, nomeadamente o desenvolvimento de políticas e programas de saúde adequados a estas comunidades. Este estudo indica que o número de anos vividos em Portugal e a situação de legalidade condicionam a utilização dos serviços de saúde, sendo esta utilização diferenciada para o hospital e para o centro de saúde tendo o primeiro maior adesão. O estudo realça ainda a potencial influência que os fatores de ordem social, cultural e étnica podem ter no condicionamento das necessidades de procura e utilização dos serviços de saúde (Gonçalves *et al.*, 2003).

Em outubro de 2004 iniciou-se o projeto de criação de unidades de saúde amigas das/os migrantes, tendo como exemplo o projeto europeu “*Migrants-Friendly Hospitals*” (MFH). Este projeto teve a duração de dois anos e meio e reuniu Hospitais de doze países da União Europeia, que se constituíram como hospitais-piloto. Tinha como objetivo intervir na promoção da saúde, da prevenção e tratamento da doença através: da melhoria dos serviços de interpretação clínica, da produção de informação amiga da/o migrante, pela formação para os cuidados materno-infantis e, ainda, pela formação das/os profissionais de saúde com vista à aquisição de competências culturais (Silva & Martingo, 2007).

Ana Monteiro (2006) estudou Imigrantes de Leste e cuidados de saúde e concluiu que os padrões e as causas de utilização do SNS (por doença e acidentes de trabalho) indiciam uma elevada vulnerabilidade na saúde por parte desta população. Identificou alguns fatores relacionados com as condições de inserção sócio comunitária, especificamente na inserção no mercado de trabalho que podem estar relacionadas com uma maior vulnerabilidade na saúde, nomeadamente, vínculos laborais precários, excesso de horas de trabalho, ocupação laboral não correspondente à qualificação académica. Outros fatores identificados, tais como os estilos de vida, baixos padrões de vigilância em saúde, eventualmente relacionados com fatores culturais ou ineren-

tes à dinâmica dos processos migratórios, podem igualmente implicar uma maior vulnerabilidade por parte destas populações.

Outro estudo interessante que nos fornece uma ideia generalizada das dificuldades que as/os imigrantes sentem ao contactar com o SNS foi realizado por Bäckström, Carvalho e Inglês (2009). Estas investigadoras analisaram as/os utentes que solicitaram ajuda ao Gabinete de Saúde dos CNAI entre junho e dezembro 2008. Durante este período de tempo recorreram ao serviço 148 casos de imigrantes com 18 nacionalidades diferentes. A grande maioria dos casos observados estavam relacionados com a resolução de problemas encontrados no acesso ao SNS e no pagamento das taxas moderadoras por parte das/os imigrantes, regulares e irregulares, assim como por doentes provenientes dos PALOP que vêm para Portugal ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde. As autoras verificaram que solicitavam apoio imigrantes irregulares a fim de obterem o direito de pagar apenas as taxas moderadoras, ou mesmo a isenção das mesmas, visto que na maioria dos casos, dado o seu estatuto irregular era-lhes exigido o pagamento das taxas máximas em vigor; imigrantes que vieram para Portugal através do reagrupamento familiar que solicitavam ajuda no sentido de poderem usufruir do SNS assim como para solicitar apoio para o pagamento das taxas moderadoras; imigrantes que solicitavam apoio económico uma vez que se viam impossibilitadas/os em aceder às consultas, manter a terapêutica, adquirir medicamentos ou realizar tratamentos necessários para a melhoria da sua saúde, assim como cidadãos/ãs das/os PALOP que vêm para Portugal em tratamento médico, frequentemente denominados de doentes evacuados. Estas/es recorriam ao Gabinete de Saúde sempre que necessitavam de apoio financeiro e social ou para solicitar a prorrogação do visto para tratamento médico, mesmo quando se encontram efetivamente ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde. Outra das ajudas solicitadas era para as/os acompanhantes de junta médica, elas/es também frequentemente com necessidades de acesso ao SNS. De ressaltar a gravidade da situação e dos pedidos de ajuda por imigrantes brasileiras. Nalguns casos acentuava-se um acesso mais restrito e difícil assente em discriminações. Relativamente aos imigrantes dos países de leste europeu (e.g., Ucrânia, Moldávia, Roménia, Bulgária, Geórgia) verifica-se que as suas maiores preocupações é a busca de informação e o conhecimento dos seus direitos e deveres (Bäckström *et al.*, 2009).

Obviamente que se, numa primeira fase, o constrangimento se verifica nas condições de acesso, num segundo momento poderão surgir obstáculos na qualidade da prestação do serviço (Silva & Martingo, 2007). De facto, o uso da categoria “imigrante”, proposta na maioria dos programas terapêuticos, homogeneiza experiências e

vivências que podem ser completamente diferentes (e.g., imigrantes laborais, irregulares, refugiadas/os, menores não acompanhadas/os, vítimas de trauma, requerentes de asilo político, imigrantes de primeira geração ou seus descendentes, e ainda diferenças de género e de idade) (Pusseti *et al.*, 2009). É necessário ter muito cuidado com estas generalizações abusivas uma vez que as condições e as práticas de saúde das/os imigrantes não podem dissociar-se do respetivo nível socioeconómico e do seu estatuto legal (Fonseca *et al.*, 2009) mas também não se podem dissociar do sexo da pessoa em causa (Fonseca & Malheiros, 2005).

Pusseti e colaboradoras/es (2009) realizaram um estudo sobre migrantes e saúde mental onde propõem que se deverá ter uma abordagem crítica ao modelo biomédico ocidental, propondo que o desafio é o de compreender a experiência de mal-estar como ponto de articulação entre indivíduo e coletividade, desenvolvendo sensibilidade às diferentes realidades nas quais se desenvolvem os fenómenos do sofrimento psíquico. Colocaram em causa definições como “normal” e “patológico”, “razoável” e “insensato”, “saudável” e “mórbido” designando que estes conceitos são o produto de um contexto histórico, político e sociocultural específico não constituindo o mero reflexo de uma realidade científica ou orgânica, como é habitualmente assumido. Assim, propõem abandonar pretensões de universalidade, para procurar antes espaços de diálogo e confrontação com outros saberes e experiências.

Lucinda Fonseca e Sandra Silva (2010) realizaram um estudo sobre *Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça* onde viram que existe falta de informação sobre direitos e condições de acesso ao SNS, por parte das/os imigrantes e das/os prestadores/as de serviços de saúde; falta de confiança por parte de algumas e alguns imigrantes, num sistema de saúde diferente do dos países de origem; dificuldades de comunicação, por desconhecimento da Língua Portuguesa; falta de sensibilidade e competência de alguns/mas profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural das/os doentes; atitudes discriminatórias de alguns/mas profissionais de saúde; aspetos comportamentais e culturais relacionados com a perceção da necessidade de recorrer aos serviços de saúde formais, nomeadamente de prevenção da doença, falta de recursos financeiros (pobrezas); dificuldades específicas das/os doentes presentes no SNS ao abrigo dos Acordos de Cooperação no âmbito da saúde celebrados entre Portugal e os PALOP.

Relativamente à procura de cuidados médicos, verificaram que as mulheres imigrantes, tal como as portuguesas, recorrem aos serviços de saúde com maior frequência do que a população masculina e que a maioria das/os utentes imigrantes inscritas/os nos centros de saúde tem cartão de utente mas não tem médica/o de família.

Em 2010, Sara Cruz escreve um relatório de estágio onde evidencia a importância do Projeto SauDar no Acesso aos Cuidados de Saúde da População Imigrante. Neste torna evidente que a questão do género surge como um determinante social com reconhecido impacto nos indicadores de saúde, em especial na importância de promover a saúde sexual e reprodutiva nas mulheres. A autora verifica que está patente algum desconhecimento acerca do funcionamento do SNS português e sua legislação. Simultaneamente, o não dominarem a língua, as discriminações que sofrem (e.g., trabalho, atendimento nos serviços públicos) ora por não dominarem a língua portuguesa, ora por terem sotaque, ora por terem cor de pele diferente tem um impacto direto na sua condição enquanto cidadãos/ãs.

Existem ainda alguns trabalhos que abordam a problemática do acesso e utilização dos cuidados de saúde por parte das/os imigrantes, centrando a análise em questões mais genéricas como, por exemplo, as condicionantes que afetam o acesso e a qualidade dos serviços prestados, ou as respostas encontradas para colmatar alguns dos problemas que dificultam a relação entre as/os imigrantes e os serviços de saúde (Dias & Gonçalves, 2007; Dias, Severo & Barros, 2008; Gonçalves *et al.*, 2003).

Para além destas questões, há também estudos que abordam um conjunto de outras temáticas relacionadas, tais como: aspetos da saúde e as condições sociais da população estrangeira (Santana, 2002, 2004), estilos de vida das/os adolescentes cabo-verdianos (Gonçalves *et al.*, 2003) assim como os problemas de saúde com elevada incidência nas comunidades imigrantes, como as doenças mentais, cardiovasculares, a diabetes ou a saúde oral (Dias, Gonçalves, Luck & Fernandes, 2004; Harding, Teyhan, Rosato & Santana, 2008).

Mas, apesar de diversos estudos na matéria e de uma consciência clara das desigualdades e iniquidades a que esta população está sujeita na área da saúde, as políticas institucionais assentes numa ideologia euro-centrada continuam a não ter em conta as questões culturais, étnicas, de género e culturais que, na maioria das vezes, reforçam e perpetuam estas desigualdades (Etowa, Weerasinghe & Eghan, 2010). A grande maioria não tem os dados desagregados por sexos, o que impossibilita qualquer leitura diferencial e análise de género posterior (Fonseca *et al.*, 2009), e poucos são aqueles que contextualizam e problematizam as questões de género e de classe na sua análise e a sua interferência com a saúde.

Este balanço menos positivo pode ser melhorado através da atuação nos determinantes de saúde, pela garantia de um acesso equitativo assim como pela promoção das trocas intelectuais e teóricas entre a epidemiologia, a antropologia e outras ciên-

cias sociais e humanas, uma vez que cada uma delas pode dar contributos inegáveis para o conhecimento e compreensão do comportamento humano nos contextos sociopolíticos, ecológicos, evolutivos e culturais das migrações (Prazeres *et al.*, 2007). Ou seja, é necessário garantir que se promove a saúde, se faz prevenção de doenças e se investe no tratamento e reabilitação (Padilla & Miguel, 2009) tendo sempre em linha de consideração que o processo de imigração é um processo bilateral cheio de especificidades (Topa, 2009) e que implica o envolvimento de todos: migrantes, SNS, as/os suas/seus profissionais (Fonseca & Malheiros, 2005), bem como por parte das decisões políticas de saúde, que possibilitem conhecer as suas dificuldades, saber como são geradas, mantidas ou agravadas, mas também como minora-las (Prazeres *et al.*, 2007).

3. SAÚDE DAS MULHERES IMIGRANTES

Se os determinantes, a acessibilidade e o estado de saúde das populações migrantes é pautado por desigualdades e iniquidades, potenciando o risco para a doença e enfermidades, o relativo desconhecimento a que está vetada a temática da imigração feminina revela um campo bastante a descoberto de conhecimento, que pode aumentar o risco das mulheres imigrantes.

O género é um determinante social com reconhecido impacto nos indicadores de saúde tendo a WHO realçado a importância do desenvolvimento de políticas de saúde sensíveis ao sexo e ao género (Prazeres *et al.*, 2007), não só pelo estudo das semelhanças e diferenças entre homens e mulheres, pelo papel do sexo e do género enquanto determinantes da saúde, quer pela eliminação das iniquidades que são geradas.

À escala mundial, este movimento tem vindo a intensificar-se no decurso dos últimos anos, com instâncias internacionais, como a WHO, a *United Nations Populations Fund* (UNFPA), a União Europeia e o Conselho da Europa a colocarem este assunto em destaque nas respetivas agendas, inserindo-o numa perspetiva mais ampla de luta contra as desigualdades de género.

Inicialmente, apesar da desigualdade da esperança de vida entre homens e mulheres, bem como das diferenças existentes na taxa de mortalidade bruta e prematuridade da mortalidade de homens, a emergência destas questões surgiram em grande parte pelo debate da promoção da saúde sexual e reprodutiva, como forma de contribuir para melhores resultados em saúde através do *empowerment* do estatuto das mulheres (Prazeres *et al.*, 2007).

Foram inúmeras as conferências e convenções das Nações Unidas que procuraram integrar os direitos de saúde sexual e reprodutiva no discurso dos direitos humanos universais. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento que ocorreu no Cairo em 1994, representou um marco na adoção de uma definição abrangente de saúde sexual e reprodutiva e dos seus direitos (UN, 1996), assumindo a Saúde Reprodutiva como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, assim, que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e que possuem a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência devem fazê-lo (APF, 2011).

Nesta condição está implícito o direito de homens e mulheres à informação e ao acesso aos métodos de contraceção e planeamento eficazes, seguros e financeiramente compatíveis com a sua condição, assim como a outros métodos de regulação da fertilidade que estejam dentro do quadro legal. A saúde reprodutiva implica ainda ter o direito a aceder a serviços e cuidados de saúde adequados que garantam às mulheres condições de segurança durante a gravidez e o parto, proporcionando aos pais maiores possibilidades de terem filhas/os saudáveis (APF, 2011).

A Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995, reforça o direito dos indivíduos à decisão livre e responsável sobre a sua vida sexual e reprodutiva (UN, 1996). Isto levou a que em 2002, o Parlamento Europeu, aprovasse a Resolução sobre Direitos em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva. Esta recomenda aos Estados Membros a disponibilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva gratuitos ou de custo reduzido, adequados e de qualidade, com especial atenção para os grupos mais vulneráveis (WHO, 2002).

Em 2004, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa adotou a Resolução *European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights*⁶, que apela ao desenvolvimento de uma estratégia europeia de promoção destes direitos e na preparação, desenvolvimento e implementação de estratégias nacionais abrangentes de melhoria da saúde nesta área. Na mesma Resolução foram feitas recomendações aos Estados Membros sobre a necessidade de promoverem uma estratégia participativa na formulação de programas apropriados que respondam eficazmente às necessidades em saúde sexual e reprodutiva de grupos vulneráveis, como são reconhecidos as/os imigrantes.

6 c.f. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=17257&lang=en%20>

No âmbito da promoção dos direitos e cuidados de saúde sexual e reprodutiva, a Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF) produziu, em 1995, a Carta sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos, instrumento orientador do plano estratégico da Federação que visa auxiliar as associações membros e outras ONG na defesa e promoção destes direitos. Em 2003, a IPPF desenvolveu um plano estratégico centrado em cinco áreas emergentes da saúde sexual e reprodutiva, às quais as questões de género e dos direitos são transversais: acesso aos serviços por parte de populações marginalizadas; saúde sexual das/os adolescentes; melhoria da legislação sobre saúde sexual e reprodutiva; redução das barreiras aos serviços; acesso à prevenção, cuidados e tratamento em HIV/Sida e aborto seguro (IPPF, 2003).

A nível nacional o Estado Português, no IV Plano Nacional para a Igualdade, Género e Cidadania e Não Discriminação (2011-2013), vem enquadrar os esforços setoriais tendentes a adotar o *mainstreaming* de género, traduzido nos diversos programas nacionais segundo três eixos: o da transversalização da dimensão de género em todas as políticas e intervenção social, o da instituição de ações positivas de modo a minorar ou eliminar as iniquidades ligadas ao género e o da introdução da perspetiva de género em todas as outras áreas de discriminação. O Ministério da Saúde esteve implicado nestas medidas uma vez que subsistem formas de pensar e agir que refletem as desigualdades de género, traduzindo-se em verdadeiras iniquidades na saúde (DGS, 2004a, 2004b, *n.d.*).

Contudo, e apesar de todo este investimento em tornar o acesso mais igualitário, a diferença dos papéis sociais de género, associada a variáveis socioeconómicas e culturais, continua a refletir-se muitas vezes numa desigual exposição das mulheres a riscos para a saúde, quando comparadas com os homens (WHO, 2002) especialmente no que concerne à saúde materna.

As mulheres imigrantes continuam a sentir múltiplas vulnerabilidades (WHO, 2007) na área da saúde nos países recetores. O serem mulheres e imigrantes remete-as para algumas áreas da saúde muito específicas relacionadas com a saúde sexual e com a maternidade bem como com os cuidados das crianças, cuidados estes que não são, muitas vezes, muito fáceis de seguir (UNFPA, 2006). Por outro lado, o pertencer a uma minoria étnica é também vulnerabilizante pois leva, não raras vezes a práticas discriminatórias (Finch, Kolody & Vega, 2000) por parte das/os agentes de saúde como das próprias instituições.

Vários têm sido os estudos internacionais e nacionais que se têm debruçado sobre estas questões.

Bauer, Rodriguez, Quiroga e Flores-Ortiz (2000) estudaram as barreiras existentes nos serviços de saúde para mulheres latinas e asiáticas que tinham sofrido abuso sexual. Estes autores encontraram barreiras sociopolíticas na procura de ajuda devido ao isolamento social, devido às barreiras comunicacionais existentes e devido a práticas discriminatórias e devido ao medo de serem deportadas. Referem ainda que a dedicação das mulheres à união familiar, a vergonha do relato e o estigma social associado ao divórcio contribuíam para a não denúncia e o não recurso aos serviços o que agrava o risco destas mulheres nas relações de intimidade e deteriora a sua saúde física e psicológica.

Meadows, Thurston e Melton (2001) realizaram um estudo qualitativo com quarenta e duas mulheres imigrantes com o objetivo de investigar a percepção e vivências de saúde experienciadas por estas mulheres, explorando a relação entre os determinantes da saúde e suas experiências no processo imigratório. Estas autoras verificaram que estas mulheres definiram a sua saúde de forma holística focada na sua saúde física e na sua capacidade funcional. Esta funcionalidade estava intimamente relacionada com o papel da mulher como cuidadora. Para além disso, verificaram práticas religiosas como importantes recursos para a saúde. Todavia, considerando o grande impacto que o processo imigratório tem no estado de saúde sublinham a necessidade de contemplar o processo de imigração como um determinante da saúde em si e por si.

Rademakers e colaboradoras/es (2005) estudaram a saúde sexual e reprodutiva em população imigrante e verificaram a existência de algumas vulnerabilidades. O uso de contraceptivos eficazes é dificultado pelo défice de conhecimento que apresentam, não só a nível informativo como de acesso, pelas condições de vida incertas e pela ambivalência em relação ao uso de contraceptivos. Estes autores indicam que os aspetos psicossociais e culturais, relacionados com as normas e atitudes individuais, têm um grande impacto sobre as escolhas sexuais e reprodutivos que fazem.

Sable, Havig, Schwartz e Shaw (2009) numa tentativa de perceber que medidas poderiam melhorar os serviços de planeamento familiar e as competências culturais das/os profissionais quem prestam cuidados a mulheres hispânicas, realizaram quatro grupos focais com estas mulheres com o intuito de perceber questões relacionadas com os seus cuidados de saúde, nomeadamente a nível do planeamento de gravidez interligando conceitos como a vida doméstica e o nível socioeconómico em que vivem. As participantes demonstraram dificuldades no uso de métodos contraceptivos principalmente devido a questões familiares e culturais.

Outro estudo de Richard e colaboradores (2010) refere que as mulheres afro-americanas tendem a procurar cuidados médicos numa fase tardia do cancro da mama, comparativamente às mulheres brancas, o que se reflete nos elevados níveis de mortalidade no primeiro grupo.

Em 2012, Jen'nan Read e Megan Reynolds recorrendo ao *National Health Interview Surveys* (2000-2007), decidiram comparar o estado de saúde de imigrantes e de indivíduos que nasceram nos Estados Unidos da América, analisando as diferenças de género dentro de cada grupo. As autoras concluíram que as/os imigrantes mexicanos apresentam um estado de saúde melhor do que os brancos nascidos nos EUA e que os homens reportam uma melhor saúde do que as mulheres, independentemente da sua natividade ou etnia. Para tal contribui em primeiro plano, a utilização dos serviços de saúde. As/Os imigrantes interagem menos com os serviços de saúde do que a população autóctone mas as mulheres são mais propensas a fazê-lo do que os homens. Isto levou as autoras a referirem que as diferenças na prevalência de doença entre homens e mulheres e entre imigrantes e autóctones podem refletir não uma ausência de doença mas sim diferenças substanciais naquilo que entendem como doença.

Partindo para um olhar sobre o nosso contexto verificam-se vários estudos na área.

Um estudo com 2485 imigrantes indica a existência de sofrimento psicológico em 31% dos casos analisados, sendo as mulheres mais atingidas por este problema. Este sofrimento parece dever-se, em larga medida, à quebra de laços emocionais significativos e às dificuldades na adaptação no país recetor (Godinho, Alarcão, Carreira & Portugal, 2008).

Em 2009 foi publicado o estudo Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras, das autoras Sónia Dias, Cristianne Rocha e Rosário Horta. O objetivo deste trabalho foi o de descrever os conhecimentos, atitudes e práticas relativas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes, analisando a influência dos processos migratórios na saúde sexual e reprodutiva e identificar barreiras e elementos facilitadores no acesso e utilização dos serviços de saúde. Os resultados vão no sentido da heterogeneidade e diversidade das práticas e dos conhecimentos, havendo muitas barreiras no acesso aos serviços de saúde. De facto, os dados sugerem que as mulheres imigrantes não podem ser consideradas como um grupo homogéneo no que respeita aos conhecimentos, atitudes e comportamentos face à saúde sexual e reprodutiva.

No mesmo ano Bárbara Bäckström realizou um estudo sobre as *Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*. Neste concluiu que a variável mais determinante para a distinção entre as representações da saúde e da doença é o «grupo social» ao qual os indivíduos pertencem, o género e a cultura étnica.

Ao nível das práticas de saúde e de doença, em termos de cuidados com a saúde e práticas de prevenção o hábito de fazer análises e *check-ups* de rotina como forma de prevenção mostrou-se particular ao grupo social mais elevado, ao qual as autoras denominaram por grupo de elite. As maiores diferenças entre homens e mulheres são encontradas na análise dos estilos de vida e nas formas de superstição e crenças populares. Porém, a maior diferença revelou-se em termos de grupos sociais. Observou-se que o grupo popular utiliza em excesso os serviços de medicina geral, mas muito pouco os serviços externos de especialidade (Bäckström, 2009).

Não obstante, as pessoas usam este sistema de forma convencional e recorrem geralmente em primeiro lugar ao Centro de Saúde ou aos autocuidados ao domicílio e só em situações de extrema urgência, de horário noturno ou fins de semana é que recorrem às urgências hospitalares. A utilização de remédios caseiros como forma de prevenção para certas doenças (os chamados purgantes), foi essencialmente referida por indivíduos do grupo elite. No entanto, todas/os elas/es afirmam que isso não representava uma forma de substituição das consultas no posto de saúde ou no hospital, já que esta situação se aplicava somente a um determinado tipo de doenças próprias das crianças, ou doenças ligeiras (Bäckström, 2009).

A autora conclui que, apesar de predominar no conjunto dos indivíduos uma conceção e práticas “modernas” de saúde, mantém-se uma coexistência/simultaneidade ou complementaridade entre representações e práticas biomédicas e tradicionais.

Dias, Gama & Horta (2010) realizaram um estudo transversal na área metropolitana de Lisboa onde foi aplicado um inquérito por questionário a uma amostra de 703 mulheres imigrantes. Neste estudo, a maioria das participantes (82,4%) reportou já ter utilizado o SNS, mais frequentemente as africanas (94,5%) e do Leste europeu (87,2%) do que as brasileiras (66,8%). Cerca de 60% das inquiridas revela estar satisfeita ou muito satisfeita com os serviços, mais frequentemente as africanas (77%) do que as brasileiras (49,7%) e do Leste europeu (43,4%). Como obstáculos para a utilização dos serviços de saúde, a maioria aponta o estar sozinha e há pouco tempo em Portugal (79,3%), a falta de conhecimentos sobre direito à saúde e modo de funcionamento dos serviços (78,9%) e os procedimentos burocráticos

complexos de acesso aos serviços de saúde (76,1%). A falta de recursos económicos para suportar os custos dos serviços é referida como uma dificuldade pela maioria das participantes (75,8%), mais frequentemente pelas africanas (89,1%) do que pelas do Leste europeu (73,5%) e brasileiras (64,6%). Cerca de metade (49,3%) refere ainda como obstáculo aspetos relacionados com a expressão de sintomas e reconhecimento da doença, 48,3% refere a desconfiança quanto às/aos profissionais de saúde e 47,7% aponta a ausência de tradutores/as/intérpretes nos serviços. As/os administrativas/os são consideradas/os como as/os profissionais que mais discriminam (82,4%), as/os menos compreensivas/os quanto aos problemas das imigrantes (73,7%), as/os que têm mais dificuldades em compreendê-las (73,2%) e as/os menos atenciosas/os (69,1%). As/os médicas/os são consideradas/os pela maioria das inquiridas (60,1%) como o grupo profissional que mais ouve os problemas das pacientes. Esta perceção é significativamente mais frequente entre as participantes africanas (70,9%) do que entre as do Leste europeu (55,5%) e as brasileiras (51,4%).

Todavia, apesar de ter havido um significativo aumento da representação das mulheres nos ensaios clínicos e haver evidência em termos de diferenças de sexo/género, os investigadores/as ainda têm de fazer compromissos para publicar as suas pesquisas e resultados estratificados por sexo/género (Sánchez, 2012).

Por outro lado, constata-se que o sexo de quem produz investigação científica influencia a escolha do objeto e do sujeito estudado (Lutz, 2010). Grande parte da investigação produzida é, na realidade, feita por investigadoras mulheres que ora se identificam mais com o domínio dos Estudos sobre Migrações, ora se identificam com o domínio dos Estudos de Género. Dos estudos aqui descritos muito poucos se assumem como tendo orientação feminista e nem todos são efetivamente estudos de género (Neves, Nogueira, Topa & Silva, in press). Os poucos existentes com orientação feminista foram realizados por investigadoras feministas mais críticas do androcentrismo científico e académico (Castano-López *et al.*, 2006).

Contudo, na sua globalidade, os estudos referem que a pertença de género (para além de outras pertenças identitárias) afeta os percursos migratórios das mulheres, constringendo-as muitas vezes a nível pessoal, familiar, social e comunitário.

O projeto MIGHEALTHNET, um projeto 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 alerta para a necessidade de realizar mais estudos qualitativos e quantitativos que possam documentar o estado de saúde

das/os 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, *n.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 suas/seus descendentes (Fonseca *et al.*, 2009).

Visualiza-se que pela vulnerabilidade que as mulheres imigrantes e pelo desconhecimento face ao seu estado de saúde (Etowa *et al.*, 2010), existe uma necessidade notória de criar uma base fundamentada das reais experiências das mulheres imigrantes, contribuindo para o estabelecimento de políticas integradoras para estas (EWL, 2007). Torna-se, assim premente o desenvolvimento de políticas e investigações que se centrem na análise das relações sociais de género e menos na perspectiva essencializada do que é ser mulher, sendo que assumimos hoje que esta categoria é polissémica e não homogénea

3.1 Saúde materna das mulheres imigrantes

Se, por um lado, e tal como vimos, as migrações podem potenciar melhorias nos níveis de saúde por outro lado, a vulnerabilidade em saúde desta população e a evidência de uma possível sub-representação deste grupo na utilização dos serviços de saúde, sugere que poderão estar reunidos um conjunto de fatores que constituem uma situação potencialmente de risco (EWL, 2007).

Esta situação pode, obviamente, agravar-se no caso de mulheres imigrantes grávidas. Estas enfrentam, de entre a generalidade das mulheres imigrantes, constrangimentos particulares, em termos de saúde e de violência no contacto com os países recetores (IOM, 2004; Salas & Tenkku, 2010) (e.g., violência nas suas relações de intimidade, tráfico e exploração sexual (Devries *et al.*, 2010; SauDar, 2010).

Para além do stresse associado à gravidez e pós-parto, estão todas as dificuldades inerentes à condição de imigrante (Bollini, Stotzer & Wanner, 2007; Vieira, 2010). Na verdade, estudos demonstram que, por um conjunto complexo de fatores, mulheres de grupos socialmente desfavorecidos, imigrantes e/ou de grupos étnicos têm menor probabilidade de receberem o acompanhamento necessário durante a gravidez, o parto e o período pós-parto (House of Commons Health Committee, 2003) porque tendem a adotar menos comportamentos preventivos, a recorrer com menor frequência aos cuidados de saúde e a receber pouca assistência pré-natal, contactando mais tardiamente com os serviços de saúde e faltando muitas vezes às consultas de acompanhamento da gravidez (HCHC, 2003). Isto coloca-as em situação de risco

e aumenta a dificuldade e custo do tratamento em caso de doença (Fonseca *et al.*, 2005; UNFPA, 2006).

Segundo Ezzati, Lopez e Rodgers (2002) as mulheres que migram para países industrializados estão mais expostas a diferentes padrões de mortalidade e morbidade, caracterizadas por maiores índices de mortalidade e complicações reprodutivas.

De facto, ser imigrante e/ou pertencer a uma minoria étnica tende a estar associado a uma maior frequência de fatores de risco de infecção perinatal, maior mortalidade materna, perinatal e infantil (IOM, 2004), aumento das taxas de partos através de procedimentos cirúrgicos, prematuridade, baixo peso à nascença, maior taxa de incidência de IST e taxa de prevalência de violência contra as mulheres (e.g. Mutilação Genital Feminina (MGF)) demonstrando terem piores indicadores de saúde comparativamente às mulheres autóctones (Bollini, Pampallona, Wanner & Kupelnick, 2009; Ganann, Sword, Black, & Carpio, 2011).

São vários os estudos a nível internacional que corroboram estes dados. O estudo realizado por Ny (2007) mostra-nos que mulheres imigrantes na Suécia correm um maior risco de morte perinatal e correm um maior risco de dar à luz bebés com baixo peso à nascença. Muynck (1997) num estudo realizado na Bélgica e Alemanha menciona que principalmente imigrantes de Marrocos e Turquia têm uma taxa alta de morte perinatal e de mortalidade infantil.

As questões de género e étnico-raciais têm simultaneamente um impacto indiscutível. A publicação da UNIFEM (n.d), sobre as Políticas Públicas e as Dimensões de Género e *Raça*, alerta para as iniquidades e desigualdades que estas mulheres passam. Em 2000, a taxa de mortalidade das mulheres negras de 10 a 49 anos, por complicações da gravidez, parto e puerpério, foi 2,9 vezes maior que a apresentada para as mulheres brancas, estas mulheres têm menos oportunidades de passar por consultas ginecológicas completas, consultas pré-natais e de fazer exames ginecológicos no período pós-parto (UNIFEM, *n.d.*). Estes dados são corroborados por Gaspar e Silès (1997) que realizaram um estudo com mulheres imigrantes de África, América Central e América do Sul onde sublinham índices altos de prematuridade, baixo peso à nascença e complicações durante o parto comparativamente às mulheres autóctones. Outro estudo realizado em França por Philibert, Deneux-Tharoux e Bouvier-Colle, em 2008 mostra que o risco de morte materna foi duas vezes maior para as mulheres estrangeiras provenientes da África subsaariana, Ásia, América do Norte e América do Sul. Neste estudo os autores apontam para que o risco de morrer de doença hipertensiva ou infecção foi quatro vezes maior para as mulheres imigrantes.

Massé (1995) e Santos (2009a) sublinham que são múltiplas as causas que levam, por um lado, que as grávidas de origem migrante não beneficiem do mesmo nível de cuidados de saúde pré-natais e natais que as grávidas não migrantes e que influenciam a saúde das imigrantes (e.g., características sociodemográficas, cultura, experiências migratórias).

A crescer a isto não podemos esquecer que as grávidas imigrantes vivenciam simultaneamente dois processos de transição. Por um lado, a transição que a imigração implica em si mesma, e por outro, o processo de transição que constitui o tornar-se mãe (Coutinho & Parreira, 2011). Se os desafios perante as questões imigratórias por que passam estas mulheres são gigantes, mais eles se complexificam quando à imigração se acumula o processo de maternidade (Lechner, 2005).

a) *Fatores que podem propiciar um risco acrescido a nível do estado de saúde, do acesso e utilização dos serviços de saúde de mulheres imigrantes grávidas*

Segundo o relatório *The European Perinatal Health* existem 6 indicadores sociais que devem ser tidos em consideração: gravidezes múltiplas, idade da mãe, número de filhas/os (se é ou não a 1ª gravidez), hábitos tabágicos durante a gravidez, nível de escolaridade e o país de nascimento da mãe (European Commission, 2008).

Todavia, muitos são os determinantes que se confluem e interagem no estado de saúde de mulheres imigrantes grávidas (FRA, 2013).

Barreiras Legais, Organizacionais e Económicas

Explorando os determinantes que podem condicionar a saúde e bem-estar da grávida imigrante sublinham-se a possibilidade de acesso que é, logo à partida, um dos maiores obstáculos.

Se alguns profissionais têm apontado para uma maior dificuldade de acesso a imigrantes de primeira geração, considerando que estes estão acostumados com sistemas de saúde nos países de origem que são muito diferentes do que temos na Europa (FRA, 2013). A investigação empírica tem vindo a demonstrar que algumas pessoas podem desconhecer por completo se têm direito a cuidados de saúde, onde os procurar e como marcar uma consulta (FRA, 2013).

Esta situação complica-se em situações de imigrações irregulares. Um estudo realizado por Bollini, Stotzer e Wanner (2007) identificou problemas de acesso aos cuidados de saúde especialmente entre as imigrantes irregulares apontando certos

fatores de risco: stresse laboral, condições socioeconómicas precárias, problemas de comunicação e pouca informação recebida sobre as/os recém-nascidas/os. Um estudo realizado em Genebra, entre 2005 e 2006, indicou que as mulheres em situação irregular apresentavam um risco mais elevado de iniciação tardia dos cuidados pré-natais (Wolff *et al.*, 2008) assim como apresentam um maior risco de serem mães adolescentes, complicações da gravidez, abortos espontâneos e provocados (Fedeli *et al.*, 2010). São mulheres que apresentam uma maior resistência em entrar em programas relativos à gravidez e procuram menos ajudas do Estado (Geltman & Meyers, 1999; Ribeiro *et al.*, 2005).

Contempla-se aqui as barreiras económicas que algumas destas mulheres defrontam. O serem confrontadas com sistemas de saúde onde muitas vezes têm de pagar altas taxas moderadoras ou onde têm de ter um seguro de saúde para serem atendidas, podem constituir grandes impeditivos na procura e frequência dos serviços (FRA, 2013). Em alguns estados dos EUA as crianças imigrantes e as grávidas que residem à menos de 5 anos no país estão desprotegidas/os, havendo apoio para o parto mas não para os cuidados pré-natais (Ku, 2007). O mesmo se aplica à compra de medicação para realização de tratamentos.

A associação entre o início de cuidados pré-natais numa fase de gestação tardia e resultados adversos ao nível da saúde das mães e crianças tem vindo a ser confirmada. Dados indicam que 20% das mortes maternas direta ou indiretamente relacionadas com a gravidez ocorrem em mulheres com acompanhamento reduzido, tardio ou até inexistente, ao nível dos cuidados pré-natais (Bragg, 2008). De acordo com estimativas da WHO, 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 (King, Klasen & Porter, 2008; UNICEF, 2008).

Nas questões de acesso podemos ainda apontar como barreiras o tempo de espera, falta de transporte, a qualidade de atendimento, a satisfação da paciente, assim como a própria avaliação que as mulheres fazem dos serviços de saúde. Em muitas culturas, por exemplo, a conceção ocidental de saúde mental não existe. Só recorrer a estes serviços de houver esforços para tornar mais compreensível o conceito e os benefícios (UN, 2006).

Barreiras culturais e psicológicas

Como vemos os fatores culturais têm, também um grande peso e são muito importantes para a compreensão do *modus operandi* das comunidades imigrantes (e.g.,

papéis sociais de género, hábitos/ideias tradicionais, linguagem, padrões de comunicação, entre outros) (Dias *et al.*, 2009). Para algumas culturas a gravidez é percebida como um estado natural, não necessitando de vigilância de saúde. Já o parto e o pós-parto imediato é, para a maioria das sociedades, um período de risco para a mãe e criança, repleto de rituais e crenças que obviamente vão variando de cultura para cultura (Ramos, 2004). O estilo da maternidade é, assim expressivo da cultura, englobando um sistema de valores representativo do que são as mulheres e do que são as/os filhas/os (Kitzinger, 1978).

Ayaz e Efe (2008) referem que as práticas de saúde nos países de origem que, muitas vezes, se caracterizam pelo recurso à medicina tradicional, especialmente durante e após a gravidez, traduzem uma menor procura e utilização dos serviços de saúde, podendo afetar negativamente a saúde da mãe ou do bebé. Malin e Gissler (2009) realizaram um estudo que tinha como objetivo comparar o acesso e uso dos serviços de maternidade de mulheres imigrantes que foram mães na Finlândia. Estas, apesar de terem uma boa cobertura durante o período de gravidez, passam por claras variações no tipo de tratamento recebido ou percebido como necessário por elas. Segundo os autores isto está não só relacionado com a sua etnia como com fatores não clínicos que se podem tornar fatores de risco. Estas mulheres trazem uma bagagem cultural sobre normas de comportamento e expectativas para cada estágio do ciclo perinatal que se relacionam com o modo como as pessoas se mantêm saudáveis e previnem a doença (Williams, 1995).

Para além disso, não raramente algumas mulheres imigrantes, sentem-se desconfortáveis com determinados procedimentos nos cuidados de saúde do país recetor, como o atendimento por médicos do sexo masculino ou a necessidade de tirar a roupa para realizar exames médicos (HCHC, 2003; UN, 2006). Exemplo da influência dos padrões culturais é o estudo realizado por Madi, Cassanti e Silveira (2009) com mulheres bolivianas grávidas residentes no Brasil. As mulheres tinham representações próprias relativas ao parto. O acreditarem que o parto normal propicia uma recuperação mais rápida e o comprometimento de saúde é menor levava-as a recusarem o parto por cesariana. Deste modo, a vigilância contínua da saúde de uma comunidade envolve uma consciência do papel das crenças e dos comportamentos culturais nas melhorias de saúde ou na causa da doença (Helman, 1994).

Relativamente à prestação de cuidados às/aos bebés, verifica-se uma acentuada insegurança materna. As mulheres veem-se divididas entre o saber e hábitos tradicionais adquiridos no seio familiar- vistos no país recetor como inadequados e ultrapassados – e as praticas sugeridas/impostas pela nova sociedade, que muitas vezes

não lhe fazem sentido apenas aumentam a ansiedade e o stresse (Ramos, 2008). Não obstante, é frequente assistir-se à modificação e abandono de algumas práticas e cuidados à criança por parte das mães com medo de serem julgadas ou criticadas pela sociedade recetora (Ramos, 2004).

Deste modo, a ocidentalização da saúde, a insensibilidade para com os costumes, preferências e convenções, dietas específicas, regras de interação entre homens e mulheres pertencentes a outras culturas vai afastando ou limitando a sua acessibilidade.

Condições de vida, responsabilidades e influência dos membros familiares

As condições de vida e as responsabilidades que mulheres imigrantes têm a seu cargo, aparecem também como uma barreira ao acesso e frequência dos serviços de saúde.

Este risco acresce principalmente em mulheres que trabalham em mercados secundários e paralelos da economia, sem qualquer proteção social. O medo de perderem o emprego, leva-as a deixar muitas vezes problemas de saúde por tratar.

Outra das razões apontadas nos estudos é a influência dos membros familiares, uma vez que na grande maioria as suas opiniões/ajuda/envolvimento (e.g., transporte, tradução, dinheiro) são fulcrais para recorrerem a ajuda (Grewal, Bottorff & Hilton, 2005) e para uma melhor saúde das mulheres e das crianças (Bollini *et al.*, 2007; Kroelinger & Oths, 2000). De facto, Mutale, Creed e Hunt (1991) alegam que a falta de suporte social, principalmente do marido e/ou família traz consequências negativas no desenvolvimento do feto. Contudo, Finnbogadóttir, Svalenius e Persson (2003) alegam que não raras são as vezes que o não acompanhar a mulher grávida ocorre não só por questões culturais mas porque muitos homens se sentem excluídos dos serviços de saúde materna e infantis exibindo altos níveis de ansiedade e insegurança.

Todavia, não se pode descartar que, como está amplamente documentado na literatura, a gravidez é um período de alto risco para a violência na intimidade (Aguiar, 1999; Audi *et al.*, 2008; Earner, 2010; Hedin, 1999; Raj & Silverman, 2002). Segundo algumas investigações referem em 8 a 34% dos casos a violência durante a gravidez é mais grave do que a praticada antes da gravidez (Gross, 2008; WHO, 2005). Segundo Petersen e colaboradores (1997) ocorre em 4 a 8% das gravidezes, o que é retratado na literatura como um fator de risco que acarreta mais complicações de saúde nas mulheres grávidas vítimas de violência comparativamente às que não são vítimas, especialmente durante o segundo trimestre da gravidez (Morewitz, 2004).

De facto, Dannenberg e colaboradores (1995) sublinham que as mulheres pertencentes a minorias étnicas são mais vulneráveis ao homicídio durante a gravidez (as cited in WHO, 2009).

Sofia Neves (2010a, 2010b) ressalva que as mulheres imigrantes surgem também como as vítimas preferenciais no caso do tráfico humano para fins de exploração sexual, sendo os seus efeitos na saúde completamente devastadores, implicando consequências, por vezes irreversíveis, no domínio mental, físico, sexual, reprodutivo e social (Neves, 2012).

No que concerne à maternidade e pós-parto, verifica-se que as profundas transformações sociais a que as mulheres são submetidas, durante a permanência no país recetor, geram novas vulnerabilidades e condicionam o modo e a qualidade dos cuidados que podem prestar aos filhas/os e a si mesmas (Estrela, 2009).

A perda de redes de apoio e suporte social e informal (e.g., amigas/os, família), decorrente do processo migratório, leva, muitas vezes, a uma situação de isolamento que pode intensificar-se durante a gravidez e após o parto, quando as mulheres permanecem em casa devido às suas responsabilidades maternas (Sword, Watt & Krueger, 2006). Isto pode levar a um elevado nível de stresse para a mãe migrante no período pós-natal e de ansiedade (Peer *et al.*, 2010). Vários são os estudos que indicam que no período pós-parto o risco de depressão torna-se mais elevado (Fung & Dennis, 2010; Munk-Olsen *et al.*, 2006; Stewart *et al.*, 2006), assim como o desenvolvimento de ansiedade (Peer *et al.*, 2010). De facto, mulheres grávidas imigrantes tendem a exibir níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (UNFPA, 2009). Alguns estudos de depressão durante a gravidez indicam prevalências que rondam os 12%. Porém, estas prevalências aumentam, cerca de 38% a 50%, quando falamos em mulheres pertencentes a grupos minoritários (Zayas, Cunningham, McKee, & Jankowski, 2002).

Barreiras linguísticas, comunicacionais e discriminação

A barreira linguística é, também um outro problema, sinalizado como um dos maiores entraves ao acesso aos cuidados de saúde (Ponce *et al.*, 2006), desmotivando as mulheres imigrantes a solicitar apoio em caso de doença ou gravidez.

Estas dificuldades podem levar a problemas de acessibilidade mas também da qualidade do cuidado. Nas consultas, por exemplo, o risco de se realizarem diagnósticos errados, o risco das pacientes não perceberem a informação que lhes está a ser dada tanto a nível de diagnóstico como de prognóstico, o risco de não se compreender a

adesão aos tratamentos e o risco de não se estabelecer uma relação de confiança entre técnica/o-paciente é muito grande (FRA, 2013).

Não são raras as vezes que alguns grupos de mulheres imigrantes necessitam de um/a intérprete quando recorrem aos serviços de saúde (HCHC, 2003) e não têm nenhum qualificado (Ganann *et al.*, 2011). Muitas vezes fazem-se acompanhar pelos seus maridos, outros elementos da família ou por amigas/os bilingues, o que ser muito problemático. Tal, não só coloca questões éticas no que concerne à confidencialidade, consentimento informado e privacidade entre pacientes e profissionais de saúde (UNFPA, 2006) como pode levar a outro tipo de constrangimentos, tanto à doente como a quem lhe serve de intérprete, pelas questões e relações de poder que estão geralmente presentes assim como pela possibilidade de uma interpretação deficiente do que lhes foi transmitido (UN, 2006), resultante de confusões linguísticas ou das próprias opiniões do/a intérprete, fruto das suas crenças e representações de saúde e do desconhecimento das características da medicina ocidental (Estrela, 2009; EWL, 2007). Esta situação agrava-se especialmente se as mulheres pertencerem a culturas em que a discussão de aspetos sobre a gravidez e o parto com elementos familiares masculinos não é habitual (Ascoly, Van Halsema & Keyzers, 2001). Estas mulheres muitas vezes mostram-se relutantes em utilizar as/os seus/suas filhas/os como tradutores/as, pois se em algumas situações não tem qualquer impacto, noutras pode ser difícil e até mesmo indigno que as mulheres tenham de discutir os seus problemas médicos (e.g., ginecológicos) em frente às suas crianças. Daí que vários estudos apontem para a necessidade de ter mediadores/as culturais de modo a assegurar a qualidade dos serviços prestados disponíveis (UN, 2006). Segundo o relatório *Migrant Integration* (2011) a língua é o fator mais importante para a facilitação da integração.

As dificuldades de comunicação e de aceder à informação necessária, por exemplo, no que concerne a métodos contraceptivos, faz com que muitas não utilizem, mas que outras façam um uso indevido destes. De facto, denota-se uma maior vulnerabilidade em saúde sexual e reprodutiva nas mulheres imigrantes (Rademakers, Mouthaan & De Neef, 2005), muitas vezes assente em serviços de planeamento familiar pouco ajustados às necessidades específicas destas populações (Janssens *et al.*, 2005). Helstrom e colaboradores (2003) verificaram que as mulheres imigrantes na Suécia fazem aborto assentes em motivações muito comuns às mulheres nativas: baixa nível educativo, pobreza, desemprego. Contudo, tendem a solicitar mais frequentemente aborto induzido do que as mulheres suecas como consequência da falta de planeamento familiar.

Outra das grandes questões que se coloca prende-se com a interrupção involuntária da gravidez. Ao não dominarem a língua, nem o inglês e/ou francês a assinatura do consentimento informado está claramente comprometido (EWL, 2007). Isto também se reflete noutros procedimentos clínicos tais como a contraceção pós-parto (e.g., laqueação de trompas).

Por outro lado, o desconhecimento, por parte das/os técnicas/os de saúde, acerca dos aspetos culturais relacionados com o comportamento sexual e reprodutivo das migrantes (Rademakers *et al.*, 2005), o não disponibilizar informação útil sobre diagnóstico e tratamentos (Jonkers, Richters, Zwart, Ory & Van Roosmalen, 2011), o tentar impor condutas e atitudes, que muitas vezes não são compreendidas e que podem até mesmo ser contraditórias aos seus hábitos e costumes, pode originar problemas comunicacionais graves, atitudes discriminatórias, preconceitos e estereótipos que podem ter um impacto negativo na utilização dos cuidados de saúde e na forma como se vivencia a experiência da gravidez, parto e maternidade (Fonseca & Silva, 2010; Santiago, 2009; WHO, 2003).

De facto, Lechner (2012) chama a atenção que perante a falta de informação e o desconhecimento de práticas ocidentais de saúde podem levar a que as mulheres se silenciem nos procedimentos clínicos (e.g., consultas, exames). Este silêncio, tido como um lugar de não enunciação dos sujeitos face a formas prevaletentes de poder, vai espelhando a desigualdade entre migrantes, autóctones e o Estado.

O relatório *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of health-care* (FRA, 2013) ressalva que as barreiras comunicacionais e linguísticas têm mais probabilidade de ocorrer em pessoas com características identitárias particulares, tais como migrantes recentes, migrantes com algum tipo de incapacidade, pessoas idosas e mulheres imigrantes com responsabilidades de cuidado.

Outro dos grupos que sofre discriminação são as mulheres lésbicas grávidas. Perante um sistema de saúde claramente heterossexista onde ainda existe o paradigma de que o lesbianismo é um problema de saúde., estas mulheres podem-se confrontar com interações nos serviços de saúde pautadas por hostilidade, intimidação e discriminação.

Estas mulheres recebem tratamento que é frequentemente inapropriado sendo a sua sintomatologia por vezes ignorada (Fish, 2009). Esta situação agrava-se obviamente no caso de mulheres imigrantes, negras e deficientes.

b) O panorama nacional face a esta realidade

Segundo o *Data and Information on Women's Health in the European Union* a Grécia, Hungria, Portugal, Malta e Espanha apresentam as percentagens mais altas de bebés que nascem com baixo peso à nascença (European Commission, 2010b), mesmo tendo Portugal evidenciado um 3º lugar no conjunto dos países com a taxa de mortalidade perinatal e neonatal mais baixa (WHO, 2008). O baixo peso (2500 g) à nascença é tido pelo *Data and Information on Women's Health* como um indicador do estado de saúde materno (European Commission, 2010b). A categoria “muito baixo peso ao nascer” corresponde a um peso de nascimento inferior a 1500 gramas e corresponde a um risco acrescido de mortalidade e complicações tanto no período neonatal como na vida futura, a nível de problemas físicos e/ou cognitivos (WHO, 1992). A importância conferida a este indicador levou que as Nações Unidas estabelecessem, como um dos Objetivos de Desenvolvimento para o Milénio (ODM), conseguir, até 2015 uma redução de dois terços da mortalidade infantil abaixo dos 5 anos de vida e de um terço a incidência de baixo peso ao nascer (ODM, *n.d.*). A questão de partida é que o peso, ao estar relacionado com pobreza, situações de desemprego ou mais frágil suporte social, possa constituir um indicador de equidade em saúde (Nobile, Raffaele, Altomare & Pavia, 2007).

Vários estudos efetuados no Reino Unido por Smith e colaboradores/as (2000), na Noruega, por Vangen e colaboradores/as (2002) e em Portugal por Calado e colaboradores/as (1997) constataram igualmente, que as taxas de mortalidade perinatal e infantil são mais elevadas na população imigrante, assim como também o peso à nascença, que atinge valores mais baixos em filhas/os de mulheres imigrantes.

Em Portugal, as taxas de natalidade e de fecundidade da população estrangeira são maiores do que as portuguesas (Lopes, 2007) contribuindo os/ estrangeiras/os para cerca de 9/10 do aumento do número de nados vivos registado em Portugal entre 1995 e 2001 (Rosa *et al.*, 2003).

Verifica-se que entre 2001 e 2010 os nados vivos de mães com nacionalidade estrangeira e residência em Portugal duplicaram a sua proporção no total nos nascimentos com vida, ano a que ascenderam a 10,6% do total (INE, 2011). Para este acréscimo contribuíram bastante as mães de nacionalidade brasileira, a qual se tornou, desde 2006, a mais representativa (3,8% em 2009), as mães nacionais dos PALOP e a tendência sempre crescente dos nascimentos de filhas/os de mães nacionais da Ucrânia, Roménia e da Moldávia que em conjunto, passaram de 4,5% em 2001 para 17,7% em 2009 do total de nascimentos de mães estrangeiras residentes em Portugal (Carrilho & Patrício, 2010).

De facto, em 2011 nasceram no nosso país 10.056 crianças filhas de mulheres estrangeiras residentes⁷ o que ressalva a importância da abordagem e problematização de como vivenciam as mulheres imigrantes o período da gravidez.

Portugal não ficou indiferente a estes indicadores e a esta realidade. A Constituição da República Portuguesa estabelece que cabe ao Estado, no respeito da liberdade individual, a garantia do direito ao planeamento familiar e a promoção de uma vida sexual e reprodutiva saudável, gratificante e responsável. No enquadramento legal da saúde sexual e reprodutiva, cabe ainda ao Estado organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o livre acesso de todas/os as/os cidadãos/ãs, sem qualquer discriminação, à prestação de informação e de serviços, à gratuitidade dos cuidados prestados e dos produtos necessários, à confidencialidade da consulta, ao exercício de uma maternidade e paternidade conscientes, à prevenção das gravidezes não desejadas e ao combate às doenças sexualmente transmissíveis (Diário da República, I Série-A, n.º 155, Constituição da República Portuguesa, de 12 de agosto de 2005; Diário da República, I Série, n.º 71, Lei n.º 3/84, de 24 de março; Diário da República, I Série, n.º 240, Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de outubro).

No que respeita aos direitos das/os imigrantes, tal como já foi referido anteriormente, a legislação em vigor determina que as consultas de planeamento familiar, assim como o material disponibilizado, sejam, gratuitos, independentemente do estatuto legal das/os utentes imigrantes.

Relativamente à saúde materno-infantil em Portugal, o acesso às consultas de saúde materna e infantil é gratuito, independentemente do estatuto legal das mulheres. Está ainda prevista, de acordo com o Decreto-Lei n.º 70/2000, a gratuitidade de todos os exames e consultas médicas efetuadas durante a gravidez e até 60 dias após o parto, bem como o parto hospitalar e qualquer internamento por motivo de gravidez num hospital ou maternidade do SNS (Diário da República, I Série, n.º 103, de 4 de maio de 2000).

Paralelamente à legislação vigente, o interesse por esta matéria alargou-se à ciência. Existem, em Portugal, alguns estudos sobre os níveis de saúde de populações migrantes ou minorias étnicas, e análises do acesso a e/ou utilização de serviços de saúde por parte destas populações. Mas destes, apenas uma pequena parte, tem como perspetiva a saúde materna ou infantil (e.g., Harding, Santana, Cruickshank &

7 c.f.: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003665&contexto=bd&selTab=tab2

Boroujerdi, 2006; Lopes, 2007) sendo que a sua maioria debruça-se frequentemente sobre grupos de migrantes que se fixaram em Portugal nas décadas de 70 e 80, após a independência dos PALOP (Bäckström *et al.*, 2009).

Segundo o Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal há, ainda, um elevado desconhecimento sobre o acesso efetivo das/os imigrantes aos cuidados de saúde e são escassos os estudos epidemiológicos sobre o seu “estado de saúde” (Fonseca *et al.*, 2009). De facto, a informação disponível sobre esses trabalhos e os seus resultados é limitada e encontra-se dispersa por diferentes instituições ou áreas científicas, continuando-se a assumir que as características das migrações nacionais se podem generalizar a todo o universo (Peixoto *et al.*, 2006).

A investigação sobre imigração e etnicidade em Portugal entre 2000 e 2008 conta com 45 estudos que se debruçaram sobre a temática de Saúde e Doença e 38 sobre mulheres e relações de género (Machado & Azevedo, 2009). Contudo, mesmo existindo uma grande atenção e exploração empírica sobre o fenómeno da imigração em Portugal, quer ao nível de publicações, teses de mestrado e doutoramento, poucos ou quase nenhuns estudos tratam o domínio da saúde e imigração numa perspetiva de género. Paralelamente, a maioria dos estudos foram realizados na zona de Lisboa e Vale do Tejo, o que não traduz a realidade nacional face à imigração e cuidados de saúde.

Com vista a mapear alguma da produção científica mais recente serão apresentados de seguida alguns dados relativos a investigações publicadas em Portugal sobre mulheres imigrantes e saúde materna.

Machado e colaboradores (2007) no seu estudo *Maternal and Childhood Healthcare in an Immigrant Population – Are they treated differently?*, apontam no sentido de que o início da vigilância da gravidez é mais tardio nas mulheres imigrantes em comparação com as mulheres portuguesas. Este estudo evidencia que as/os descendentes de imigrantes registam maior mortalidade fetal e neonatal e as mães sofrem maior número de patologias durante a gravidez, nomeadamente doenças infecciosas, facto que pode justificar-se por um início mais tardio das consultas pré-natais e que muitas vezes assenta numa maior privação económica e marginalidade social destas famílias.

O estudo diz, no entanto, respeito ao global dos nascimentos, na maioria de termo e com pesos adequados. Na secção em que se analisam os internamentos na Unidade de cuidados intensivos e especiais neonatais (UCIEN) denota-se maior contributo de prematuridade e de recém-nascidas/os de baixo peso no grupo de imigrantes.

O mesmo é corroborado por Harding e colaboradoras/es (2006) que reviram a influência de fatores biológicos e comportamentais nas diferenças de peso de recém-nascidas/os de termo também no Hospital da Amadora-Sintra. Estas/es autoras/es encontraram um maior risco de nascer com muito baixo peso nas famílias de imigrantes africanas.

Em 2007 foi publicada a tese *Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses Residentes em Portugal*, da autoria de Helena Manuel, cujo objetivo foi analisar os conhecimentos, atitudes e práticas relativamente ao Planeamento Familiar revelados por mulheres timorenses residentes em Portugal. Concluiu-se neste trabalho, entre outros aspetos, que a dimensão cultural, bem como as circunstâncias em que as mulheres timorenses se encontram após terem vindo para Portugal, condicionam as suas atitudes sobre a fecundidade.

No mesmo ano a autora Ivete Monteiro publicou a tese *Ser Mãe Hindu: Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração*. Neste trabalho a autora reflete sobre as concepções e as práticas da maternidade, concluindo que a cultura de origem continua a ditar os rituais produzidos nos países recetores.

Também em 2007, Lídia Lopes publica a sua tese sobre *Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa*. A autora explora neste trabalho as preocupações, dúvidas e dificuldades vividas por um grupo de grávidas seropositivas imigrantes, utentes da Consulta de Obstetrícia de um Hospital da Região de Lisboa. Das conclusões desta tese ressalta o facto destas mulheres se sentirem pouco apoiadas no contacto com as/os profissionais de saúde e o facto de revelarem pouca informação sobre o HIV. Para a maioria das entrevistadas o diagnóstico da doença foi efetuado durante a gestação, devido ao rastreio que faz parte integrante da avaliação analítica recomendada na gravidez, e não como uma decisão informada e consciente, realizada no período pré-concepcional. A não utilização de um método anticoncepcional ou a falha do método utilizado, que se traduz maioritariamente no uso do preservativo masculino, é a razão apontada pelas mulheres entrevistadas que engravidaram. Denota-se que, para além da falta de informação no âmbito da contraceção eficaz e na incapacidade feminina na tomada de comportamentos seguros existe, ainda, a dificuldade das mulheres associarem o risco da seropositividade a uma gestação e o desconhecimento da necessidade de uma vigilância adequada (Lopes, 2007).

Pereira (2008) na sua tese sobre a comunidade chinesa imigrante em Portugal e os cuidados de saúde na maternidade na Região de Lisboa concluiu que se verifica uma

preocupação das/os profissionais de saúde em se fazerem entender, não apenas com as/os utentes em situação de atendimento, mas sobretudo de se “aproximarem” quer das/os utentes/doentes, quer das/os acompanhantes. Esta preocupação de se tentarem fazer compreender, reflete-se no facto de recorrerem ao Guia de Atendimento traduzido em Mandarim, elaborado pelas/os próprias/os técnicas/os, e ainda, de reincidirem no processo de validação das orientações que são dadas aos acompanhantes. É notória, através deste estudo, a dificuldade de interligar tradições culturais no que se refere ao momento do parto. De facto, as mulheres chinesas no momento do parto evidenciam muito pudor e inibição, o que as remete muitas vezes para o silêncio, acabando por não transmitir aos/às profissionais de saúde os seus medos e dificuldades. Depois de a/o bebé nascer, quando são explicados os cuidados de higiene, estes não são bem aceites. Estas acreditam que o centro da energia está no abdómen e que não devem levantar-se a seguir ao parto nem tomar banho completo durante o primeiro mês, acreditam que o colostro é impuro e só devem amamentar a/o bebé quando já têm leite, não aceitam quando o/a enfermeiro/a, logo a seguir ao nascimento lhes coloca o bebé à mama e lhes diz que deve amamentar o bebé.

Conceição Santiago (2009) na sua tese de mestrado analisa as perceções e comportamentos de profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório. A autora conclui com o seu trabalho que as/os profissionais de saúde, identificam e procuram entender os diversos comportamentos culturais de saúde e maternos, de mulheres de diferentes nacionalidades, no sentido de se “aproximarem” e compreenderem as suas vivências e necessidades. Todavia, o confronto com as novas exigências multiculturais, na assistência de saúde da mulher em contexto migratório, leva a que com frequência, se opte por uma imposição da cultura da/o profissional de saúde.

Bäckström, Carvalho e Inglês (2009) analisaram o perfil das mulheres imigrantes grávidas que recorrem aos serviços do gabinete de saúde do CNAI. Estas solicitavam ajuda uma vez que se confrontavam com a recusa de tratamento por parte de alguns serviços ou a exigência de pagamento das tarifas mais elevadas, mesmo nos casos de mulheres grávidas e crianças, na maior parte das vezes porque estão irregulares ou porque nunca descontaram para a Segurança Social. Estas utentes grávidas ou que já tiveram o bebé, em situação irregular, pretendiam uma solução no sentido de conseguirem aceder às consultas de acompanhamento pré-natal e de pós-parto. Continua-se a assistir a desigualdades no acesso à saúde causadas por construções socialmente elaboradas que geram desigualdades na acessibilidade e atendimento das mulheres imigrantes grávidas.

Um outro estudo realizado por Almeida e Caldas (2012) com utentes de serviços de saúde materno-infantis são-tomenses, assinalou reclamações contra as/os profissionais do setor administrativo, os quais parecem estar mal informadas/os sobre os direitos das mulheres imigrantes grávidas em Portugal.

Helena Velho (2012) realizou um estudo com 21 mulheres imigrantes grávidas ou que foram mães em Portugal, de diferentes nacionalidades. A investigadora observou que estas mulheres exibiam indicadores de saúde psicológica, física e sexual/reprodutiva, assim como de níveis elevados de exposição à violência e à discriminação preocupantes, existindo um padrão recorrente de não reconhecimento da sintomatologia experienciada e, por consequência, de não recorrer a assistência médica. Foi possível identificar nesta investigação uma associação negativa entre as baixas habilitações literárias das participantes e a presença de índices mais elevados de sintomatologia psicopatológica (e.g., somatização e sensibilidade interpessoal), o que vem sugerir que níveis educacionais mais elevados parecem funcionar como fatores protetores da saúde destas mulheres.

Como se depreende da análise deste mapeamento (não exaustivo) dos estudos realizados em Portugal sobre imigração feminina e saúde materna, o conhecimento das questões de saúde específicas destes novos contingentes migratórios é fundamental para a consolidação de estratégias que permitam uma abordagem heterogénea e diversificada dos cuidados de saúde. Daí a necessidade premente de desenvolver estudos que permitam avaliar as necessidades de saúde de populações imigrantes e as questões da acessibilidade aos cuidados de saúde materna (Monteiro, 2006). Só desse modo, se poderá ajustar práticas e políticas relativas às mulheres imigrantes e especialmente às mulheres imigrantes grávidas.

Tal como defende Prazeres (2007), “garantir a equidade em saúde implica preservar a igualdade de oportunidades, no usufruto de cuidados e na obtenção de ganhos em saúde, sem que, para tal, a pertença a um determinado grupo social, ou a posição hierárquica ocupada nele, constituam obstáculos ou facilidades.” (p.13).

4. AS POLÍTICAS MIGRATÓRIAS VIGENTES EM PORTUGAL

Como vimos anteriormente, as migrações internacionais e nacionais criam novas dinâmicas tanto nos países de destino como nos países de origem quer a nível económico, tecnológico, social como a nível ambiental (IOM, 2010). Tendo a imigração um impacto muito relevante na política interna e externa dos países, esta temática surge como uma linha orientadora no discurso político das sociedades europeias,

levando-as a debater a questão da relevância da participação política das/os imigrantes, o seu direito ao voto nos países recetores e a procurar uniformizar as leis e os procedimentos tendo em vista o estabelecimento de uma política europeia comum (European Commission, 2006a, 2006b) e a padrões de igualdade pois, infelizmente, a globalização não é um processo simétrico nem igualitário (Martine, 2005), uma vez que inclui indivíduos, populações, países e regiões, mas ao mesmo tempo exclui outras/os (Sousa, 2008).

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

1. Políticas e diretrizes institucionais que determinam os regimes de aceitação/inclusão das/os imigrantes;
2. Políticas de acesso ao mercado de trabalho que determinam a natureza e a extensão dos direitos laborais das/os imigrantes;
3. Políticas sociais que determinam o tipo de assistência social e a amplitude dos benefícios sociais disponível para as/os imigrantes;
4. Políticas de habitação que determinam as condições de habitabilidade em que vivem as/os 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 as/os 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 recetor;
7. Medidas de participação em atividades políticas que determinam o direito ao voto e à integração em atos que incluam eleições;
8. Políticas de apoio à integração que determinam o acesso a recursos promotores da adaptação aos países de recetor;
9. Práticas de exclusão e de discriminação que determinam a segregação social das/os imigrantes.

Nesse sentido, face ao número de migrantes globais, as novas tendências do fenómeno migratório, a diversidade de perfis das populações migrantes e aos constrangimentos que estas/estes estão expostas/os (IOM, 2005), o *World Bank* iniciou em 2005 um Programa de Investigação sobre Migrações Internacionais e Desenvolvimento que tem como objetivo melhorar os dados estatísticos sobre as migrações,

assim como potenciar o estudo de diferentes determinantes e impacto das migrações internacionais (Morrison *et al.*, 2008).

Simultaneamente, no sentido de promover o desenvolvimento de abordagens transversais às políticas de migração e de asilo dos Estados Membros da EU, têm sido estabelecidas várias convenções e tratados, como são exemplo a Convenção de Dublin, os Tratados de Maastricht e Amesterdão, e os Conselhos de Tampere, Laaken, Sevilha e Salónica (IOM, 2003).

Tudo isto leva a que os países efetuem pactos de cooperação, permitindo que entidades governamentais e decisoras/es políticas/os negoceiem estratégias que garantam, simultaneamente, um desenvolvimento sustentado nos países de origem e uma resposta às necessidades do mercado de trabalho nos países recetores, utilizando a migração em benefício mútuo dos países e promovendo igualmente a integração e os direitos das/os migrantes (IOM, 2003).

Obviamente isto trouxe repercussões para Portugal. A integração das/os imigrantes na sociedade portuguesa foi ganhando uma importância crescente, constituindo hoje uma prioridade política (Cruz, 2007).

São sete os princípios chave que regem as políticas de receção e integração de imigrantes em Portugal e que influenciam diretamente os programas e as ações concretas que diferentes instituições públicas desenvolvem ao serviço das/os imigrantes (Marques, *n.d.*):

1. A Igualdade de direitos e de deveres entre cidadãos/ãos nacionais e estrangeiras/os que se encontrem ou residam em Portugal, com exceção de alguns direitos políticos, situa-se como princípio fundamental. Assim, o combate a todas as formas de discriminação e o efetivo exercício de direitos e deveres das/os imigrantes determina o que defendemos nas políticas de imigração: acesso igual ao trabalho, à saúde, à educação, à segurança social, à justiça e a todas as outras áreas setoriais. De igual modo, o respeito pela Lei, a participação cívica ou o pagamento de impostos são obrigações que as/os imigrantes devem cumprir, da mesma forma que as/os nacionais. Para concretizar este princípio, existe uma extensa legislação nacional e comunitária e a omissão para a Igualdade e contra a Discriminação Racial (CICDR) com representação de diferentes Ministérios, do Parlamento, de associações de imigrantes e antirracistas, dos sindicatos e das empresas. Ou seja, Portugal, de acordo com a lei internacional, as diretivas comunitárias e a Constituição da República Portuguesa pôs em prática o seu plano de integração dos imigrantes desenvolvendo as políticas e

boas práticas de integração e produzindo a necessária legislação antidiscriminação que proíbe todas as formas de discriminação baseadas no sexo, *raça*, cor, crenças religiosas, nacionalidade ou origem étnica (Carrilho, 2007).

2. Contudo, particularmente as/os recém-chegadas/os, têm desvantagens competitivas ou vulnerabilidades específicas que exigem ações positivas que permitam uma igualdade efetiva. Para tal objetivo, inspirados pelo princípio da **Hospitalidade**, desenvolvem-se em Portugal, à semelhança de outros países, programas e ações que permitam acolher bem as/os imigrantes.

Expressões concretas deste princípio passam, por exemplo, pelo Sistema Nacional de Apoio ao/à Imigrante, onde se desenvolvem iniciativas como os Centros Nacionais de Apoio à/ao Imigrante (CNAI) com a presença integrada das instituições públicas com as quais o/a imigrante se relaciona, bem como um conjunto diversificado de Gabinetes de Apoio (e.g., Reagrupamento Familiar, Emprego, Apoio Jurídico) que agiliza o acesso aos seus direitos fundamentais. Por outro lado, a Rede Nacional de Informação ao/à Imigrante, proporciona em diversas línguas e diferentes suportes (e.g., papel, *web*, *media*, telefone, postos informativos) informações úteis e práticas que facilitam a integração das/os imigrantes. De sublinhar ainda, neste domínio, as ações de ensino de Português dinamizadas pelo Programa Portugal Acolhe.

Importa também, neste domínio, não ignorar a presença de imigrantes em situação irregular. Apesar da lei ter de ser respeitada combatendo-se os circuitos de exploração da imigração irregular, também não pode ser esquecido que a dignidade da pessoa humana se mantém intocável e deve ser protegida contra as adversidades mais extremas. Isso exige a constituição de núcleo de direitos essenciais devidos a qualquer pessoa, independentemente da sua situação documental.

3. O exercício da Igualdade conduz-nos naturalmente ao princípio da plena **Cidadania**. Ainda que não-nacional, Portugal defende que o/a imigrante é um/a cidadão/ã de pleno direito, um/a cidadão/ã igual a todos as/os outras/os e não pode ser um/a cidadão/ã amputado/a de direitos, dignidade nem de autenticidade. A aquisição da nacionalidade portuguesa tornou-se também mais fácil, na recente alteração da Lei da Nacionalidade, com particular destaque para as/os descendentes de imigrantes que agora beneficiam de várias possibilidades de chegarem à nacionalidade portuguesa.

Sousa (2008) alega que num mundo globalizado e globalizante deixou de fazer sentido ligar cidadania a um estado-nação através de uma relação umbilical de pertença. Este conceito deve ser, sim analisado de forma dinâmica (Sousa, 2008).

Como refere Taylor (1994, p.50 as cited in Sousa, 2008), “existe uma determinada maneira de ser humano que é a minha maneira. Sou obrigado a viver a minha vida de acordo com essa maneira, e não imitando a vida de outra pessoa. Se não o fizer, deixo de compreender o significado da minha vida: ser humano deixa de ter significado para mim” (p.32).

4/5. Esta visão tem como outra consequência na política de imigração, a afirmação dos princípios da **Coresponsabilidade** e da **Participação**. Só se constrói uma sociedade inclusiva através do respeito pelo princípio da plena participação cultural e política de todas/os as/os cidadãos/ãs - nacionais e imigrantes - que constituem, num determinado tempo e espaço, uma sociedade. As/os imigrantes devem ambicionar essa participação e, sobretudo, a sociedade recetora deve estar aberta a essa participação na polis.

6. Num outro domínio particularmente sensível nos nossos dias - a gestão da diversidade cultural - a opção portuguesa é muito clara e passa pela afirmação do princípio da **Interculturalidade**. Num quadro de respeito mútuo e dentro da Lei, promove-se a afirmação da riqueza da diversidade em diálogo. Mais do que uma coexistência pacífica de diferentes comunidades, o modelo intercultural afirma-se no cruzamento e miscigenação cultural, sem aniquilamentos, nem imposições. Muito mais do que a simples aceitação do “outro” o modelo intercultural propõe a receção do “outro” e transformação de ambos com esse encontro.

7. Finalmente, a construção da política de imigração em Portugal está marcada pelo princípio do **Consenso**. A permanente busca em torno das questões da imigração, através do diálogo e da negociação, de um consenso político e social alargado não é uma mera questão tática. Representa uma opção essencial para afastar a política de imigração de terrenos fraturantes onde florescem argumentos populistas anti-imigração, como se tem verificado em muitos países europeus (Marques, *n.d.*).

Neste documento, o Estado Português assume-se como o principal aliado da integração das/os imigrantes, solicitando a permanente cooperação entre diferentes instituições do Estado, procurando respostas articuladas, transversais e multissetoriais (Marques, *n.d.*).

Em Portugal, a Lei n.º 23/2007 (regulamentada pelo Decreto Regulamentar n.º 84/2007) aprova o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiras/os do território nacional (Diário da República, I Série, n.º 127, de 4 de ju-

lho de 2007). Estão também decretados no enquadramento legal nacional os direitos e deveres das/os imigrantes a nível da segurança social, saúde e educação.

O Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) adquire novas competências através do Decreto-Lei n.º 167/2007, de 3 de maio, transformando-se num instituto público e passando a designar-se Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI). Trata-se de um organismo governamental, de natureza interministerial, encarregado de proteger os direitos fundamentais das/os imigrantes e das minorias étnicas, garantir a sua integração em território português e combater o racismo, a xenofobia e quaisquer discriminações relacionadas com a *raça*, cor, nacionalidade ou origem étnica. Ou seja, tem um papel ativo na conceção, execução e avaliação das políticas públicas, transversais e setoriais, relevantes para a integração das/os imigrantes e das minorias étnicas, bem como promove o diálogo entre as diversas culturas, etnias e religiões.

Para garantir o sucesso da integração das/os novas/os imigrantes na economia portuguesa e na sociedade civil foi criado o lugar de Alto Comissária/o para Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, 2011a). A/O Alta/o-Comissária/o conduz as questões relacionadas com a integração das/os imigrantes ou das minorias étnicas em cooperação com as associações patronais, sindicatos, instituições de solidariedade social e outros organismos públicos e privados. A sua tarefa é melhorar as condições de vida das/os imigrantes em Portugal e propor medidas legislativas para a sua integração e das suas famílias na sociedade e combater todas as formas de racismo, xenofobia ou exclusão. Na luta contra a discriminação a/o Alta/o-Comissária/o apoia as vítimas de discriminação na instância administrativa, mas não pode representá-las/os no tribunal. Compete-lhe, de acordo com o quadro legal em vigor, promover os processos de contraordenação e aplicar as respetivas coimas, sendo a sua decisão recorrível para os tribunais comuns (Carilho, 2007).

O ACIDI (2011a) é, também responsável pela dinamização dos Centros de Apoio ao/à Imigrante através de parcerias com departamentos governamentais, serviços de administração pública, autarquias locais, organizações não-governamentais e associações de imigrantes.

Em 2010, com o objetivo de dar continuidade a uma nova geração de políticas sociais, o Governo aprovou o II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010-2013) (ACIDI, 2010). Este assenta em 90 medidas, que concretizam compromissos setoriais do Estado que têm como grande finalidade a plena integração das/os imigrantes, nomeadamente nas áreas da cultura e da língua, do emprego e da formação profissional e

da habitação. Apresenta duas novas áreas de intervenção: a da promoção da diversidade e interculturalidade, e a das/os idosas/os imigrantes (ACIDI, 2010).

Simultaneamente estão à disposição das/os imigrantes os CNAI – Lisboa, Porto e Faro - que foram criados em 2004 para dar resposta a algumas das dificuldades sentidas pelas/os imigrantes no seu processo de integração em Portugal e os Centros Locais de Apoio ao/à Imigrante (CLAII) que são gabinetes de receção, informação e apoio descentralizado, com ligação aos CNAI's, que visam ajudar a responder às necessidades que se colocam às/aos cidadãs/ãos imigrantes que vivem noutros locais (ACIDI, 2011a).

Em 13 de março de 2003 foi inaugurada a Linha SOS Imigrante (808 257257/ 21 8106191) que tem como objetivo disponibilizar a imigrantes e respetivas associações, bem como a empresas e órgãos da administração pública, um serviço de atendimento telefónico capaz de prestar informação geral sobre as problemáticas da imigração (ACIDI, 2011b).

Está também disponível um serviço de tradução telefónica que coloca em conferência telefónica, o/a técnico/a da instituição prestadora de serviços, um/a tradutor/a e o/a imigrante. Dotado de uma bolsa de 50 tradutoras/es, o Serviço de Tradução Telefónica dirige-se a todas/os as/os interlocutoras/es portuguesas/es que precisam de comunicar com estrangeiras/os (tel. 808257257 ou 218106191) (ACIDI, 2011c).

O SEF tem também desenvolvido vários projetos no sentido de potenciar a integração da população imigrante. São disso exemplo: O Programa “SEF em Movimento” procura aproximar e facilitar o relacionamento do SEF com as/os cidadãs e cidadãos, proporcionando um conjunto de serviços da vertente documental a grupos vulneráveis de cidadãs/ãos com dificuldades de deslocação aos locais de atendimento do Serviço (e.g., doentes, idosos/as e crianças); o projeto “SEF vai à Escola”, onde em 2011 foram promovidas 118 ações de legalização/sensibilização, com a regularização de 184 jovens; a implementação do SISTEMA ISU – Interface SEF-Universidades que lançado pelo SEF em 2010, e que visa a certificação simplificada de cidadãs e cidadãos estrangeiras/os no acesso ao Ensino Superior, agilizando o processo de validação da situação documental das/os alunas/os nacionais de países terceiros que pretendam matricular-se numa instituição de ensino superior portuguesa ou que nela se encontrem a estudar, assim como o “Legispédia” que pretende disseminar informação sobre migrações (SEF, 2011).

As associações representativas das populações imigrantes também têm tido um papel importante na integração destas populações na sociedade recetora.

De facto, apesar das abordagens nacionais serem marcadas pelas especificidades inerentes ao próprio país, Portugal tem tentado harmonizar as suas políticas nacionais de imigração e integração com as diretivas comunitárias e tem procurado promover e facilitar a receção e integração das/os imigrantes. Esse esforço reflete-se no Índice das Políticas de Integração (MIPEX III)⁸ que colocou Portugal em segundo lugar, logo a seguir à Suécia.

Contudo, e apesar dos avanços, no que concerne às atitudes públicas e comportamentos discriminatórios da população portuguesa face aos/às imigrantes e minorias étnicas, verifica-se que segundo o relatório da Agência Europeia dos Direitos Fundamentais (FRA) divulgado em 2005, Portugal é o 4º país da União Europeia que mostra mais resistência à imigração (EUMC, 2005). Segundo alguns estudos realizados a nível nacional sobre racismo os resultados são contraditórios, uma vez que se a maioria reconhece a importância das/os imigrantes no país tanto a nível económico como a nível de realização de trabalhos duros, por outro lado uma maioria que considera que o número de imigrantes devia diminuir (Lages *et al.*, 2006). Ou seja, ainda que as/os imigrantes não sejam o único alvo de discriminação, continuam a ser alvo de estereótipos, veiculados sobretudo por parte da comunicação social que leva a opinião pública a reforçar sentimentos de rejeição e xenofobia (Rosário *et al.*, 2011) que têm de ser contrariados e corrigidos.

Deste modo, verifica-se uma real e notória necessidade de desenvolvimento e consolidação das políticas de integração do Estado Português (Marques, *n.d.*), assente não só numa mudança de mentalidades do povo português que urge ser mais inclusivo e igualitário, como pela integração das questões do género nas suas políticas e análises.

Apesar do aumento da imigração feminina em Portugal, existe ainda uma limitada informação sobre as causas de migração, os processos e o impacto deste fenómeno em diferentes níveis (e.g., emprego, saúde, educação), sendo que esta situação reflete uma contínua invisibilidade destas questões ao nível das políticas de receção e integração desta população (UNFPA, 2006) uma vez que não se tem em consideração as suas necessidades específicas.

4.1 As políticas de saúde

Dirigindo o nosso olhar para as políticas de saúde verifica-se que a crescente mobili-

8 O MIPEX III avaliou vinte e sete Estados-membros da União Europeia (UE), a Noruega, a Suíça, o Canadá e os EUA através de 148 indicadores, divididos por sete áreas de políticas de integração. cf. http://www.mipex.eu/sites/default/files/downloads/migrant_integration_policy_index_mipexiii_2011.pdf

dade populacional e a diversidade de origens geográficas, sociais e étnicas propiciam o aparecimento e a difusão cada vez mais rápida de novas doenças, assim como a diferenciação de práticas e das condições de acesso aos cuidados de saúde (Fonseca & Silva, 2010). Daí que um dos maiores desafios colocados pelos fenómenos migratórios prende-se com a prestação, acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde propiciados a estas pessoas.

A relação entre migrações e saúde tem ao longo dos tempos vindo a ganhar relevo na agenda política internacional e nacional em diferentes domínios (Fonseca & Silva, 2010, p. 27): a) efeitos das migrações na saúde das/os migrantes, da população de origem e recetora; b) proteção e salvaguarda dos direitos das/os migrantes; c) impacto das migrações nos sistemas nacionais de saúde; d) consequências da mobilidade internacional das/os profissionais de saúde, nos países de origem e destino das/os migrantes.

Internacionalmente, o direito à saúde é reconhecido como um direito fundamental no Art.º 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Art.º 12 do Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais⁹.

Segundo a *World Health Organization* (WHO) todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um/a determinem a consecução desse objetivo (Pereira & Furtado, 2010). Neste contexto, é reconhecida a necessidade do fortalecimento do compromisso político internacional e europeu para que as políticas públicas sejam equitativas na construção e garantia dos direitos das/os cidadãos/ãs e contribuam positivamente para a promoção e proteção da saúde das populações imigrantes (Dias *et al.*, 2009; Fernandes & Miguel, 2009).

Tendo essa referência presente, a WHO (1978) através da declaração de Alma-Ata¹⁰ (1978) desafiou todos os governos a reduzir as desigualdades na saúde e a melhorar os cuidados primários. Nesse mesmo ano, a WHO adotou um conjunto de princípios que permitem nortear os cuidados de saúde – a chamada Carta de Lubliana ou Carta dos Direitos das/os Usuárias/os da Saúde, onde se propõe que os cuidados de saúde devem ser orientados por valores de dignidade humana, igualdade, solidariedade e ética profissional, direcionados para a proteção e para a promoção da saúde, centrados nas pessoas, na qualidade, financeiramente sustentáveis para permitir a

9 c.f. http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao_para_a_Defesa_a_Seguranca_e_a_Paz/documentos/pacto_internacional_sobre_direitos_economicos_sociais_culturais.pdf

10 c.f. <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

cobertura universal e o acesso equitativo, e direcionados para os cuidados primários (Starfield, 2002), no sentido de minorar ou, mesmo, abolir o escalonamento e as desigualdades e iniquidades existentes, que são consideradas uma ameaça aos valores sociais, económicos e aos objetivos da Europa (Prazeres *et al.*, 2007).

A Comunidade Europeia adotou estes princípios em 1996 salientando que cada Estado Membro deve providenciar cuidados de saúde de qualidade e adaptados às necessidades dos diferentes grupos da população, atendendo às condicionantes específicas de cada sistema nacional de saúde (EU Council, 2004), garantindo, deste modo, o respeito pelos Direitos Humanos, onde a saúde e a equidade são um dos pilares basilares.

A saúde das/os migrantes é, deste modo, tida pela UE como uma questão de extrema relevância tanto a nível económico como social. A UE tem noção que, por um lado, o número de imigrantes a nível global assim o justifica (Fernandes & Miguel, 2009), por outro, as baixas taxas de natalidade e a elevada esperança média de vida (75,5 anos para os homens e 81.7 anos para as mulheres, em 2009) levaram a que haja um envelhecimento na maioria dos países da Europa¹¹, que a população imigrante pode contrariar. Deste modo, considera-se que as/os imigrantes desempenham um papel crucial para o desenvolvimento sustentável dos países, tanto a nível económico como demográfico (Padilla & Miguel, 2009), tornando-se pertinente fazer com que os processos migratórios sejam os mais saudáveis e socialmente produtivos possíveis (Fernandes & Miguel, 2009). O campo da saúde assume, assim, um papel de destaque na integração plena das/os migrantes.

O tema da saúde, na agenda da União Europeia, está enquadrado no contexto do Programa de Ação Comunitária de Combate à Exclusão uma vez que existe uma notória ligação entre saúde, pobreza e exclusão social. Com base nas decisões do Conselho Europeu de Lisboa (março de 2000) para combater a exclusão social, o Conselho Europeu de Nice adotou objetivos comuns, um dos quais estipulava a necessidade de os Estados-membros aplicarem políticas com o intuito de garantir o acesso aos cuidados de saúde a todos as/os cidadãos/ãs de modo a lutar contra a exclusão social. Estes direitos estão definidos no art.º 35 da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia¹² onde todas/os têm direito a cuidados de saúde preventivos dentro das condições estabelecidas pelas leis e práticas nacionais. Estes direitos são monitorizados pelo Comité para a Proteção Social da Comissão Europeia. Este comité avalia e monitoriza dez indicadores básicos que medem a exclusão social, estando

11 c.f. www.eurekalert.org/pub_releases/2012-04/ind-le041812.php

12 c.f. http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf

dois deles diretamente relacionados com a saúde – a esperança de vida à nascença e o estado de saúde auto percebido (Prazeres *et al.*, 2007).

Todavia, apesar de muitos países apresentarem regulamentos que estabelecem o acesso aos cuidados de saúde das/os imigrantes persiste uma falha entre as políticas e a prática (Fonseca *et al.*, 2009). Na União Europeia reconhece-se um vasto leque de barreiras que dificultam a acessibilidade aos cuidados de saúde, afetando principalmente imigrantes e minorias étnicas que veem dificultando o processo de inclusão (European Council, 2004). Deste modo, o tema de saúde e imigração foi tido como eixo central da agência da presidência portuguesa da União em 2007. Entre as várias iniciativas neste domínio destaca-se a Conferência Europeia: “Saúde e Migrações na EU”¹³ realizada em 2007 que vem alertar para a clara necessidade de se estabelecer as pontes entre as políticas e práticas ressaltando que as/os imigrantes são um importante recurso para a Europa e a EU. O ter acesso a cuidados de saúde propicia o diálogo intercultural, torna mais exequível a sua integração e também potencia a sua contribuição para o desenvolvimento económico e demográfico dos países. Esta conferência alerta ainda para o facto de que as/os imigrantes serem, de um modo geral, expostas/os a riscos acrescidos para a saúde, semelhantes aos dos grupos mais desfavorecidos das nossas sociedades, o que pressupõe a implementação de ações e práticas que promovam e protejam a saúde. Chamam a atenção para que muitos dos problemas de saúde com que as/os migrantes se defrontam são produto de fatores sociais e ambientais, incluindo as condições de alojamento e trabalho, segurança pessoal, situação familiar, fraca integração, barreiras culturais e linguísticas, discriminação e estigmatização. As/os migrantes não constituem um grupo uniforme de pessoas o que implica ter em conta a diversidade no desenvolvimento de políticas. Desta forma, defendem que existe uma necessidade evidente de mais dados e conhecimento sobre a saúde dos/as migrantes na EU, defendendo que a saúde deve ser considerada uma componente-chave da integração e cooperação para o desenvolvimento com os países de origem. Esta conferência foi, sem dúvida, um contributo valioso na implementação para a Declaração sobre Imigração, Saúde e Direitos Humanos, adotada pelos ministros da saúde dos países membros do Conselho da Europa, durante a conferência realizada em Bratislava, em 22 e 23 de novembro de 2007.

Não obstante, o fato destes documentos não serem vinculativos leva a que os países europeus possuam diferentes políticas e práticas no que concerne aos cuidados de saúde dirigidos a populações migrantes e a que continue a existir uma falta de cor-

13 http://www.eurocid.pt/pls/wsd/wsdwcot0.detalhe?p_cot_id=2930

responsdência entre as competências políticas na área social em geral e nas políticas de saúde em particular (Gerlinger & Urban, 2007). Pillinger (2003) salienta no seu relatório sobre igualdade racial e serviços sociais e saúde que os países europeus diferem muito na forma como veem a disponibilização dos serviços como meio para atingir a igualdade no acesso aos mesmos.

Analisando a lei portuguesa, no que respeita aos direitos das/os imigrantes no domínio da saúde, esta pode ser considerada bastante positiva. A Constituição da República Portuguesa estabelece para todas/os as/os cidadãos/ãs o direito à saúde e à proteção da saúde (artigo 64.º) [Diário da República, I Série-A, n.º 155, Constituição da República Portuguesa, de 12 de agosto de 2005], ou seja, verifica-se que a assistência médica e os cuidados de saúde constituem um dos pilares do Estado Social (Silva, 2005).

Com a Lei de Bases da Saúde, aprovada em 1990, reconhece-se o direito dos indivíduos à prestação de cuidados globais de saúde, sendo este garantido através de um SNS universal, geral e, atendendo às condições económicas e sociais das/os cidadãos/ãs, tendencialmente gratuito (Diário da República, I Série, n.º 195, Lei n.º 48/90, de 24 de agosto). Atualmente, a lei de bases pela qual se rege o sistema de saúde, lei n.º 48/90 de 21 de agosto, no seu ponto IV, n.º 1 refere que “O sistema de saúde visa a efetivação do direito à proteção da saúde”.

Em 2001, foi dado um importante passo na promoção do acesso universal aos serviços de saúde das populações imigrantes em Portugal, com a publicação do Despacho n.º 25.360/2001 (Diário da República, II Série, n.º 286, de 12 de dezembro de 2001). Este documento determina as medidas de acesso de cidadãos/ãs de países estrangeiros aos serviços e estabelecimentos do SNS. A partir desse momento passa a ser garantido aos/às cidadãos/ãs estrangeiras/os o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do SNS, independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal (ACIDI, 2007). Para tal, necessitam de obter um cartão de utente do SNS junto do centro de saúde que serve a sua área de residência ou na Loja da/o Cidadã/o, onde devem apresentar um documento comprovativo do carácter legal da sua residência. As/os imigrantes irregulares têm acesso a um cartão temporário de utente que podem obter apresentando um comprovativo de residência passado pela Junta de Freguesia atestando a sua morada e certificando a sua residência há mais de 90 dias em Portugal.

As/os cidadãos/ãs estrangeiras/os menores de idade e não regularizadas/os estão abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 67/2004. Este criou um registo nacional de menores

estrangeiras/os que se encontrem em situação irregular no território nacional permitindo o acesso aos serviços do SNS com os mesmos direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional (Diário da República, I Série-A, n.º 72, de 25 de março de 2004).

O Decreto-Lei n.º 173/2003 introduziu o pagamento de taxas moderadoras a todas/os as/os cidadãos/ãs que efetuem descontos para a Segurança Social, estando isentas/os os seguintes indivíduos e/ou situações clínicas: doenças transmissíveis, tais como o HIV/SIDA ou a tuberculose, mulheres grávidas ou que se encontrem nos 60 dias após o parto, jovens em consulta no Centro de Atendimento a Adolescentes; crianças até aos doze anos, beneficiárias/os da segurança social e indivíduos desempregados inscritos num centro de emprego; mulheres em consulta de planeamento familiar; pessoas com subsídios atribuídos por razões de carência económica; e pessoas com doenças crónicas. Para aqueles/as que não efetuem descontos para a Segurança Social são cobradas as despesas efetuadas, de acordo com as tabelas em vigor, com exceção das situações para as quais os cuidados de saúde são gratuitos: situação de carência económica; quando alguém do agregado familiar efetua descontos; situação de perigo para a Saúde Pública; e no contexto de doenças transmissíveis, saúde materno-infantil, planeamento familiar e vacinação. As pessoas com estatuto de asilado/a e/ou refugiadas/os têm direito a receber assistência médica e quando recebem uma autorização de residência adquirem direitos idênticos aos/às cidadãos/ãs portugueses/as (Diário da República, I Série - A, n.º 176, de 1 de agosto de 2003).

Se lhes for negada assistência médica em algum estabelecimento público de saúde devem dirigir-se ao Gabinete da/o Utente do centro de saúde ou do hospital e devem reportar essa ocorrência ao ACIDI, na medida em que a recusa de tratamento médico é punível ao abrigo da lei portuguesa de antidiscriminação (Fonseca *et al.*, 2009).

A Circular Informativa n.º 12 de 7 de maio de 2009 esclarece dúvidas quanto ao enquadramento a ser dado e respetiva aplicação aos procedimentos em matéria de acesso das/os imigrantes aos cuidados de saúde.

Posteriormente foram aprovados acordos de Cooperação entre os Estados Membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) numa tentativa de combater o HIV/SIDA (Decreto de lei n.º 32/2003 de 30 de julho) que aprovaram o Acordo sobre Concessão de Visto Temporário para Tratamento Médico a Cidadãos/ãs da CPLP entre os Estados membros dos países da CPLP (Diário da República, I Série - A, n.º 174).

Verifica-se que no quadro da cooperação internacional de apoio ao desenvolvimento, o Estado Português tem vindo a empenhar-se em participar ativamente na melhoria das condições de saúde das populações dos países africanos que partilham a língua portuguesa. Neste sentido, as/os PALOP têm constituído espaços de intervenção prioritária da cooperação no domínio da Saúde. Por outro lado, em Portugal, a assistência médica a cidadãos/ãs oriundas/os dos PALOP é também um dos eixos estratégicos relevantes no reforço da cooperação internacional no que respeita à saúde.

Em dezembro de 2007, através de um protocolo de cooperação realizado entre o ACIDI e o Instituto da Segurança Social, foi criado um Programa de Apoio a Doentes Estrangeiras/os (PADE) com o objetivo de dar uma resposta de receção temporária e apoio financeiro a doentes estrangeiras/os com proveniência dos PALOP durante a sua estadia em Portugal para tratamento. Encontra-se igualmente em vigor o Acordo de Segurança Social entre a República Portuguesa e a República Federativa do Brasil, que assegura aos/às nacionais brasileiras/os que se encontrem em Portugal o direito a cuidados de saúde em condições de igualdade com as/os nacionais portuguesas/as, independentemente do vínculo ao regime de segurança social (Diário da República, I Série - A, n.º 198, Resolução da República n.º 54/94, de 27 de agosto).

A promoção do acesso aos serviços de saúde é contemplada no II Plano para a Integração dos Imigrantes (PII). Este Plano determina um conjunto de medidas específicas que procuram promover uma maior integração das/os imigrantes na área da saúde com a participação de treze ministérios (ACIDI, 2010). São elas:

- a) promover o acesso das/os imigrantes ao SNS através da implementação de estratégias que promovam a redução de desigualdades em saúde, nomeadamente através da adequação de recursos e desenvolvimento de medidas que permitam ou contribuam para dar resposta às necessidades das/os imigrantes, em consonância com as estratégias que serão fixadas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 e através da divulgação, junto das/os imigrantes, dos seus direitos e deveres no que respeita ao SNS;
- b) alargar a todas as Administrações Regionais de Saúde o Plano de Formação para a Interculturalidade que a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. implementou, em colaboração com o ACIDI, junto das/os profissionais de saúde que a integram, com particular incidência no setor administrativo;
- c) divulgar junto dos serviços de saúde que integram o SNS, o referencial internacional de Hospital Amiga/o da/o Migrante e as recomendações da Declaração

- de Amesterdão decorrentes desse projeto, de forma a melhorar os serviços e as culturas organizacionais face à/ao utente imigrante;
- d) capacitar as comunidades para o desenvolvimento de ambientes promotores de saúde, entendida este como um estado de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, através da ativação da rede de parceiros locais e do estabelecimento de novas parcerias envolvendo diferentes atores sociais, que vão desde as organizações do setor público e privado às organizações não-governamentais, passando pelas associações civis, religiosas, de ação social e outros setores da sociedade, sem esquecer que o mais importante fator crítico de sucesso é o envolvimento das/os cidadãs/ãos em todo o processo;
 - e) fomentar, ainda, junto das/os jovens imigrantes a promoção de estilos de vida saudáveis, num ambiente integrador e de integração no âmbito dos cuidados de saúde. A formação de parcerias estratégicas para a promoção da saúde assenta na convicção de que este tipo de colaboração em rede aumenta a capacidade, quer do sistema de saúde quer dos parceiros envolvidos, para atingir objetivos comuns;
 - f) institucionalizar procedimentos que assegurem uma gestão global do processo de assistência médica a doentes evacuados dos PALOP, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde celebrados entre Portugal e os PALOP;
 - g) promover através da Coordenação Nacional de Saúde Mental, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde Mental, um programa específico que agregue várias instituições, no sentido de promover espaços de partilha de informação e experiências, em contexto de formação ou abertos ao público para uma eficaz atuação nesta área que se reveste de uma grande complexidade, sendo particularmente importante a articulação com as entidades não-governamentais que têm vasta experiência nesta matéria (ACIDI, 2010).

Com o intuito de garantir o acesso das/os imigrantes a cuidados de saúde foi criado, em 2003, o Gabinete de Saúde do CNAI, resultado de uma parceria entre o ACIDI e o Ministério da Saúde. Não prestando diretamente cuidados de saúde, este Gabinete tem como principais objetivos: identificar os problemas das/os imigrantes no acesso ao SNS, informar sobre os seus direitos e deveres, desbloquear situações de acesso, em articulação com centros de saúde, hospitais e/ou instituições promotoras de saúde, e acompanhar e encaminhar utentes em situações de carência social e de cuidados de saúde. O Gabinete de Saúde, que outrora funcionava no CNAI do Porto e Lisboa e que agora só está a funcionar em Lisboa, é acessível a todas as populações imigrantes, independentemente da situação legal, e desenvolve as suas atividades com a colaboração de mediadores/as socioculturais, médicas/os e enfermeiras/os.

Simultaneamente, apesar dos importantes avanços legislativos que ocorreram em Portugal desde 2001, que garantiram o acesso das/os imigrantes ao SNS, e de algumas iniciativas desenvolvidas por organizações não-governamentais, entidades públicas e organizações da sociedade civil, a prioridade em promover saúde só se focaliza em tentar perceber o estado de saúde, caracterizar as tendências de saúde da população imigrante e os seus determinantes. Ou seja, não existe ainda uma estratégia ou programas multiculturais de cuidados de saúde específicos para as comunidades imigrantes (Fonseca & Silva, 2010). Continuam a existir problemas relacionados com barreiras estruturais/institucionais e com dificuldades que as/os próprias/os imigrantes enfrentam devido a constrangimentos de ordem não só pessoal (Fonseca *et al.*, 2009) como de ordem política.

De facto, passar dos pressupostos teóricos à prática é, muitas vezes, um caminho bastante insidioso.

CAPÍTULO III - INTERSECCIONALIDADE, MIGRAÇÕES E SAÚDE

1. A TEORIA DA INTERSECCIONALIDADE

A Teoria da Interseccionalidade foi introduzida nos anos 70 pelo movimento feminista negro e pelas lutas antirracistas (Nogueira, 2011). É bell hooks (1981/2000) que avança com este projeto do feminismo negro, considerando que o feminismo branco apresenta uma pretensão universalista, designadamente no que toca à universalidade da experiência feminina branca de classe média. Para a autora o feminismo até então analisava e tratava todas as mulheres como um grupo homogêneo (e.g., brancas, classe média, heterossexuais, cristã) e todos os negros como homens (Yuval- Davis, 2006), não permitindo compreender as formas como o género, classe, *raça* e religião se combinavam para determinar os percursos de vida de mulheres com diferentes categorias identitárias. Deste modo, o feminismo negro alerta que a cor, nível económico, orientação sexual, educação e habilidade física são elementos cruciais na construção de uma identidade de género e que os feminismos não podem continuar a ter uma visão essencialista e reducionista que conceptualiza o género como a única forma de subordinação das mulheres (La Barbera, 2012; Nogueira, 2011).

Embora a opressão sexista seja uma experiência comum a todas as mulheres, não se pode homogeneizar esta experiência. Deste modo, a Teoria da Interseccionalidade surge como uma crítica a uma noção essencialista de mulher que não tem em consideração a diversidade das mulheres. A teoria feminista passa, assim, a querer entender as imbricações das várias multitudes contidas nessas mulheres (Oliveira, 2010) reconhecendo-as como plurais (Bock, 1989) e que lhes vão potenciando situações de desigualdade social e discriminação (Neves, 2010a, 2010b, 2011; Nogueira, 2011).

A consciência mundial face a matriz de dominação, subordinação e desigualdade persistente entre homens e mulheres, bem como à análise dos privilégios existentes ao longo dessas mesmas categorias sociais surge como preocupação central na Primeira Conferência Mundial sobre as Mulheres, organizada em 1975, preocupações estas cimentadas 20 anos depois em Beijing com a realização da Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres. Nestas conferências afirma-se, pela primeira vez, a necessidade de analisar a desigualdade social e os processos de opressão/privilégio tendo em consideração não só o género mas outras pertenças identitárias que surgem indissociáveis, tais como: a idade, a nacionalidade, a posição socioeconómica, a orientação sexual, a pertença a um determinado grupo étnico ou racial, entre outras. Ou seja, surge a afirmação do pressuposto da interseccionalidade como obrigatório

na compreensão das situações de discriminação e desigualdade que afeta especialmente as mulheres (Branco, 2008; La Barbera, 2012; Nogueira, 2011).

É Kimberlé Crenshaw (1991), durante a década de 90, que cunha o termo Interseccionalidade. Este, designa a interação de várias categorias, social e culturalmente construídas, que ocorrem em múltiplos níveis e que levam a desigualdades sociais. Ou seja, é definida como uma área de investigação que estuda os significados e as consequências das múltiplas pertenças categoriais que são fonte de uma discriminação sistemática (Crenshaw, 1991).

Na sua obra *Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics* (1989) e *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity, Politics and Violence Against Women of Color* (1991), a autora salienta que as mulheres negras sofrem discriminação interseccional e realça a incapacidade da lei para tornar visíveis essas mesmas experiências e lhes colocar um fim. Esta autora vem, assim, referir que a experiência interseccional é maior que a soma do racismo e sexismo e qualquer análise que não tome a interseccionalidade em conta não consegue ter em consideração as formas particulares de subordinação/opressão de muitas mulheres (Nogueira, 2011).

Por conseguinte, a autora distingue dois tipos de interseccionalidade (1994), a estrutural e a política. A interseccionalidade estrutural ocorre quando as desigualdades e interseções são relevantes para as experiências das pessoas em sociedade, ou seja, o modo como a convergência dos sistemas de *raça*, género e classe social, propiciam discriminações diretas ou indiretas. Este tipo de interseccionalidade pode ajudar a explicar porque é que muitas vezes mulheres negras não são admitidas num trabalho, só pela sua cor. Por outro lado, o termo interseccionalidade política destaca os pontos de interseção de múltiplas opressões e o posicionamento relativo ao grupo das/os subordinadas/os que vão sendo usadas nas estratégias políticas. Ela referencia, por exemplo, a indisponibilidade de estatísticas sobre violência doméstica e intervenções policiais discriminadas no distrito de Los Angeles, que, dada a segregação racial na cidade poderiam fornecer informações sobre as detenções diferenciadas por *raça* (Crenshaw, 1991).

Kimberlé Crenshaw (1991) observou as dinâmicas da interseccionalidade estrutural sobretudo no trabalho que desenvolveu, em casas de acolhimento situadas em comunidades pobres de Los Angeles, com mulheres vítimas de violência na intimidade. Na maioria dos casos, a violência física que levou estas mulheres a procurar apoio nas referidas casas de acolhimento, era a manifestação mais imediata das

suas vivências de subordinação. Muitas destas mulheres estavam desempregadas ou tinham empregos precários e eram pobres. À experiência da violência perpetrada pelos companheiros somavam-se outras experiências de vulnerabilidade, de igual gravidade, contribuindo esta interação para uma situação de elevado risco social. Deste modo, a autora chama a atenção para que a opressão feminina, fruto da *raça*/etnia, religião, casta, nacionalidade e de outras categorias sociopolíticas, é agravada pela discriminação de género, estando por isso mais sujeitas a múltiplas formas de violação dos direitos humanos (Pittaway & Bartolomei, 2001).

Em 2002, Crenshaw fala-nos das mulheres *dalit*, espancadas em espaços públicos quando realizam suas responsabilidades femininas, como buscar água na fonte. Os abusos ocorrem em contextos em que a suposta condição de intocável as deixa vulneráveis à violência das castas mais altas. A violência exercida sobre elas não seria apenas discriminação de casta, mas interseccional. Segundo a autora, as mulheres estão situadas numa posição na qual as responsabilidades marcadas por género as posicionam de forma que elas absorvam as consequências da discriminação da casta na esfera pública.

Claro está que a discriminação interseccional, referenciada por Crenshaw e outras/os autoras/es aparece intimamente relacionada com conceitos já bastante estudados pela Psicologia Social: as relações intergrupais, representações sociais, identidade social, processos de categorização, estereótipos e preconceitos (Cabecinhas, 2002a; Lewin, 1948/1997; Moscovici, 1976; Tajfel, 1982, 1984).

De facto, estes sistemas de classificação a partir de “marcadores sociais da diferença” são construções sociais pré-existentes que se articulam de maneira a produzir maior ou menor inclusão/exclusão considerando o modo quanto se confrontam com as identidades sociais hegemónicas (Cabecinhas, 2002a; Mello & Gonçalves, 2010).

Deste modo, a discriminação interseccional é entendida como um comportamento negativo dirigido aos membros de um exo grupo ao qual se mantém preconceitos. Esta discriminação é muitas vezes tão subtil que é difícil de ser identificada. De facto, em contextos onde forças económicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, as mulheres são muitas vezes afetadas por outros sistemas de subordinação (Amâncio, 1994), mas que por parecer tão comum, a ponto de parecer um facto da vida, natural ou pelo menos imutável, esse pano de fundo (estrutural) é, muitas vezes, invisível. Isto leva a que somente o aspeto mais imediato da discriminação seja percebido, enquanto a estrutura, que coloca as mulheres na posição de receber tal subordinação, permanece obscurecida.

Ou seja, ao contrário dos modelos clássicos de compreensão dos fenómenos de opressão baseados no sexo/género, raça/etnicidade, classe, religião, nacionalidade, orientação sexual ou na deficiência, a Teoria da Interseccionalidade cria o visionamento de um sistema de opressão que reflete a interseção de múltiplas formas de discriminação (McCall, 2005; Nash, 2008; Nogueira & Oliveira, 2010).

Foram várias/os as/os autoras/es que se debruçam sobre as múltiplas discriminações que as mulheres sofrem.

Floya Anthias (1983/2000) analisa a tripla opressão que as mulheres negras dos Estados Unidos vivenciavam- discriminações por serem mulheres, negras e por serem trabalhadoras da classe baixa. Uns anos mais tarde, Patricia Collins (2003) analisa este triplo processo de segregação salientando que a exploração das mulheres afro-americanas é pautada por três tipos de dimensões: a) dimensão económica uma vez que o trabalho mal pago no pós-esclavagismo colocou-as maioritariamente numa situação em que a sobrevivência era a principal preocupação; b) dimensão política uma vez que viram recusado a atribuição de direitos sociais e civis tanto no plano dos direitos políticos, no trabalho como no acesso à educação, e c) dimensão ideológica uma vez que os estereótipos ditados por um sistema racista e sexista naturalizaram essa opressão no plano identitário.

Como Judith Butler admitiu, em 1990, o género interseta com outras categorias identitárias que são construídas discursivamente, tal como a *raça*, a classe e a sexualidade. Daí que seja impossível separar o género das interseções políticas e culturais no domínio das quais o género se produz e é mantido (Neves, 2010b).

Deste modo, esta nova conceptualização teórica, claramente informada pelas teorias feministas, veio informar a comunidade social, científica e política desta realidade e levou a que este conceito começasse a ser desenvolvido e repensado em diferentes contextos, disciplinas e metodologias (McCall, 2005).

Leslie McCall (2005) tem-se evidenciado como uma das principais defensoras desta teoria. Esta autora considera que a interseccionalidade constitui a maior contribuição teórica que os estudos das mulheres alguma vez fizeram e que a interseccionalidade constitui a ferramenta teórica fundamental para se alcançar a igualdade social e política, promovendo os sistemas democráticos das sociedades.

Todavia, a sua significação vai variando muito dentro dos feminismos. Por exemplo, Minnow (1997) define interseccionalidade como a forma que os indivíduos ocupam na estrada cruzada de múltiplos grupos. Patricia Hill Collins (2000) por sua vez, usa

o termo interseccionalidade quando se refere a formas específicas de opressão (e.g., *raça* e gênero). Esta autora interpreta esta interseção em dois níveis distintos: no micro nível procura perceber qual a posição social que cada indivíduo e grupo ocupam dentro de um sistema de opressão, no nível macro, que designou por *interlocking*, procura conhecer e compreender as conexões existentes entre sistemas de opressão como *raça*, classe social e gênero. Juntos, o nível micro (interseccional) e macro (*interlocking*), levam a opressões, funcionando como conceitos complementares (Dhamoon, 2010). MariaCaterina La Barbera (2012) fala-nos por outro lado de um feminismo multicêntrico que surge como um modelo conceptual que pretende compreender a diversidade e as diferentes localizações identitárias das mulheres dentro dos sistemas de subordinação nos quais elas vivem. Segundo a autora, a interseccionalidade que ela designa por “*intersectional-gender*”, bem como a localização, tipificada como “*within/out*” surgem como ferramentas analíticas utilizadas para compreender todas as formas de opressão e subordinação.

Apesar de ter as suas origens no feminismo negro, o conceito de interseccionalidade tem vindo a ser trabalhado não só à luz do feminismo negro, como também pelas teorias feministas pós-modernas, teorias pós-colonialistas e teoria *queer* (Lykke, 2003 *as cited in* Søndergaard, 2005).

Alguns e algumas autores/as ambicionam com o conceito da interseccionalidade chegar a novas versões híbridas e discursos mútuos que resultam destes movimentos de interseção (Søndergaard, 2005). Outras/os consideram que a sua aplicabilidade é cada vez maior já que permite teorizar as experiências vivenciadas por todas as mulheres, ou mesmo para todas as pessoas (mulheres e homens, privilegiadas/os ou oprimidas/os) em diferentes dimensões fazendo parte de uma teoria de identidade (Nogueira, 2011).

Joan Scott (1996) defende que apesar da noção de gênero dever marcar uma série de inter-relações entre eixos de opressão: classe, etnia, estilo de vida e idade deverá surgir como categoria de análise central, pois se por um lado o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças visíveis de sexo é, também, uma forma primária de nos referirmos às relações de poder. As identidades subjetivas enquanto sistemas significantes, são processos de diferenciação e distinção daí que seja imprescindível conceber a realidade social em termos de gênero. Os feminismos têm de lidar não só com o sujeito individual, mas com as organizações sociais e saber articular a natureza do seu relacionamento, já que ambos são indispensáveis para entender de que forma o gênero funciona e como se opera a mudança (Scott, 1996). Deste modo, as novas teóricas do Feminismo trabalham

com a multiplicidade de variáveis que definem a subjetividade feminina e que vão sendo sucessivamente redefinidas a partir de um entrecruzar de várias constelações de poder (Braidotti, 1994). As/os feministas pós-estruturalistas ou pós-modernas/os vão mesmo mais longe opondo-se ao reconhecimento de um pensamento abstrato e universal enfatizando a necessidade de estudar as relações, a comunidade e o conhecimento tácito (Lorente, 2005). Pretendem desconstruir discursos com o intuito de distanciar crenças relativas à verdade, ao conhecimento, ao poder, ao *self* e à linguagem que era utilizada e que legitimava a cultura ocidental (Flax, 1990). Assiste-se ao desenvolvimento dos estudos das estruturas da família, trabalho e das classes (Haraway, 1988) relacionando-se o saber - visão particular do senso comum acerca do mundo num dado momento - ao poder (Foucault, 1997), que emerge como efeito dos discursos e que vai condicionando a vida das mulheres (Lorente, 2005).

Para Foucault (1997), o poder moderno está intimamente ligado com o poder e conhecimento das ciências humanas e sociais. O poder é concebido pelo autor como uma relação que como tal pode sofrer mudanças, marcadas por momentos de resistência e conflito mas que leva sempre à produção de sujeitos.

O intuito da teoria pós-moderna feminista é pressupor múltiplas categorias (e.g., etnicidade, classe social, nacionalidade, deficiência, idade, orientação sexual), localizadas (Collins, 1998), imbuídas de temporalidade, não universalistas, retratadas por Donna Haraway (1988) como um *cyborg*, pois tal como as subjetividades femininas, o *cyborg* é algo híbrido, sem um *self* autêntico, parcial, mutável e íntimo (as cited in Nogueira, 2001e) que estão imbuídas em redes e matrizes de relações sociais.

A interseccionalidade surge, assim como uma ferramenta teórica e metodológica que possibilita a compreensão dos efeitos, simultâneos e múltiplos, de diferentes categorias identitárias no género (La Barbera, 2012; Mahalingam, Balan & Haritatos, 2008), compreendidos e localizados em dinâmicas sociais, políticas, económicas, culturais e simbólicas que intersecciona cada contexto de vida.

Crenshaw (2002) propõe uma matriz de análise estrutural e dinâmica das relações sociais e das múltiplas formas de discriminação. Esta não se limitava a considerar a multiplicação das categorias identitárias mas a ver qual a sua interseção. Na verdade, os sistemas de opressão sobrepõem-se e cruzam-se, criando interseções complexas nas quais dois, três ou quatro eixos se tocam (Crenshaw, 2002). Para explicar isso, a autora usa a metáfora de estradas e trânsito. As estradas são os eixos de poder/subordinação (como o patriarcado, hierarquia racial e de classe) que estruturam as posições relativas de mulheres, *raças*, etnias e classes no mundo social sendo que

o trânsito destas estradas é feito de atos específicos e políticas que criam aspetos dinâmicos de impotência. As mulheres marginalizadas estão localizadas nesta encruzilhada, onde dois ou mais eixos se cruzam (Riley, 2004). A interação entre diferentes aspetos da identidade podem levar ao desempoderamento e ao silenciamento destas mulheres podendo estas ser afetadas por privilégios sociais, interesses nacionais e étnicos que se sobre posicionam às suas necessidades pessoais (Riley, 2004).

Assim sendo, a Teoria da Interseccionalidade foca a sua análise em quatro aspetos da vida político-social: nas identidades de indivíduos ou grupos que são considerados diferentes (e.g., mulheres muçulmanas, homens negros), nas categorias de diferenciação (e.g., género, etnia), no processo de diferenciação (e.g., “genderização”, racionalização) e nos sistemas de dominação (e.g., racismo, sexismo, patriarcado). Dhamoon (2010) ressalva que estes aspetos de análise aparecem algumas vezes distintamente mas noutras situações emergem como uma combinação complexa.

As mulheres e outros grupos marcados por múltiplas opressões, posicionados nessas intersecções em virtude das suas identidades específicas, devem negociar o tráfego que flui através dos cruzamentos. Esta tarefa pode ser bastante perigosa quando o fluxo vem simultaneamente de várias direções. Desta forma, os efeitos interseccionais são qualitativamente diferentes dos efeitos independentes e aditivos levando a que o paradigma da interseccionalidade envolva multiplicação e não uma simples e rápida soma de categorias identitárias (e.g., mulher x branca x homossexual) (Dhamoon, 2010). O que, segundo Piscitelli (2008), permite transpor a ideia de uma superposição de opressões.

A Teoria da Interseccionalidade tem como principais diretrizes (Weber & Parra-Medina, 2003): a) examinar como é que as diversas categorias identitárias interagem a múltiplos níveis para se manifestarem em termos de desigualdade social. Os modelos clássicos de compreensão dos fenómenos de opressão, como os baseados no sexo/género, na *raça*/etnicidade, na classe, na religião, na nacionalidade, na orientação sexual ou na deficiência não agem de forma independente uns dos outros, inter-relacionando-se e criando um sistema que reflete a interseção de múltiplas formas de discriminação (Nogueira, 2011); b) explorar os sistemas de poder que operam num nível macrossocial e micro interpessoal analisando as relações sociais de controlo e poder; c) centrar a sua análise em perspetivas e experiências de grupos oprimidos; d) alcançar igualdade social; e e) ser interdisciplinar.

Sempre alicerçando o seu objetivo na luta pela justiça social (Symington, 2004). Esta contribuição dos feminismos pós-modernos permite, assim fugir à generalização

abusiva do determinismo biológico, do essencialismo e dos estereótipos (Nogueira, 2011) possibilitando desconstruir noções essencialistas de identidade, descentrar discursos dominantes e produzir um conhecimento situado, crítico e reflexivo (La Barbera, 2012).

Kerr (2002) argumenta que a análise interseccional pode potenciar novas abordagens no que concerne à ideologia dos direitos humanos, pois dá-nos a conhecer as tensões que ocorrem entre o respeito à diversidade e o reconhecimento da universalidade (mulheres) nos direitos humanos.

Esta teoria e os seus princípios orientadores começaram a entrar na consciência internacional face aos diferentes rostos que a discriminação pode apresentar. Esta consciência começou a despontar na Primeira Conferência Mundial sobre as Mulheres, organizada em 1975, cimentando-se verdadeiramente 20 anos depois em Beijing, com a realização da Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres (Pittaway & Bartolomei, 2001). As recomendações produzidas no âmbito deste último evento incitaram a indispensabilidade de se reconhecer a importância da idade, da deficiência, da posição socioeconómica e da pertença a um determinado grupo étnico ou racial na análise da discriminação de género (Neves, 2010b).

As Nações Unidas reconhecem a interseccionalidade como o modo de analisar a maneira pela qual o género, o racismo, o patriarcado, a classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades que estruturam as posições relativas das mulheres (CEPAL, 2002).

Tem surgido novas agências/encontros que visam discutir estas dimensões. É exemplo da Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Outras formas de Intolerância (WCAR) que decorreu em Durban, na África do Sul em 2001, a Divisão das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento das Mulheres, em colaboração com o Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos e a *United Nations Development Fund for Women* (UNIFEM) (Riley, 2004).

Alguns/mas investigadores/as examinaram como a interseccionalidade pode ser útil em teorizar a relação entre género, etnia e classe social, sem as armadilhas que Martinez (1993) designa de *Oppression Olympics*, onde marginalidade social e a opressão são vistas através da hierarquia percebida entre as categorias sociais (Hancock, 2007; McCall, 2005).

Existem três princípios que a Teoria da Interseccionalidade perspetiva (Mahalingam *et al.*, 2008): a) nenhum grupo social é homogéneo; b) as pessoas devem estar loca-

lizadas em termos de estruturas sociais que capturam relações de poder implícitas por essas mesmas estruturas; c) são únicos, não há efeitos aditivos em identificar alguém com mais de um grupo social.

Crenshaw (1991) alega que as intersecções de diversas identidades sociais afetam profundamente as vidas daqueles/as que encarnam as categorias atribuídas. A interseccionalidade enfatiza, por isso, a multidimensionalidade das experiências vividas dos sujeitos marginalizados, salientando que propostas de análise da identidade como camadas removíveis e separadas, redundam em generalizações abusivas.

Verifica-se que as grandes forças desta abordagem é o claro evitamento de assunções de identidades fixas e homogêneas (Ludvig, 2006). Ou seja, num prisma tradicional a Teoria da Interseccionalidade evita essencialismos tendo em conta inúmeras categorias identitárias. Visto por outro lado, impede-nos de fixar o nosso pensamento no género permitindo-nos focar a nossa atenção nas opressões e privilégios que ocorrem em diferentes contextos (Samuels & Ross-Sheriff, 2008).

A interseccionalidade reflete a realidade da vida das pessoas pois embora as identidades sejam fluídas e mutáveis, são experienciadas e vividas como estáveis, dando ao *self* um sentido de continuidade ao longo do tempo e do espaço (Shields, 2008). As/os investigadoras/es feministas e os estudos feministas pretendem perceber a localização social de cada indivíduo como reflexo da interseccionalidade das suas características identitárias e das suas identidades sociais (Shields, 2008), sendo esta como um ponto de partida crucial para uma mudança social igualitária.

Este paradigma pode ser aplicado ao estudo de diferentes grupos sociais, relações sociais e em diferentes contextos uma vez que é uma teoria aplicada em várias relações de marginalização e privilégio. Deste modo, esta teoria deveria ser integrada como *mainstreaming* nas ciências sociais pois é uma teoria que analisa as posições sociais como relacionais e torna visíveis múltiplos posicionamentos subjetivos e as relações de poder que estão diretamente relacionados (Dhamoon, 2010).

2. INTERSECCIONALIDADE E IMIGRAÇÃO FEMININA

Se durante anos foi recorrente, na literatura, a comparação das diferenças existentes entre homens e mulheres migrantes, a homogeneização das experiências das mulheres, assim como as experiências dos homens, não se assumindo que

existem diferentes grupos de mulheres e de homens e que as especificidades desses grupos desiguais ocasionam diferentes experiências de subordinação (Crenshaw, 2002). De facto, “ a coisificação do/a migrante permite a exploração radical a que estão sujeitos tanto no país de origem, antes do ato de emigrar, e no país de receção, após a entrada na nova sociedade” (Machado, 2005, p. 5) demonstrando 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).

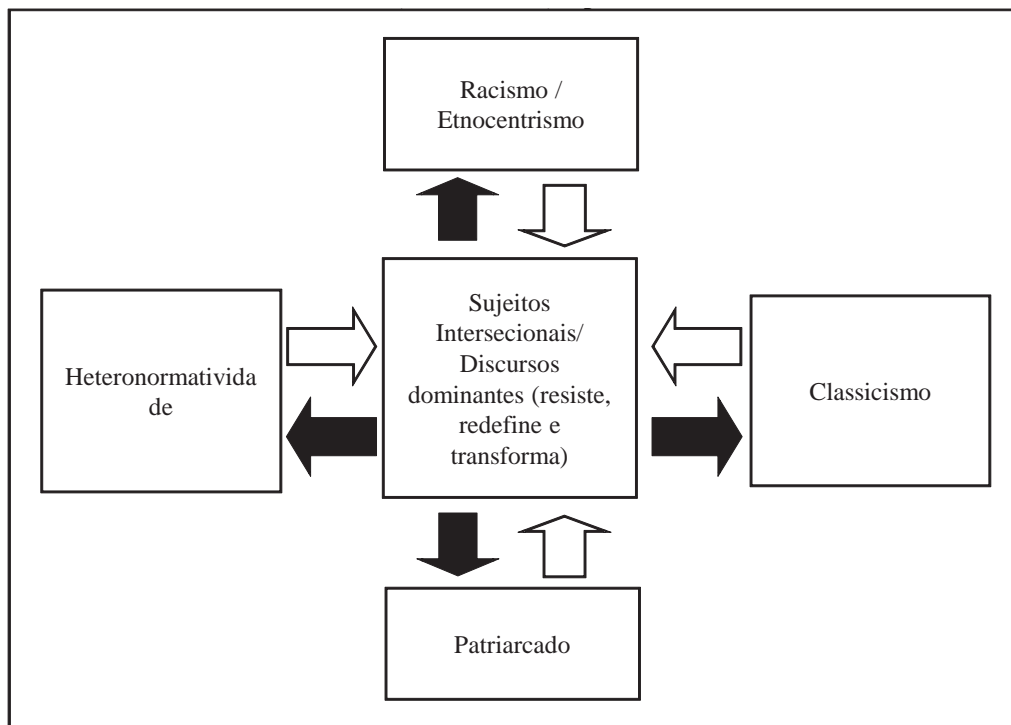
A Teoria da Interseccionalidade não fica indiferente às questões de imigração em geral e da imigração feminina em particular. Diversas/as teóricas/os começam a analisar as trajetórias das mulheres imigrantes tendo em conta diferentes categorias: género, classe, idade, orientação sexual, pertença étnica, o modo como estas mulheres vivenciam a sua posição no mercado de trabalho, na esfera doméstica, o seu grau de autonomia e de participação social (Albuquerque, 2005), assim como passam a questionar toda a rede de poder-saber enquanto produtor ativo da subjetividade (Crespo, Monteiro-Ferreira, Couto, Cruz, & Joaquim, 2008) permitindo dotar de sentido a perceção que se tem destas mulheres e das suas ações (Piscitelli, 2008).

Morokvasic (1993), uma das primeiras autoras a debruçar-se sobre a imigração feminina, defende que a posição das mulheres imigrantes ou de minorias nas sociedades industriais desenvolvidas é determinada pela articulação de diferentes relações de poder que ocorrem não só pelo género, mas também por classe, etnicidade e idade (*as cited in* Albuquerque, 2005). Efetivamente, Oso e Catarino (1997) verificaram que as relações entre mulheres de classes sociais diferentes são relegadas por questões de poder, por lógicas simbólicas de dominação. São estas desigualdades e uma estrutura social assente ainda em relações patriarcais que leva e preconiza a discriminação étnica e classista. Ou seja, o risco social acentua-se quando a estas experiências ainda se adicionam pertenças identitárias específicas.

A Teoria da Interseccionalidade pretende assim, examinar como as várias categorias (social e culturalmente construídas) interagem a múltiplos níveis para se manifestarem em termos de desigualdade social (Nogueira & Oliveira, 2010) trazendo novas perspetivas na área legal e policial relativas aos direitos humanos, família e imigração (Carbado & Gulati, 2001).

Na Figura 2 é visível o modo como estas estruturas se inter-relacionam levando à edificação de sujeitos.

Figura 2 - Modelo conceptual de Estruturas de Poder: heterossexismo, patriarcado, supermacia racial, consumismo, capitalismo



Adaptado de P. Cabrera, 2010, *Intersecting Inequalities: A Review of Feminist Theories and Debates on Violence against Women and Poverty in Latin America*. London: Central America Women's Network, p. 46.

Ao assumir que a *raça*/etnicidade, a classe e o gênero são processos culturalmente definidos, a Teoria da Interseccionalidade reconhece que as posições sociais ocupadas por cada pessoa influem na decisão de permanecer ou não no país de origem, na decisão de migrar ou não migrar. A observação das interinfluências a que as migrantes estão sujeitas não só permite compreender como as estruturas sociais condicionam as decisões migratórias, mas também como é produzida a *praxis* dessas decisões (Collins, 2003).

Torna-se claro que é necessário ter em consideração as diferentes localizações dessas mulheres. As políticas da localização, introduzidas nos anos 80 por Adrienne Rich vêm reconhecer a necessidade de olhar para corporalidades específicas. Tidas por Rosi Braidotti (2003), como um dos fundamentos epistemológicos mais importantes do pensamento feminista contemporâneo estas informam quando, onde, e sob que condições as mulheres lutam contra algum tipo de discriminação específica nos diferentes contextos onde se movem (La Barbera, 2012). Deste modo, as políticas

de localização almejam utilizar as diferenças socioculturais como fontes para interpretar e representar os mecanismos de interação e subordinação social estabelecendo-se como extremamente frutíferas para abordar a complexa subjetividade das mulheres migrantes nos países ocidentais (La Barbera, 2012).

Patricia Hill Collins (1998) introduziu o conceito de “*outsider-within location*” de modo a descrever as condições marginais de mulheres negras que viviam sob múltiplos sistemas de subordinação (as cited in La Barbera, 2012). As novas localizações psico-sócio-políticas de mulheres imigrantes nem são *insider’s* nem *outsider’s*, são aquilo que Donna Haraway (1988) designava por *cyborg*, são híbridas, compostas por múltiplas pertenças.

A Teoria da Interseccionalidade foca-se assim na indivisibilidade e multiplicidade de cada lugar (La Barbera, 2010, 2012). Claro está que para apreender a associação de múltiplas localizações, diferenças e desigualdades necessita-se de dispor de ferramentas analíticas específicas “não se trata apenas de observar a diferença sexual, nem a relação entre género e etnia/raça ou género e sexualidade, mas da diferença, em sentido amplo para dar cabida às interações entre possíveis diferenças presentes em contextos específicos” (Piscitelli, 2008, p. 266).

Leituras insuficientes e inquinadas de um fenómeno que é, na sua natureza, multi-determinado, estreitam a visão compreensiva que é necessária desenvolver sobre as mais diversas formas de injustiça social (Nogueira, 2011) daí que a Teoria da Interseccionalidade se configure como abordagem de excelência, que ao ser multi sistémica permite a compreensão do privilégio e da opressão a níveis macroestruturais e ao mesmo tempo tentar compreender como é que estas identidades sociais se reificam ou transcendem a níveis micro interpessoais (Hankivsky *et al.*, 2010). Deste modo esta teoria, possibilita compreender como é que as mulheres migrantes são afetadas pelas suas múltiplas pertenças identitárias, oferecendo assim à investigação sobre migrações femininas um novo referencial de análise, cada vez mais utilizado.

Zhou (2000) realizou um estudo em que fazia uma análise interseccional entre imigrantes chinesas que viviam em Nova Iorque fazendo uma comparação entre mulheres de classe média e de classe baixa. Este autor concluiu que com a migração, as relações de género readaptaram-se tendo em conta as localizações de classe social. Enquanto as mulheres imigrantes de classe média viam a sua capacidade de tomar decisões financeiras muito diminuída, as mulheres que tinham uma proveniência de classe baixa conseguiam uma emancipação uma vez que contribuíam com dinheiro para a economia doméstica ganhando mais poder nas decisões familiares.

Adriana Piscitelli, em 2008 analisou a posição das mulheres imigrantes brasileiras à luz desta teoria. Segundo a autora, estas mulheres são afetadas pela imbricação de noções de sexualidade, gênero, *raça*, etnicidade e nacionalidade. Existe uma ideia preconcebida de que estas mulheres são portadoras de uma disposição naturalmente intensa para fazer sexo e uma propensão à prostituição, combinadas com noções ambíguas sobre seus estilos de feminilidade, tidos como submissos. A autora salienta que essas conceptualizações variam consoante os contextos migratórios, no entanto, no fluxo para países ricos da América do Norte e Europa, a tradução cultural da posição subalterna ocupada pelo Brasil nas relações transnacionais é um dos aspetos principais que afeta as experiências dessas mulheres.

A interseção entre nacionalidade, gênero e sexualidade e o particular estilo de racismo permeado por essas diferenças incide num racismo etnicizado, distante da intensidade daquele que atinge, entre as latino-americanas e as mulheres tidas como negras. Claro está que estas noções são mais atenuadas entre mulheres brasileiras com um maior *status* social no país recetor. Não obstante, apesar de serem afetadas por estes estereótipos, as mulheres imigrantes lidam com isso de diferente forma. Há movimentos de resistência e rejeição. Porém, situacionalmente, também assumem posições de cumplicidade, num jogo que reforça certos estereótipos ao passo que debilita outros de modo a conseguirem negociar os seus posicionamentos nos contextos migratórios (Piscitelli, 2008).

No mercado de trabalho, por exemplo as conexões da feminilidade brasileira com a ideia de serem amigáveis, de terem um compromisso com a domesticidade, de serem muito limpas e de terem uma natural propensão para o cuidado e também para a sensualidade, tornam-se parte das discriminações com que estas mulheres lidam diariamente (Piscitelli, 2005).

A interseccionalidade é, assim, uma abordagem para o entendimento das diferenças entre mulheres e homens e as formas que essas diferenças interagem para agravar a marginalização (Riley, 2004), trazendo novos *insights* para a influência das categorias grupais no estudo da diferença e da diversidade (Mahalingam *et al.*, 2008), assegurando que determinados grupos de pessoas não sejam excluídos das práticas sociais nem da conceção e implementação de políticas (Riley, 2004; Topa *et al.*, 2010).

Torna-se assim necessário estar atentas/os e teorizar privilégios e opressões, não como estatutos fixos mas como estatutos fluidos e dinâmicos, permeáveis a opressões, privilégios e contextos que nos deem uma lente explicativa e compreensiva dos

fenómenos das identidades e das vivências dos privilégios e das opressões (Neves, 2010a; Nogueira, 2011; Nogueira & Oliveira, 2010). Sem dúvida que estas categorias identitárias necessitam de ser contextualizadas. As opressões, sentidas neste mundo do ser mulher variam de local para local, de contexto para contexto (Oliveira & Amâncio, 2006; Samuels & Ross-Sheriff, 2008), podendo o que é visto como opressão num determinado contexto ser visto como privilégio noutro.

Portugal não tem ficado indiferente às questões da interseccionalidade e da discriminação interseccional. No relatório *Quality in Gender+ Equality Policies*, onde são analisadas o impacto da interseccionalidade na implementação de políticas vemos que se inicialmente Portugal conceptualizava as desigualdades e iniquidades como se entidades separadas se tratassem, com as recentes alterações expressas por exemplo pela implementação de planos nacionais de género, de migrações e de tráfico de seres humanos, uma nova abordagem interseccional tem surgido nas políticas (Alonso & Fernandes, 2008). Não só porque conceptualizam diferentes áreas implicadas na sua implementação, como pela emergência de novos objetivos políticos.

O IV Plano Nacional de Ação para a Inclusão Social (2008-2010) e o Plano Nacional de Ação estabelecido no Ano Europeu de Igualdade de Oportunidades (2007) são exemplo disso mesmo. Estes planos incluem uma estratégia interseccional que têm em consideração outras categorias identitárias que vão para além do género e que envolve, não só departamentos governamentais, instituições assim como a sociedade civil (Alonso & Fernandes, 2008).

Deste modo, as políticas portuguesas estão cada vez mais a ficar atentas a outras desigualdades assentes noutro tipo de categorias identitárias. Contudo, esta visão começa apenas agora a dar os primeiros passos verificando-se que interseccionalidade não se encontra dissipada e interiorizada pelas diferentes áreas (e.g., saúde, emprego, educação). Cardoso (2000) refere que apesar das autoridades desenvolverem um discurso intercultural, as políticas públicas ainda não são interseccionais. Este autor sublinha que um dos maiores exemplos é a questão do género e da etnicidade no caso das mulheres ciganas. O ser mulher e cigana vai levando a que por práticas culturais os níveis educacionais e a participação política seja muito baixa. Cardoso (2000) realça que este tipo de desigualdade e iniquidade implica políticas claramente interseccionais onde o género e a etnia são tidos em conjunto.

Portugal, não pode continuar indiferentes às múltiplas formas de discriminação. Como país recetor vê-se, assim, obrigado 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 (CEPAL, 2002; Miranda, 2009) assim como todas as outras categorias identitárias (Topa *et al.*, 2010). Muito ainda há a fazer.

3. INTERSECCIONALIDADE E SAÚDE MATERNA DE MULHERES IMIGRANTES

As várias categorias identitárias têm muito a oferecer a uma conceção de saúde e de imigração que se pretenda próxima da diversidade e atenta à complexidade humana (FRA, 2013).

Historicamente, as análises tradicionais de saúde procuravam estudar apenas uma categoria identitária, presumindo que os conceitos e métodos podiam ser universalmente aplicáveis (Mens-Verhulst & Radtke, 2006). Ou seja, as diferenças entre as mulheres e os homens eram consideradas naturais, próprias da biofisiologia específica de cada sexo (Silva, 1999). Tal como referem Rusek e colaboradoras/es (1997, p. 12), “dominant biomedical conceptualizations of health, with their narrow disease focus, inadequately represent health because they leave out, or only nominally consider, the social forces and contexts that shape women’s health and women’s lives.”

A análise e o estudo das implicações do género, categoria social imposta a um corpo em função do seu sexo (Crespo *et al.*, 2008) não era, deste modo, conceptualizada o que propiciava um enviesamento dos dados levando a uma invisibilidade dos problemas e necessidades das mulheres no contexto da saúde. Como refere Simone Beauvoir não se nasce mulher, tornamo-nos mulheres (1949/2009), ou seja, não existe coincidência entre a identidade natural (sexo) e de género (construção social), sendo que o mesmo acontece relativamente às noções de raça, classe, idade e etnicidade (Butler, 1993).

Não se reconhecia que a identidade de género, tida como uma referência a todas as características psicológicas, sociais e culturais que são fortemente associadas com as categorias biológicas de ser homem e de ser mulher (Deaux, 1985), não é imutável nem estática, vai variando consoante o país, o grupo étnico ao qual se pertence, do momento histórico em que se nasce, das ideias políticas e religiosas (Garaizabal, 2000) o que tem implicações no estado de saúde dos indivíduos.

Todavia, ao longo do tempo foi-se apercebendo que estas abordagens não representavam a complexidade da vida social (Wilkinson, 2003a) mas favoreciam sim a criação de grandes enviesamentos com grandes implicações no setor da saúde.

O determinismo biológico profundamente enraizado como causa explicativa da diferenciação sexual veio por isso a ser colocado em causa e desta crítica surge nos anos

70 o conceito de género na Sociologia que tem sido adotado em todas as áreas do conhecimento. Os estudos de género iniciaram-se essencialmente com estudos sobre e com mulheres, devido ao envolvimento de académicas feministas. No entanto, por pressão de movimentos sociais como os das minorias étnicas e do movimento *gay* o conceito de género foi alargado e não pode, nos dias que correm, deixar de se conceber como um conceito que implica relações sociais de poder que se alarga para lá do campo individual até às organizações e às estruturas sociais. Como resultado deste alargamento e da chamada de atenção de outros grupos não se pode hoje estudar o género sem se ter em atenção as múltiplas pertenças das pessoas (Nogueira, Saavedra & Costa, 2008) pois todas elas vão conjuntamente influenciar o comportamento, os pensamentos e os sentimentos dos indivíduos, afetam as interações sociais, ajudam a determinar a estrutura das instituições sociais (Crawford & Popp, 2003) e têm influência nas instituições sociais e sua organização, tais como o trabalho, a reprodução, a saúde em geral, os cuidados com as crianças, a educação e a família.

No coração do movimento feminista a nível de saúde havia preocupações das implicações da pobreza na produção e aplicação do conhecimento científico. Emergiam tensões crescentes, articuladas por pessoas com deficiência, negras/os, mulheres lésbicas e de classe trabalhadora, que o feminismo nem sempre teve em consideração nas suas abordagens (Doyal, 1995).

Daí que ativistas e feministas começaram a querer ter algum controlo sob a produção do conhecimento a nível da saúde com o objetivo de enaltecer as preocupações das mulheres neste domínio e nesse processo contribuir para a transformação das políticas e sistemas de saúde, dando voz a um grupo sistematicamente marginalizado pela sociedade (Hankivsky *et al.*, 2010). As/os investigadores/as feministas na área de saúde (2ª vaga) começaram, assim a prestar atenção às implicações do sexo e género na saúde de homens e mulheres (Weber & Parra-Medina, 2003). Deste modo, ao ressaltarem as desigualdades inerentes aos serviços médicos e sociais baseados nas necessidades masculinas, o movimento da saúde das mulheres tornou a investigação e exploração da saúde das mulheres possível e legítima (Benoit *et al.*, 2009). Ativistas e feministas, tentaram assim alterar as conceções androcêntricas a nível da medicina e a nível dos cuidados de saúde tentando juntar a investigação com a ação (Bourgeault, Benoit & Davis-Floyd, 2004, Devries *et al.* 2001).

Se até então, as explorações que se faziam acerca do estado de saúde das mulheres, baseavam-se muito nos estudos relativos dirigidos à reprodução, ao seu estado mental (Benoit *et al.*, 2009), às iniquidades face ao acesso a recursos de saúde, à segurança dos tratamentos, aos contraceptivos orais, bem como a adequação dos

procedimentos hospitalares durante o parto (Fish, 2009), a psicologia feminista da saúde das mulheres, por outro lado, surge não só preocupada com a prevalência da doença e/ou ausência de saúde, mas com o amplo contexto social, económico, cultural e político que afeta a saúde das mulheres e o seu bem-estar (Lee, Thompson & Amorim-Woods, 2009). Deste modo, surgem como questões de interesse feminista a violência doméstica, o casamento forçado e o trabalho assalariado refletindo e analisando as consequências que trazem a nível da saúde das mulheres (Fish, 2009).

O género passa assim a ser compreendido como sendo um conceito relacional, isto é, são as relações de género e as suas diferentes cambiantes em função dos contextos, ou de pertença a grupos distintos (e.g., étnicos, classe social) que estão em causa em termos de análise, assim como as diferenças entre as realidades e os interesses dentro dos coletivos masculinos e femininos, para o caso da categoria sexo/género em particular. É importante ter sempre presente que à parte das diferenças anatómicas, hormonais ou cromossómicas existentes entre mulheres e homens, as quais podem vir a implicar diferentes condições de saúde ou doença, homens e mulheres têm condições de vida muito diferentes (Castaño-López *et al.*, 2006). Ou seja, são as interseções das múltiplas pertenças (e.g., género/etnia/classe social/orientação sexual) das pessoas que condiciona o modo como muitas vivem, condiciona as suas necessidades, os seus recursos e as suas experiências (Nogueira *et al.*, 2008) e vão organizando e regulando as vidas das pessoas na sociedade contemporânea (Smith, 1999).

Por outro lado, um dos grandes problemas da pesquisa das diferenças sexuais é tratarem as mulheres como uma categoria global, isto é, frequentemente as/os pesquisadores/as das diferenças sexuais não consideram frequentemente a diversidade das mulheres (Crawford, 1995). A homogeneização tem ocultado profundas diferenças, porque as análises têm sido frequentemente orientadas para um determinado grupo de mulheres (brancas, ocidentais, de classe média, heterossexuais e não idosas). É, sem dúvida, um erro assumir que todas as mulheres têm necessariamente muito mais em comum umas com as outras do que com os homens, simplesmente porque são mulheres. A etnicidade, a classe social, a idade, a sexualidade são, igualmente, dimensões importantes e socialmente salientes (Hare-Mustin, 1990) que devem ser exploradas.

Obviamente deve-se à medicina um enorme e incontestável conhecimento sobre o corpo humano. Mas a medicina, que se desenvolveu de forma quase autista em relação às outras ciências humanas, sabe também, que outras dimensões existem, para além da bioquímica (Silva, 1999) que se forem ignoradas em nada contribuem para a equidade e igualdade das populações no domínio da saúde (Hankivsky & Cormier, 2009).

Segundo a comunicação de Pilar Sánchez (2012) no ciclo de conferências internacionais Género e Saúde, realizado no Porto, as/os clínicas/os devem ter em atenção que o sexo, o género, a nacionalidade, etnia, orientação sexual, religião, são categorias que tem de se ter em consideração em termos de saúde e de cuidados de saúde. A integração de resultados biológicos com sociais é essencial para ajudar a identificar onde intervir, para aumentar a saúde e os cuidados de saúde, eliminar as disparidades e reduzir os custos de cuidados médicos. O sexo e o género têm muito mais influência na doença e na saúde do que é frequentemente corrente as pessoas acreditarem.

O sexo tem claramente um papel importante na etiologia assim como no início e na progressão da doença mas é o género que influencia os riscos, o reconhecimento dos sintomas, a severidade da doença e o acesso e sujeição a tratamentos de qualidade e eficazes (Sánchez, 2012).

O género ao apresentar um carácter histórico, social e político (Nogueira, 2001d), que é facilmente interiorizado pelas pessoas torna-se um conceito “estável” ao entendimento acabando por funcionar como se fosse algo de “natural”. É, por isso, importante conhecer as definições socialmente “aceites” e normalizadoras de masculinidade e de feminilidade – os estereótipos de género (Nogueira & Saavedra, 2011), para se perceber como estes afetam a saúde de homens e de mulheres.

Frequentemente, os estereótipos de género relativamente às mulheres (consideradas como um grupo homogéneo e com características estáveis) traduz claramente o sexismo e a formação de preconceitos (Bourhis, Gagnon & Moise, 1994). Estes situam-se não só no domínio da apreciação cognitiva mas também a nível das reações afetivas, podendo ser agravado com a passagem ao ato. Nesse caso, estamos perante o flagelo da discriminação, que se traduz em comportamentos que prejudicam ou desfavorecem o indivíduo exclusivamente pela sua pertença a um grupo relativamente ao qual se nutrem sentimentos negativos (Cabecinhas, 2002b). Esta clara ausência de análise é também reconhecida nas estatísticas, onde as mulheres são ignoradas (Smith, 1975) e esquecidas.

Atualmente, tem-se assistido a uma crescente preocupação por Agências Governamentais/Institutos de Saúde/Direções Gerais de diferentes países no mundo, políticas/os, investigadores/as, assim como das/os próprias/os utentes para as questões das desigualdades na saúde (Kelly, 2009) colocando a saúde das mulheres como um objetivo prioritário.

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, *n.d.*), neste momento, são inúmeras as organizações que a nível mundial defendem a necessidade de analisar e compreender os fenómenos sob uma perspetiva de género: Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), Plataforma de Ação de Pequim ressaltados nos ODM.

A nível dos cuidados de saúde, os governos estão obrigados pela CEDAW e comprometidos pela Plataforma de Ação 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 beneficiadas/os. É importante implementar garantias de igualdade de género com vista a assegurar que as mulheres tenham poder suficiente para serem capazes de aproveitar os serviços disponíveis (UNIFEM, *n.d.*). 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; 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; um fortalecimento de programas preventivos que promovam a saúde das mulheres; realização de iniciativas sensíveis ao género que enfoquem doenças sexualmente transmitidas, HIV e questões de saúde sexual e reprodutiva; promoção de estudos e disseminação de informações, assim como aumentar os recursos e monitorar o seguimento na saúde das mulheres (UNIFEM, *n.d.*).

Os ODM são um novo veículo para a implementação da CEDAW e da Plataforma de Ação de Pequim uma vez que oferecem orientações detalhadas sobre toda a variedade de questões relevantes de igualdade de género, e podem ser utilizadas para ajustar as agendas dos ODM (UNIFEM, *n.d.*; CEDAW, 2008). Estes englobam entre outros, promover a igualdade de género, empoderar as mulheres e melhorar a saúde materna.

O Relatório da WHO (2009) considera ser necessário desenvolver uma agenda comum a nível internacional para a saúde das mulheres que passa 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; e (4) construir bases de conhecimento com monitorização dos progressos.

Portugal não foge a estas obrigações uma vez que ratificou a CEDAW (1980), e o seu Protocolo Opcional (2002), tendo ainda aprovado a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim resultantes da IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres (1995), o que tem despertado o poder político para um investimento nestas temáticas tendo de dar *feedback* do que realizam às respetivas convenções.

Verifica-se que o conhecimento relativo ao género poderá permitir uma maior reflexividade quanto às desigualdades neste domínio e atuar no sentido de as (des)naturalizar, ou seja, poderá permitir perceber como o que é considerado feminino ou masculino representa uma construção social (Nogueira, 2001a, 2001b) que tem na base uma ordem estabelecida que cumpre funções específicas, quase sempre de manutenção do status quo e da desigualdade (Oliveira & Amâncio, 2006), e mantém a crença nas diferenças como sendo naturais, logo imutáveis e de explicação biológica.

Willis e Yeoh (2000) defendem que ao excluir a dimensão de género da análise dos fluxos migratórios e das suas dinâmicas está-se a fomentar um estado de cegueira que tem como efeito a perpetuação de uma visão de neutralidade, que efetivamente não existe. De facto, quando se problematiza isto no caso da população imigrante feminina outras características identitárias emergem e com extrema importância com repercussões a nível dos cuidados de saúde e no estado de saúde no seu geral.

Se tal como vimos no capítulo anterior, a incompreensão continua a ser uma das facetas da abordagem da diferença (imigrantes) na sociedade recetora, 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). De facto, as/os imigrantes continuam a serem consideradas/os por alguns/mas uma ameaça à estabilidade e à segurança nacional desencadeando frequentemente reações de racismo e de xenofobia que subtil ou explicitamente vão minando a sua integração social (Cabecinhas, 2002b). Estes estereótipos, que parecem resistir a orientações políticas, a evidências provenientes quer de experiências pessoais quer de estudos de investigação (Morokvasic, 1984), têm de ser analisados de modo a se perceber como ganham força, para que servem, de forma a percebermos como devemos atuar para os desconstruir. Claro está que esta análise é necessária em todos os domínios da vida social e na saúde em particular, onde têm sido claramente aceites e raramente problematizados (Hankivsky & Cormier, 2009).

Segundo Fish (2009), é importante ter presente não só o género mas a diversidade dentro das categorias e a influência da pertença a outros grupos. Por exemplo, o estatuto socioeconómico interage com o sexo/género de forma a afetar ainda mais as mulheres e de maneiras ainda muito desconhecidas, o nível de rendimento das mulheres, o nível educacional e o estatuto socioprofissional também estão relacionados com o ter ou não seguro de saúde, com o acesso a serviços de cuidados médicos assim como ao facto de tomarem decisões mais informadas quanto aos cuidados de saúde (Topa *et al.*, 2010).

Um relatório recente *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality healthcare* (2013) alerta que embora alguns estudos terem vindo a mostrar que o nível da perceção de saúde, por cidadãos/ãos estrangeiros residentes na União Europeia ser tido, em média, como boa (76%) (as cited in FRA, 2013) é necessário ter um olhar crítico sobre estes dados. Segundo este relatório é necessário analisar a implicação que diferentes pertenças trazem em termos de desigualdades na saúde (FRA, 2013) de modo a fortalecer os direitos humanos neste domínio (McGibbon, 2010).

Dorothy Smith (1999) salienta que o estudo destas relações são bastante complexas na medida em que envolvem não só governos, leis, negócios, finanças, profissionais e instituições educacionais assim como discursos e textos que estão repletos das múltiplas redes de poder. Deste modo, uma análise deste tipo tem de ser diversificada uma vez que a classe ou o estatuto socioeconómico, a idade, a orientação sexual, a raça, a etnia, a localização geográfica, o nível de escolaridade, a habilidade física e mental podem distintamente afetar as necessidades de saúde, as preocupações e os interesses de um grupo específico. Isto informa-nos que quando se analisa em simultâneo as questões do género, imigração e saúde a situação problematiza-se muito mais.

A interseccionalidade surge, assim, como um novo paradigma que procura perceber e compreender as realidades e os efeitos das múltiplas intersecções identitárias a nível da saúde (Wilkinson, 2003b).

Esta teoria insurge-se como uma teoria crítica (Azevedo, 1995) uma vez que apresenta como pressupostos basilares (as cited in Nogueira, 2001a): **a)** Crítica radical às noções tradicionais de ciência e prática científica, essencialmente ao positivismo e às suas aplicações nas ciências sociais, nomeadamente a ideia de objetividade científica e de neutralidade. Um dos objetivos das teorias críticas é tentar demonstrar que aquilo que surge como natural e eterno são apenas meras produções sociais. Criticam também a não reflexividade característica da ciência tradicional. A promes-

sa de uma abordagem crítica, em qualquer disciplina científica será sempre baseada na reflexividade e no constante auto questionamento, contrário à visão analista essencialista do positivismo; **b)** Crítica às instituições sociais existentes, propondo linhas de ação para a libertação social e individual contrária à perpetuação de desigualdades sociais; e **c)** Proposta de algumas linhas de ação para a libertação social e individual.

Surge, assim, como uma ferramenta teórica fundamental para se alcançar a igualdade social e política, promovendo os sistemas democráticos das sociedades (McCall, 2005). Deste modo, assume os valores e a política devem representar o princípio fundador da ação, o centro das análises, propondo um projeto de sociedade que visa criar condições igualitárias para todas/os, de modo a que possam desenvolver ao máximo o seu potencial, não podendo ser condicionadas/os nem limitado/as em função do seu género, da sua nacionalidade, da sua orientação sexual, da sua etnia, da sua cultura ou pela classe (Nogueira & Taveira, 2004).

Ao ser crítica a Teoria da Interseccionalidade têm alicerces no pós-estruturalismo e no pós-modernismo estando centrada na criação de uma nova ciência moderna que contraria a exclusão de determinados grupos (Oliveira & Amâncio, 2006), tendo implícito a heteroglossia, a (des)construção de histórias e de identidades.

Desta forma, esta teoria vem assim refutar convenções metodológicas tradicionais, resistindo às meta-narrativas do conhecimento considerando que estas ofuscam formas de verdade (Rosenau, 1992 *as cited in* Nogueira, 2001a).

Assim, esta teoria tenta desconstruir os dois vieses presentes na ciência. Por um lado, o facto de durante décadas terem sido apenas analisados sujeitos do sexo masculino fazendo generalizações para toda a população (e.g., peso, pressão sanguínea) e, por outro lado, a generalização abusiva do grupo mulheres vistas como um grupo homogéneo (e.g., brancas, heterossexuais, classe média) (Sánchez, 2012).

A Teoria da Interseccionalidade sendo uma teoria que informa e problematiza as questões relacionadas com a saúde contribui para a Psicologia da Saúde Crítica que assenta os seus pressupostos num posicionamento de reflexão crítica relativa à Psicologia da Saúde tradicional (Hepworth, 2006). Ou seja, pressupõe o desenvolvimento de uma nova forma de conceptualizar a saúde e as doenças assim como pelo desenvolvimento de novas abordagens da Psicologia no sentido de propiciar uma nova forma de pensar sobre o acesso e a prestação de cuidados que se almeja equitativa e igualitária.

Partindo do princípio que a nossa localização na sociedade depende das nossas posições nos sistemas de classificação (estratificação), do que representamos (papéis sociais) e do tipo de controlo que é exercido sobre nós (Mello & Gonçalves, 2010), esta teoria procura ir, assim, além das considerações e condicionantes genéticas e biológicas tentando compreender as relações sociais e institucionais, enfatizar as relações de poder e promover investigações que inter-relacionem as teias cruzadas das diferentes categorias identitárias no domínio da saúde (Branco, 2008; Weber & Parra-Medina, 2003). Ou seja, esta teoria permite-nos, por um lado, ver quais as atitudes e/ou comportamentos que influenciam ou podem influenciar positiva ou negativamente o estado de saúde (Hankivsky *et al.*, 2010; Teixeira, 2008; WHO, 2008) e, por outro, possibilita um conhecimento situado que levanta novas questões e novas oportunidades para entender as disparidades a nível da saúde levando a uma maior justiça social neste domínio (Weber & Parra-Medina, 2003).

Podemos ver na tabela seguinte (Quadro 1) as grandes diferenças entre uma abordagem biomédica e uma abordagem interseccional.

Quadro 1 - Contraste entre o Paradigma Interseccional e a Biomedicina

Paradigmas de Investigação	Interseccionalidade	Biomedicina
Paradigma	Político, Multidimensional	Positivista
Objetivo	Ação e justiça social	Doenças, diagnósticos, tratamentos
Fonte do fenómeno	Relações de poder desiguais	Determinadas pelas leis
Foco	Grupos Oprimidos	Cultura Dominante
Nível de intervenção	Macro: societal	Micro: individual
Setting	Comunidade	Contextos clínicos

Adaptado de "Integrating Intersectionality and Biomedicine in Health Disparities Research" de U. Kelly, 2009, *Advances in Nursing Science*, 32(2), p. E47

Inicialmente as/os teóricas/os que seguiram esta orientação dedicaram o seu interesse ao estudo das mulheres, das/os aborígenes, imigrantes e pessoas negras (Wilkinson, 2003b) concentrando a sua atenção nas diferenças dentro dos grupos associados a uma determinada categoria. Muitas das abordagens ao estudo desta problemática baseavam-se no direito à escolha. Para as mulheres negras, por exemplo, o direito de escolher não era o mesmo que para as mulheres heterossexuais brancas, mas sim o direito de recusar a contraceção forçada. Da mesma forma que para as lésbicas, não era uma questão de controle da sua fecundidade, mas o seu acesso à inseminação, que era muitas vezes limitados por médicas/os e pela própria legislação (Fish, 2009).

Segundo as/os teóricas/os da interseccionalidade compreender os determinantes da saúde das pessoas em determinados lugares, em determinadas épocas (Lorber 1996) requer formas de interpretação diferentes da visão epidemiológica convencional ou quantitativa em ciências sociais (Smith, 1999).

Ou seja, implementa-se toda uma nova conceptualização de análise que tenta combater certos equívocos presentes até então (Davidson, Kitzinger & Hunt, 2006): 1) O estudo sobre a saúde das mulheres fosse uma aberração comparativamente às normas que era baseada no estudo dos homens; e 2) Houvesse uma incapacidade de distinguir as condições biológicas e sociais subjacentes na saúde.

Neste sentido, as/os psicólogas/os críticos da saúde têm cada vez mais discutido um reposicionamento do campo da saúde que não pode ser desconectado do contexto macrosocial, político e económico da sociedade. O estudo e compreensão dos determinantes estruturais de saúde que se relacionam é crucial para o estudo da saúde humana e para a contextualização ética de uma sociedade justa (Estacio & Marks, 2007).

Obviamente este estudo tem de ter em consideração diferentes características identitárias que podem levar a que diferentes condicionalismos a nível da saúde. Uma dessas características é a *raça*. Sendo a *raça* um constructo social que classifica as pessoas tendo por base uma constelação de características físicas e biológicas tais como cor da pele, traços faciais, textura do cabelo, forma corporal pode ser associada a certas doenças tais como *sickle cell anaemia*. Ao mesmo tempo existe uma interseção entre a *raça* da pessoa e a sua etnia - grupo que partilha uma bagagem cultural baseada num passado comum, linguagem, música, comida e religião. Contudo não só estão em causa estas categorias identitárias, muitas outras são contempladas: idade, nacionalidade, orientação sexual. Estes constructos podem levantar certas vulnerabilidades perante certos determinantes sociais a nível do estado de saúde (e.g., pobreza, estigma e/ou marginalização) e podem conjuntamente levantar desvantagens a nível dos cuidados e serviços de saúde em certos grupos de pessoas (Benoit, 2009).

Tal como refere Taquete (2010) as mulheres negras podem estar sob uma tripla discriminação por serem mulheres, negras e pobres. O racismo, a pobreza e o sexismo (conjunto de ações e ideias que privilegiam indivíduos de determinado género e orientação sexual e discriminam as que não têm esses atributos) são mais evidentes nas mais jovens.

Nos anos 70 e 80 a medicina tradicional e a investigação psicológica excluía os sujeitos de grupos minoritários das suas análises e pesquisas, o que estava muito ligado à legitimação do racismo e de políticas assimilacionistas. Simultaneamente, a maioria dos países não desejavam a real integração de certos grupos migrantes (e.g., asiladas/os, indocumentadas/os) o que repercutia uma ignorância a nível das políticas de monitorização do seu estado de saúde (Fonseca & Malheiros, 2005).

A escassez de conhecimento no que concerne à influência do género na imigração e nos contextos de saúde tornam-se uma limitação ao desenvolvimento de políticas e à implementação de programas de intervenção efetivos, direcionados para às mulheres imigrantes pois não são conhecidas as suas reais necessidades.

Não se podem continuar a menosprezar a interseção de todas as categorias identitárias. Dentro das migrações existe uma necessidade de se focalizar investigação nos subgrupos que constituem a imigração dando especial enfoque às mulheres, jovens, idosas/os, com tempos de permanência diferenciados, de diferentes nacionalidades, refugiadas/os (Kinnon, 1999), bem como às mulheres imigrantes que residem em zonas rurais e/ou com algum tipo de deficiência (European Commission, 2010b).

As mulheres são as principais prejudicadas pelas políticas macroeconómicas neoliberais, pois têm poucas oportunidades de competir no mercado de trabalho em virtude de passar boa parte do tempo ocupadas em serviços não remunerados e serem as principais cuidadoras da família (Dantas-Berger & Giffin, 2011; Sánchez, 2012). Os indicadores de saúde da população negra são reveladores das desigualdades raciais. Os coeficientes de mortalidade materna relacionados à *raça/cor* mostram que as negras apresentam maior mortalidade, sofrem duas vezes mais agressão física na gravidez e têm maior taxa de hipertensão arterial, diabetes, tabagismo e sífilis (Cavalcanti, Gomes, & Minayo, 2006; Lopes, 2005).

As/os investigadores/as feministas e ativistas têm noção de que se continuarem a ignorar a complexidade das vidas humanas e o modo como as suas múltiplas localizações afetam às suas oportunidades de vida, a sua saúde e o acesso aos cuidados de saúde vamos continuar a propiciar desigualdades (Hankivsky & Cormier, 2009). Daí que têm tomado atenção as iniquidades dentro do grupo das mulheres que é causado pelo heterossexismo, etnocentrismo, racismo, colonialismo (Stephens, 2009). Estas/es investigadoras/es querem capturar como é que sistemas de discriminação e subordinação se articulam sendo para isso a interseccionalidade a ferramenta chave (Hankivsky *et al.*, 2010). O *Women's Health Research Network* (WHRN) lança

em 2009 um livro denominado *Intersectionality: Moving Women's Health Research and Policy Forward*, que alerta para a necessidade de ter em conta a interseccionalidade e a complexidade humana nas pesquisas e nas políticas implementadas a nível da saúde (Hankivsky & Cormier, 2009) de modo a esbater e minorar as desigualdades na saúde (Weber & Parra-Medina, 2003).

Assim, a interseccionalidade tem sido adotada como um novo paradigma que procura trazer a debate e a estudo a complexidade de localizações e experiências sociais para um possível entendimento das diferentes realidades no que concerne aos contextos de saúde (Hankivsky *et al.*, 2010), sendo caracterizada como o próximo passo na evolução da investigação da saúde das mulheres e das políticas existentes (Hankivsky *et al.*, 2010).

Deste modo, a análise interseccional passa a constituir a base eleição para toda e qualquer investigação, intervenção, formação assim como para a conceptualização e implementação das políticas de saúde (Hankivsky, 2011; Hankivsky *et al.*, 2010; Hankivsky & Cormier, 2009). Se pensarmos na interseccionalidade estrutural que Crenshaw nos falava vemos que a interseccionalidade aplicada nos contextos de saúde possibilita uma grande informação para as políticas vigentes de modo a sensibiliza-las para as desigualdades nos contextos de saúde.

A interseccionalidade desafia, assim o *status quo* das políticas públicas trazendo para primeiro plano dimensões que interagem para criar camadas de desigualdade, permite uma análise mais completa e sofisticada do modo como a política pública é vivenciada por vários grupos de mulheres e homens e uma informação mais pormenorizada do tipo de conjunturas discriminatórias com que lidam (Hankivsky, 2011).

Existem algumas investigações internacionais no âmbito da saúde que nos vão dando algumas pistas sobre a necessidade de implementar estudos sobre o estado de saúde das populações à luz da Teoria da Interseccionalidade (e.g., Burman, 2004; Dworkin, 2005; Varcoe & Dick, 2008).

Cecília Benoit e colaboradoras/es (2007) implementaram o Projeto *Stigma* de modo a estudar os fatores com impacto na saúde, segurança e bem-estar de trabalhadoras do sexo. Estas/es autoras/es concluíram que existe um claro estigma face às trabalhadoras/es do sexo no Canadá que têm um efeito na saúde, segurança e bem-estar dessas/es mesmas/os trabalhadoras/es. Não obstante, outros fatores tal como o género, orientação sexual, idade, nacionalidade, entre outros, contribuem para isso. Este projeto permitiu perceber que fatores como o género, o nível

educativo estão ligados primeiramente a um relato de saúde mais pobre do que na população em geral.

As condições laborais e os eventos críticos de vida interferiam nos níveis depressivos, assim como existia uma maior predisposição para o consumo de substâncias des-
tas/es trabalhadoras/es. Para além disso, verificaram que estes grupos enfrentam dificuldades na saúde no que concerne à acessibilidade aos contextos de saúde, a recursos específicos e no atendimento, sendo frequentemente alvo de discriminações por parte das/os profissionais.

Em 2008, Colleen Varcoe e Sheila Dick realizaram um estudo com 30 mulheres aborígenes e não aborígenes com o intuito de ver a influência da interseccionalidade no risco de violência e de contração de HIV. Usando metodologias interseccionais as experiências de mulheres aborígenes e não aborígenes foram comparadas de modo a estudar as suas semelhanças e diferenças, tendo em conta o modo como a sua etnia, a pobreza, o género e o contexto geográfico levavam a diferentes experiências de racismo. As autoras salientaram que o género e as relações de poder apareciam relacionadas no caso das mulheres aborígenes com o contexto geográfico rural e económico, claramente marcadas por relações de poder históricas relacionadas com o colonialismo e o racismo e que se torna imprescindível desconstruir conceções essencializadas das populações aborígenes na saúde (e.g., mães solteiras, imigrantes, refugiadas/as, idosas/os) de modo a ser perceptível os fatores *interlocking* que afetam as suas experiências no campo da saúde dentro dos contextos rurais.

Vemos que as pesquisas e investigações dentro desta teoria são cada vez mais necessárias de modo a tornar visíveis os processos psicológicos, psicossociais e os seus efeitos a nível de saúde que estes eixos/categorias vão propiciando.

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA: INCURSÕES NUMA REALIDADE SILENCIADA

CAPÍTULO IV - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

1. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO E SEUS OBJETIVOS

Embora a legislação portuguesa contemple desde 2001 o acesso da população imigrante residente em Portugal ao SNS, facto é que não existem dados epidemiológicos relativos ao seu estado de saúde nem mesmo estatísticas sobre o número de imigrantes que recorre aos serviços de saúde a nível nacional. Fruto da não unanimidade de critérios e de sistemas informáticos que gerem as unidades de saúde portuguesas, leia-se centros de saúde, unidades de saúde familiares, hospitais, bem como Gabinete de Saúde do CNAI de Lisboa, existe um desconhecimento claro desta realidade e do cumprimento da legislação vigente em prol da adaptação da cidadã/cidadão imigrante nos contextos de saúde. Tendo em consideração o risco acrescido da mulher imigrante no período de gravidez, esta investigação fundamenta o seu interesse numa tentativa de redescobrir e “resignificar” a imigração feminina nos cuidados de saúde materna em Portugal mais especificamente no contexto do Grande Porto.

Direcionou-se o olhar para esta fase desenvolvimental pois se a gravidez, para além do período temporal que abarca, destaca todo um processo de natureza fisiológica adaptativa ao desenvolvimento do novo ser humano, é acompanhado na dimensão vivencial por adaptações psicológicas próprias. A maternidade, por sua vez, inscreve-se dentro da dinâmica da sociedade, num momento historicamente construído, no qual a influência de padrões culturais, das representações sociais, crenças e valores se apresentam como determinantes na sua conceção (Kitzinger, 1978) o que acarreta muitas vezes um aumento significativo das vulnerabilidades que estas mulheres correm.

Todavia, de modo a escrutinar as especificidades sociais que se emaranham nos caminhos cruzados da integração social das mulheres imigrantes no domínio da saúde primária em Portugal, a investigação subdividiu-se em dois estudos. O primeiro estudo foi realizado com o intuito caracterizar e compreender os discursos, percepções e vivências de mulheres imigrantes relativos aos cuidados de saúde materno-infantis portugueses, tentando compreender não só o impacto da imigração na vivência da gravidez e da maternidade tendo em conta as diferentes localizações identitárias destas mulheres mas também o modo como os seus discursos, percepções e vivên-

cias são influenciados pelas relações sociais estabelecidas com as/os profissionais de saúde. O estudo 2 pretendeu contribuir para um melhor conhecimento sobre o acesso e capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde e suas/seus profissionais à procura de cuidados por mulheres imigrantes grávidas residentes em Portugal, pretendeu caracterizar os discursos vigentes em profissionais de saúde sobre a imigração feminina e sobre os cuidados específicos preconizados às mulheres imigrantes durante o período de gravidez, parto e puerpério e perceber de que forma esses discursos enunciados são agentes veiculadores de macro discursos sociais. Este olhar diferenciado sobre a mesma realidade foi para nós crucial e indispensável uma vez que ambas as perspetivas informam sobre as necessidades dos seus intervenientes e de quais as prioridades de intervenção a implementar de modo a que estas tenham efeitos reais na promoção e proteção da saúde destas comunidades, em particular no grupo das mulheres imigrantes.

Tal como nos sugere Turato (2005) conhecer as significações dos fenómenos do processo saúde-doença é essencial de modo: a) melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; b) promover maior adesão das/os pacientes aos cuidados de saúde e c) entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos/as doentes assim como da equipa profissional de saúde.

Assim, a escolha destes dois grupos de análise tem subjacente a intenção de perceber como é que estas duplas perceções funcionam como fatores potencializadores ou de risco para a acessibilidade das mulheres imigrantes do SNS.

Considera-se, no entanto, que apesar dos eventuais contrastes inerentes a estes dois grupos, distintos na sua natureza e dinâmicas, o fenómeno de imigração potencia em si mesmo desafios de integração que importa conhecer para se poder agir sobre eles.

De salientar que o intuito desta investigação passa, não só, por descrever esta realidade específica mas almeja servir de ferramenta de mudança e resistência em prol da justiça e equidade social através de uma reflexão crítica e (des)construtora dos mecanismos de regulação social.

Como partimos destes dois pontos de vista investigativo aquilo que se apresenta aqui é o tronco comum a ambos os estudos, sendo que o *Estudo 1- Discursos, perceções e vivências de mulheres imigrantes nos cuidados de saúde primários* e o *Estudo 2- O outro lado do cenário: discursos, perspetivas e vivências de profissionais de saúde*, serão detalhadamente explanados nos dois capítulos seguintes.

2. OS EIXOS CONCEPTUAIS DELINEADORES DA INVESTIGAÇÃO

Esta investigação segue uma perspetiva feminista crítica e construcionista social que recusa a possibilidade de discursos universais acerca das mulheres, pretendendo ter um olhar contextualizado e único sob cada realidade e/ou processo social.

É uma pesquisa assente nas posições pós-estruturalistas e pós-modernas da Psicologia Social que enaltece a relevância da linguagem e o modo como esta é usada para promover, não só, as ideologias sociais e políticas vigentes (Parker, 1998) mas também novas subjetividades.

Assim, tendo em consideração a dimensão transdisciplinar e complexa do fenómeno, esta investigação focaliza a sua atenção nas estruturas de poder e na localização destas mulheres nas estruturas sociais de saúde (Nogueira, 2001c; Nogueira *et al.*, 2005) no sentido de produção de conhecimento e representação da experiência (Burr, 1995; Nogueira, 2001c, Wilkinson & Kitzinger, 1995). Para tal, partimos da voz das/os atrizes/atores para aceder aos discursos dominantes e os seus significados, numa tentativa de favorecer a igualdade e justiça social (Estacio & Marks, 2007; Nogueira *et al.*, 2005).

Deste modo, assume-se como uma investigação que apresenta uma postura anti essencialista e (des)naturalizadora das imigrações femininas, numa perspetiva que se pretende autocrítica e reflexiva (Goulart, 2009; Neves & Nogueira, 2004, 2005).

3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 Metodologias qualitativas

Apresentado o problema e os pressupostos teóricos que enformam a sua abordagem, interessa formular algumas considerações sobre as escolhas, as estratégias e os procedimentos metodológicos.

A investigação *Cuidados de saúde materno-infantis à população imigrante residente em Portugal* segue uma abordagem centrada nos discursos e nos significados que se atribui às suas experiências, levando em consideração como é que os discursos dominantes são utilizados e captados pela pessoa na construção das suas identidades.

Partindo da convicção de que cada pessoa percebe e localiza-se no mundo de forma diferente e idiossincrática e de que a linguagem ocupa um território privilegiado na produção e reprodução de significados partilhados (Neves & Nogueira, 2005), optamos por seguir uma metodologia qualitativa, descritiva e experiencial de modo a nos

permitir contemplar as mulheres dentro do seu contexto social (Witting, 1985 *as cited in* Landrine, Klonoff & Brown-Collins, 1992).

Segundo Denzin e Lincoln (2005), “Qualitative research is a situated activity that locates the observer in the world. It consists of a set of interpretive, material practices that makes the world visible. These practices transform the world. They turn the world into a series of representations, including field notes, interviews, conversations, photographs, recordings, and memos to the self. At this level, qualitative research involves an interpretive, naturalistic approach to the world” (p. 3).

As metodologias qualitativas permitem, assim, entender os significados individuais ou coletivos que diferentes fenômenos sociais têm na vida das pessoas (Turato, 2005). Partindo do pressuposto de que as teorias apresentadas como gerais ou universais a partir de uma ínfima parte da população, não podem explicar a diversidade dos indivíduos (Segall, 1979, p. 18 *as cited in* Neto, 2008), ao seguir estas metodologias procuramos a individualidade discursiva, os significados que mulheres imigrantes produzem em torno dos cuidados de saúde aquando da experiência de gravidez e maternidade.

Como refere Silverman (1997, p. 100, tradução nossa), “ a pesquisa não pode fornecer o efeito reflexo de espelho do mundo social que os positivistas defendem, mas pode fornecer acesso aos significados que as pessoas atribuem às suas expectativas e mundos sociais”.

Ou seja, é incorporando a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e estruturas sociais que nos é passível de aceder ao modo como os indivíduos “dão sentido” aos acontecimentos importantes da sua vida (Mc-Millan & Shumacker, 1997).

Esta metodologia assenta, assim, na primazia da experiência subjetiva como fonte do conhecimento (Bogdan & Biklen, 1998) no estudo dos fenômenos a partir da perspectiva do outro, respeitando os seus marcos de referência e no interesse em se conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social que, acabam por construir interativamente.

Mantendo como objetivo a auscultação de questões relacionadas com o conhecimento da imigração feminina nos contextos de saúde primários aquando da vivência da gravidez e maternidade pretendemos, à luz desta metodologia, tornar visível o invisível, dar voz às/aos diferentes intervenientes para compreender e redescobrir a imigração feminina no domínio da saúde materna (Showalter, 1981).

Informado pelos pressupostos críticos, construcionistas sociais esta investigação tem, obviamente um especial enfoque no discurso. Assumindo que tanto as mulheres imigrantes como as/os profissionais de saúde agem de uma forma diferenciada, têm acesso a diferentes recursos, possuem competências distintas para interpretar e intervir no contexto em que se inserem (IOM, 2004; Miranda, 2009; Topa, 2009; UNFPA, 2006), ver e analisar como o discurso se organiza, cria e produz significações que depois se traduzem em práticas (Nogueira, 2001b, 2001e) é a forma que conceptualizamos como melhor para uma compreensão em profundidade das vivências destes intervenientes.

Analisando o conhecimento como dependente de um determinado contexto histórico e dependendo dos interesses individuais fomos conceptualizando o conhecimento como uma construção nas e pelas relações sociais.

Esta metodologia pretende ser transformativa e dialógica na medida em que pretende ser interventiva e potenciar a mudança. Ou seja, ao procurar alcançar uma representatividade social (Ruela, 2003; Turato, 2005) pretende-se que esta não só informe a comunidade científica, as políticas de saúde mas que permita que as mulheres imigrantes e as/os profissionais de saúde, na sua reflexão pessoal, se transformem num objeto para si mesmas/os e vão conceptualizando conhecimento sobre as suas realidades (Freire, 2005), passando de uma consciência acrítica para uma consciência crítica ativa (Neves, 2005, 2007) que possibilite mudança de atitudes e formas de agir.

É uma metodologia que sendo qualitativa e experiencial tem como objetivo ser reflexiva, permitindo um espaço conceptual para avaliar a posição social do/a investigador/a sendo a experiência tida como uma situação social (Crawford & Kimmel, 1999; Neves & Nogueira, 2004, 2005). Deste modo, houve um compromisso contínuo e persistente com o valor da conscientização, reciprocidade e reflexão sobre a realidade (Neves & Nogueira, 2005; Robertson, 2000), na medida em que isso influencia, a nosso ver, a construção de uma ciência mais responsável (Neves & Nogueira, 2005), justa que reconhece que existe sempre algum poder disponível para ser exercitado por cada pessoa, e pode ser usado na mudança social assim como na mudança pessoal através dos processos de resistência (Nogueira, 2001a).

Creemos que o uso desta metodologia acresce ganhos importantes aos objetivos da investigação, nomeadamente a nível epistemológico, uma vez que os diferentes intervenientes (profissionais e mulheres imigrantes) são considerados informantes indispensáveis e privilegiadas para entender os comportamentos sociais (a nível ético e político), permitindo aprofundar contradições e dilemas que atravessam a socieda-

de (Poupart, 1997 *as cited in* Guerra, 2006) sempre circunscrita a um conhecimento também este localizado por quem o executa (Oliveira & Amâncio, 2006). Com estas metodologias pretende-se potencializar um pensamento reflexivo autocrítico necessário para promover novas ideias e novos sistemas (Neves & Nogueira, 2004, 2005) e possibilitar um novo enfoque no que concerne à feminização da imigração contextualizada nos contextos de saúde sob um prisma interseccional.

3.1.1 Método de recolha de dados

O método eleito para a coleta dos dados em ambos os estudos foi a entrevista qualitativa semidiretiva. De acordo com Bogdan e Biklen (1998, p. 134, tradução nossa), a entrevista permite "... entrar no mundo de outra pessoa" uma vez que permite acessar, atrás da análise do material biográfico, aos seus discursos e práticas discursivas assim como a dados de difícil aquisição por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos, significados e intenções (Nogueira-Martins & Bógus, 2004). Através destes significados encontra-se a presença significativa da cultura e da forma como ela é apreendida pelas/os participantes, o que permite, por sua vez, captar a relação entre organização social e a experiência vivida (Bardin, 2009).

Optou-se pela entrevista em profundidade, ao pretender que os sujeitos relatem episódios, ações e situações que permitam identificar as experiências passadas e presentes, bem como o modo permitissem uma projeção no futuro. Para alcançar este propósito, optou-se por uma entrevista semidiretiva o que pressupôs a construção de um guião, previamente elaborado. Ainda que assumamos que deve ser a/o entrevistada/o a guiar a entrevista, e que se permita que as questões fossem emergindo no contexto imediato e no curso natural da conversa foi necessário ter um roteiro prévio que oriente a investigadora a tocar nos tópicos que a entrevista deve cobrir. Deste modo possibilitou-se que existisse uma liberdade de discurso e de pensamento por parte das pessoas entrevistadas mas que esses fossem orientados para um determinado objetivo.

Partindo do pressuposto de que a entrevista é um processo de interação social, em que entrevistadas/os e entrevistador/a são participantes ativos no processo de construção de sentido, teve-se ao longo do processo uma atitude reflexiva que nos permitisse contemplar os diversos fatores pessoais e sociais que condicionavam o discurso das/os entrevistadas/os acerca das suas práticas, os fatores imputáveis às relações sociais de observação entre entrevistada e entrevistadora (Bertaux, 1997 *as cited in* Duarte, 2011), bem como os fatores pessoais e sociais da entrevistadora que têm, inevitavelmente um impacto na entrevista e nas questões colocadas. Partindo da ideia defendida por Clarice Lispector "*as palavras que digo escondem outras*" foi

neste sentido que decorreu a recolha e posterior análise dos dados partindo sempre de uma postura crítica e reflexiva contínua.

Estas entrevistas serão especificadas nos estudos realizados de modo a se tornar perceptível os seus objetivos.

3.1.2 Análise dos dados: a análise temática

A pesquisa qualitativa aborda inúmeras e diferenciadas abordagens de análise, representando um diverso leque de epistemologias, teorias e perspetivas (Guest, McQueen & Namey, 2012). A nossa escolha para a análise dos dados incidiu na análise temática.

Segundo Braun e Clarke (2006), a análise temática deverá ser compreendida como um método fundamental no âmbito da análise qualitativa, na medida em que proporciona um conjunto de competências fundamentais (e.g., identificar, analisar e reportar os temas, padrões ou categorias emergentes dos dados), que são úteis para a condução de outras formas de análise qualitativa (Guest *et al.*, 2012).

Apesar de não existir consenso quanto à sua definição e à forma de a realizar, a análise temática é frequentemente utilizada pelas/os investigadoras/es que realizam pesquisas qualitativas dentro das ciências sociais (Braun & Clarke, 2006).

Tal como outros métodos, a análise temática pode ser informada e conduzida de acordo com diferentes paradigmas epistemológicos, nomeadamente, essencialistas ou construcionistas (Braun & Clarke, 2006). Na perspetiva construcionista, na qual nos posicionamos, a análise temática não se focaliza em essencialismos reportando apenas experiências de vida, mas na compreensão dos eventos, realidades, significados e experiências que são reflexo e efeito de discursos sociais existentes (Braun & Clarke, 2006).

A análise temática efetuada envolveu diferentes processos de tomada de decisão (Braun & Clarke, 2006), num exercício de comunicação contínua e reflexiva em relação às questões centrais relacionadas com a investigação em curso.

Em termos de abordagem aos dados assumimos nesta investigação um posicionamento misto entre as abordagens indutivas e as dedutivas, na medida em que não partimos para o terreno totalmente desprovidos de intenções. Algumas categorias foram previamente definidas, tendo como base as questões da pesquisa e sugestões provenientes da fundamentação teórica, mas outras surgiram dos próprios dados. Foi assim, um processo que contemplava a emersão de temas mas não ocultava o

papel ativo da investigadora na identificação de temas, selecionando a informação pertinente para análise e reportando-a à luz das suas questões investigativas.

Assim, para a realização da análise temática seguimos os passos propostos por Braun e Clarke (2006) (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - Fases da análise temática

Fase	Descrição do Processo
Familiarização com os dados	Depois de gravadas as entrevistas passa-se à fase de transcrição. Esta pressupõe uma audição atenta e repetida do material, permitindo conhecer profundamente os dados e tirar as primeiras ideias.
Gerar os códigos iniciais	Codificam-se os dados pertinentes com os objetivos investigativos (conteúdo latente ou semântico). Este processo de codificação permite a organização do material em grupos de significados que são bem mais amplos que os temas.
Procurar temas	Todos os códigos são anotados numa folha à parte, procurando encontrar relações entre eles de modo a constituírem temas. Este é um processo interativo e interpretativo que requer diversas leituras do texto (Braun & Clarke, 2006). Elabora-se uma lista dos temas/categorias/palavras-chave, organizando-os em temas e subtemas. Simultaneamente deve-se identificar os excertos do texto relacionando-os com o tema em que se inserem, de modo a serem facilmente localizáveis. No final teremos uma listagem de potenciais temas e subtemas e de todos os extratos dos dados codificados com relações a estes permitindo uma compreensão de cada tema.
Rever os temas	Todos os extratos codificados em cada tema devem ser relidos a fim de verificar se formam um conjunto integrado. Se for necessário são novamente categorizados verificando a sua relação com os temas. Num segundo momento, o conjunto de temas deve ser revisto de modo a garantir que se capturam adequadamente as informações contidas nos dados e se refletem sobre os significados evidenciados. Ou seja, devemos retornar aos textos, relendo-os e recodificando-os podendo levar à emergência de novos temas ou novas pontes relacionais. No final desta fase, deve ser possível ter uma boa ideia sobre os diferentes temas, como se articulam e sobre o que nos indicam sobre os dados, podendo estar representados sob a forma de uma árvore temática.
Definir e nomear os temas	Neste momento, deve-se definir e refinar os temas que serão apresentados na análise, bem como os dados contidos em cada tema. No final desta fase, deve-se conseguir definir claramente quais são os temas, nomeando-se e descrevendo-os em poucas palavras mostrando o modo como os temas se articulam entre si e com os objetivos da pesquisa
Produção do relatório	É a última oportunidade de análise. Este relatório pode surgir como um artigo científico, para uma devolução de resultados às/aos entrevistadas/os ou para a pesquisa de um doutoramento. Contudo, independentemente do objetivo do texto, este deve expressar todo o processo de análise, convencendo as/os leitoras/es do seu mérito e validade. Deste modo é preciso que o relatório apresente uma descrição concisa e coerente do conjunto de dados dentro de um tema e entre os temas. Para tal, deve-se exemplificar os temas com extratos mas não se limitar a estes, devendo apresentar uma narrativa que argumente estes temas com os objetivos da investigação e os seus fundamentos teóricos.

Adaptado de "Using thematic analysis in psychology" de V. Braun & V. Clarke, 2006, *Qualitative Research in Psychology*, 3, p. 87.

Depois de encontrados os temas e subtemas dominantes do material de análise, seguimos a possibilidade que Braun e Clarke (2006) nos dão para recorrer a formas distintas de análise aquando da finalização dos resultados, de modo a analisar e refletir sobre os resultados de um modo mais interpretativo. Deste modo, recorreremos a uma possibilidade de análise mais próxima da análise crítica do discurso, nomeadamente da proposta de Carla Willig (2008). Esta análise serviu-nos para um aprofundamento e complexificação da análise que se pretendia neste estudo não só em termos de reflexão, inferência e atribuição de sentido (Ghiglione & Matalon, 1993), mas, também, com o intuito de intervir nos problemas sociais e políticos inerentes à imigração feminina.

Assim, numa tentativa de perceber o que discursos encontrados facilitam ou limitam, possibilitam ou constroem, a nível do que pode ser dito, por quem, onde e quando, seguimos a visão de Carla Willig (1999, 2003, 2008) no sentido de perceber questões acerca das relações entre discurso e o modo como as pessoas pensam ou sentem (subjetividade), o que eles/as fazem (práticas) e tomando em consideração as condições materiais nas quais essas experiências tomam lugar (Willig, 2008). Ou seja, partimos do pressuposto que a tecnologização do discurso existe como tentativa consciente de controlo institucional através do discurso (Fairclough, 1996) na sociedade. Quem usa a linguagem (entrevistada/o, investigador/a), não é um/a comunicador/a separado/a, e autossuficiente que manda e recebe informação, é pelo contrário sempre alguém localizada/o, imersa/o no meio e lutando para ter a sua posição social ou cultural tomada em atenção (Nogueira, 2001a), o que leva a que os discursos sejam vistos como meios fluidos em mudança nos quais os significados são criados e contestados.

Segundo Carla Willig (2003), estes indivíduos ao ocuparem diferentes posições subjetivas tornam possíveis certas/novas formas de ver e estar no mundo envoltas em exercícios de poder que (in)viabilizam outras formas de ver e estar potencialmente mais igualitários e emancipatórios (Willig, 2003, 2008).

Assim, partimos sempre de uma visão tridimensional (Rojo & Wittaker, 1998) uma vez que a análise crítica do discurso opera sob o discurso que está num determinado texto, nas práticas discursivas que remontam a uma situação social concreta e no discurso como prática social que se expressa e reflete em identidades, práticas, relações que se estabelecem em sociedade. Tentando perceber o modo como o poder social, o domínio e a desigualdade social é perpetuada, reproduzida e combatida através dos discursos (Nogueira, 2001a, 2008; Tílio, 2010).

Para uma compreensão mais profunda do modo como os dados se articulam e/ou se construíam em objetos discursivos (temas), selecionamos as partes do texto co-produzido por cada participante e pela investigadora, a fim de se identificar a variabilidade e a recorrência de temas dentro de cada entrevista. Procedemos à localização dos diferentes discursos individuais encontrados dentro de discursos mais amplos, vinculados a aspetos anteriormente identificados pela literatura (e.g., feminilidade, masculinidade), tentando localizar os contextos de construção e constituição dos discursos e identificando possíveis vantagens e desvantagens de se construir um tema de um certo modo em detrimento de outro (Willig, 2008).

Depois, de identificadas as várias construções discursivas (e as respetivas formas de acerca delas falar) e de as ter localizado num contexto mais amplo, analisamos as posições subjetivas que os discursos permitiam aos/às seus/suas interlocutores/as, conceptualizando que o discurso constrói não só os temas mas o sujeito que o enuncia (Willig, 2003). Desta forma, fomos explorando de que forma, estes discursos e as posições do sujeito contidas nesses discursos, constrangiam ou facilitavam possibilidades de ação (práticas) e que tipos de contradições estavam patentes quer ao nível de discursos quer ao nível da relação objeto-sujeito de discurso. Isto possibilitou-nos ir identificando as subjetividades dos discursos no sentido de identificar emoções, sentimentos e experiências que as/os diferentes participantes pudessem ter experienciado, explorando a relação entre discurso e subjetividade e tentando analisar de que modo os discursos inibem ou estimulam a construção de realidades sociais e psicológicas específicas, que muitas vezes ignoram outros modos de visão e posicionamento na realidade potencialmente mais igualitários e emancipatórios (Willig, 2003, 2008).

Toda a análise foi informada por uma grelha interseccional, considerando que a formação destes discursos, subjetivações e identidades ocorre imbuída num contexto social, é condicionado por este mas, também, pelas diferentes pertenças identitárias das pessoas.

Esta forma de análise, torna-se, a nosso ver, a via privilegiada para a transformação destas relações uma vez que permite a restituição, emancipação das populações e (des)construção do poder hegemónico societal (Center for Women's Global Leadership, 2001).

De ressaltar que o assumirmos reflexivamente a nossa subjetividade dentro de toda a análise efetuada não deverá ser interpretado como alguma incúria dos critérios de rigor exigidos a qualquer investigação (Fine, 2002).

CAPÍTULO V - ESTUDO 1- DISCURSOS, PERCEÇÕES E VIVÊNCIAS DE MULHERES IMIGRANTES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1. OBJETIVOS

A investigação que aqui apresentamos teve, desde o seu início, objetivos compreensivos e explicativos de uma construção social dos fenómenos migratórios femininos localizados num determinado contexto.

Neste sentido, o nosso objetivo principal passa por caracterizar discursos, perceções e vivências de mulheres imigrantes sobre os cuidados de saúde materno-infantis em Portugal.

Sendo que os objetivos específicos se especificam em: (1) analisar discursos, perceções e vivências de mulheres imigrantes sobre os cuidados de saúde materno-infantis tendo em consideração as diferentes pertenças identitárias; (2) compreender o impacto da imigração na vivência da gravidez e da maternidade, e (3) compreender o modo como os seus discursos, perceções e vivências são influenciados pelas relações sociais estabelecidas com profissionais de saúde.

Todos estes objetivos assumem que o processo de produção de sentido é uma prática social dialógica que implica a compreensão da linguagem como ação. Assim, a identificação e análise dos discursos utilizados pelas mulheres imigrantes para descrever as suas experiências nos contextos de saúde primários permite compreender os diálogos, os posicionamentos assumidos e as funções da utilização de cada discurso tendo em conta os seus ingredientes identitários que são específicos e diferenciados.

2. PERGUNTAS DE PARTIDA

Neste estudo tivemos como guia investigativo as seguintes perguntas de partida:

- Quais os discursos, perceções e vivências de mulheres imigrantes relativamente aos cuidados de saúde primários recebidos em Portugal?
- Estes discursos, perceções e vivências são uniforme(s) ou contraditória(s) tendo em conta as suas diferentes pertenças identitárias?
- De que forma esses discursos, perceções e vivências são influenciados pelas relações estabelecidas com as/os profissionais de saúde?

3. PARTICIPANTES

Neste estudo, decidimos dirigir a nossa pesquisa para as mulheres imigrantes com maior expressão numérica no nosso país: ucranianas, brasileiras e cabo-verdianas (SEF, 2011), contemplando que os seus olhares como leitoras e críticas privilegia, no fenómeno social, perspetivas e reflexões ausentes ou negligenciadas pela crítica social tradicional (Showalter, 1981).

Os critérios de inclusão que guiaram a criação da nossa amostra foram: mulheres imigrantes provenientes do Brasil, Ucrânia e Cabo Verde; residentes no Grande Porto; residentes em Portugal há mais de 2 anos; que estivessem grávidas ou que tivessem sido mães em Portugal; que entendessem e falassem a língua portuguesa; e disponibilidade e vontade em participar na investigação.

Participaram neste estudo 30 mulheres imigrantes (10 de nacionalidade brasileira, 10 de nacionalidade cabo-verdiana e 10 de nacionalidade ucraniana), com idades compreendidas entre os 26 e os 49 anos (cf. Quadro 3).

As participantes apresentam uma grande variedade de pertenças identitárias. Oriundas de diferentes meios estas mulheres tinham habilitações literárias que variavam entre o 4^o ano e o Ensino Superior. A nível ocupacional, a situação de empregabilidade assume maior relevo (19) entre as entrevistadas. Em termos de orientação sexual, todas se apresentaram como heterossexuais.

Ao considerar-se o estado civil, observa-se que a maioria se encontra casada (19), três vivem em união de facto, quatro estão divorciadas, uma está separada e três são solteiras. Todas tiveram um/a filho/a em Portugal estando uma delas grávida aquando a realização da entrevista. Em relação à paridade, mais de metade do grupo de mães é primípara, isto é, nunca tinham estado grávidas e nunca tinham sido mães, e as restantes três são múltíparas, o que indica que já haviam sido mães anteriormente nos seus países de origem.

Dezassete das entrevistadas imigraram autonomamente para Portugal e as restantes por reunificação familiar.

No grupo total das participantes, a maioria vive com as/os filhos ou com o parceiro e filhas/os. Relativamente ao tempo de permanência em Portugal, este varia entre os 4 e os 15 anos ($x= 9.6$ anos), estando todas com a situação regularizada em Portugal.

Quadro 3 - Caracterização das participantes do Estudo 1

Participante	Nacionalidade	Idade	Habilitações	Ocupação Brasil	Ocupação Portugal	Estado Civil	Nº Filhos/as	Idades	Tempo permanência
1	Brasileira	45 anos	6º ano	Cozinheira	Desempregada	Solteira	5 (1)	1 ano	10 anos
2	Brasileira	26 anos	12º ano	Estudante	Empregada Escritório	Casada	1	2 anos	7 anos
3	Brasileira	33 anos	12º ano	Dançarina	Esteticista	Casada	1	6 meses	10 anos
4	Brasileira	41 anos	Licenciada	Técnica de laboratório	Empregada Restauração	Divorciada	2 (1)	2 anos	8 anos
5	Brasileira	37 anos	12º ano	Correios	Desempregada	Casada	3 (1)	3 (1)	9 anos
6	Brasileira	29 anos	Mestrado	Estudante	Estudante	Casada	grávida	grávida	6 anos
7	Brasileira	38 anos	Licenciatura	Prof. de Educação Física	Professora de Ginásio	Casada	1	7 anos	13 anos
8	Brasileira	45 anos	Licenciatura	Empresária	Desempregada	Divorciada	1	8 anos	10 anos
9	Brasileira	34 anos	9º ano	Empregada Escritório	Dançarina	Casada	1	18 meses	8 anos
10	Brasileira	33 anos	12º ano	Desempregada	Desempregada	Casada	1	2 anos	4 anos
11	Cabo-verdiana	39 anos	9º ano	Trabalhadora Agrícola	Empregada Doméstica	Casada	2(1)	7 anos	15 anos
12	Cabo-verdiana	37 anos	4º ano	Trabalhadora Agrícola	Empregada IPSS	Separada	1	8 anos	12 anos
13	Cabo-verdiana	37 anos	12º ano	Empregada Doméstica	Desempregada	Casada	3(1)	1 meses	11 anos
14	Cabo-verdiana	32 anos	12º ano	Ajudante num infantiário	Empregada Restauração	União de facto	3(2)	4 e 6 anos	9 anos
15	Cabo-verdiana	42 anos	9º ano	Trabalhadora Agrícola	Empregada doméstica	Casada	2(1)	16 meses	10 anos

CUIDADOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIS
A IMIGRANTES NA REGIÃO DO GRANDE PORTO

16	Cabo-verdiana	41 anos	Licenciatura	Estudante de Teatro	Atriz	União de facto	1	6 anos	14 anos
17	Cabo-verdiana	40 anos	Licenciatura	Estudante	Empregada Empresa Transitários	Casada	2(1)	1 ano e meio	14 anos
18	Cabo-verdiana	28 anos	12º ano	Estudante	Desempregada	Solteira	1	6 anos	7 anos
19	Cabo-verdiana	29 anos	12º ano	Assistente de Bordo	Logista/ Estudante	União de facto	1	4 anos	8 anos
20	Cabo-verdiana	27 anos	12º ano	Estudante	Logista/ Estudante	Solteira	1	5 anos	8 anos
21	Ucraniana	35 anos	Licenciada	Professora	Desempregada	Divorciada	1	5 anos	11 anos
22	Ucraniana	49 anos	12º ano	Administrativa	Desempregada	Divorciada	1	9 anos	10 anos
23	Ucraniana	39 anos	12º ano	Administrativa	Desempregada	Casada	1	5 anos	10 anos
24	Ucraniana	32 anos	Licenciada	Médica	Médica	Casada	1	4 anos	5 anos
25	Ucraniana	38 anos	Bacharelato	Vendedora	Cabeleireira	Casada	2(1)	4 anos	10 anos
26	Ucraniana	35 anos	Licenciada	Desempregada	Empregada doméstica	Casada	2(1)	10 anos	10 anos
27	Ucraniana	28 anos	12º ano	Estudante	Empregada doméstica	Casada	1	9 anos	10 anos
28	Ucraniana	30 anos	Bacharelato	Cozinheira	Empregada doméstica	Casada	2(2)	5 e 2 anos	9 anos
29	Ucraniana	31 anos	Licenciatura	Desempregada	Desempregada	Casada	2(1)	8 anos	11 anos
30	Ucraniana	39 anos	12º ano	Desempregada	Empregada doméstica	Casada	1	8 anos	10 anos

4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Tal como mencionado no capítulo 4 foi utilizado como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada. O protocolo de entrevista utilizado para este estudo compreende quatro tópicos que estão diretamente associados às nossas questões investigativas:

- 1) História de vida (ênfase na caracterização sociodemográfica das participantes, história do processo migratório, questões relacionadas com o *self*, com as relações de intimidade e familiares, com experiência de discriminação étnica e ou sexual e com o contexto cultural assim como a história da vitimação atual associada ao fenómeno migratório);
- 2) Estado de saúde e recurso aos serviços de saúde (e.g., conhecimentos, opiniões, noções e ideias sobre a saúde e doença, a autoavaliação de saúde, a importância de ter saúde e preocupações face à saúde, recursos utilizados, tratamentos, barreiras e dificuldades ao nível da utilização dos serviços de saúde);
- 3) Vivências durante a gravidez e respetiva maternidade (explorando hábitos e estilos de vida, estado de saúde, os cuidados de saúde durante este período) e
- 4) Prevenção e ação social no âmbito da saúde (questionamento das medidas indispensáveis para a melhoria das condições de vida das mulheres imigrantes nos contextos de saúde).

O guião incluía um conjunto de temas abertos e muito gerais, não pressupondo sequer uma ordem preestabelecida. Esta situação permitiu que, muitas vezes, a conversa se iniciasse por certos assuntos, e que fosse fluindo livremente.

A última parte da entrevista procurou constituir-se como um momento reflexivo, de empoderamento (pessoal, interpessoal e social/política) (Morrow & Hawxhurst, 1998), de promoção de liderança transformativa, promoção de autonomia por via da conscientização dos seus direitos a nível dos cuidados de saúde levando a uma definição das suas próprias agendas e controle pessoal (Leon, 2000). Neste sentido, as entrevistas funcionaram não só como espaços de questionamento, mas sobretudo de conscientização, de educação e de emancipação.

De ressaltar que estas entrevistas tiveram ainda a intenção de abrir pistas de reflexão, alargar os horizontes de leitura, tomar consciência das dimensões e das particularidades associadas à imigração feminina a nível dos cuidados de saúde durante o período da gravidez sempre tendo em consideração que os dados recolhidos nas

entrevistas sobre questões relacionadas com sexo/género/etnia/nacionalidade/poder das (entre as) pessoas são dados construídos *a priori* e que resultam, na maior parte das vezes, em dados reconstruídos *a posteriori*, sobre os mesmos pressupostos de género e de todas as outras categorias identitárias.

5. PROCEDIMENTOS

Inicialmente, para definir melhor a problemática fizemos leituras e o levantamento de informação sobre organizações/instituições/entidades de carácter público e/ou privado cuja atuação se centrasse ou estivesse fortemente vinculada ao domínio da imigração em geral, e da imigração feminina em particular.

Estabelecemos contacto com algumas, nomeadamente com o Gabinete de Saúde do CNAI de Lisboa, com o Gabinete de Ação Social do CNAI do Porto, e com dirigentes de Associações de Imigrantes no Grande Porto (e.g., Associação Amizade, Associação Mais Brasil, Associação Pontos nos l's, Associação Cabo-verdiana, Kalina, Burbur), onde realizamos entrevistas exploratórias. Estas entrevistas permitiram “descobrir os aspetos a ter em conta e alargam ou retificam o campo de investigação das leituras” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 69), levando à delimitação do nosso campo de ação, a gravidez e a maternidade na mulher imigrante, e a um entrosar nos meandros da imigração feminina permitindo tomar contacto direto/indireto com as suas reais necessidades/problemáticas no domínio da saúde.

Deste modo, partindo das leituras efetuadas e das entrevistas realizadas construímos o protocolo de entrevista adotado neste estudo, que passou tal como é visível na Quadro 4 por diferentes fases.

Na construção deste guião de entrevista tentamos garantir a validade interna e externa. A nível interno tentamos que a apreensão dos fenómenos estivesse em conformidade com a realidade. Já a validação externa foi realizada de duas formas. Por um lado, foi consumada através da supervisão das orientadoras, discussão dos resultados com pares em reuniões regulares do projeto doutoral e discussão dos resultados preliminares com académicos/as qualificados/as em eventos e reuniões científicas. Por outro lado, após a construção do guião da entrevista, no sentido de proceder à sua validação externa, optou -se por proceder à realização de três entrevistas exploratórias, de forma a garantir que os instrumentos de colheita de dados se ajustassem, exatamente, ao que se pretendia estudar e de modo a verificar a clareza e precisão dos termos utilizados.

Quadro 4 - Fases de elaboração do Protocolo de Entrevista do Estudo 1

Fases Processuais	Procedimentos
1ª Fase	Fundamentação e definição do racional teórico do instrumento
	Pesquisas bibliográficas e revisão da literatura
	Realização de sessões de reflexão falada com profissionais que lidam com mulheres imigrantes (entrevistas exploratórias)
2ª Fase	Definição das dimensões teóricas
	Formatação gráfica do instrumento
3ª Fase	Revisão do instrumento pelas orientadoras
	Realização de entrevistas com 3 mulheres imigrantes para testar a mesma

De seguida, o passo para a escolha das potenciais entrevistadas passou pela apresentação do estudo a várias ONG's, Associações de Imigrantes do Grande Porto e a alguns contactos privilegiados que desenvolviam trabalho com estas comunidades de modo a solicitar a divulgação do Estudo.

A escolha do Grande Porto como contexto de investigação prendeu-se, por um lado, com questões de ordem financeira e prática e, por outro, por ser com um território onde pouca, senão nenhuma atenção tem sido dada às vulnerabilidades da população imigrante residente. Não olvidando que o Grande Porto possui cerca de 12,464 mulheres imigrantes residentes (SEF, 2011) pareceu-nos de todo pertinente tornar visível esta realidade.

No primeiro contacto, todas as entrevistadas foram devidamente informadas dos objetivos e finalidade do estudo, e foram consideradas e respeitadas, as normas éticas e deontológicas que necessariamente fazem parte da elaboração de um estudo de investigação - consentimento informado, confidencialidade, privacidade e responsabilidade (Shaw, 2003) pela divulgação das interpretações realizadas, assumindo a nossa não neutralidade. Este consentimento informado foi sempre formalizado pela assinatura da entrevistada/o e da entrevistadora, em dois documentos, ficando um na posse de cada participante e o outro com a investigadora.

No dia das entrevistas, foram novamente revalidados os propósitos do estudo, junto das/os participantes. Foi-lhes também, solicitada a possibilidade de gravar a entrevista, garantindo sempre a confidencialidade e o anonimato. Todas as entrevistadas acederam às solicitações tendo cada entrevista a duração média de 1h30. As entre-

vistas foram realizadas em Associações, no domicílio ou no local de trabalho das entrevistadas de acordo com as suas disponibilidades.

De ressaltar que foram tomados alguns cuidados metodológicos no decorrer da recolha de dados. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente pela mesma investigadora e num ambiente isolado e tranquilo. A condução das entrevistas obedeceu em simultâneo aos princípios da investigação feminista, nomeadamente ao balanceamento de poder e reflexividade (Neves & Nogueira, 2004, 2005) uma vez que se tinha clara consciência de que algumas das suas categorias identitárias (e.g., cultura, idade, nacionalidade, habilitações académicas) podiam criar ou levar a desigualdades estruturais. Ou seja, tal como Emília Pedro (1997) afirma foi usada uma, “Perspetiva que recusa a neutralidade da investigação e do investigador, que define os seus objetivos em termos políticos, sociais e culturais e que olha para a linguagem como prática social e ideológica e para a relação entre interlocutores como contextualizada por relações de poder, dominação e resistência institucionalmente constituídas” (p. 15).

As entrevistadas foram sempre esclarecidas, que em qualquer momento, poderiam retirar a sua participação no estudo. A condução da entrevista foi feita de modo informal, ou seja, não existiu a preocupação restrita de entrevistar todas as participantes da mesma maneira, nem na mesma situação, sendo que a entrevistadora intervinha na conversação de forma espontânea.

No final de cada sessão foram registadas as observações consideradas relevantes acerca da dinâmica e das interações dos participantes.

Todo este trabalho durou cerca de sete meses (de abril a novembro de 2011) e culminou na realização de trinta entrevistas, dez com mulheres brasileiras, dez com mulheres cabo-verdianas e dez com mulheres ucranianas, todas elas residentes no Grande Porto.

A amostra foi não probabilística e intencional uma vez que houve uma busca propositada de mulheres que vivenciam e/ou vivenciaram o fenómeno imigratório e simultaneamente a experiência de ser mãe em Portugal (Turato, 2005) e foi uma amostra por conveniência uma vez que as mulheres foram escolhidas por uma questão de facilidade de acesso (Quivy & Campenhoudt, 1998). Simultaneamente recorreremos à técnica de amostragem bola de neve uma vez que solicitávamos a cada participante que identificasse outras com as mesmas características para pudessem e quisessem participar no estudo. Foi também uma amostra gradual uma vez que a seleção

de participantes cessou quando atingimos a saturação teórica, ou seja, quando os dados recolhidos passaram a apresentar uma certa redundância e/ou repetição e quando as possíveis fontes de variação tinham sido exploradas (Ellsberg & Heise, 2005; Fontanella, Ricas & Turato, 2008). O ponto de saturação dependeu também do referencial teórico utilizado no estudo, dos objetivos estabelecidos, do grau de profundidade que nos propusemos atingir e do *timing* de realização da investigação (Flick, 2002).

De ressaltar que a nossa preocupação não residiu no tamanho da amostra, mas sim na tentativa de maximizar a pluridiscursividade e a sua variabilidade discursiva e de potenciar a diversidade interna desse grupo (Albarello *et al.*, 1997).

6. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Tendo como ponto de partida os objetivos e questões de investigação apresentadas, a partir da leitura do nosso *corpus* de análise, emergiram dois temas principais que se influenciam e informam: (1) Movimentações na Diáspora; e (2) Saúde Materna: facilidades e constrangimentos.

Por forma a possibilitar uma perspetiva mais global de organização dos dados, apresentamos inicialmente um roteiro para cada tema encontrado (cf. Quadro 5) uma vez que nos parece pertinente ter um guia orientador de leitura que nos permita ver como é que os temas informam e caracterizam de forma mais próxima a articulação dos diversos subtemas do nosso *corpus* de análise. Posteriormente, iremos debruçar-nos sobre cada tema e subtema em concreto, apresentando os dados que os informam e complexificando essa apresentação com uma leitura de género.

6.1. Movimentações na diáspora

Quando analisamos o nosso *corpus* de análise, verificamos que o tema Movimentações na Diáspora surge da interseção de dois grandes eixos que se entrecruzam e muitas vezes constroem ou facilitam a adaptação numa nova sociedade: o processo como se efetua a migração e o processo de “integração” em Portugal.

De modo a visualizar como se instrui esta interligação e de modo a localizar os discursos em quem os produz, tentando privilegiar a multitude de realidades destas mulheres, apresentamos alguns extratos das entrevistas realizadas devidamente identificados por números e pela respetiva nacionalidade da entrevistada, que surge, neste estudo, como a categoria de análise privilegiada.

Quadro 5 - Temas e subtemas do Estudo 1

Temas	Subtemas
Movimentações na Diáspora	Processo de Imigração
	Processo de Integração
Cuidados de Saúde Materna: facilidades e constrangimentos	Historial da Gravidez
	Acesso e frequência de utilização dos serviços e cuidados de saúde
	Recurso a serviços alternativos de saúde
	Apreciação dos serviços e cuidados recebidos
	O Parto
	Caracterização dos serviços de saúde dos países de origem comparativamente aos de Portugal
	Identificação de medidas para a resolução de problemas

Esta apresentação vai ser realizada não só com o intuito de fazer apenas uma simples reprodução das entrevistas mas de modo a possibilitar a descrição e análise do tema e respetivos subtemas em profundidade (Braun & Clarke, 2006).

a) Processo de Imigração

Uma das primeiras questões colocadas às participantes dizia respeito à decisão de imigrar para Portugal e às facilidades e/ou constrangimentos que encontraram no país. Esta questão inicial funcionou como quebra-gelo permitindo, por um lado, criar empatia deixando-as à vontade no decorrer de toda a entrevista mas também situá-las nas suas experiências vivenciais na sociedade portuguesa.

As participantes são mulheres que emigraram por via da reunificação familiar ou autonomamente, em busca de sonhos e numa procura de melhores condições de vida para si e para as suas famílias. Vêm para Portugal à procura de estabilidade seja ela económica, educacional, afetiva, pessoal e/ou familiar que lhes conceda uma melhor qualidade de vida, dados estes que vão de encontro às principais motivações da *feminização* das migrações (Miranda, 2009; Moreno-Jiménez & Rodríguez, 2012).

Verifica-se que se as que vieram autonomamente vêm numa tentativa de fuga à pobreza, ao desemprego, ou a problemas relacionais íntimos (e.g., violência doméstica, violação), procurando novas oportunidades laborais, educacionais e sociais, as que vieram por reunificação familiar vieram por amor e pela preservação da união familiar.

E4 – “vim praticamente fugida, deixei o meu filho assim, só com uma procuração para a minha mãe cuidar dele e até eu me estabilizar, ... a minha morte está decretada lá praticamente”(brasileira).

E17 – “Vim para cá para depois poder ingressar na faculdade”(cabo-verdiana).

E23 – “lá neste momento está muito difícil e cada pessoa procura vida melhor”(ucraniana).

Está patente um discurso uníssono a todas estas motivações elencadas que passa por uma fuga às desigualdades de género que continuam a pontuar as realidades de milhões de mulheres em todo o mundo (Hausmann, Tyson & Zahidi, 2012). Porém, entre as três nacionalidades existem discursos diferenciados. As brasileiras entrevistadas integraram mais facilmente um processo autónomo de imigração mostrando uma emancipação diferenciada contrariamente às ucranianas que vêm sobretudo através de um processo de reunificação familiar. Isto faz-nos desde logo refletir sobre os regimes políticos dos países de origem e das suas práticas educativas. De facto, a Ucrânia é marcada por uma história de domínios diferenciados ora pelos czares russos, pelos imperadores austro-húngaros, ora pelo domínio soviético. Até 1991 as/os ucranianos viveram tempos de opressão e domínio assente em ideologias de poder marcadas por um androcentrismo e patriarcado exacerbado comumente a uma situação económica debilitante que teve um impacto direto nas relações sociais. Por outro lado, o Brasil vive uma Nova República desde o início de 1985, com o fim da Ditadura Militar e início do processo de redemocratização, período que dura até a atualidade (Pires, 2007). Parece claro que estas nuances políticas influenciam o pensamento e modo *operandus* das populações ora marcado por ideologias de emancipação feminina ora por ideologias que continuam a levar as mulheres a exercerem os papéis sociais tradicionais de género (Samuels & Ross-Sheriff, 2008; UN, 2006).

Relativamente à escolha de Portugal como país recetor, denotam-se diferentes motivos que levaram a esta preferência. As brasileiras escolhem este país por inúmeras razões: maior familiaridade com portuguesas/es que vivem no Brasil, proximidade histórica entre os dois países (Padilla, 2006), pelo facto de a língua ser a mesma (fator facilitador de adaptação no país recetor) (Wall *et al.*, 2005a), pela imagem que lhes é criada através de pessoas conhecidas, pela comunicação social de emprego garantido (Pinho, 2007; Santos, 2007), e por amor.

E8 – “Eu tenho uma história muito comum. Aquilo foi uma história, um continho de fadas, foi uma história de amor”(brasileira).

As cabo-verdianas que estão à mais anos em Portugal decidiram vir por questões laborais muitas vezes assente nos seus familiares (e.g., companheiros, familiares diretas/os). As mulheres cabo-verdianas mais jovens, por outro lado, vêm à procura de oportunidades educativas e de formação pessoal às quais não tinham acesso no seu país, numa tentativa de fuga à pobreza, e/ou de modo a terminarem com uma submissão de género relativa aos seus pais e irmãos. Esta procura educativa, muito preconizada por mulheres que vêm autonomamente para Portugal é, sem dúvida, facilitada por acordos e bolsas de estudo estabelecidas entre os dois países. Denota-se que estas mulheres conceptualizavam, contrariamente às outras entrevistadas, o processo imigratório como um processo de longa duração.

As mulheres ucranianas vieram para Portugal fugindo da crise económica que assolava o seu país. Elegeram Portugal devido à imagem criada através de informações de familiares, amigas/os e/ou conhecidas/os sobre as diferenças salariais, nível de vida, pela possibilidade de desempenharem funções indiferenciadas para as quais não necessitavam de dominar a língua portuguesa (Wall *et al.*, 2005b) bem como de modo a romperem com normas sociais de género em que viviam, muito vincadas por um androcentrismo exasperado.

E21 – “quando cheguei cá a Portugal as pessoas são diferentes muito mais abertas, as pessoas da Rússia são fantásticas mas mais fechadas” (ucraniana).

De facto, as condições socioeconómicas associadas a um alto índice de desemprego na Ucrânia levou a que os seus maridos e/ou pais imigrassem em busca de um novo emprego, que embora desqualificado lhes conferia um ordenado condigno.

E22 – “Primeira o meu marido, depois eu. Lá não tem trabalho” (ucraniana).

Verificamos que muitas das participantes que vieram por reunificação familiar não tiveram um papel ativo na decisão de imigrar, vieram porque os seus maridos/companheiros assim o decidiram. Vemos que continua claro a mulher em segundo plano no campo decisório, a mulher continua a agir sem autoafirmação, como “dependentes passivas” (Morokvasic, 1984) respeitando as conceções tradicionais de feminilidade (e.g., subalternidade feminina, sacrificadora, submissa) (Amâncio, 1994).

E2 – “eu sofri em termos de distância da família, dos amigos” (brasileira).

Exibem discursos “genderizados” sobre o amor, assentes não só numa ideia de amor romântico, que na perspetiva de Giddens (1992/2001), é um amor assimétrico quanto ao poder partilhado e que se pauta por ser mais passivo, conquistável, para sempre,

único e exclusivo. Deste modo estas mulheres vão mostrando condutas assentes nos papéis tradicionais de género e na ausência de conhecimento sobre os seus direitos e deveres, o que vai potenciando uma maior discriminação e submissão das mulheres imigrantes (Topa, 2009).

Contudo, em ambas as tipologias de imigração: reunificação familiar ou autónoma, a adaptação ao novo país recetor passou por inúmeras dificuldades e constrangimentos que permitissem uma adaptação plena e efetiva em diversos domínios da sociedade.

b) Processo de Integração

Todas as participantes tinham grandes expectativas quando vieram para Portugal, expectativas estas que eram sustentadas por informações quase sempre imprecisas e vagas, de algum/a conhecido/a, parente que já residia em Portugal ou pela informação que lhes chegava através comunicação social. Contudo, à medida que se foram “integrando” no país recetor, principalmente no que concerne à sua integração no mercado de trabalho estas expectativas foram-se desmoronando.

Algumas entrevistadas ressaltam que a vinda para Portugal acarretou algumas vantagens. Por exemplo, as mulheres brasileiras e ucranianas enunciam a melhoria de qualidade de vida e segurança como uma mais-valia clara.

E3 – “por exemplo, a liberdade, o conseguir ter as suas coisas organizadas, eu acho que a gente consegue uma organização financeira melhor cá” (brasileira).

E24 – “Aqui para a nossa família é mais tranquila, o meu marido tem trabalho desde que chegou, sempre ganhou bem, temos outra perspetiva” (ucraniana).

As mulheres cabo-verdianas referem a possibilidade que Portugal lhes deu para continuarem a investir nas suas habilitações através da atribuição de bolsas de estudo.

E16 – “Eu tive numa escola que tinha bolsa mas nunca tive bolsa do meu país, as bolsas todas que eu tive foi daqui” (cabo-verdiana).

Mas, por outro lado, o contacto com a sociedade recetora levou a que fossem confrontadas com inúmeros constrangimentos e dificuldades que se complexificam, em grande medida, uma “integração” efetiva. Estes constrangimentos remontam não só a questões culturais, às diferenças climatéricas, à falta que sentem da família alargada mas também no que concerne a dificuldades linguísticas, bem como a nível da sua integração profissional.

E1 – “Nestes 9 anos quase 10 geralmente não temos contrato de trabalho,..um início de vida muito complicado andar de galho em galho acabando deixando nos estar e sem contrato sem descontos sem nada.” (brasileira).

E3 – “Eu eu sinto falta da alegria do povo, do calor, da convivência” (brasileira).

E9 – “dificuldade em comprar coisasnão pode ser um fiador brasileiro, mesmo que ele esteja cá legal, tem de ser um fiador português”(brasileira).

E15 – “Era tudo muito estranho, o clima e tudo!” (cabo-verdiana).

E24 – “Para mim foi a língua porque é uma língua totalmente diferente, nunca tinha ouvido” (ucraniana).

Denota-se pelos seus discursos que se a vinda para Portugal acentuou uma valorização profissional e educacional acrescida, à medida que os anos foram passando e as experiências sucedendo, a evolução em termos laborais foi no sentido de uma regressão, não só em termos de impelir as imigrantes para setores menos atrativos do mercado de trabalho bem como pela ausência de um reconhecimento das competências de muitas mulheres. De facto, mesmo as que tinham habilitações académicas superiores e que vinham com expectativas muito elevadas de grandes ordenados e de uma melhoria substancial de qualidade de vida ficaram desiludidas tendo de se dedicar a outras profissões para conseguirem sobreviver.

E4 – “Eu fiz o curso superior de nutrição e dietética e fiz o curso de gestão empresarial, mas ... eu estou aqui trabalhando na restauração” (brasileira).

E25 – “Lá era vendedora, tenho curso bacharelato de vendedora económica, agora, depois o último ano trabalhei já no salão, alterne” (ucraniana).

Somente duas das entrevistadas exercem as atividades para as quais se formaram e especializaram nos países de origem.

E24 – “a trabalhar cá no centro hospitalar do Porto, como interna” (ucraniana).

Como vemos, a maioria das participantes sofreram perda de *status* social quando emigraram para Portugal uma vez que se inseriram em ocupações, socialmente abaixo das que exerciam no seu país de origem, muitas delas em economias laborais subterrâneas (LLácer *et al.*, 2007) e paralelas.

Algumas que se reviam como mulheres lutadoras, mulheres de poder, que desempenhavam lugares honrosos nas suas terras natal e que tinham um estatuto inve-

jável na sociedade onde se encontravam inseridas agora menosprezam-se, sentem que é humilhante e algumas vezes indigno o que têm de fazer para sobreviver. Esta desvalorização pessoal e este sentimento de menor valia, que implica um grande esforço físico e psíquico, aliado a uma situação de trabalho rotineira e monótona, sem qualquer tipo de exigência intelectual, trás consequências visíveis. Muitas destas mulheres são infelizes no trabalho que executam porque não o conceptualizam como um trabalho real, nem o veem como uma possibilidade de construir uma carreira profissional. Todas elas conceptualizam as funções que executam como algo temporário, que vão fazendo para garantir a sobrevivência pessoal e das suas famílias mas sempre assente na esperança de um reconhecimento futuro que possibilite o exercício das profissões para as quais estudaram e se especializaram. Esta situação, se por um lado levanta o risco de aparecimento de sintomatologia desadaptativa com manifestações de índole depressiva e emocional (e.g., tristeza, choro, culpa) (Lazear *et al.*, 2008; Padilla & Miguel, 2009) leva, por outro lado, à criação de espaços com formas alternativas de existência feminina, tais como a valorização das conexões relacionais, da intimidade e da afetividade (Giddens, 1996).

A maioria das brasileiras entrevistadas indicou ser trabalhadoras por conta de outrem e trabalhadoras do setor terciário, desempenhando funções predominantemente na restauração e no atendimento ao público, dados coincidentes com os últimos dados dos Censos 2001 (INE, 2001), bem como em áreas de entretenimento.

As participantes cabo-verdianas tendem a desempenhar profissões pouco qualificadas, principalmente na área dos serviços e comércio, no ramo da restauração e alojamento e a nível de trabalhos domésticos (INE, 2001) sujeitas a uma maior exploração laboral no que concerne ao número de horas que trabalham e às condições em que este trabalho é preconizado.

E11 – “Para dar-me o contrato punha lá como ganhava o ordenado mínimo nacional mas só recebia 400€” (cabo-verdiana).

Todavia, para algumas delas mulheres a imigração propiciou uma ascensão social face ao trabalho que executavam em Cabo Verde e às renumerações que lá obtinham possibilitando-lhes novas experiências de vida.

E13 – “já trabalhei, já fui passar férias duas vezes!” (cabo-verdiana).

Se analisarmos a inserção profissional das mulheres cabo-verdianas em termos da sua idade denota-se que tal como as mulheres brasileiras, as mulheres cabo-verdianas mais jovens têm associada uma imagem estereotipada de sensual e de

bem-dispostas sendo renegadas para trabalhos onde lidam com o público e onde podem “mostrar” o seu corpo (Miranda, 2009). Por outro lado, existe para as mulheres cabo-verdianas mais jovens uma visão pós-fordista do trabalho, mais assente nas relações laborais e para as mais velhas uma conceção pré-fordista de natureza capitalista muito associada a contextos históricos marcados pela escravatura (Collectivo loé, 2001 *as cited in* Moreno-Jiménez & Rodríguez, 2012) o que remete estas mulheres a situações de maior vulnerabilidade.

Verificamos que as mulheres cabo-verdianas mais velhas executam trabalhos, na sua maioria, em casas particulares como empregadas domésticas, onde apresentam remunerações abaixo do salário mínimo nacional e onde trabalham horas a fio lidando com situações de racismo subtil que vai deixando as suas marcas e estigmatizando (Miranda, 2009). Todavia, verificamos que apesar das condições precárias onde laboram, existe por parte destas mulheres uma maior acomodação face à situação laboral presente, evidenciando um menor nível de exigência e menor capacidade reivindicativa (Moreno-Jiménez & Rodríguez, 2012). De facto, parece que quando as desilusões se começam a acumular e o peso da vida se faz sentir, a capacidade de mudança diminui para estas mulheres, ao contrário do que se passa na juventude onde as mulheres olham a vida de forma menos negativa arriscando mais e conformando-se menos (Topa, 2009).

As mulheres de nacionalidade ucraniana, embora evidenciem a maior taxa de empregabilidade comparativamente às demais entrevistadas, desempenham predominantemente atividades domésticas, mostrando um decréscimo bastante vincado da sua posição social face ao país de origem. Todavia, apesar de estarem a exercer atividade como empregadas domésticas, executam funções diferenciadas da população cabo-verdiana (e.g., educação das crianças) assente nas suas altas qualificações académicas. Esta condição confere-lhes mais direitos laborais não só em termos contratuais, salariais bem como no tipo de tratamento que lhes é dado. Contudo, tal não invalida que pelas condições laborais (e.g., isolamento) a que muitas estão sujeitas durante vários anos, são mulheres que ainda não dominam convenientemente a língua portuguesa.

Como podemos ver as condições económicas dos países recetores e de origem, as desigualdades decorrentes e a estereotipia existente, facilitam o acesso das mulheres imigrantes a diferentes contextos domésticos de trabalho confinando-as um papel social marcado por uma invisibilidade (Miranda, 2009; UNFPA, 2006; Wall *et al.*, 2005a). De facto, o etnocentrismo laboral aparece relacionado não só com os estereótipos, atitudes e preferências das/os patroas e patrões bem como com as

características de força de trabalho das mulheres imigrantes (Parella, 2003 *as cited in* Moreno-Jiménez & Rodríguez, 2012).

Na verdade, a maioria das mulheres entrevistadas movimentam-se, tal como já referenciado na literatura (Gonclaves & Figueiredo, 2005; Santos, 2003; UNFPA, 2006; Wal *et al.*, 2005a) numa economia subterrânea informal acabando por ser amplamente absorvidas para trabalhos de natureza doméstica, por cuidados a terceiros, como por outras atividades ao nível da indústria do entretenimento, das limpezas industriais, e outras profissões na base da estrutura laboral, empregos estes precários, com salários exímios, com longas e intensas jornadas laborais, sem regalias sociais e sem condições laborais. A qualificação profissional das mulheres portuguesas e a sua inserção no mercado de trabalho propicia que as mulheres imigrantes se insiram como substitutas no mercado de trabalho doméstico feminino. Contudo, a necessidade de terem um contrato de trabalho que lhes permita viver, sobreviver e que ao mesmo tempo garanta a sua legalização no país leva a uma legitimação destas práticas no local de trabalho denotando-se uma incapacidade reivindicativa dos seus direitos. Esta posição é clara nos discursos das mulheres que se encontram em situação de desemprego. O aceder ao mundo de trabalho para exercer qualquer tipo de função vai permitir alcançar não só melhorias em termos económicos mas algum estatuto social, o que se constitui como uma via privilegiada para a integração social face à situação de crise económica que assola Portugal. Todavia, esta legitimação de práticas injustas, tal como é referido por Wal e colaboradoras (2005b), pode conduzir estas mulheres a situações de exclusão social que se explanam em diferentes áreas (Wall *et al.*, 2005b).

O emprego é para as participantes um suporte necessário, conferindo-lhe direitos e cidadania. Isto propicia que estas mulheres sejam reconfiguradas enquanto trabalhadoras volúveis e flexíveis com base no desenvolvimento das suas competências para corresponderem a um serviço emergente que lhes garanta empregabilidade (Stoer & Magalhães, 2002 *as cited in* Correia, 2004), o que se configura como um risco de exploração acrescido para estas mulheres.

A discriminação com que vão contactando e que ocorre não apenas no contexto laboral mas que se generaliza a vários contextos sociais é uma discriminação visivelmente interseccional. Ou seja, é uma discriminação que sofre oscilações tendo em consideração os diferentes ingredientes identitários destas mulheres, sendo-lhes atribuído um peso claramente diferenciável tal como já tinha sido referenciado por Crenshaw (1991, 2002).

Do universo de entrevistas realizadas à comunidade brasileira vemos que, tal como é referido por diferentes autoras/es (Diniz, 2004; Machado, 2007; Padilla, 2007a, 2007b), todas se confrontam com atitudes hostis e discriminatórias assente numa imagem estereotipada da mulher brasileira exótica e sensual (acentuada pelas novelas, os produtos comercializados e o turismo), como prostituta, como oportunista, como ladra de homens portugueses (sublinhada pela situação mediatizada das mães de Bragança), que se repercute no seu dia-a-dia.

E6 – “a menina não vai trabalhar hoje? Você já me levou e me foi buscar a algum lugar, para o senhor pensar que eu sou garota de programa?” (brasileira).

E4 – “você acha que é só servir ao balcão? as brasileiras procuram trabalho é para servir os homens” (brasileira).

Este tipo de discriminação, embora menos acentuada, é também patente na população cabo-verdiana e ucraniana. Estes dados podem ser explicados a nosso ver pelas representações sociais existentes na sociedade face às mulheres imigrantes, que segundo Catarina Sabino (2006) estão, a nível da imprensa portuguesa, maioritariamente relacionadas com o tráfico sexual de mulheres e/ou prostituição.

E24 – “O que eu acho é há pessoas que nos veem como prostitutas pelo facto de sermos estrangeiras e é nisto que às vezes sentimos uma certa discriminação” (ucraniana).

Estas mulheres sofrem discriminação baseada em questões de género, raciais, étnicas e de classe social nos mais variados contextos sociais.

E1 – “Sim por ser brasileira por ser mestiça negra é o costume... a família dele nunca aceitou tinham frases deste género: és a ovelha negra” (brasileira).

E1 – “somos sobrecarregadas relativamente aos homens e a outras mulheres que tenham outro cargo superior” (brasileira).

E17 – “Eu sinto que as pessoas incutiram na palavra preta um sentido pejorativo mesmo para ofender! toda a gente gosta de ser tratado pelo nome! (cabo-verdiana).

Mas também discriminação em função da sua idade e nacionalidade.

E8 – “a Chicco não contrata brasileiros, nem estrangeiros e nem pessoas que passem dos quarenta!” (brasileira).

Como vemos pelos discursos das participantes, o serem mulheres e imigrantes, a sua nacionalidade e à sua situação administrativa no país, coloca-as em situações de clara opressão que desrespeitam a sua dignidade, como se o ser imigrante lhes conferisse um estatuto de cidadãos de segunda categoria onde todas as conquistas e desafios são mais difíceis só pelo facto de não serem portuguesas.

E7 – “um senhor português falou assim ficasse no seu país, porque vocês vieram fazer aqui? e nós ali debaixo da chuva, cerca de oito/nove horas para pegar um documento!” (brasileira).

Estas situações levam-nas a redefinir a ideia preconcebida que traziam da população portuguesa e a tomar algumas estratégias de proteção que passam muitas vezes por negar a sua verdadeira nacionalidade, distanciando-se do seu endogrupo (Lewin, 1948/1997) com o receio de serem discriminadas.

E1 – “não sabiam que eu era brasileira porque eu falo português como quero (sotaque)” (brasileira).

E8 – “é um defeito eu colocar no meu curriculum que eu sou brasileira... mais vale estar calada para que ninguém perceba que eu sou brasileira (quando vê faltas de respeito em espaços públicos)” (brasileira).

Esta situação de afastamento ao grupo de pertença leva-as a assumirem muitos discursos que legitimam as representações sociais que a população portuguesa tem face às mulheres brasileiras.

E6 – “vem muita brasileira que vem para cá fazer prostituição” (brasileira).

E8 – “eles (brasileiras/os) só querem saber de usufruir dos benefícios... 70% são mulheres da noite, 20% vem porque tem uma vida medíocre no Brasil, então qualquer coisa que venha fazer aqui... vai fazer limpezas? Ou vai para os cafés? 10% olha ou vem com cargo ou vem em trabalho ou vem por amor” (brasileira).

E19 – “...estávamos a espera de um táxi para sair à noite para ir para ir para uma discoteca não é que chega um carro e pergunta quanto é que é ... às vezes confundem-nos com as brasileiras” (cabo-verdiana).

Deste modo, assimilando as normas e valores do contexto social onde vivem vão categorizando outras conterrâneas agindo sobre elas com preconceitos (Neto, 2008).

Este posicionamento de julgamento de características comuns como sendo inade-

quadas, responsabilizando algumas/alguns conterrâneas/os pela falta de aceitação manifestada pela sociedade, retira a força de resistência face a práticas discriminatórias, o que vai minando a sua integração em Portugal.

E6 – “a mulher brasileira lá é vista como prostituta e eu não tinha essa noção! Eu falei ah mas deve ser aquelas mulheres lá que têm cara de prostituta, eu não tenho cara de prostituta!” (brasileira).

Como vemos, algumas das participantes tentam não ser identificadas como estrangeiras, tentando-se distanciar do seu grupo de pertença para não serem discriminadas e/ou vão modificando os seus comportamentos de modo a serem respeitadas face ao contexto de exclusão a que se veem submetidas (Lewin, 1948/1997; Wal, 2009). Contudo, a categorização no interior do grupo (nós/elas) e o estatuto dado à imigrante leva a que mesmo na ausência de qualquer tipo de conflito, ocorram distinções e comportamentos de discriminação (Tajfel, 1970 *as cited in* Álvaro & Garrido, 2007).

Apenas uma das entrevistadas exhibe um discurso assente no respeito pela dignidade e pela opção de vida face às mulheres conterrâneas.

E7 – “ Apesar do que as minhas conterrâneas vieram fazer cá, não sendo bonito, há que respeitar. É tudo uma questão de respeito e educação. ...a brasileira é tida como menos reservada e tal preconceito é injusto porque não interfere na liberdade ou na privacidade de cada um. Há que respeitar!” (brasileira)

Contudo, apesar de muitas terem consciência destas práticas e situações discriminatórias injustas e injustificáveis, algumas não sabem muito bem definir se foi ou não uma discriminação, apenas sabem que foi uma situação que lhes causou algum tipo de constrangimento.

E11 – “Não nunca senti. Eu sei que as pessoas falam, comentam mas eu nunca me senti ofendida porque se nós sentirmos ofendidas só se não gostarmos da cor que temos e eu sou preta e adora a cor que tenho” (cabo-verdiana).

Denota-se que muitas destas mulheres desconhecem os seus direitos e a lei contra o racismo e xenofobismo o que muitas vezes leva-as a legitimar e aceitar práticas discriminatórias. Por outro lado, a noção de uma hegemonia patriarcal e de classe torna credível para estas mulheres a existência de uma superioridade masculina e/ou de classe o que as leva a consentirem a manutenção de práticas sociais e institucionais indevidas que vão contra os direitos humanos e contra a justiça social (Topa, 2009).

Se existem diferenças notórias no modo como são reconhecidas situações discriminatórias, o modo que estas mulheres adotam para lidar com os problemas e as discriminações é bastante diferenciado. Se umas negam qualquer tipo de discriminação, outras sentem-na mas evitam o confronto, não reagindo perante as situações.

E6 – “no início eu ficava sem reação quando estava à frente dessas situações e daí nesse dia eu saí de lá chorando” (brasileira).

E19 – “Sim não ligo porque se responder acaba por ser pior ignoro simplesmente” (cabo-verdiana).

Outras mulheres optam, como estratégia de defesa, por esclarecerem de imediato algumas dúvidas que podem desde logo propiciar atitudes discriminatórias.

E24 – “digo sempre sou casada com meu marido ucraniano e tenho uma filha” (ucraniana).

Contudo, ao longo do tempo, e pelo número de vezes que sofrem práticas discriminatórias, algumas vão reagindo de forma agressiva recorrendo a uma réplica de práticas discriminatórias não assentes na questão da nacionalidade mas sim na classe social de modo a fazerem valer os seus direitos.

E6 – “eu já criei uma proteção, então é assim, se alguém me trata mal eu reajo. Se precisar de falar que eu sou engenheira, que eu faço isto, para a pessoa se colocar no lugar dela, eu falo!” (brasileira).

Todavia, poucas são as entrevistadas que têm um discurso de resistência e agem legalmente contra as práticas discriminatórias que ocorrem efetivando queixas formais nos diversos contextos sociais.

E9 – “me faltou com o respeito e assim como qualquer cidadão, eu mereço respeito. Eu não lhe dou o direito de olhar para mim, da forma como olhou e muito menos de fazer comentários... anotei a placa do carro, anotei o nome que vinha no crachá dele, fui para a esquadra e apresentei uma queixa” (brasileira).

E15 – “...eu avisei a câmara, e fui à DECO” (cabo-verdiana).

Deste modo, verifica-se que a maioria das participantes deste estudo revela falta de informação sobre os seus direitos, sobre o modo como os podem reivindicar, ou por outro lado manifesta um claro constrangimento de apresentar queixas uma vez que pensa que o passar despercebida será a melhor ferramenta que poderá usar para fugir à discriminação.

6.2 Cuidados de Saúde Materna: facilidades e constrangimentos

Ao indagar as participantes deste estudo face aos cuidados materno-infantis recebidos em Portugal denota-se que a saúde materna é/foi limitada por diferentes fatores. Verifica-se que este tema surge claramente informado pelo tema anterior e por outros subtemas que se inter-relacionam: historial da gravidez; acesso e frequência de utilização dos serviços e cuidados de saúde; recursos a serviços alternativos de saúde; apreciação dos serviços e cuidados recebidos; o parto; caracterização dos serviços de saúde dos países de origem comparativamente aos de Portugal e identificação de medidas para a resolução de problemas, que vamos passar a apresentar.

a) *Historial da Gravidez*

Quando dirigimos o nosso olhar para um período muito particular da vida de mulheres imigrantes: a gravidez e a maternidade, vemos que os constrangimentos com os quais têm de lidar vão-se muitas vezes agudizando. Fruto do stresse associado à vivência da gravidez assim como de todas as dificuldades inerentes à condição de imigrante (Bollini *et al.*, 2009; Vieira, 2010), estas dificuldades vão-se expressando desde os cuidados pré-concecionais, ao nascimento das crianças e ao seu acompanhamento posterior.

Pelos discursos analisados é notório que poucas foram as participantes que fizeram um planeamento da sua gravidez e que tiveram consulta pré-concecional em Portugal. Ora por falta de informação, má compreensão do uso correto dos métodos contraceptivos (e.g., mulheres cabo-verdianas), ora por questões culturais, muitos foram os motivos enunciados para a ausência de planeamento familiar eficaz. Este dado vai de encontro ao estudo de Wolff e colaboradoras/es (2008) que revelam uma elevada proporção de gravidezes não desejadas em grupos imigrantes de vários países europeus.

E14 – “eu estava a tomar a pílula, só que eu nunca tinha tomado pílula e estava a tomar tudo ao contrário. Para mim era só abrir o frasco e tomar!” (cabo-verdiana).

E23 – “Não nenhuma das minhas filhas foi planeada” (ucraniana).

Este desconhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis e eficazes tem vindo ser indicado por vários estudos empíricos (Wolff *et al.*, 2008; Zhao *et al.*, 2002) levando-nos a conceptualizar que são mulheres com falta de informação sobre saúde sexual e reprodutiva o que potencia uma situação de maior risco (Dias *et al.*, 2009; Rademakers *et al.*, 2005).

Segundo a Direção Geral de Saúde¹⁴, as consultas de planeamento familiar constituem momentos privilegiados para a prestação de cuidados pré-concepcionais, com vista a uma futura gravidez. Nestas consultas está previsto discutir questões relativas ao uso dos contraceptivos e à sua interrupção, aos aspetos psicológicos, familiares, sociais e financeiros relacionados com a preparação da gravidez, o estado nutricional, hábitos alimentares e estilos de vida da mulher. Para além disso, visa determinar de forma sistemática o risco concepcional, em particular o risco genético, através da história reprodutiva, médica e familiar e os possíveis efeitos da gravidez sobre as condições médicas existentes, quer do ponto de vista materno quer fetal, introduzindo as modificações convenientes de acordo com os riscos identificados, com recurso aos cuidados diferenciados, sempre que necessário.

Todavia, mesmo sendo gratuitas as consultas de saúde materna e infantil em Portugal, a maioria das mulheres entrevistadas nunca fez estas consultas o que agrava consideravelmente os perigos de virem a desenvolver problemas de saúde tais como: infeções perinatais, mortalidade materna, perinatal e infantil, aumento das taxas de partos através de procedimentos cirúrgicos, prematuridade, baixo peso à nascença, maior taxa de incidência de doenças sexualmente transmissíveis (Bollini *et al.*, 2009; Ganann *et al.*, 2011; HCHC, 2003; UNFPA, 2006) e ao aparecimento de gravidezes não planeadas.

Deste modo, se o ter/cultivar a “saúde materna” consiste num estado de completo bem-estar físico, mental e social da mulher durante a gravidez muito assente pelo bom desenvolvimento de diferentes componentes o não receberem assistência pré-concepcional e pré-natal propicia um risco acrescido para o bom desenvolvimento e saúde da mãe e da criança.

Na verdade esta ausência de medicina preventiva não é apenas referenciada perante a situação de gravidez mas em toda e qualquer situação, principalmente no que concerne às mulheres brasileiras entrevistadas.

As mulheres cabo-verdianas e ucranianas participantes deste estudo fazem mais consultas de acompanhamento, rotina e prevenção enquanto as brasileiras recorrem em estado de emergência ou estado avançado de doença. Esta situação, tal como é descrito por algumas/alguns autoras/es (Dias *et al.*, 2010; Fonseca *et al.*, 2007; Gonçalves *et al.*, 2003) pode dever-se a diversos fatores: tempo de residência no país receptor, situação administrativa da imigrante, situação socioeconómica e/ou a fatores culturais (FRA, 2013; Torres-Cantero *et al.*, 2007).

14 c.f. <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?cn=551955436077AAAAAAAAAAAA&>

Ana Monteiro (2006) alega que um dos fatores explicativos da acessibilidade elevada das mulheres ucranianas, comparativamente a outros grupos de imigrantes em Portugal, pode ser explicado pelas suas elevadas qualificações académicas ou pelo seu elevado nível de literacia em saúde, que torna esta população imigrante mais apta a selecionar e utilizar os recursos disponíveis. Porém para as restantes, esta vigilância revela muitas vezes uma menor frequência de ida aos cuidados de saúde, um contacto tardio com os serviços, estando a sua utilização maioritariamente ligada à vigilância da gravidez, maternidade e/ou saúde infantil.

Para algumas das mulheres cabo-verdianas entrevistadas a gravidez é percebida como um estado natural, não necessitando de grande vigilância de saúde ideia esta que surge das suas experiências aquando das primeiras gravidezes no seu país de origem. O estilo da maternidade assenta, assim, em fatores culturais que englobam um sistema de valores representativo do que são as mulheres e do que são as/os filhas/os (Ayaz & Efe, 2008). Estas apresentam um maior número de filhas/os do que as mulheres brasileiras e ucranianas, facto que pode em parte ser explicado pela cultura, pelas diferenças de idade e tempo de residência em Portugal, assim como pela diferença de literacia para a saúde e expectativas de qualidade de vida.

Vemos que a sua bagagem cultural (e.g., papéis sociais de género, hábitos/ideias tradicionais, linguagem, padrões de comunicação, crenças) tem um efeito direto nos comportamentos em saúde, nas práticas de risco e na necessidade percebida de utilizar os serviços de saúde, o que vem corroborar dados de outros estudos nacionais e internacionais (Cruz, 2007; Dias *et al.*, 2009; HCHC, 2003; Wolff *et al.*, 2008).

Todavia, e apesar da ausência de planeamento as gravidezes, com exceção da jovem cabo-verdiana (E20), foram bem aceites. Esta jovem, estudante do ensino superior, dependente economicamente dependentes dos seus pais e/ou familiares próximos, entrou em desespero quando soube que estava grávida. A noção de uma confiança traída face ao esforço económico que a família estava a fazer, levou-a a fazer uma tentativa de suicídio.

E20 – “Na altura em que soube que estava grávida eu tratei de tudo isso, porque fiquei com medo da reação do meu pai” (cabo-verdiana).

Com contornos diferenciados vemos a situação da entrevistada E27, uma jovem ucraniana que tendo sido violada no seu país de origem engravidou e pela vergonha social sentida, pelo receio de a obrigariam a abortar e face à impunidade que o ofensor teve perante as autoridades, veio ter com o pai, já imigrante em Portugal para se refugiar e ter sua criança.

E27 – “fui violada na altura e eu decidi seguir em frente com a minha gravidez mesmo assim. Não consegui abortar, o bebé não tinha culpa. Eu sabia que se ficasse iam-me dizer que era para eu abortar” (ucraniana).

Vemos que, para algumas das mulheres entrevistadas, as vivências de gravidez foram sinónimo de um período de grande sofrimento e desespero.

Todavia, a maioria das entrevistadas mal teve a confirmação de que se encontrava grávida operou de imediato mudanças pessoais nomeadamente a nível do seu estilo de vida. Manifestam maiores cuidados tanto a nível alimentar como a nível do consumo tabágico, alcoólico e de drogas, evitando qualquer tipo de substância que pudesse ser maléfica para o desenvolvimento do feto. Por outro lado, manifestam uma grande preocupação com o seu corpo e com a sua aparência física.

E2 – “fazer caminhadas e tive cuidado com a alimentação, porque eu não queria engordar” (brasileira).

E18 – “Álcool e tabaco não uso mas tive de ter cuidado de não comer coisas que não passe pelo lume, saladas. Cortei pão porque estava a engordar muito” (cabo-verdiana).

E28 – “Sim. Eu sou fumadora mas do primeiro filho enjoei o tabaco e durante quase toda a gravidez não fumei mas depois comecei a fumar outra vez e do meu segundo filho fumava. O álcool, o café não” (ucraniana).

Depois de integrarem os contextos de saúde e de começarem a fazer a vigilância da sua gravidez, denota-se que a maioria esforçou-se em seguir todas as indicações da medicina ocidental, acreditando que esta lhes traria benefícios para o desenvolvimento das suas crianças.

E1 – “Segui sempre a medicação daqui nunca utilizei outro tipo de medicina” (brasileira).

Verificamos que a aceitação da gravidez e a adesão a todos os cuidados subsequentes foram facilitados quando as participantes sentiram o apoio da sua rede social, familiares e/ou amigas/os.

E7 – “Ele veio a todas as consultas pedindo licença ao seu patrão para sair e só falhou uma porque tinha viajado” (brasileira).

E25 – “Sim, sim, sim ele apoiou... la comigo ao médico e até normalmente quando eu estava grávida, ele deixava de fumar” (ucraniana).

O apoio das/dos familiares, amigas/os, vizinhas/os, instituições durante o período de gravidez surge assim como um fator protetor para elas e para os seus descendentes. De facto, tal como descrito na literatura (FRA, 2013; Grewal *et al.*, 2005), o fraco envolvimento e ajuda (e.g., transporte, tradução, dinheiro) que algumas participantes revelaram mostrou-se fulcral para não recorrerem precocemente a ajuda médica. Isto corrobora os resultados de Webster e colaboradoras/es (2000) que ao estudarem o suporte social durante a gravidez verificaram que as mulheres com baixo suporte social relatavam mais problemas de saúde, iniciavam o acompanhamento tardiamente e tinham depressão pós-parto com mais frequência.

De facto, a ausência de alguns familiares, tidos como eixos alicerçantes nas suas vidas, teve um impacto durante a gravidez, descrito com um aumento do sentimento de insegurança, desproteção e medo.

E7 – “Senti muito a falta da minha mãe. Apesar da minha sogra ter vindo e ter ficado 3 meses, como deverá imaginar, as afinidades são diferentes” (brasileira).

Outras referem que a falta de apoio dos pais no desempenho da sua função durante a fase da gravidez se deve a questões culturais, considerando que estes são fortemente influenciados pelas suas próprias experiências de socialização (Wong, 1999 *as cited in* Santiago, 2009).

E11 – “Não me acompanhou, somos africanos ele é muito maroto” (cabo-verdiana).

E21 – “Não. Ele achava que a mulher tinha que fazer tudo sozinha” (ucraniana).

Claro está que esta situação é complexificada no caso das mulheres que imigraram autonomamente e estão sozinhas em Portugal, podendo traduzir-se em elevados níveis de stresse (Ny, Plantin, Karlsson & Dykes, 2007) e depressão (Munk-Olsen *et al.*, 2006).

E1 – “Não foi sempre sozinha e em todas elas mesmo” (brasileira).

Outro dos grandes apoios referenciados, principalmente por parte da comunidade brasileira, foi a religião. Para estas mulheres as instituições religiosas desempenharam um papel de extrema importância no sentido de um apoio emocional, o que corrobora os resultados do estudo de Ramalho e Trovão (2010) de que ser crente e praticante implica uma fonte de apoio e/ou de resolução de problemas sociais por parte destas mulheres.

E1 – “quando eu comecei a passar por essa situação que recorri à igreja, ia muito à igreja... Não tinha ninguém a quem me agarrar” (brasileira).

Tal como referem Gomes e Catalão (2006), a maioria das/os imigrantes mantém a sua religião nos países recetores vendo nela uma oportunidade para se inserir na nova sociedade.

Outras recorreram ao estado português e a instituições de modo a suprimirem a falta de apoio familiar e/ou suprimirem necessidades económicas.

E14 – “Uma assistente social e eu fui lá falar, como nós os dois andávamos a estudar, tive ajuda porque nos arranjam a ama, isso foi bom!” (cabo-verdiana).

E20 – “tenho que agradecer à Universidade Portucalense ... Expliquei que tinha ficado grávida e não tinha como pagar os estudos ... ligaram e então tinha uma proposta para me fazer que era arranjava um trabalho na faculdade algumas horas em troca da propina e eu aceitei” (cabo-verdiana).

E22 – “A nossa casa ardeu depois a câmara deu-nos uma casa” (ucraniana).

E25 – “recebi lá dez sacos de presentes...Fraldas, biberões, livros” (ucraniana).

Para muitas tornou-se admirável o apoio emocional e/ou económica por parte de pessoas conhecidas que souberam das suas dificuldades e se prontificaram a ajudar.

E18 – “[colegas de casa] Ajudaram muito, rapazes, raparigas ... eu era como um princesa para eles, faziam tudo para mim!” (cabo-verdiana).

E27 – “A minha chefe ajudou-me..., acompanhava-me (consulta) mas elas perguntavam mas eu não sabia responder. Faziam as perguntas normais, não é? Por exemplo, se me fizessem um pergunta: “em que dia começou a sua menstruação?” eu não sabia responder! Dizia sim, não, mas... os colegas ajudavam.” (ucraniana).

Que, em alguns casos foi de tal ordem que levou a alguma suspeição das suas verdadeiras intenções.

E29 – “ela veio me visitar e trouxe-me roupas, toalhas e depois veio e eu estava muito assustada, eu fiquei agoniada, comecei a chorar, pensei se calhar quer roubar a minha filha” (ucraniana).

Os resultados do estudo enunciam uma clara falta de informação sobre o funcionamento dos serviços e sobre os seus direitos e deveres a nível da saúde bem como a

nível de outros serviços sociais. De modo a suprimirem essas dificuldades/necessidades, estas mulheres recorrem a múltiplas ferramentas: à internet, a amigas/os, a colegas de trabalho ou pessoas conhecidas que já viviam em Portugal e em última instância recorrem a entidades públicas (e.g., CNAI, CLAI) e a associações.

Principalmente para as brasileiras verifica-se que o conhecimento dos seus direitos a nível da saúde durante o período de gravidez veio através de amigos/as e da consulta à internet.

E21 – “Sim, se tenho algumas dúvidas eu consulto a internet” (ucraniana).

Isto denota claramente que o apoio dos diferentes agentes foi crucial numa etapa de vida onde claramente estas mulheres estavam mais vulneráveis e passaram por muitas necessidades de diferentes tipos. Estas mulheres demonstraram-se, de um modo geral, satisfeitas com o apoio recebido por parte da população portuguesa assim como dos organismos públicos aos quais se dirigiram durante este período.

De facto, foram vários os problemas sociais que assolaram as participantes durante o período gravítico e durante toda a maternidade.

As entrevistadas 1, 4 e 8, de nacionalidade brasileira manifestaram viver grandes problemas socioeconómicos. O ser mães solteiras remete-lhes toda a responsabilidade económica e parental da educação e cuidado das suas crianças o que as levou a passarem por muitas necessidades, privações e a fazerem grandes os sacrifícios que garantissem a sua subsistência principalmente a nível profissional. Deste modo, muitas foram renegadas a trabalhos em setores desregulados e segregados da economia onde a exploração estava bastante patente (Dias & Gonçalves, 2007).

E1 – “Eu estava a fazer de rececionista, era uma faz tudo, era polivalente, tinha de fazer tudo. Fazia muitas horas de trabalho, 13 horas de trabalho por dia de 2ª a 6ª. Era muito cansativo” (brasileira).

De facto, os baixos salários, as dificuldades habitacionais, os empregos precários e o isolamento social pareciam contribuir para este cenário de grande vulnerabilidade.

E4 – “Eu deixei de comprar o gás para comprar o remédio da minha filha” (brasileira).

E8 – “eu recebo o mínimo, acho que são duzentos e poucos euros. É desse que vivo, depois tem a pensão da Sofia” (brasileira).

E25 – “era uma casa muito pobre, ...eu nem conhecia alguns bichos que existia mes-

mo no mundo, aqueles bichos de pulgas que mordem e tudo... um período muito difícil para mim” (ucraniana).

A entrevistada 25 chegou mesmo a ser ameaçada de despedimento durante o período de gravidez.

E25 – “pior aspeto eu acho que durante a gravidez queria-me despedir (...) mas não consegui, não consegui porque tivemos os nossos direitos, (...) despediu-me logo depois de nascer a minha filha” (ucraniana).

As jovens cabo-verdianas que se encontravam a estudar em Portugal defrontaram-se com outro problema de extrema gravidade. A maioria destas jovens encontra-se em Portugal ao abrigo de protocolos educacionais entre os países de origem e o país recetor. Vêm para cá com bolsas de estudo para as quais têm certas responsabilidades (e.g., aproveitamento escolar). Numa situação de gravidez, a não frequência das aulas e o fraco rendimento escolar, trás grandes comprometimentos tanto a nível económico como a nível da sua regularização no país levando-as a ficar em situações de extrema vulnerabilidade.

Todavia outros problemas relacionais também surgiram durante a gravidez. A entrevistada 21 começou a ter alguns problemas no seu contexto familiar devido ao consumo de álcool do companheiro.

E21 – “A má recordação tem haver que ele começou a beber álcool, começou a beber muito e foi uma discussão muito acesa” (ucraniana).

No caso da entrevistada 1 a violência conjugal foi o cenário presente durante toda a gravidez. Os maus-tratos preconizados foram desde uma persuasão inicial para que a companheira abortasse até a maus tratos físicos e psicológicos recorrentes durante toda a gravidez.

E1 – “ Ele queria obrigar as médicas a abortar... ele atirava-me contra as coisas eu ficava toda roxa, ...ele proibia-me literalmente (ir à igreja) mesmo não tendo poder sobre mim porque eu não sou mulher dele, não sou nada, apenas carrego um filho dele na barriga ... as pessoas não sabem o que é a violência doméstica, não é partir coisas nem agredir ninguém a verdadeira violência que dói mesmo a que marca, feridas abertas e incuráveis, a violência psicológica e emocional é pior que existe e não só domesticamente falando”. (brasileira)

Este relato vai de encontro com inúmeros estudos que alegam que a gravidez é um período de alto risco para a violência na intimidade e que normalmente a violência

durante a gravidez é mais grave do que a praticada antes da gravidez (Dias & Gonçalves, 2007; Gross, 2008). Por outro lado, evidencia a manutenção de práticas religiosas que surge como um apoio à integração no país e como um recurso social de apoio (Gomes & Catalão, 2006).

A entrevistada 20 face a todos os condicionalismos inerentes à sua estadia em Portugal - o ter vindo para estudar, o não ter possibilidades económicas e estar a ser ajudada pelos irmãos - perante a notícia de gravidez fez uma tentativa de suicídio.

E20 - “Quando descobri quase ia cair a ponte de D. Luís porque é complicado porque no meu caso eu sou órfã desde os meus treze anos e vim estudar com o apoio dos meus irmãos mais velhos ...fiquei sem apoio e ninguém dava trabalho a uma mulher grávida estava sozinha foi muito complicado” (cabo-verdiana).

Apesar de todas as dificuldades, fruto da ajuda que teve da faculdade onde se encontrava a estudar e pelo facto de ter arranjado dois empregos a *part time* a entrevistada conseguiu ter condições socioeconómicas para ter a criança. Contudo, o conciliar o término da faculdade com dois trabalhos a *part time* levaram-na a pedir à sua irmã que reside em Cabo Verde que tome conta da sua filha.

E20 - “Eu vivia com ela até há um mês atrás teve que manda-la para Cabo Verde e está a ser muito difícil foram cinco anos de sacrifícios porque não é fácil ter uma criança aqui sem o apoio de ninguém com uma faculdade e com trabalho e ficamos de certa forma ficar prejudicadas aquilo que era o nosso objetivo que era estudar, formar e ir embora” (cabo-verdiana).

A situação abortiva da entrevistada 9 e 10 e o confronto com o diagnóstico de deficiência do seu filho por parte da entrevistada 1 foram outras, das muitas, situações problemáticas vivenciadas por estas mulheres.

E1 - “O médico a fazer a ecografia depois quando vai medir os membros nota que estes não estão a acompanhar então dá um salto porque nunca tinha visto tal coisa... O colega olhou para a ecografia e disse “tens de lhe dizer” e o médico disse a Sra. vai ter um filho deficiente” (brasileira).

Denota-se claramente que a vulnerabilidade a que as mulheres imigrantes estão expostas durante o período de gravidez agudiza-se no caso de mulheres que vieram autonomamente para Portugal, que não têm rede social de apoio e no caso das jovens estudantes que vieram para Portugal ao abrigo de protocolos de colaboração.

b) Acesso e frequência de utilização dos serviços e cuidados de saúde

Quando questionadas sobre o uso dos serviços de saúde, verificamos que face às dificuldades socioeconómicas que pontuam as suas vidas, as participantes recorreram ao SNS público. De facto, pelos rendimentos que auferem vêm-se impossibilitadas de recorrer ao sistema de saúde privado e de recorrer a consultas de especialidade, o que corrobora dados encontrados no estudo de Bárbara Bäckström (2009).

As participantes descrevem que a escolha preferencial de serviços de saúde recai nos Centros de Saúde da sua zona de residência e/ou o hospital de referência. Todavia, o primeiro acesso a estes serviços não foi fácil para algumas das entrevistadas. As participantes, independentemente da sua nacionalidade, alegam lidar com desigualdades e iniquidades na área da saúde o que se expressa em dificuldades em aceder e usar os serviços de saúde disponíveis (Blignault *et al.*, 2008; Fonseca & Silva, 2010). Segundo elas são inúmeras as barreiras que constroem a sua acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: barreiras legislativas, informativas, económicas, culturais e comunicacionais.

A principal e primeira barreira com a qual se deparam recai sobre a sua situação administrativa em Portugal. O não estar numa situação regularizada levou a que no primeiro acesso tivessem sido colocados vários entraves no sentido de conseguirem uma primeira consulta.

E1 – “No começo era um bocado assim e eu compreendo essas pessoas também era por causa da falta de documentos de residência” (brasileira).

Ou seja, mesmo estando grávidas confrontaram-se com problemas de aceder aos serviços devido à sua situação de irregularidade, o que vai contra os seus direitos bem explícitos na lei portuguesa face à acessibilidade (Despacho n.º 25.360/2001) e à gratuitidade dos serviços de mulheres imigrantes grávidas (Decreto-Lei n.º 173/2003). Perante estas situações, as participantes evidenciaram falta de informação sobre o modo como podiam contestar tal situação, mostrando um desconhecimento sobre quais as entidades onde poderiam realizar formalmente as suas queixas (e.g., Gabinete da/o Utente do centro de saúde ou do hospital, ACIDI). Isto alerta para o que já Camilleri mencionava em 1989 (*as cited in* Sousa, 2008) de que nem sempre a sinalética espalhada nos serviços de saúde, facilita a acessibilidade e o uso dos serviços e cuidados de saúde por parte da população imigrante. Ou seja, a sua literacia para e sobre a saúde é por vezes escassa (Carvalho, 2002; Fonseca *et al.*, 2005).

Outro problema que determinava a sua acessibilidade é a barreira linguística e comunicacional. Esta é apontada pela comunidade ucraniana entrevistada como a maior barreira sentida uma vez que o não dominarem a língua portuguesa impossibilita a compreensão de muitos procedimentos. Todavia, esta barreira foi também mencionada pelas mulheres cabo-verdianas pela dificuldade de compreensão de certas palavras e conceitos associados à medicina ocidental.

Outro dos resultados que apuramos é que na sua maioria as entrevistadas só recorrerem aos cuidados de saúde em situações limite, o que vai de encontro aos resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006.

E9 – “Só se estiver muito ruim, ou se é uma situação em que eu não consigo medir o que é que se passa comigo é que eu vou ao médico!” (brasileira).

E4 – “eles vão mais quando estão doentes, mas eu por enquanto não fui nenhum dia” (brasileira).

Verifica-se que mesmo na situação de gravidez o recurso aos cuidados de saúde foi feito tardiamente, situação que pode obviamente colocar a mãe e o feto em maior risco de saúde. Aliás os resultados indicam que muitas tiveram apenas o primeiro contacto com os sistemas de saúde nacionais aquando da gravidez.

E18 – “Quando descobri já estava quase com 4 meses” (cabo-verdiana).

E25 – “a cinco meses a primeira ...Porque não fui ao centro de saúde mais cedo não faço a mínima ideia, ...faltava informação” (ucraniana).

E26 – “A minha primeira consulta foi com 1 mês e segunda consulta foi com 7 meses” (ucraniana).

Dentro dos serviços, algumas consideraram que usufruíram de um bom serviço em termos de qualidade, realizando os exames recomendados pelo Ministério da Saúde.

E1 – “Eu fiz as 3 ecografias recomendadas” (brasileira).

E9 – “Eu fui no centro de saúde como é que eu fazia e tudo o mais, por acaso Barão do Corvo foi fantástico também” (brasileira).

Quanto à vacinação verifica-se que algumas das participantes têm as vacinas em dia mas que principalmente as mulheres cabo-verdianas só aderem à vacinação por imposição de terceiros.

A maioria teve acesso a um/uma médico/a de família no centro de saúde onde estava a ser seguida.

E2 – “É o médico da família há 30 anos e, como já tinha muita aproximação, acabou por me acolher muito bem” (brasileira).

E5 – “Sim. Foi uma coisa assim, que nós conseguimos. Na primeira semana que estávamos, aqui eu já consegui médica de família” (brasileira).

Apesar de terem médica/o de família verifica-se uma despersonalização e impessoalidade no tratamento da/o técnica/o. Ou seja, de forma geral estas mulheres não sabem o nome da/o profissional que lhes prestou e/ou ainda presta cuidados.

Todavia, para outras o direito de ter um/a médico/a de família não se efetivou.

E11 – “Não. Vou ao recurso mesmo a minha filha mais nova também não tem médico de família” (cabo-verdiana).

E19 – “Recusaram darem médico de família, como a minha inscrição era esporádica disseram que não tinha direito e entretanto tive que fazer barulho para ver se conseguia médico de família porque não estava disposta como estava grávida ter de ir a uma consulta dum médico de recurso” (cabo-verdiana).

Mais uma vez se denotam claras infrações e/ou desconhecimento à lei portuguesa que mais uma vez passam impunes por falta de informação das/os imigrantes.

c) Recurso a serviços opcionais de saúde

De salientar que estas mulheres optaram pela medicina institucionalmente recomendada, negando qualquer recurso à medicina alternativa,

E1 – “Não, eu por acaso tenho algum conhecimento de nutrição e homeopatia, mas não utilizo porque não tenho necessidade dessas coisas” (brasileira).

Contudo, verificam-se alguns discursos de suspeição da medicina e práticas ocidentais principalmente por parte de mulheres ucranianas.

E26 – “a médica disse-me que eu tinha que tomar uns comprimidos para não fica tão enjoada e eu disse: “não quero, porque vai fazer mal à criança” (ucraniana).

Verifica-se uma luta pessoal entre que posição tomar face às práticas de saúde. Muitas, apesar dos conflitos e discrepâncias que a medicina ocidental apresenta face

aquilo que conheciam, cumprem o que está estipulado no país recetor não querendo colocar-se em situação de risco.

d) Apreciação dos serviços e cuidados recebidos

As interações das imigrantes com as/os profissionais de saúde podem ser caracterizadas pela sua sensibilidade cultural, a responsabilidade e pelo respeito (Weerasinghe & Mitchell, 2007). Contudo, não raramente, as atitudes de alguns e algumas profissionais de saúde podem constituir uma barreira que pode ser determinante no uso dos serviços. Pelos discursos das participantes muitas vivenciaram situações desagradáveis fruto das pessoas com as quais contactaram,

E6 – “Eu passei muito. Muito preconceito no hospital público, principalmente. Tanto é que mal eu pude eu fiz um seguro de saúde, para começar a ser atendida num hospital particular ...você paga, você pode exigir!” (brasileira).

E8 – “centro de saúde, era uma coisa velha, ... tudo escuro, aquelas paredes cinzentas e aquela mulher grosseira, eu falei: socorro, me tirem daqui! Eu estou acostumada com pessoas que estendem a mão” (brasileira).

Todavia, a maioria das entrevistadas gostou do atendimento prestado durante o período de gravidez tanto a nível dos cuidados prestados a nível dos centros de saúde como a nível hospitalar.

E5 – “Todo o processo, o acompanhamento foi muito bom, não tenho queixas” (brasileira).

E17 – “Não, quando tinha uma situação de urgência ia à maternidade Júlio Dinis. Posso dizer que as grávidas lá são muito bem atendidas” (cabo-verdiana).

E24 – “Sim fiz tudo. Durante a gravidez não tive nenhum problema com o atendimento, não tinha na altura médico de família mas arranjam-me um médico de recurso e eles encaminharam para a maternidade” (ucraniana).

Apesar de no cômputo geral a percepção ser positiva, as mulheres cabo-verdianas consideram que existem locais culturalmente mais sensíveis e que prestam um melhor serviço às mulheres imigrantes.

E14 – “E deve dizer que fui mais bem cuidada lá do que mesmo na maternidade. Porque lá, tinha as pessoas mais atenciosas, falam contigo a explicar as coisas” (cabo-verdiana).

E17 – “Na maternidade do que propriamente no centro de saúde, aliás o meu médico disse-me assim: eu não percebo nada de crianças, vou-te encaminhar” (cabo-verdiana).

Vemos que existem certas particularidades no atendimento que se tornam cruciais para que a apreciação dos serviços seja positiva. Vejamos o caso da participante 26 que teve um tratamento bastante privilegiado pois foi atendida por um técnico de saúde que dominava a língua ucraniana.

E26 – “Eles disseram: não precisa porque temos um médico que fala russo e perguntaram-me a senhora fala russo? e eu disse que falava. Quando eu entrei no gabinete do médico, eu entrei e era um senhor que se chama Alexandre e era angolano, enorme e ele chegou e disse “bom dia” em russo, “em que a posso ajudar?”, falamos com ele.” (ucraniana).

As que passaram por experiências negativas elegem as/os administrativas/os e enfermeiras/os como aquelas/es que mais discriminam e que são menos atenciosas/os. Estes, tal como é descrito no estudo de Dias e Gonçalves (2007), evidenciam frequentemente um limitado conhecimento da legislação ou da sua aplicabilidade, que se traduz na exclusão das comunidades imigrantes do sistema de saúde.

E24 – “Nós quando vamos lá sejam os enfermeiros, administrativos não mostram interesse, nós somos quem temos que perguntar sobre vacinação, planeamento familiar, rastreios. Quem tem médico de família é mais ou menos fácil, é esclarecida quem não tem é como se fosse uma pessoa morta não sabem se está inscrita” (ucraniana).

E29 – “No centro de saúde em Avintes naquela altura era mesmo péssimo, sinceramente! Não tinha médica de família e eu falei que estava doente, mesmo muito mal e “você vai ter consulta daqui a um mês!, Chego outra vez e eles outra vez “ah só daqui a um mês, não temos médicos!” E eu estou grávida! Eu fui para a urgência no hospital de Gaia!” (ucraniana).

Principalmente no que concerne às mulheres brasileiras o contacto com os serviços de saúde é pautado por desconfiança e por uma perceção de fraca qualidade no que respeita aos cuidados de saúde prestados. Estas mulheres são confrontadas não raras as vezes com situações discriminatórias genderizadas e classicistas que evocam a ideia de uma gravidez por interesses secundários (e.g., regularização) sendo questionadas sobre a nacionalidade dos pais da criança.

E3 – “o pai é brasileiro ou português? eu falo português, em seguida perguntam a idade, é mais aí que eu sinto! Assim tipo para ver, se eu estou com um coroa, que tem dinheiro, não sei, se já é coisa da minha cabeça” (brasileira).

E4 – “acho que esta falta de confiança meio camuflada, uma desconfiança como se as mulheres engravidassem de propósito para conseguir a documentação” (brasileira).

Simultaneamente são confrontadas com questões sobre a atividade profissional que executam ou são confrontadas com insinuações que as remetem para a prática de prostituição.

E3 – “um dia estava com infecção urinária e ia no médico, aí a médica olha para mim, antes de me atender, estava lendo um jornal, assim sentada na mesa “está grávida” Eu disse: estou. Tem certeza? e eu disse: tenho e ela disse: ah não vai fazer como colegas suas que ficam aí roçando no joelho, e aparecem aqui grávidas em vez de falar a verdade” (brasileira).

E3 – “eu tenho um carocinho na mão, porque eu trabalho com massagens, essas coisas, trabalhei num hotel, então apanhei uma tendinite, por causa dos movimentos repetidos, a mulher foi super grossa no posto de saúde” (brasileira).

Ou seja, confrontam-se com experiências marcadas por uma linguagem desrespeitosa e comportamentos ofensivos de algumas e alguns profissionais de saúde, que no caso de uma das entrevistadas chegou mesmo a uma situação de assédio sexual.

E6 – “uma vez eu lembro que eu fui no médico, num dermatologista... lembro que estava com uma mancha no rosto e ele foi e veio colocou a mão na cintura, sabe, e eu saí nervosa” (brasileira).

Estes dados sublinham os resultados encontrados por Joana Miranda (2009) de que as brasileiras continuam a enfrentar a questão do assédio sexual e do preconceito da sociedade portuguesa, explanado aqui nos contextos de saúde primários.

Simultaneamente, confrontam-se com comportamentos discriminatórios por causa das diferenças linguísticas,

E8 – “a mulher olhava para mim e fingia que não entendia... e eu falei: boa tarde, eu vim tirar. A senhora veio... ah levantar uma ecografia? Eu falei para ela não vim levantar nada, eu vim tirar uma ecografia!” elas fazem de propósito” (brasileira).

A situação peculiar da entrevistada 1, que soube no término da sua gravidez que o seu filho tinha uma deficiência física, levou a que considerasse o atendimento recebido na altura da comunicação da notícia e da verificação do diagnóstico como inaceitável. Esta participante sentiu-se desumanizada em todo o processo.

E1 – “Era sempre gente a entrar e a sair e a trocar aquele rolo de tirar fotografias ao bebé... Eu nem chorava, nem via... acho que nem respirava, sei que a minha barriga já doía, já não aguentava mais o aparelho mas eles diziam para ter calma que iam tirar o máximo de fotos que conseguissem e vamos entrar em conferência pela internet e vamos descobrir o mais rápido possível para chegar a uma conclusão...Foi um choque” (brasileira).

A entrevistada 9, perante a situação de aborto espontâneo que teve, descreve o atendimento realizado como o momento mais cruel que viveu em Portugal.

E9 – “Não, não vou nada fazer assim, se estiver a perder não há nada que se faça! ... não adianta nada estar aqui a chorar! Enxuga lá essas lágrimas, que o choro aqui não resolve nada, aliás piora o seu estado!” (brasileira).

A insensibilidade do tratamento levou-a a insurgir-se verbalmente contra a médica,

E9 – “eu falei para ela doutora, eu não quero que a senhora me toque... se eu não estivesse grávida, a senhora não ia nem sequer duvidar do que a senhora está falando, porque eu voava para cima do seu pescoço, quero lá saber do seu diploma” (brasileira).

A entrevistada 10 perante uma necessidade de realizar um aborto por motivos de deficiência do feto sofreu imenso pelo atendimento preconizado pelas enfermeiras de serviço.

E10 – “quando dei entrada para o quarto por volta da meia-noite estava lá duas enfermeiras que me deram uns comprimidos porque eu já estava de cinco meses e fiz um parto normal... Eu tinha que fazer força que era para o feto sair mas não conseguia e estava a ter muitas dores e mesmo assim as enfermeiras gozavam, diziam que eu parecia estar a tomar banhos de sol no Brasil. A minha sorte depois de tanto sofrer foi que veio uma médica e ajudou para o bebé sair, foi um horror” (brasileira).

Há uma clara vulnerabilidade destas mulheres tomando, um qualquer problema comum (e.g., biológicos/fisiológicos), proporções ainda mais gravosas pelo facto de serem imigrantes.

Outras referem que alguns/mas profissionais tentam impor condutas e atitudes, que muitas vezes não são compreendidas e que podem até mesmo ser contraditórias aos seus hábitos e costumes. Isto tal como é descrito pela WHO (2003) pode levar a uma impressão negativa sobre o modo como foi vivenciada a experiência da gravidez e maternidade nos países recetores.

Relativamente às participantes cabo-verdianas se no contacto com a sociedade no geral expressam sentir atitudes de preconceito rácico resultante de uma característica fenotípica: a cor da pele, nos contextos de saúde não reconhecem essa discriminação. O mesmo acontece com as ucranianas. Estas não reconhecem nenhum tipo de discriminação nos contextos de saúde uma vez que se tentam adaptar ao sistema. Para as mulheres ucranianas não faz sentido querer impor os seus padrões aos outros, por isso assimilam a cultura vigente sem reclamações.

Isto leva a que, perante as situações discriminatórias, estas mulheres evidenciem estratégias de resolução de problemas diferenciadas. Umas ignoram simplesmente as situações tentando evitar qualquer tipo de retaliação futura,

E4 – “Eu procuro sozinha como se diz de um limão, fazer uma limonada! Isso aí, tento levar na boa, achar piada, ... não adianta bater de frente!” (brasileira).

E7 – “Eles bem mereceriam que eu fosse lá e fizesse uma reclamação. Mas o meu marido, acabou por me convencer a esquecer o assunto” (brasileira).

Mas outras confrontam-se verbalmente com as/os agentes da discriminação,

E9 – “a senhora não é pessoa para tratar nem animal o que fará de ser humano” (brasileira).

E19 – “Não eu e o meu companheiro fomos verbais ...ele começou a falar um pouco mais alto e queria falar com os superiores, o pessoal administrativo ficaram com medo e acabaram de telefonar para o centro de saúde de Faria Guimarães e disseram que podia ir para ali e então fui” (cabo-verdiana).

Denota-se claramente uma apatia comportamental de resistência direta para com a/o agente discriminatória/o não tendo sido realizada nenhuma queixa formal. A única coisa que propiciou foi o afastamento daquele serviço de saúde em particular e/ou um insurgimento verbal para com a pessoa em causa. Verifica-se que estas estratégias não propiciam mudanças efetivas mas vão sim legitimando a continuidade dessas mesmas práticas.

Quando se indagou se achavam que o atendimento prestado a uma grávida portuguesa diferia do atendimento prestado a uma grávida portuguesa as opiniões são também elas imbuídas de discursos interseccionais.

As mulheres brasileiras não consideram existir um atendimento diferenciado ao que é prestado à mulher grávida portuguesa, contudo referem ter assistido a algumas situações de clara distinção e discriminação de outras mulheres brasileiras não reagindo em sua defesa.

E1 – “Assisti, também na maternidade Júlio Dinis a um atendimento de urgência, inclusive as pessoas que estavam a fazer a discriminação em si não sabiam que eu era brasileira porque eu falo português como quero e eu estava ali sentada sossegada e a rapariga chegou a passar muito mal foi um bocado triste. Eu acho que ela devia estar com um aborto espontâneo, estava com algum sangramento, demorou um bocadinho pelo atendimento e depois quando ela conseguiu subir numa maca, as próprias enfermeiras e administrativas com comentários deste género, há tinha que ser brasileira porque brasileira é isso... Elas perguntaram pelo pai da criança, não sei se perguntaram de propósito e ela disse que o pai não podia vir porque estava com a mulher, as pessoas são sinceras de mais e deviam guardar para si” (brasileira).

Existe claramente uma tentativa de se distanciar do endogrupo com receio de sofrerem o mesmo tipo de tratamento.

As participantes cabo-verdianas enunciam claras situações em que se sentiram discriminadas,

E11 – “Tive que esperar um pouco por causa de uma senhora que estava ao lado que estava muito mal (portuguesa) e o médico pediu-me desculpa e disse para não me dar já a anestesia, para esperar um pouco. Infelizmente era tudo mentira porque soube que o médico foi fazer outro parto porque quis não porque estava mal, bom senti-me aliviada porque disse ao médico o que tinha a dizer e depois trataram-me como uma rainha” (cabo-verdiana).

E17 – “reclamavam comigo com as outras portuguesas que estavam lá não” (cabo-verdiana).

Estas experiências, reforçadas pelo mundo social onde estas mulheres se movimentam levam-nas a ter a noção de que existissem claras barreiras hierárquicas que subdividem e diferenciam as pessoas em cidadãs e cidadãos com diferentes categorias e consequentemente direitos diferenciados.

Quanto à atribuição do cheque dentista, por exemplo, poucas foram as mulheres entrevistadas que tiveram acesso a ele.

E16 – “Eu não sabia disso, nunca ouvi falar do cheque dentista” (cabo-verdiana).

E17 – “a gente não tem conhecimento sobre esse cheque, o meu médico de família não me avisou disso. Foi através de uma colega, pedi-lhe e ele passou-me e o bebé já tinha nascido quando fui então à clínica, disseram-me que já não dava, que tinha aspirado o prazo” (cabo-verdiana).

E24 – Não, eu não sabia a minha filha nunca teve” (ucraniana).

Pelas suas vivências dentro dos contextos de saúde estas mulheres evidenciam opiniões díspares face ao atendimento prestado por várias/os agentes que laboram no SNS.

Relativamente às/aos administrativas/os enunciam inúmeras críticas não só pela falta de atenção e paciência que exibem mas também pelo modo como as atendem e as tratam.

E1 – “a parte administrativa aqui em Portugal é muito complicada e falta muita formação de quem está a atender, não têm paciência nem disponibilidade” (brasileira).

E2 – “esse povo que trabalha no hospital público cresceu trabalhando ali, é um povo pequeno, é um povinho, que acha que tem o rei na barriga e não lembra que a pessoa já está fragilizada” (brasileira).

E15 – “Eu acho que muitas vezes, aqui em tantos lugares, tem muitas pessoas que não têm competência nenhuma mesmo” (cabo-verdiana).

E25 – “Eu acho que é mais ao nível da secretaria, até foi algumas vezes que fomos atendidos últimos do que outros” (ucraniana).

Quanto às/aos médicas/os, enfermeiras/os e voluntárias/os a opinião subdivide-se. Ora as experiências foram agradáveis e prazerosas, ora tiveram experiências negativas pela falta de humanismo e pela arrogância com que eram tratadas,

E2 – “Do meu médico de família, que era para onde eu ia, não tenho o que falar, acabou por me acolher muito bem” (brasileira).

E7 – “elas vinham e perguntavam se eu precisava de alguma coisa (voluntárias)” (brasileira).

E16 – “a minha médica e ela deu-me o seu telemóvel para qualquer problema para ligar diretamente para ela” (cabo-verdiana).

E17 – “achei o serviço de enfermagem horrível. Falta carinho às enfermeiras. A linguagem usada pelas enfermeiras era desadequada e desumana. Senti-me constrangida e evitei queixar-me das dores que senti. Ninguém te pergunta se te estás a sentir bem. Elas entram com atitude de quem vai cuidar 10 robôs e isso é muito complicado” (cabo-verdiana).

Este tratamento que consideram desadequado face a qualquer doente mas em especial face a uma mulher grávida constroem as suas ações levando muitas vezes a uma inibição de relatarem as suas necessidades e de solicitarem auxílio para tirarem dúvidas, informações ou até mesmo no sentido de solicitarem uma intervenção médica mais específica.

Contudo, e contrariamente as outras comunidades, a comunidade ucraniana considera que o atendimento prestado foi sempre o mais adequado,

E23 – “Sim, foram simpáticos e ajudar” (ucraniana).

E25 – “Sempre fui bem tratada, não me posso queixar” (ucraniana).

e) O Parto

Pelos relatos das participantes do estudo poucas foram as mulheres que foram encaminhadas para aulas de preparação para o parto, havendo claramente uma diferenciação da informação disponível e serviços disponibilizados às mulheres imigrantes. As mulheres cabo-verdianas não tiveram acesso a esta informação e relativamente às ucranianas e brasileiras poucas foram as que acederam ao serviço por falta de informação.

E9 – “fui seguida ali no Barão do Corvo, no centro de saúde, e me disseram para eu ir lá porque lá também tinha aulas de preparação para o parto, fantástico!” (brasileira).

E28 – “eu também assisti às aulas de pré-parto e gostei muito e mesmo a preparação da respiração ajudou-me mesmo muito” (ucraniana).

A situação de parto foi vivenciada como a etapa que trás piores recordações às entrevistadas. Ora pelo número de horas que estiveram em trabalho de parto, ora por considerarem negligente toda a forma como foram tratadas, levou a que em alguns casos achassem que estava a ser colocada em risco a sua vida e a vida das suas crianças,

E2 – “foram 30 horas de trabalho de parto. Fui internada numa quinta-feira e o parto foi provocado...tiraram-no com a ventosa... ficou machucado ... foi horrível! Ele parecia um “mongoloide”... acho que foram muito negligentes” (brasileira).

E7 – “28 horas de trabalho de parto desumano! Eu não tinha dilatação e deveria ter feito uma cesariana. Acabei forçada a ter um parto normal. No momento em que o meu filho Lucas nasceu, tiveram que chamar uma equipa para me reanimar porque as minhas tensões caíram até 0,5” (brasileira).

E19 – “tive que gritar...fui logo para o bloco” (cabo-verdiana).

E11 – “lam lá as senhoras enfermeiras e parteiras e como acharam que eu devia ter um parto normal e eu fiquei a sofrer das 10 horas da manhã até às 6 horas de terça-feira” (cabo-verdiana).

Noutras situações sentiram que a sua dignidade como mulheres, como cidadãs e parturientes estava em causa,

E8 – “...eu me senti uma boneca insuflável... porque ele enfiava o dedo por tudo quanto era lado, só que é assim, ela era tão boazinha comigo que eu não reclamei, ...eu naquela posição, insistente, horrorosa de frango assado, e aí a médica estava-me examinando quando chegaram três amigos, médicos, quer dizer eu nua, com as pernas todas abertas e eles todos contentes com aquele palco, ali do meu lado e ainda, ainda tinha um que dava umas espreitadelas, quer dizer, sabe, aquilo para mim, mas é aquele negócio eu não estou no meu país, eu tenho para quem acreditar, eu não sei dos meus direitos” (brasileira).

E17 – “Nisto eu ouço o médico a pedir à enfermeira chefe para contar o material, que eles contam o material em cada operação e ouço ela a dizer falta uma compressa senhor doutor, falta uma compressa” e nisto o médico diz assim: ai só pode estar dentro da doente, vamos ter que abrir” (cabo-verdiana).

Outras mencionaram a falta de apoio familiar por imposição das regras e normas hospitalares que lhes trouxe ainda mais ansiedade.

E7 – “Em Gaia, na altura, não deixavam os maridos entrar. Tive uma situação de ter ficado sem bateria no telemóvel, com o meu marido cá em baixo, e senti-me sozinha. Fiquei 28 horas em trabalho parto” (brasileira).

Para as participantes ucranianas, o desconhecimento de como se processava o parto e do que era necessário levar para o hospital foi algo que lhes causou grandes níveis de stresse,

E26 – “eu perguntava como funcionava aqui no hospital, porque na nossa terra, quando vem a mãe dar à luz a criança, ela não leva nada, nem roupa para ela, nem roupa para criança, nada! Eu perguntava mas as próprias portuguesas, elas não percebiam porque elas pensam que as coisas funcionam como aqui, como funcionam no estrangeiro, mas é diferente! Quando chegamos ao hospital, o meu marido teve que ir a correr buscar as coisas” (ucraniana).

O parto, sendo é um dos acontecimentos mais marcantes da vida de uma mulher e da sua família, ao ser vivenciado num ambiente desconhecido, cheio de aspetos burocráticos e normas de atuação diferenciados aos que são conhecidos despoleta medos e ansiedades (Kitzinger, 1978). Esta situação agrava-se quando as mulheres não tiveram acesso a aulas de preparação para o puerpério e que não efetuaram visita ao local onde seria realizado o procedimento.

E26 – “mandaram-me para a sala de partos e chegou o meu marido. É uma sala individual, uma cama bem confortável, a cadeira do meu marido era incrível, é daquelas que esticam, esticam... Ar condicionado, a música calma, eu disse ao meu marido: aqui é tudo muito estranho! Não percebo nada e ele calma, não vai acontecer nada” (ucraniana).

A falta de informação, o saber que na Ucrânia era necessário o pagamento de elevados montantes de dinheiro para um parto condigno e os problemas económicos surgiram como outra fonte de grande angústia para estas mulheres.

E29 – “e meu marido também estava preocupado com o que íamos pagar ... mas só dizia tu não te preocupes com o dinheiro, mas realmente nós não tínhamos grande possibilidade de estar ali no hospital tanto tempo e eu estava naquela preocupação” (ucraniana).

De facto, o parto ao decorrer num ambiente desconhecido, cheio de aspetos burocráticos e normas de atuação aos quais a grávida e família vão estar sujeitas criam ansiedade (Kitzinger, 1978) indo completamente contra as recomendações do *Family-Centred Maternity and Newborn Guidelines* (2000). Contudo, mesmo perante as angústias e o medo do desconhecido algumas imigrantes ucranianas consideram que se a pessoa se “portar bem” tudo corre bem, o que denota uma clara normalização comportamental à sociedade numa tentativa de adaptação radical ao modo de viver português, com a negação dos valores de origem numa tentativa constante de ser aceite e de se integrar.

E21 – “Não tudo depende da pessoa em si, ...se a pessoa porta-se bem vai ser tratada

muito bem. Respeitar normas da sociedade, ser positiva, olhar quanto ao futuro conforme a visão portuguesa, tentar integrar” (ucraniana).

Quanto aos cuidados recebidos no SNS o ter conhecimentos dentro dos serviços agilizou um melhor tratamento e cuidados diferenciados.

E7 – “Por acaso, uma das médicas que trabalhava lá era também médica do ginásio onde trabalho. Quando me perguntaram a profissão e o meu local de trabalho, verificaram que era professora no mesmo ginásio que ela, e a partir desse momento, senti um tratamento diferenciado para melhor.” (brasileira).

Todavia, no contexto privado a apreciação dos serviços e do atendimento prestado foi completamente diferenciada.

E3 – “Gostei, a médica foi fantástica mesmo! Se eu engravidar de novo, é com ela que eu quero fazer tudo direitinho e acho, não sei se tenho coragem de deixar de ter seguro de saúde, e atender só no hospital público, eu acho que isso não tenho coragem, por mais que é um gasto extra, mas eu faço questão, vou cortar noutras coisas” (brasileira).

f) Caracterização dos serviços de saúde dos países de origem comparativamente aos de Portugal

Quando fazem comparações entre os sistemas de saúde do país de origem e o português estas mulheres consideram que o SNS português é bastante bom.

Para a comunidade cabo-verdiana, por exemplo, as melhorias nos contextos de saúde são enormes. Consideram que é um sistema onde existem mais recursos humanos e técnicos que permitem o acesso a medicamentos, cuidados e tratamentos completamente diferenciados dos que tinham em Cabo Verde. Dias, Gama & Horta (2010) alertam para que, de facto, o grau de satisfação das populações imigrantes com o sistema de saúde é influenciado não só pelas suas expectativas quanto aos cuidados de saúde mas também pelas experiências anteriores no país de origem.

E12 – “Aqui é muito melhor! Olha, eu vivi em Cabo Verde 25 anos e nunca fiz uma análise. Não, não havia nada, nadinha.” (cabo-verdiana).

E16 – “Eu tenho a minha irmã que é médica em Cabo Verde e tenho péssima impressão do sistema de Cabo Verde” (cabo-verdiana).

E20 – “A nível de apoio da gravidez acho que foi excelente porque comparando com

o meu país não tem comparação ... Podes aqui fazer as análises, ecografias e não leva um cêntimo, lá em Cabo Verde pagas para fazer uma ecografia e se não tiveres dinheiro não fazes” (cabo-verdiana).

O mesmo acontece para as participantes ucranianas, que reconhecem que o sistema de saúde na Ucrânia tem grandes falhas que estão muito assentes na corrupção preconizada pelas/os técnicas/os,

E24 – “Noto uma diferença total. Nós ainda não temos este serviço nacional de saúde. Nós temos tipo medicina gratuita mas só teoricamente. (...) é gratuito mas a gente paga, isto é, é melhor pagar para sermos bem atendidos.” (ucraniana).

E25 – “todos os médicos estão à espera que nós metemos no bolso... é obrigatório quando vai para a maternidade sabe que tem de ter dinheiro no bolso, tem de pagar o sistema...” (ucraniana).

Para as ucranianas entrevistadas o SNS português é visionado como equitativo e igualitário. Contudo, algumas reconhecem mais competências técnica às/aos profissionais ucranianos,

E21 – “Há diferenças sim, nós lá tínhamos acesso ao dentista mas agora também já não é assim, há algumas diferenças muito pouco significativas, eu acho embora os médicos na Rússia são um bocadinho mais profissionais, agora já não sei dizer porque já estou habituada” (ucraniana).

Mesmo a nível da experiência do parto e pós-parto são salientadas algumas diferenças,

E23 – “Antes sim, na Ucrânia tive o tratamento diferente, o cordão umbilical, quando o bebé nasce aqui apertada e lá é diferente e o saco do bebé aqui tira e lá não tira” (ucraniana).

E26 – “Depois passados dois dias mandam embora, na minha terra só passado sete dias, quando os pontos caem e eles vêm que a mãe e a criança estão bem, depois mandam embora. Aqui é um bocado diferente, e quando estás sozinha e não tens ninguém, não foi fácil para mim” (ucraniana).

E28 – “lá as enfermeiras vão a casa até os bebés terem dois anos e cá temos que nos deslocar ao centro de saúde” (ucraniana).

Ou seja, consideram que face à falta de apoio social em Portugal por parte de instituições e/ou rede social de familiares e amigos/os o estar mais tempo no hospital seria uma vantagem.

Relativamente às mulheres brasileiras, estas consideram o sistema português bastante bom, principalmente a nível de uma maior celeridade do atendimento e pela atribuição de uma ou um médica/o de família e pelo acompanhamento que fazem em situações de maior vulnerabilidade.

E1 – “optei por ficar porque no Brasil tinha mais dificuldade de dar cuidados de saúde que necessita. Foi seguido por especialistas” (brasileira).

E2 – “Olha, até acho que é bastante mais eficaz do que no Brasil. Mas também, é assim, o sistema de saúde do Brasil mudou muito de há 9 anos para cá. Na minha época não existia o médico de família hoje existe” (brasileira).

E8 – “a saúde pública lá é uma miséria. Graças a Deus mesmo, eu não precisei, sempre tive seguro de saúde” (brasileira).

Contudo a entrevistada 7 considera que em ambos os países o SNS público funciona mal, “Acho que, tanto aqui como no Brasil, as condições de atendimento no Sistema Público de Saúde são precárias. Só quando tens dinheiro para ter um seguro de saúde que te assegure tratamento no sistema privado é que és tratado como tem de ser”.

O único serviço que consideram como de maior qualidade no Brasil são os cuidados dentários.

E7 – “Vou mais ao dentista no Brasil porque aqui é bem mais caro. Quando vou ao Brasil de 2 em 2 anos faço lá esta vigilância.” (brasileira).

De facto, as participantes brasileiras e cabo-verdianas alertam para que a área que descuram mais em Portugal é a medicina dentária pelo valor das consultas.

A nível das expectativas de voltar a ser mãe em Portugal denota-se que apesar de evidenciarem motivação para, a maioria por constrangimentos económicos, pelas condições laborais pautadas por grandes jornadas, aliado a não terem familiares na sociedade recetora para prestação de apoio informal, indispensável à conciliação entre a vida familiar e profissional (Abranches, 2008), bem como a influência das dificuldades por que passaram aquando do período de gravidez decide não o fazer.

E7 – “Eu hoje não tenho mais filhos porque não tenho condições económicas para tal” (brasileira).

E17 – “Não, não porque aqui como não tenho a minha mãe, não tenho os meus pais, não tenho aquela vida familiar que gostaria e é muito complicado. Arranjar creches aqui não é fácil! É muito complicado conciliar com o trabalho” (cabo-verdiana).

E26 – “Eu queria ter mais um filho, só que não é fácil a nível económico. É dar educação, no Porto tem mais infantários do estado, fica mais barato, aqui em Rio Tinto é muito difícil e pagar no privado é muito dinheiro, as coisas estão caríssimas, as roupas são muito caras” (ucraniana).

Contudo, algumas consideram que se engravidarem de novo e tiverem possibilidades económicas vão recorrer ao sistema de saúde privado,

E2 – “É assim, eu gostava...Não sei se faria novamente no S. João ou no sistema privado. Por negligência que eu sofri...Pelo facto de serem tantas horas de trabalho de parto, tantas horas a sofrer” (brasileira).

g) Identificação de medidas para a resolução de problemas

Quando lhes foi colocada a questão de que tipo de medidas preventivas e de ação social implementariam para potenciar um melhor acesso e atendimento das mulheres imigrantes no SNS, as participantes apontam como medida prioritária o combate à falta de informação não só sobre os seus direitos no âmbito da saúde, principalmente no concerne ao período de gravidez mas também relativa ao funcionamento do próprio SNS,

E1 – “Eu sinto que há pessoas que tem problemas a nível de saber como funciona o sistema de saúde porque por um lado já tem problemas suficientes e por outro lado também não tem formação nem tem capacidades de ir à procura de informação de saber dos direitos que tem” (brasileira).

E17 – “Informação, disponibilidade também. Há muita informação que nós não encontramos no centro de saúde, na maternidade alertam-nos para determinados por menores, como fazer com a gravidez, aliás há uma linha SOS na maternidade para ligar a qualquer hora” (cabo-verdiana).

E24 – “Sim, sim... na verdade é informação” (ucraniana).

Outra das suas sugestões passa pela melhoria das infraestruturas dos serviços de saúde, pelo alargamento do horário de funcionamento e por uma maior abrangência dos cuidados de saúde prestados em alguns serviços (e.g., pediatria, estomatologia).

Mencionam ainda a importância de melhorar o atendimento das/os profissionais que trabalham nestes contextos. De acordo com estas mulheres, muitos dos problemas relacionados com o acesso e utilização dos serviços de saúde estão ligados a uma insuficiente formação das/os profissionais da saúde para lidar com a diversidade

cultural e para responder de forma adequada às especificidades inerentes à condição de imigrante. As participantes defendem que principalmente as/os administrativas/os devem ser capacitadas/os a nível de formação humana e cívica para prestar cuidados de saúde que sejam culturalmente adaptados a diferentes comunidades, estratégia esta que segundo elas poderia aumentar a utilização dos serviços.

E7 – “Olha primeiro, respeito, acho que o respeito tem de ser igual para todo o mundo e querendo ou não eu acho que a nível de imigrante, o atendimento em qualquer setor, nós fomos aqui inicialmente na parte burocrática, a nível de resolver documentação, humilhados mesmo” (brasileira).

E21 – “Acho que não tem haver só com o imigrante, tem a ver com todos” (ucraniana).

Simultaneamente, alertam para a necessidade de se combater as representações sociais, preconceitos e atitudes discriminatórias que muitas vezes pontuam os cuidados prestados por diversos profissionais.

E1 – “o ser humano respeite o outro ser humano, antes de falar, falar sem preconceito, antes de falar pensar, claro que falta muito isso a todo ser humano não é só o atendimento de saúde é o ser humano mesmo no meio social” (brasileira).

Colocam também como uma prática, que poderia facilitar a sua integração nos sistemas de saúde, a existência de mediadoras/es e/ou profissionais imigrantes que prestassem auxílio a outras/os imigrantes considerando que estas/es teriam mais sensibilidade para lidar com as suas necessidades específicas e ajudariam a ultrapassar as barreiras da linguagem e comunicação.

E2 – “dentro do espaço do sistema de saúde tem médicos imigrantes destinados só aos imigrantes, também. Talvez os imigrantes se sentissem mais confortáveis, mais abertos, mais aptos” (brasileira).

E17 – “É assim, ter um médico nos serviços estrangeiros, por exemplo, porque a língua, no meu caso foi um constrangimento. Uma pessoa conseguir utilizar aqueles termos e se explicar é complicado!” (cabo-verdiana).

E26 – “Eu acho que, aqui tem alguns médicos que estudaram na antiga Rússia, podiam fazer um centro de apoio” (ucraniana).

A entrevistada 8 alerta para a necessidade dos serviços de saúde funcionarem como um dos primeiros locais de despiste de diferentes problemáticas pelas quais as mu-

lheres imigrantes podem passar e que podem comprometer o decurso harmonioso da sua gravidez (e.g., condições económicas, condições habitacionais, violência).

E8 – “As pessoas estão fora do país... eu acho devia ter! Não só para as imigrantes, mas eu acho que o psicológico... A gente não sabe se as pessoas grávidas... olha, não sabe se foi abusada, se está grávida porque quis ou porque ele quis... quais são as condições de sua casa” (brasileira).

E19 – “Eu acho por exemplo quando vêm que é uma mulher grávida imigrante poderiam ter uma lista das associações ou outras locais que apoiam as imigrantes neste caso grávidas porque eu tudo o que soube ...que se podia pedir rendimento social, no meu caso do abono de família foi através das minhas amigas e colegas que também na altura já tinham tido um bebé nas mesmas condições que eu mas nunca fui informada de nada disso” (cabo-verdiana).

Realçando que a falta de apoio social é uma grande agravante, o que as leva a propor centros de apoio à mulher imigrante grávida nos períodos pré e pós-parto.

E15 – “Acho que criava mais centros para ajudar, criava mais centros para ajudar mesmo para as próprias mulheres, para dar apoio, ajuda ou até para mulheres grávidas que na altura eu não tinha este apoio” (cabo-verdiana).

Estas mulheres conceptualizam que apesar de muito gratificante o período de gravidez e parto foi um período muito difícil de se vivenciar.

7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Para efeitos de atribuição de sentido e de problematização social passamos a analisar e a refletir os dados anteriormente apresentados, recorrendo à proposta Carla Willig (2003, 2008).

De ressaltar que a produção de conhecimento aqui executada é sempre um conhecimento situado (Haraway, 1988; Harding, 1996) e que a análise feita é necessariamente intersubjetiva e parcial pois, de facto, o significado de um texto é sempre indeterminado e aberto (Nogueira, 2001b). Os discursos são produtos e reflexos dos fatores sociais, económicos, políticos e das relações de poder (Nogueira, 2008; Parker, 1992) daí que a análise apresentada refere-se não só os discursos destas mulheres, ao enquadramento social que lhes está subjacente (Ruela, 2003) mas também ao posicionamento das investigadoras. Assim, assumimos que não existe claramente neutralidade, que o enviesamento produzido pela visão do mundo

e valores de quem produz não só existe, como é tido em consideração (Neves & Nogueira, 2005).

Deste modo, havendo um posicionamento epistemológico assente nos seus valores pessoais (Scheurich & McKenzie, 2005 *as cited in* Santos, 2009b), não ambicionámos a obtenção de consensos, nem tampouco determinismos, mas contribuir, através da nossa abordagem, para o alargamento das discussões em torno das nossas questões investigativas.

Assim, depois de uma leitura cuidadosa das transcrições das entrevistas e da análise temática realizada, identificamos duas construções discursivas no modo como as mulheres imigrantes se edificam no país recetor: o *“Silenciamento”* e o *“Conformismo com as práticas ocidentais de cuidado”* que passamos a apresentar.

No que diz respeito ao que designamos como uma construção discursiva de *“Silenciamento”*, esta parece estar presente em todas as participantes do estudo quando se indagavam as relações entre autóctones e imigrantes.

Mesmo possuindo diferentes categorias identitárias (e.g., nacionalidade, idade, nacionalidade, tempo de estadia em Portugal) que informam inevitavelmente os seus discursos, verifica-se que a sua movimentação no mundo social e nos contextos de saúde primária é pautada por um silenciamento. Este silenciamento é visível não só no modo como expressam as suas necessidades mas também no modo como reivindicam os seus direitos e lidam com situações que sabem ser claramente discriminatórias e injustas.

São vários os discursos com larga circulação social (hegemónicos) que dão origem a esta construção discursiva: os discursos de género, os discursos mediáticos, os discursos científicos e os discursos do Estado.

De facto, os discursos de género continuam bem presentes, “o ser mulher é socialmente pensado por forma a direcionar todos os comportamentos para uma única esfera de atividade, a esfera privada, a família” (Oliveira & Amâncio, 2002, p. 48) enquanto o homem é socializado por forma a exercer uma função de sustento e de garante da satisfação das necessidades da família (Oliveira & Amâncio, 2002). Estes discursos têm uma repercussão em diferentes domínios da vida destas mulheres, nomeadamente a nível da esfera laboral, íntima e social.

Por outro lado, os discursos mediáticos, veiculados sobretudo pela comunicação social continuam a reforçar estereótipos levando a opinião pública portuguesa a re-

forçar sentimentos de rejeição e xenofobia pela população imigrante (Rosário *et al.*, 2011). Assentes num pensamento colonial que remonta aos primórdios dos movimentos imigratórios para Portugal (Machado, 2006) esta categorização e estereotipagem é diferenciada tendo em conta as diferentes nacionalidades das imigrantes. Tal como refere Igor Machado (2006) existe uma organização simbólica das alteridades, nas quais os indivíduos de diferentes nacionalidades são hierarquizados de modo diferenciado na ideologia hegemónica portuguesa.

Estas relações de privilégio e de opressão que os discursos mediáticos vão perpetuando leva à continuidade de uma lógica simbólica de dominação (Oso & Catarino, 1997) por parte da população autóctone.

A ciência também contribui para esta construção discursiva. Tal como vimos na parte teórica deste trabalho, os estudos científicos têm menosprezado os estudos de género dentro dos estudos imigratórios continuando-se a estudar o fenómeno imigratório como se fosse um fenómeno neutro, claramente mascarado do ponto de vista masculina e homogeneizado para todas as mulheres imigrantes (Machado & Azevedo, 2009; Zlotnik, 2003).

Mesmo os estudos que interligam as questões da saúde com a imigração continuam a menosprezar as diferenças entre homens e mulheres e a heterogeneidade dentro do grupo mulheres. Ou seja, continuasse a não se ter em consideração o risco que as várias multitudes destas mulheres potenciam a nível das situações de desigualdade social (Neves, 2010a, 2010b; Nogueira, 2011; Oliveira, 2010) e a nível do seu estado de saúde (WHO, 2002).

Por outra instância se pensarmos no conceito de “integração”, este conceito embora surja como um importante princípio orientador das políticas nacionais dirigidas à população imigrante, conceptualiza que as sociedades nacionais têm sistemas centrais de valores aos quais as/os imigrantes terão de se adaptar. Isto confere obviamente uma responsabilidade unilateral ao outro, aquela/e que vem para cá (Dias & Dias, 2012). Este discurso do Estado é de facto baseado em perceções de uma diferença estrutural e constante, etnicizada da população imigrante (Machado, 2006) o que vai, conjuntamente com os discursos acima mencionados, reforçando as representações sociais e os estereótipos presentes na sociedade portuguesa e reforçando os posicionamentos das mulheres imigrantes.

Este posicionamento “silencioso” tem impacto não só na forma como estas mulheres orientam as suas ações, práticas e subjetividades (Willig, 2008) mas também no

modo como conceptualizam situações de mudança, empoderamento e de emancipação das mulheres imigrantes.

Principalmente naquelas que vieram por reunificação familiar para Portugal, o silenciamento está presente nas suas vivências relacionais. Estas mulheres imigraram por amor, pela preservação da união familiar, anulando muitas vezes o seu papel na decisão de emigrarem. É aqui visível um silenciamento em prol dos outros. O homem afirma-se e age e a mulher responde de acordo, indo de encontro às conceções tradicionais de feminilidade (Beauvoir, 1949/2009; Oliveira & Amâncio, 2002).

Mas, não só a nível dos motivos e tipologias de imigração diferenciada é visível esta construção discursiva. No processo de entrada no país, estas mulheres são confrontadas com inúmeras situações injustas e discriminatórias, principalmente no que concerne à sua inserção profissional. A maioria insere-se em ocupações tradicionalmente tipificadas como femininas (e.g., profissões relacionadas com o cuidado e bem-estar de outros) (Amâncio, 1994; Nogueira & Taveira, 2004). Esta ideia facilita o acesso das mulheres imigrantes aos contextos domésticos de trabalho confinando-as um papel social marcado por uma clara invisibilidade (Miranda, 2009; UNFPA, 2006). Contudo, se a maioria das mulheres entrevistadas descreve condições laborais precárias, com salários exímios, com longas e intensas jornadas laborais, com falta de formação e informação, revelam também que a necessidade de terem um contrato de trabalho que lhes permita viver, sobreviver e que ao mesmo tempo garanta a sua legalização no país leva à legitimação destas práticas no local de trabalho denotando-se uma clara passividade de reação face às mesmas e uma incapacidade reivindicativa dos seus direitos. Há mais uma vez um silenciamento das suas necessidades uma vez que conceptualizam que o emprego é um suporte necessário, que lhes confere direitos e cidadania. Isto propicia que estas mulheres sejam reconfiguradas enquanto trabalhadoras volúveis e flexíveis com base no desenvolvimento das suas competências para corresponderem a um serviço emergente que lhes garanta empregabilidade (Stoer & Magalhães, 2002 *as cited in* Correia, 2004), o que se configura como um risco de exploração acrescido para estas mulheres (Wall *et al.*, 2005b).

De facto, se em Portugal os direitos das mulheres estão ultrapassados no plano formal, continuam a existir fortes obstáculos à implementação prática e à difusão da consciência da igualdade entre os sexos (Amaral & Macedo, 2005) que é agravado nas situações de imigração. As mulheres na sociedade portuguesa continuam a estar sobrecarregadas, quer com o trabalho renumerado, quer com o trabalho doméstico não renumerado, abarcando duplas jornadas de trabalho o que leva à designada identidade de *supermulher* (Castro, 1997 *as cited in* Oliveira & Amâncio,

2002). De acordo com *The Global Gender Gap Report* (2012), as mulheres representam 69% da força do mercado de trabalho em Portugal sendo que a taxa de desemprego feminino ronda os 12% enquanto que a dos homens se situa nos 10% (Hausmann *et al.*, 2012). Dados do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social compiladas pela Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE) mostram que, em 2010, a remuneração média mensal base recebida por mulheres era de 802 euros e a dos homens de 978 euros, o que significa uma desigualdade salarial entre mulheres e homens de 18%. Outra desigualdade no mundo do trabalho pode ser vista nas taxas de desemprego à procura do 1º emprego que também é mais acentuada nas mulheres (53,7%) (INE, 2011). Deste modo, podemos afirmar que se existe uma desigualdade para as mulheres no mundo do trabalho, pautada pelos menores salários que auferem, vínculos laborais mais frágeis, bem como pelos obstáculos na entrada e ascensão no mundo laboral são acentuadas, esta situação acentua-se e problematiza-se ainda mais quando falamos de mulheres imigrantes (Abranches, 2007).

Isto vai de encontro ao que referem Dantas-Berger e Giffin (2011), as mulheres e principalmente as mulheres imigrantes são as principais prejudicadas pelas políticas macroeconómicas neoliberais, que asseguradas por discursos “genderizados” e etnicizados vão minando a integração destas mulheres disponibilizando-lhes poucas oportunidades para competir no mercado de trabalho.

Paralelamente, nesta inserção no mundo laboral e social são confrontadas com inúmeras práticas discriminatórias assentes em estereótipos e representações sociais da sociedade portuguesa (Amâncio, 1994). Os sistemas de dominação (e.g., racismo, colonialismo, etnocentrismo, sexismo, capitalismo) propiciam relações de poder, opressão e hierarquia, poder este que tem múltiplas formas de expressão: ora declarado e claro, ora encoberto e subtil. De facto, este diferencial de poder relembra a existência de um inequívoco sistema de hierarquização o qual pressupõe diferentes acessos e usos do poder e que tem a sua génese na desigualdade, na violência de género, de classe e de etnia, quer no seio da família, quer nas vivências na diáspora o que vai levando estas mulheres a remeterem-se a um segundo plano de importância, resultando num decréscimo da sua autoestima e num sentimento de desadequação.

Quando direcionamos o nosso olhar para os contextos de saúde materno-infantil verificamos que esta construção discursiva tem efeitos não só a nível da acessibilidade destas mulheres aos serviços de saúde, a nível da sua adesão às práticas de cuidado e ao modo como lidam com a discriminação que é preconizada sobre elas.

São mulheres que evitam a ida aos serviços de saúde. Mesmo numa situação de gravidez, só o fazem numa fase já tardia da gestação. Se para algumas isto deriva de questões culturais (e.g., cabo-verdianas) conceptualizando que a gravidez é um estado natural que não requer grandes cuidados, para outras é pelo receio de sofrerem práticas discriminatórias nos serviços e/ou pelos diferentes profissionais que as impede de aceder mais cedo aos contextos de saúde.

Quando recorrem aos serviços, estas mulheres são geralmente acompanhadas por alguma pessoa que para além do apoio social e linguístico lhes confere apoio e segurança na interligação com o outro. Contudo, neste contacto com os serviços e as/os técnicas estas mulheres não expressam muitas das suas necessidades com receio de práticas opressoras. De facto, raras são as vezes que tiram dúvidas e/ou pedem informação adicional com a/o clínico sobre os procedimentos relacionados com o seu comportamento sexual e reprodutivo, com o diagnóstico e/ou sobre os tratamentos a realizar.

Tal como nos refere Lechner (2012), estas mulheres carregam o peso das hegemonias – branca/o, europeia, científica, médica/o – sobre as suas experiências de vida e o peso da sua tradição cultural cabo-verdiana/brasileira/ucraniana na sua condição de mulher. Continua a existir uma diferença incomensurável entre um/a cidadão/ã nacional ou estrangeiro, um/a documentado/a ou indocumentado/a, entre ser migrante ou autóctone, analfabeta ou representante de um saber hegemónico. Daí que, sabendo que os contextos de saúde de saúde materno-infantil espelham as relações de desigualdade estrutural entre migrantes, autóctones e o Estado, o silenciamento, o não enunciar-se face a formas prevaletentes de poder, é a forma que estas mulheres encontram para tentarem passar impune à opressão.

Estas mulheres, como qualquer ser social, têm racionalidades próprias e comportamentos estratégicos que vão dando sentido às suas ações num contexto sempre em mudança e que embora sejam diferenciados culminam todos numa posição passiva e conformista.

A comunidade brasileira, por exemplo, quando está perante situações discriminatórias reage através de confrontos verbais de questionamento, contudo não conseguem que esses discursos se tornem oficializados em queixas formais contra o sistema social vigente, uma vez que muitas vezes não saem de discussões momentâneas como a/o agente que proporciona a discriminação. Por outro lado, evidenciam uma regulação conformista da sua posição na sociedade, assumindo os mesmos macro discursos que legitimam essas mesmas representações sociais, ou seja, conside-

ram que as atitudes e comportamentos das “outras” brasileiras que estão em Portugal (endogrupo) são em grande parte responsáveis pelas representações negativas que a população portuguesa tem.

Por outro lado, a maioria da comunidade cabo-verdiana e ucraniana entrevistada, apesar de vivenciar situações injustas, não reconhece essas situações como discriminatórias, o que as remete a um posicionamento de não ter não ter de reagir perante essas situações. De facto, a maioria numa tentativa de se integrar face aos ideais estabelecidos metaforicamente pela sociedade, recorrem frequentemente ao uso de um discurso regulador de não assumir qualquer discriminação, discurso este que é justificado por Foucault (2002) como uma negação da necessidade de resistência o que leva muitas vezes a assumir uma passividade face à ideologia dominante e que ele mesmo também um discurso de vigilância uma vez que automatiza e desindividualiza o poder que se exerce sobre o indivíduo (Foucault, 1975/2003).

Assim, a adoção maioritária de um discurso essencialista não possibilita mudanças efetivas naquilo que consideram ser pontos menos positivos dentro dos sistemas de saúde.

Por outro lado, algumas participantes tentam camuflar a sua identidade, tentando não ser identificadas como estrangeiras (e.g., disfarçando a pronúncia, não colocando dúvidas no SNS). Esta estratégia de tentar um certo distanciamento face ao seu grupo de pertença e/ou fazerem modificações comportamentais em prol da assimilação da cultura vigente leva a um discurso de clara vigilância. Este surge, tal como nos refere Foucault (1975/2003) numa atitude panótica de supervisão de práticas e comportamentos. Ou seja, estas mulheres passam a tentar verificar a correspondência de si mesmas a um modelo comumente aceites, que reforça quem se aproxima ou pune quem atravessa as suas fronteiras. Deste modo, passam a ser guardiãs de si mesmas no sentido de uma monitorização constante da sua movimentação no mundo social.

De facto, de acordo com Tajfel e Turner (1986), cada indivíduo procura uma identidade social positiva, baseada na comparação entre o seu grupo (imigrantes) com os outros (autóctones). Tendo em conta esta posição, e analisando a visão estereotipada de determinados traços comuns (Tajfel, 1981 *as cited in* Álvaro & Garrido, 2007) que algumas mulheres imigrantes referenciavam, verifica-se que estas vão categorizando outras/os conterrâneas/os agindo sobre elas com preconceitos. Estas avaliações, fruto de aprendizagem, demonstram uma assimilação de normas e valores do contexto social em que vivem, onde alguns grupos são mais valorizados do que outros (Neto,

2008; Nogueira, 2006). Como refere Conceição Nogueira (2006, p. 70), “os discursos da ideologia dominante podem ser de tal modo poderosos de forma a serem partilhados e reconstruídos no sentido da desigualdade”. Ou seja, algumas destas mulheres por não estarem satisfeitas com endogrupo adotam como estratégia o distanciamento ao seu grupo de pertença de modo a se juntarem ao pensamento dominante.

Em vez de se comprometerem com as modificações necessárias no seu grupo social, decidem e optam por se juntarem ao “outro” grupo, maioritário. Estas diferentes orientações têm como função clara proteger estas mulheres de uma perceção negativa do grupo dominante.

De facto, as entrevistadas conceptualizam que o seu estatuto de imigrante, a sua situação administrativa no país, a sua classe social, idade, etnia e o seu sexo lhes possibilitou o acesso a certas posições sociais e como tal não questionam as ideologias e o sistema, impedindo-as de encetar qualquer mudança social. Vão aceitando um determinado saber como válido, inquestionável e como intersubjetivamente vinculante. Deste modo, os seus discursos claramente “genderizados” e classicistas, vão legitimando a sua submissão pelo facto de serem imigrantes levando ou a uma não reivindicação dos seus direitos, ou a uma posição de maior resistência que não prevalece no tempo e que leva consequentemente a uma permanência neste tipo de situação, não capacitando nenhuma mudança efetiva.

Este silenciamento, o não questionar o sistema social das relações de género (Amâncio, 1994), de classe e de estatuto no país culmina numa posição normalizadora e conformista, onde os mecanismos de submissão e subjugação à norma social androcentrada, heterossexista e hegemónica são claros. Se isto lhes trás algum apaziguamento numa tentativa de uma regulação social e de evitamento da discriminação proporcionando mobilidade social e um relativo bem-estar psicológico, levando a uma falsa noção de “integração” no país recetor uma vez que está sempre subjacente uma penalização de si mesmas, por outro lado, não favorece o desenvolvimento de uma consciência de grupo que permita o reconhecimento da necessidade de realização de ações coletivas para fazer frente às situações de opressão que enfrentam (Wal, 2009), levando a um constrangimento de escolhas, restringindo os campos de atuação social, como se ser mulher, e posteriormente imigrante significasse não poder fugir a um destino de vitimação/discriminação (Neves, 2010a, 2010b) que se expressa nos cuidados de saúde durante a gravidez e maternidade.

Na realidade, verifica-se que este posicionamento pessoal de conformismo e submissão leva à não existência de uma necessidade de desconstrução e de movimen-

tos de contestação contra estes mecanismos de controlo social não dando espaço para a emancipação ou empoderamento destas mulheres. Vai sim reforçando tetos de vidro na integração da mulher imigrante na sociedade portuguesa, pelo fortalecimento que provoca nas barreiras invisíveis que vão constringendo as ações e a movimentação social das mesmas.

Deste modo, a construção discursiva “*Silenciamento*”, adotada pelas diferentes imigrantes entrevistadas, independentemente da sua nacionalidade, idade, nível de escolaridade e tempo de permanência no país sugere que, ao longo do tempo, não tem existido uma alteração nos discursos de género nem nos estereótipos relacionados com a imigração. Continua a existir um desconhecimento destas realidades pelas entidades competentes o que leva a uma falsa ilusão de que tudo corre bem. Este dado sugere que as perspetivas pós-estruturalistas e as diretrizes e políticas internacionais e nacionais não têm tido o sucesso e impacto necessário nos diferentes contextos sociais em prol da integração da comunidade imigrante.

No que diz respeito ao que designamos como uma construção discursiva de “*Conformismo com as práticas ocidentais de cuidado*”, esta embora enquadrada num discurso legal que legitima mulheres imigrantes grávidas a acederem aos cuidados de saúde em Portugal de um modo gratuito, conferindo-lhes direitos, encontra-se também informada por todos os discursos de género, classe e de estatuto social (Amâncio, 1994; Cabecinhas, 2002a) que continuam a restringir os campos de atuação social levando a um silenciamento das suas necessidades (Neves, 2010a, 2010b).

Está patente o discurso da mulher mãe, cuidadora e aprendiz do conhecimento ocidental, que segue à risca o que lhe dizem em prol do bem-estar da/o sua filha/o e um discurso médico de cariz mais físico e científico que tem como objetivo orientar as mulheres grávidas no sentido da sua proteção pessoal e evitamento de comportamentos de risco e que sugere uma constante observação e comparação não só à mulher autóctone como ao dualismo boa/má mãe. Estes discursos limitam e delimitam práticas de cuidado ocultando e excluindo socialmente outras formulações identitárias tidas como desadequadas. Esta categorização e descrédito de identidades consideradas não normativas reforçam estereótipos, mitos e discriminações, hierarquizando socialmente as mulheres e punindo as que não se conformam com as normas sociais (Magalhães, 2011).

Assim, o objetivo deste mecanismo discursivo passa por criar um sentido pessoal muito assente no medo/culpa de que algo possa correr mal com a gravidez (e.g., risco de aborto, malformações) transferindo para a grávida a responsabilidade dos

acontecimentos e, por outro lado, um sentido de gratidão por tudo que lhes é dado (e.g., médica/o de família, exames) levando a uma regulação comportamental em torno do que é esperado. A vontade de se ter um/a filha/o perfeita/o e saudável leva a que estas mulheres tentem evitar ao máximo qualquer tipo de complicação, levando-as a encetar novas responsabilidades e mudanças comportamentais (Santiago, 2009). Ou seja, este discurso vai controlando o que é adequado, quando e em que condições. Simultaneamente, surge também como discurso mediador o auto-policiamento onde através da vigilância médica há uma verificação das orientações dadas à partida, orientações estas geralmente aceites e que vão sendo globalmente reforçadas e que depois são internalizadas dando origem a uma vigilância preconizada pelas próprias mulheres (Foucault, 1975/2003). Este discurso pune quem se aproxima ou atravessa as suas fronteiras, punição esta que é transmitida através da noção de culpa e medo. O medo de perder a criança, de existir algum problema, de ser discriminada faz com que esta submissão e não resistência ao sistema opere. O medo de uma culpa futura por algo ter corrido mal é algo que as mulheres evitam a todo custo.

As mulheres são colocadas em situação de conflito entre o aprendido no seio familiar e o que a/o profissional de saúde considera como o apropriado, o que numa primeira instância dificulta as suas decisões para o desempenho das suas funções maternas.

Todavia, a perspetiva de inferioridade (informada socialmente) leva muitas mulheres imigrantes a comprometerem-se com um conjunto de comportamentos que pressupõem serem melhores para as crianças, abandonando as práticas culturais e tradicionais que tinham associadas à gravidez. Vão-se assim conformando com o que é esperado delas. Isto pressupõe seguir as diretrizes do conhecimento da sociedade recetora, nomeadamente no que concerne a normas e regras impostas pela medicina ocidental (e.g., cuidados com a alimentação, consumos, estilo de vida, consumo de medicamentos, controlo do peso). A submissão e subjugação à norma social ocidentalizada através da exibição de um discurso regulador (essencialista/individualista) que não questiona a ordem social é assim, incorporada pela maioria das imigrantes entrevistadas (Messias & Rubio, 2004) no que diz respeito às práticas de cuidados de saúde na gravidez e maternidade.

Todavia, embora em minoria, algumas das participantes tentam conjugar práticas ocidentalizadas com as suas conceções culturais e educacionais de partida. Vemos que aqui se evidencia uma posição de clara resistência e contestação que ocorre pela valorização dada às práticas típicas das suas culturas.

Estas diferentes ações possibilitam por um lado, vivenciar a gravidez dentro das normas sociais do país recetor ou, por outro lado, vivenciar a gravidez com a conjugação de diferentes saberes. Todavia, este último posicionamento, de resistência é residual sendo mais frequente a posição de cumplicidade (Piscitelli, 2008) e de vigilância (Foucault, 1975/2003) numa tentativa de evitar a estigmatização social. Este tipo de posicionamento leva mais uma vez ao reforço da ideia de que a bagagem cultural das imigrantes deve ser desmerecida, o que pode acarretar dilemas difíceis de resolver que podem até mesmo trazer consequências de saúde (e.g., ansiedade, medos).

Parece-nos claro que estas duas construções discursivas vão de encontro aquilo que Bledin (2003) designa por *conformização*, ou seja, estas mulheres parecem adotar comportamentos e atitudes esperados pelo meio, que estão muitas vezes em contradição com as suas próprias concepções, remetendo-se ao anonimato, à “invisibilidade” para não dar nas vistas e não ser objeto de atenção.

8. CONCLUSÕES

Da discussão realizada a quando da apresentação dos extratos para cada um dos temas, assim como da discussão mais analítica e discursiva (em ponto próprio) dos mesmos resultados, podemos assumir um conjunto de conclusões fundamentais relativas a este estudo.

Tal como tem sido referenciado na literatura, estas mulheres apresentam falta de informação sobre saúde sexual e reprodutiva o que potencia uma situação de maior risco a nível de problemas de saúde (Dias *et al.*, 2009; Rademakers *et al.*, 2005; Zhao *et al.*, 2002), tanto para elas como para as/os suas/seus descendentes. Os resultados revelam que poucas foram as participantes que fizeram planeamento da sua gravidez e que tiveram acesso a consulta pré-concepcional. Estas dificuldades, que parecem intensificar-se nos domínios da saúde sexual e reprodutiva, ocorrem por constrangimentos assentes na cultura, por falta de informação e/ou devido a barreiras comunicacionais e linguísticas.

Relativamente às práticas relacionadas com a procura de cuidados de saúde o grupo de cabo-verdianas e ucranianas reporta maior utilização dos serviços de saúde para consultas de rotina (prevenção) bem como para consultas materno-infantis. Uma menor utilização dos serviços foi reportada pelas mulheres brasileiras que recorrem aos serviços normalmente em estado de emergência ou estado avançado de doença.

Apesar de todas as entrevistadas terem sido seguidas pelo SNS durante a gravidez, o que pode indicar um panorama positivo quanto à utilização dos serviços, este dado

tem de ser refletido com cautela uma vez que para muitas, a vigilância da gravidez iniciou-se muito tardiamente.

As participantes apontaram diferentes barreiras no acesso e utilização dos serviços nomeadamente barreiras culturais, informativas, económicas, comunicacionais e burocráticas. Contudo, esta perceção sobre os obstáculos encontrados, parece ser diferenciada tendo em conta os grupos de origem e as pertenças identitárias destas mulheres.

A entrevistada 1, uma mulher brasileira, ressalva que a sua situação administrativa no país na altura que recorreu aos serviços foi desde logo o primeiro obstáculo que teve de ultrapassar. De facto, a sua situação de irregularidade no país levantou problemas no seu acesso, uso dos serviços, bem como a nível de cobrança de taxas moderadoras. Esta situação demonstra que ainda existe um desconhecimento da lei a vigorar no país face ao direito de acesso gratuito das mulheres grávidas imigrantes aos cuidados de saúde primários.

As mulheres cabo-verdianas referiram, por seu lado, que os principais motivos que as faziam recorrer tardiamente aos serviços devia-se a questões culturais. Para algumas destas mulheres a gravidez é percecionada como um estado natural, não necessitando de grande vigilância de saúde.

Outro dos fatores que teve um impacto negativo no seguimento da gravidez das mulheres cabo-verdianas e brasileiras entrevistadas foi a falta de apoio familiar (e.g., companheiros, familiares). Se para as mulheres cabo-verdianas esta situação deve-se a questões culturais e a conceções tradicionais de feminilidade que continua a conferir às mulheres toda e qualquer responsabilidade face às crianças, para algumas das brasileiras entrevistadas, o terem imigrado autonomamente para o país e o facto das suas relações de intimidade se terem desmoronado leva a que toda a responsabilidade face ao cuidado do bebé fique a seu cargo não tendo ninguém que as acompanhe aos serviços. Este dado corrobora outros estudos, onde o fraco envolvimento e ajuda (e.g., transporte, tradução, dinheiro) de familiares mostra-se fulcral para não recorrerem precocemente a ajuda médica (FRA, 2013; Grewal *et al.*, 2005).

Os problemas socioeconómicos e as barreiras de informação foram também enunciadas como obstáculos a ultrapassar no acesso aos serviços. A maioria das entrevistadas recorre à Internet e a amigos/conhecidos residentes em Portugal para as elucidar sobre os seus direitos na área da saúde.

Outra das dificuldades são os constrangimentos comunicacionais e linguísticos. Principalmente as participantes ucranianas, pelo não domínio da língua portuguesa, tinham dificuldades acrescidas em compreender as indicações que lhes eram dadas. Contudo, as barreiras comunicacionais encontram-se também na comunidade cabo-verdiana. O não dominar certos conceitos típicos da medicina ocidental leva-as a não interpretarem bem os diagnósticos e prescrições dadas pelas/os médicas/os o que incorre numa toma errada de medicação ou numa má execução de práticas de cuidado sugeridas. Para tentarem ultrapassar estas dificuldades foi crucial o apoio de terceiros (e.g., colegas de trabalho, amigas/os, familiares).

Por outro lado, e principalmente as mulheres brasileiras entrevistadas passam por barreiras de perceção de discriminação. Informadas pelas relações estabelecidas no mundo social, estas mulheres evitam o acesso aos serviços por receio de serem alvo de práticas de discriminação e opressão. O uso dos serviços é visto, deste modo, com desconfiança e com apreensão.

Todavia, depois de acederem aos serviços a maioria das entrevistadas segue as orientações da medicina ocidental e toma precauções adicionais (e.g., exercício físico, alimentação) no sentido de precaver algum tipo de complicação no desenvolvimento das crianças.

Relativamente ao parto, as mulheres ucranianas referem como grande constrangimento o medo do desconhecido. De facto, a maioria das entrevistadas não teve aulas de preparação para o puerpério o que aumentou drasticamente a ansiedade e o medo de vivenciarem um momento tão importante e delicado como o nascimento da/o sua/seu filha/o num ambiente desconhecido.

No que concerne à apreciação dos cuidados e dos cuidados recebidos, se muitas gostaram do atendimento prestado, outras referem que as atitudes de algumas e alguns profissionais são discriminatórias, insensíveis à diversidade cultural, o que provoca um distanciamento entre as mulheres imigrantes e os serviços de saúde, dado este presente noutros estudos nacionais e internacionais (Dias *et al.*, 2009; Scheppers *et al.*, 2006).

Identificam sobretudo as/os administrativas/os e enfermeiras/os como os principais agentes de discriminação, discriminação essa que é diferenciada e múltipla (e.g., etnocentrismo, racismo) tendo em consideração as diferentes pertenças identitárias destas mulheres (e.g., cabo-verdiana/negra).

Estas mulheres vão, assim, experienciando diferentes tipos de exercício de poder

no âmbito da saúde, o que ressalva por um lado, a não homogeneidade dos grupos sociais nas suas experiências de poder (Prilleltensky & Nelson, 2002) e, por outro, os condicionalismos à sua adaptação e integração nestes contextos.

Deste modo, a falta de informação sobre as especificidades culturais e a tendência para a adoção de uma visão etnocêntrica da saúde fazem com que, muitas vezes, as mulheres imigrantes se sintam inibidas e discriminadas na procura de apoio, permanecendo na invisibilidade.

Todavia, se está patente uma discriminação “genderizada”, etnocêntrica e classicista para todas elas, as mulheres brasileiras confrontam-se mais com situações de discriminação sexista assente nos estereótipos da sociedade portuguesa que as continua a associar à prostituição e as mulheres cabo-verdianas com os preconceitos racionais resultante da cor da sua pele.

De facto, de uma forma geral, as mulheres brasileiras referem muitas situações desrespeitosas face à sua nacionalidade sentindo que os agentes de saúde as estereotipam como prostitutas, como mulheres que engravidam de propósito para serem ressarcidas de alguns benefícios e como mulheres que vêm “atacar” os homens portugueses. Isto leva-as, em alguns casos, a serem confrontadas com um questionamento abusivo sobre a nacionalidade do pai da criança, o seu estado civil e sobre a profissão que executam e/ou a vivenciarem situações de assédio sexual. Estes dados vem corroborar resultados de outros estudos, onde é visível que as brasileiras continuam a esbarrar diariamente com as questões do preconceito e do assédio sexual (Correia & Neves, 2011; Miranda, 2009; Padilla, 2006, 2007a, 2007b).

Em situações complicadas, como o diagnóstico da deficiência da participante 1 e a situação de aborto da entrevistada 9, as mulheres descrevem o atendimento recebido como desumano e cruel. Sentiram-se completamente expostas e desrespeitadas face ao sofrimento que estavam a vivenciar.

As participantes cabo-verdianas, embora refiram não sentir qualquer tipo de preconceito, quando comparam o atendimento recebido com o de outras mulheres portuguesas enunciam situações claramente discriminatórias, considerando que são remetidas para um segundo plano na prioridade de atendimento, sendo visível um racismo camuflado nas práticas de cuidado.

Perante os seus olhares e as suas vozes, verifica-se que a sociedade portuguesa continua carregada de juízos de valor, estereótipos e representações sociais que tem implicações diretas nos seus modos de ser e de estar na sociedade. Tal como refere

Abranches (2007), a incompreensão continua a ser uma das facetas da abordagem da diferença na sociedade recetora, 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 destas mulheres. De facto, as/os imigrantes continuam a serem consideradas/os por alguns/mas uma ameaça à segurança nacional e/ou à estabilidade dos casais desencadeando frequentemente reações de racismo e de xenofobia que subtil ou explicitamente vão minando a sua integração social (Cabecinhas, 2002b).

Numa tentativa de autoproteção algumas mulheres brasileiras evidenciam formas de se protegerem face a estas práticas discriminatórias (e.g., disfarçarem as suas origens), que consideram negativas e desrespeitosas, estas mulheres tendem a reagir verbalmente contra as/os agentes de discriminação. Por outro lado, as cabo-verdianas e as ucranianas tendem a silenciar-se não reclamando qualquer direito. Estas respostas, embora diferenciadas, remetem a um evitamento de realização de qualquer tipo de queixa formal que altere práticas e comportamentos. De facto, as mulheres ucranianas referem que a melhor forma de se integrarem nos serviços é “serem bem comportadas e seguir as regras”.

Deste modo, muitas das participantes consideram que as/os profissionais de saúde não estão devidamente preparadas/os para atuar junto de populações migrantes, apresentando lacunas acentuadas ou ausência completa de formação ao nível das competências multiculturais.

Todavia, apesar de todos os obstáculos enunciados, todas as entrevistadas revelaram um grau de satisfação favorável com o modo de funcionamento dos serviços de saúde portugueses. As mulheres cabo-verdianas consideram que em Portugal existem mais recursos a nível de cuidados e tratamento e mais técnicas/os especializadas/os. Por outro lado, as mulheres ucranianas consideram que em Portugal não existe tanta corrupção na saúde, sendo um sistema mais igualitário. As brasileiras, por outro lado, apontam o SNS português como mais célere comparativamente ao brasileiro e consideram a existência da figura da/o médica/o de família como uma grande mais-valia.

Estes dados, apesar de corroborarem outros estudos que admitem que as populações provenientes de regiões com escassez de estruturas de cuidados de saúde tendem a perceber os serviços do país recetor como de melhor qualidade (Dias *et al.*, 2010), leva-nos a considerar que o nível socioeconómico das mulheres imigrantes também tem impacto nesta perceção uma vez que aquelas que já tinham tido acesso a sistemas de saúde privados consideram não existir qualquer comparação possível.

Quando exploradas as vivências da gravidez denota-se que este é um período de grande vulnerabilidade para estas mulheres. Continuam bem patentes as desigualdades por que estas mulheres passam nas suas vivências relacionais e nos diversos contextos sociais.

A violência nas relações de intimidade que ocorre durante a gravidez continua a ser um dado recorrente, tal como referido pela literatura (Dias & Gonçalves, 2007; Gross, 2008). Disto é exemplo, a situação de violência vivenciada pela participante 1.

Outra das grandes vulnerabilidades diz respeito às mulheres que se encontram sozinhas em Portugal. O assumirem por completo a responsabilidade económica e parental das crianças por não terem qualquer tipo de rede social de apoio leva-as, muitas vezes a passarem por muitas privações e necessidades (e.g., alimentos, condições habitacionais, emprego). Muitas viram-se obrigadas a trabalhar horas sem fim, sem condições laborais, com medo de ficarem sem meios de sobrevivência (E1, E8, E25).

Por outro lado, evidencia-se a vulnerabilidade vivenciada por jovens cabo-verdianas, que tendo vindo para Portugal ao abrigo de protocolos educacionais, com a situação de gravidez vêm-se muitas vezes impossibilitadas de frequentarem as aulas o que, em último caso, as leva a ficar sem bolsa de estudo por falta de aproveitamento escolar e/ou numa situação de irregularidade no país por não conseguirem renovar o visto.

Pelos dados que dispomos não nos parece abusivo dizer que as mulheres que vieram para Portugal num projeto autónomo, que vivem em situação de precariedade económica e que não dispõem de suporte social e familiar estão numa posição de grande fragilidade social que, como se sabe, potencia o desenvolvimento de perturbações clínicas, tem impacto no desenvolvimento das crianças e que pode, no limite, levar a problemas sérios (e.g., ideação suicida).

Parece-nos muito importante ressaltar que em casos como os da participante 25 que foi abusada sexualmente no seu país de origem, os riscos são enormes. Esta mulher, para além de todo o impacto físico e psicológico vivenciado, nunca procurou ajuda especializada, o que no caso da gravidez poderia ter tido repercussões graves a nível, por exemplo, do contágio por VIH ou outra doença sexualmente transmissível. Isto indica que mulheres imigrantes podem vivenciar situações de extrema gravidade sem que os serviços tomem sequer conhecimento deles, o que coloca em situação de extrema vulnerabilidade mães e filhas/os.

Assim, embora este estudo corrobore muitas das conclusões de outros estudos efetuados anteriormente sobre migrações e saúde (e.g., Bäckström, 2009; Dias *et al.*, 2010; Dias & Gonçalves, 2007; Fonseca & Silva, 2010), quer a nível nacional, quer a nível internacional, nomeadamente no que concerne aos obstáculos encontrados no acesso e frequência dos serviços de saúde (e.g., legislativos, burocráticos, económicos, culturais, linguísticos e relacionais), facto é que encontramos elementos que apontam no sentido de indicadores recorrentes no que diz respeito às vivências destas mulheres nos serviços materno-infantis. Destaca-se a influência das questões da interseccionalidade (e.g., género, nacionalidade, etnia, cultura, classe social, situação no país, tempo de permanência em Portugal) nos processos de discriminação por que passam nos contextos de saúde, a presença de fatores de risco (e.g., monoparentalidade, falta de rede social de apoio, violência de género) que interferem no desenvolvimento harmonioso das suas gravidezes bem como as relações de poder a que estão sujeitas.

Deste modo, uma das grandes evidências deste estudo reforça que os *Discursos, perceções e vivências de mulheres imigrantes nos cuidados de saúde primários* são discursos informados não só pelo seu historial na diáspora, mas também pelo contacto direto com os serviços de saúde e suas/seus profissionais. Estas relações são regidas por valores, implícitos e/ou explícitos, que são visíveis tanto nas políticas de saúde e imigração, nos agentes implicados na planificação das intervenções, nas/os profissionais responsáveis pela sua implementação e em toda a sociedade (Padilla, Hernández-Plaza & Ortiz, 2013). Estes valores, impregnados de representações sociais, levam a relações pautadas por dinâmicas de poder que continuam a ditar grandes desigualdades no acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente a ter impacto direto no seu estado da saúde, sendo evidente uma grande assimetria em relação à população autóctone (Padilla *et al.*, 2013).

“*Silenciamento*” e “*Conformismo com as práticas ocidentais de cuidado*” pretende expressar as movimentações de mulheres imigrantes nos serviços de saúde portugueses aquando da gravidez e maternidade.

De facto, vemos que o exercício de poder ao qual estão sujeitas reflete diferentes patamares de consciência face ao impacto nas suas ações individuais o que pode levar a um (des)empoderamento das mulheres imigrantes (Crenshaw, 1991). Ou seja, o modo como as mulheres edificam diferentes classificações de si, do tornar-se e do mostrar-se mulher imigrante grávida nos contextos de saúde está muito dependente das categorias identitárias performativas que exibem. Isto leva a diferentes variações de entendimento quanto às (i)legitimidades das diferenças, bem como às

formas como e onde cada uma se apresenta e se expressa emocionalmente e ao modo como cada uma reage às adversidades. Assim, se as mensagens discursivas que recebem vão no sentido de risco iminente de sofrerem práticas discriminatórias, de uma ideia generalizada de cidadãs com menos direitos e oportunidades, que devem estar gratas por tudo aquilo que lhes é dado, não se cultivando o sentido de direito mas sim de “favor” e de uma responsabilização das suas ações dentro das práticas de cuidado em prol do seu bem-estar e das/os suas/seus filhas/os, isto leva-as a assimilarem e a acomodarem-se ao que lhes é dito e exigido. Aquilo que vemos com este estudo é que apesar das suas vozes, serem carregadas de ambiguidades discursivas, estando muitas vezes entre o afirmar e o negar, entre o silenciamento e a resistência passiva, as suas ações e práticas vão no sentido do conformismo, seguindo as normas instituídas pelas/os profissionais que as seguem, pois os seus saberes são tidos como saberes cristalizados, legítimos e obrigatórios a seguir.

Esta cumplicidade que denunciam nas suas ações (e.g., vacinação, cuidados, exames, práticas) e o silenciamento exibido perante os obstáculos, leva-as, assim, a assimilarem discursos normalizadores, de vigilância que são construídos pela necessidade de dissimular, no silenciamento imposto pelos sentidos hegemónicos, as suas reais necessidades. Estes dados vão de encontro à perspetiva de Asch (1951) sobre a conformidade, onde o poder exercido por maiorias subverte posições minoritárias incorporando-as nas normas maioritárias (*as cited in* Vala & Monteiro, 2006). De facto, os estereótipos sociais vão sendo apropriados, disseminados e naturalizados não só por toda a sociedade mas também pelas nossas interlocutoras o que nos leva a refletir que o seu silenciamento e conformismo repercute-se na hegemonia de um sentido (Orlandi, 1997). Assim, este silenciamento e conformismo assemelhava-se mais a um posicionamento construído por força das opressões/violências vivenciadas ao longo de toda a sua vida (Lechner, 2012).

Se refletirmos sobre o contacto com os serviços de saúde primários, à luz da Teoria da Troca Social, leva-nos a contemplar que existe uma relação de controlo dos serviços/profissionais sobre a pessoa que se materializa em torno dos benefícios que esta pode ganhar (Neves, 2008).

Se pensarmos nos *modelo matriz de duas culturas* de Berry (1997), vemos que o processo de aculturação destas mulheres nos contextos de saúde primários passa por um processo de separação inicial existindo um evitamento de aceder aos serviços de saúde para um processo de assimilação, anulando as suas próprias características e práticas culturais em detrimento da medicina ocidental (Im & Yang, 2006).

Apesar de apontarem inúmeras ações de melhoria no sentido de um envolvimento e um ativismo das próprias mulheres em prol de uma sociedade mais justa, não se verifica nenhum tipo de movimento social nesse sentido. As melhorias enumeradas não saem dos seus discursos individuais, mantendo-se publicamente invisíveis face à luta pelos seus direitos, o que instiga grandes perigos uma vez que as relações sociais levam à construção e determinação de papéis, funções, comportamentos e expectativas sociais, que se tornam dificilmente abandonáveis e transponíveis (Naves, 2008) em prol de uma sociedade igualitária.

Este estudo, exploratório e localizado, mostra que apesar dos esforços que têm sido desenvolvidos em Portugal na implementação de políticas e estratégias de ação para a promoção do acesso e utilização dos serviços nas populações imigrantes, são necessários novos discursos nas instituições de saúde onde existem situações de minoria social. Obviamente que esta situação só poderá ocorrer quando instituições, profissionais e a sociedade no geral desconstruírem crenças, mitos, dualismos de género e classe social face a população imigrante e tiveram a clara noção que as relações que estabelecem com estas mulheres são regidas por dinâmicas de poder.

De facto, os desafios que os/as imigrantes enfrentam colidem, muitas vezes, com os desafios do sistema e das pessoas que lhe dão corpo, pelo que se torna urgente que não só as mulheres imigrantes tenham conhecimento e acesso aos seus direitos mas que as instituições sociais e de cuidado reconheçam o seu papel na persistência de discursos que continuam a levar mulheres imigrantes a ficar na invisibilidade.

Para tal, torna-se antes de mais imprescindível dar voz a estas mulheres nos estudos da saúde e imigração, pois ao serem consideradas um *“sujeito nómado”* (Braiddotti, 2000 *as cited in* Lorente, 2005), que se movimenta entre mundos e contextos diferenciados, são agentes privilegiadas para dar a conhecer as suas realidades. Por outro lado, torna-se crucial repensar as políticas de integração existentes no âmbito da saúde à luz da Teoria da Interseccionalidade e consciencializar não só instituições, profissionais mas também as mulheres imigrantes para os seus direitos restabelecendo-lhes uma consciência crítica ativa (Freire, 2007).

Deste modo, cremos ser evidente a necessidade de uma conceção dos cuidados materno-infantis dinâmica que tenha em conta a diversidade (Hankivsky & Cormier, 2009) levando a emersão de um poder positivo que gere e potencie subjetividades diferenciadas com tratamentos diversos.

CAPÍTULO VI - ESTUDO 2- O OUTRO LADO DO CENÁRIO: DISCURSOS, PERSPETIVAS E VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo passa por: (1) contribuir para um melhor conhecimento do acesso e capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde e suas/seus profissionais à procura de cuidados por mulheres imigrantes grávidas residentes em Portugal; e (2) caracterizar os discursos vigentes em profissionais de saúde sobre a imigração feminina e sobre os cuidados específicos preconizados às mulheres imigrantes durante o período de gravidez, parto e puerpério.

Sendo que os objetivos específicos almejam: (1) conhecer os constrangimentos do SNS e seus profissionais no atendimento a estas mulheres; (2) conhecer os discursos circulantes de profissionais de saúde sobre mulheres imigrantes grávidas; e (3) inventariar e conhecer as iniciativas de técnicas/os e serviços de modo a dar resposta às necessidades das mulheres imigrantes grávidas.

Ao abordar as perceções das/os técnicas/os de saúde face a estas mulheres, procura-se ter a perceção real dos desafios que as/os profissionais do setor passam no atendimento a estas mulheres de modo a possibilitar um maior entendimento, teórico e empírico, sobre as mulheres imigrantes e as suas reais necessidades assim como, perceber que discursos são veiculados por estas/es técnicas/os face a mulheres imigrantes, na tentativa de fomentar o debate sobre a responsabilidade social e política do SNS no acesso, prevenção e intervenção com estas mulheres. Ou seja, pretendemos identificar os principais efeitos sociais, finalidades e consequências que advêm dos discursos macrossociais e microssociais no âmbito da saúde materna para as mulheres imigrantes brasileiras, cabo-verdianas e ucranianas residentes no Grande Porto e que se conjugam com outros determinantes que influenciam os indicadores e o estado de saúde e as vivências de gravidez destas mulheres.

2. PERGUNTAS DE PARTIDA

As perguntas de partida que nortearam esta investigação foram as seguintes: Que resposta é dada pelo Serviço Nacional de Saúde e suas/seus profissionais às mulheres grávidas imigrantes? E quais os discursos, perceções e vivências das/os profissionais de saúde relativamente aos cuidados de saúde materno-infantil prestados em Portugal a mulheres imigrantes grávidas?

3. PARTICIPANTES

Participaram no estudo 14 técnicas/os de saúde (cf. Quadro 6) que se encontravam no ativo e que exerciam atividade profissional em entidades de saúde no Grande Porto.

Quadro 6 - Caracterização das/os profissionais de saúde do Estudo 2

Participantes	Sexo	Idade	Profissão	Local de trabalho	Anos de Experiência Profissional
1	Feminino	28	Enfermeira	USF	6
2	Masculino	28	Médico interno de ginecologia e obstetrícia	Hospital	2
3	Feminino	28	Enfermeira	Maternidade	3
4	Feminino	25	Enfermeira	Maternidade	1
5	Feminino	29	Enfermeira	USF	5
6	Feminino	36	Médica Clínica Geral	USF	8
7	Feminino	27	Médica interna de ginecologia e obstetrícia	Hospital	3
8	Feminino	31	Ginecologista	Hospital	9
9	Feminino	56	Ginecologista	Hospital	22
10	Feminino	59	Médica de Clínica Geral	Centro de Saúde	24
11	Feminino	43	Médica de Clínica Geral	Centro de Saúde	16
12	Feminino	31	Enfermeira	Centro de Saúde	7
13	Feminino	28	Enfermeira	Centro de Saúde	6
14	Feminino	52	Médica de Clínica Geral	Centro de Saúde	20

Fazendo uma breve caracterização das/os participantes, treze das/os entrevistadas/os eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos.

A sua experiência profissional variava de 1 ano a 24 anos sendo que oito eram médicas/os e seis enfermeiras/os. Das/os oito médicas/os entrevistadas/os quatro eram especialistas hospitalares na área da ginecologia e obstetrícia e as/os restantes eram médicas/os generalistas de Medicina Geral e Familiar.

4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Neste estudo foi utilizado como instrumento de recolha de dados a entrevista qualitativa semiestruturada. Para tal foi construído um protocolo de entrevista que englobava os eixos que nos interessava particularmente à nossa investigação, nomeadamente: (1) Dados biográficos, (2) Experiência de cuidados com mulheres imigrantes, (3) O trabalho com mulheres imigrantes grávidas abordando quais as problemáticas e/ou facilidades subjacentes e, por fim (4) Medidas evidenciadas como potencializadores de melhores cuidados a estas mulheres.

Esta entrevista possibilitava ir percebendo as percepções e representações sociais destas/es profissionais e de que forma estas se repercutiam nas suas ações e práticas quotidianas de cuidado face às mulheres imigrantes.

O guião incluía um conjunto de temas abertos e gerais, não pressupondo uma ordem preestabelecida, mas que garantisse uma certa padronização, funcionando como uma espécie de roteiro, mas que requereu igualmente flexibilidade para ouvir as/os entrevistadas/os.

5. PROCEDIMENTOS

Inicialmente fizemos pesquisa bibliográfica sobre a problemática da saúde relativa à população imigrante e à sua inter-relação com as/os profissionais de saúde tentando indagar as áreas que estavam a descoberto pela investigação científica e que problemáticas é que imigrantes e técnicas/os de saúde sentiam como mais sensíveis no período da gravidez.

Percebendo os pontos mais sensíveis e direcionando toda a nossa investigação para o domínio da saúde materna, pedimos em outubro de 2010 autorização à ARS Norte para a realização do estudo nas unidades de saúde do Grande Porto. Este organismo solicitou à investigadora a elaboração de um processo documental para a realização do estudo em causa tendo o mesmo sido aprovado em 18 fevereiro de 2011.

Não existindo a nível informático bases de dados que nos indicassem o número de imigrantes que se deslocava a cada unidade de saúde do Grande Porto e tendo a autorização formal do organismo, o passo seguinte passou não por contactar diretamente as unidades de saúde mas o ACES do Porto e de Gaia para indagar a possibilidade de realizar o estudo empírico nas suas unidades de saúde. Este foi um procedimento que englobou muito tempo uma vez que foram necessárias várias reuniões para conseguir a aprovação das mesmas. Em dezembro de 2011 conseguimos ter a

aprovação por parte do ACES de Gaia que se prontificou de imediato a contactar duas Unidades de Saúde Familiares (USF's) onde fizemos a maioria da recolha empírica. Foi solicitada a colaboração na identificação de potenciais participantes no estudo que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão: (1) Técnicas/os de saúde que trabalhassem no SNS no Grande Porto; (2) Que tivessem contacto direto a nível da prestação de cuidados a mulheres imigrantes grávidas ou que tivessem sido mães em Portugal; e (3) Disponibilidade e vontade em participar na investigação.

As entrevistas às/aos técnicas/os realizaram-se de outubro de 2011 a fevereiro de 2012 e culminou na realização de 14 entrevistas na sua totalidade. Destas 9 delas executaram-se em serviços da dependência do ACES de Gaia e as restantes resultaram de contacto/contactos pessoais privilegiados no âmbito da saúde. Doze das entrevistas realizadas foram feitas presencialmente no seu local de trabalho, e as restantes num estabelecimento público escolhido pelas/os entrevistadas/os. Todas elas foram conduzidas pela investigadora do projeto, que tomou notas e fez registos em áudio.

Foram respeitadas as normas éticas e deontológicas que necessariamente fazem parte da elaboração de um estudo de investigação. No dia das entrevistas, foram novamente revalidados os propósitos do estudo junto das/os participantes. Foi-lhes também, solicitada a possibilidade de gravar a entrevista, garantindo sempre a confidencialidade e o anonimato. Todas as/os entrevistadas/os acederam às solicitações tendo cada entrevista a duração média de 30 minutos. O consentimento informado foi sempre formalizado pela assinatura da entrevistada/o e da entrevistadora, em dois documentos, ficando um na posse de cada participante e o outro com a investigadora.

Dada a natureza deste estudo, a técnica de amostragem foi não probabilística e intencional uma vez que houve uma busca propositada de profissionais de saúde que lidassem com mulheres imigrantes (Turato, 2005). Utilizamos a amostragem de "bola de neve" uma vez que a partir de informantes privilegiadas/os já conhecidas/os, identificaram-se outros elementos da mesma população, que, sucessivamente, foram indicando mais elementos. E foi igualmente uma amostra gradual, uma vez que a seleção de participantes findou quando atingimos a saturação teórica. De facto, foi privilegiada a profundidade e qualidade dos depoimentos (Boutin, 1997) tendo a recolha de depoimentos sido interrompida quando estes se começam a tornar repetitivos (Lincoln & Guba, 1985).

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Seguindo a mesma lógica de análise do estudo anterior, fizemos uma análise temá-

tica com a intenção de revelar “os núcleos de sentido” (Bardin, 1995, p.105) que as/os profissionais de saúde deram aos assuntos abordados.

Se primeiramente as/os profissionais de saúde foram questionadas/os no sentido de se conhecer e perceber como percebem as vivências e as necessidades de saúde manifestadas pelas mulheres imigrantes, por outro lado pretendia-se saber que resposta é que dão a essas mesmas necessidades, neste período de reorganização física, psíquica e emocional da mulher, para o desempenho do papel de mãe.

De modo a simplificar os dados obtidos fizemos uma apresentação gráfica da análise temática realizada (cf. Quadro 7) de modo a orientar o/a leitor/a nos diferentes subtemas que nos orientaram a chegar ao tema principal:

Quadro 7 - Tema e subtemas do Estudo 2

Tema	Subtemas
Conhecimento, constrangimentos e práticas face aos cuidados de saúde na população imigrante grávida	Características gerais da população imigrante grávida que recorre aos serviços
	Acesso, frequência e constrangimentos da utilização dos serviços de saúde
	Práticas de cuidado
	Conhecimentos da legislação portuguesa referente aos cuidados de saúde
	Identificação de medidas para a resolução de problemas

6.1 Conhecimento, constrangimentos e práticas face aos cuidados de saúde na população imigrante grávida

a) Características gerais da população imigrante grávida que recorre aos serviços

Uma das primeiras questões colocadas às/aos participantes dizia respeito ao seu contacto com população imigrante nos serviços de saúde. Todas/os as/os profissionais de saúde entrevistadas/os tinham contacto com população imigrante, sendo esta caracterizada como sendo de origem muito diversificada. Tal dado vai de encontro aos dados estatísticos de que dispomos (SEF, 2011) relativos à população imigrante residente no Grande Porto.

E2 – “[...] do Brasil, dos países de leste, da Roménia, da Ucrânia, da Moldávia e até dos destinos mais longínquos como a Índia o Paquistão e também mulheres de etnia cigana”.

E11 – “Ucranianas, República dominicana, africanas e brasileiras muitas sim e nos últimos anos mais romenas e ucranianas”.

Em termos de idade, as realidades são variáveis. Ora são jovens com idades compreendidas entre os trinta e poucos anos ora imigrantes mais idosas/os, que embora sejam em minoria são, mesmo assim, uma realidade.

E4 – “É duma faixa etária na ordem dos 30 a 35 anos”.

E5 – “geralmente são pessoas jovens a única população mais idosa que vamos tendo são indianos, aqui em Cedofeita existem muitos indianos”.

De facto, tal como é ressaltado pelo estudo de Machado e Roldão (2010) a população idosa imigrante em Portugal é uma realidade cada vez mais expressiva. Muitos imigrantes que vieram com intuito de um projeto de curta duração, à medida que avançam na idade, vão reformulando essa expectativa arranjando motivos familiares, psico-culturais, entre outros para ficarem no país recetor.

No cômputo total de imigrantes que recorrem aos serviços não existe a predominância de nenhum dos sexos.

E5 – “É meio por meio, não há maioritariamente um género”.

Segundo as/os profissionais, são pessoas que em termos socioeconómicos apresentam algumas dificuldades muitas vezes assente na sua situação no país (e.g., irregularidade, situação económica, situação profissional).

E1 – “Pessoas com algumas dificuldades porque muitos vêm para cá ilegalmente, também com estatuto legal mas com trabalhos precários”.

E5 – “São pessoas de um nível socioeconómico baixo. Decididamente qualquer um deles vem tentar a melhor sorte em Portugal ...mas geralmente não se vê com um nível médio alto ou alto”.

Este dado vem mais uma vez ressaltar a situação débil em que muitas/os imigrantes vivem em Portugal. Continuam a confrontarem-se com situações de pobreza assentes em trabalhos precários (Padilla & Miguel, 2009), o que lhes trás muitas vulnerabilidades em termos de saúde. Segundo Llácer e colaboradores (2007) a questão de género aliados à classe social e etnicidade constituem os fatores bases de iniquidades na saúde.

Quando dirigimos o nosso olhar para as mulheres imigrantes grávidas, verifica-se que existia por parte das/os entrevistadas/os um bom conhecimento das características sociodemográficas e económicas das mesmas. Foi referido que, embora exis-

tam algumas exceções, a maioria tinha, em média, idades compreendidas entre os trinta e poucos anos, o que vai de encontro à caracterização etária disponibilizada pelos dados do SEF (2011).

E9 – “[...] senhoras com uma idade muito avançada e são senhoras de países de leste que são pessoas que até tinham lá filhos depois vem para cá ou com o companheiro ou com um companheiro novo e tem um novo filho”.

E13 – “são mulheres entre os 20 e tal anos e os trinta anos o que nós chamamos a idade fértil”.

A transformação dos fenómenos socioeconómicos, valores e interesses sociais e culturais com que se debatem as mulheres das sociedades contemporâneas leva a um adiamento da gravidez. Este é associado por alguns profissionais de saúde entrevistados à profissionalização da mulher, mantendo sempre a ideia de ser uma gravidez dentro do casamento/relacionamento amoroso, apesar da diversidade dos tipos de família existentes na nossa sociedade contemporânea (Santiago, 2009).

Todavia, a gravidez na adolescência continua a ser encarada pelas/os profissionais de saúde como um problema social, visto que, associado ao processo complexo de múltiplas mudanças físicas, psicológicas e sociais típicas da adolescência, se acresce em simultâneo, as mudanças que caracterizam o período da gravidez e da maternidade (Canavarro & Pereira, 2001 *as cited in* Santiago, 2009).

E10 – “[...] o que me impressionou mais foram as romenas [...] miúdas muito novas muito carenciadas. Às vezes são gravidez com 16 anos e são encaminhadas de imediato para o hospital”.

No que concerne ao número de anos de residência no país, as/os participantes referem que embora com predominância de mulheres já com alguns anos de permanência, continuam a ter mulheres recém-chegadas ao país, principalmente de nacionalidade romena.

Referem ainda que, existem diferentes realidades socioeconómicas e profissionais que associam a determinada nacionalidade mas que, no geral, as mulheres que recorrem aos serviços têm baixos rendimentos socioeconómicos, apresentando muitas delas grandes vulnerabilidades a nível profissional, habitacional e a nível familiar.

E8 – “É muito variável ... as brasileiras são trabalhadoras mais indiferenciadas apanhámos também mulheres de leste com licenciatura com uma formação superior

as chinesas vem sobretudo para trabalhar no comércio mas muitas não trabalham também apanhamos mulheres africanas estas vem para trabalho mais indiferenciado embora aconteça pontualmente mulheres de classes superiores que vem para ter a gravidez e o parto cá”.

Isto ressalva a influência de inúmeros fatores tais como fatores de ordem social, cultural e étnica no condicionamento das necessidades de procura e utilização dos serviços de saúde (Gonçalves *et al.*, 2003; Monteiro, 2006).

São mulheres de inúmeras origens: brasileiras, ucranianas, cabo-verdianas, angolanas, romenas, paquistanesas, entre outras que normalmente já passaram por uma gravidez no país de origem.

E3 – “Normalmente não são os primeiros filhos principalmente das senhoras de África ou do Bangladesh”.

E8 – “Muitas já são mães e é com mais predominância”.

As/os participantes apesar de não revelarem nenhuma incidência de determinado tipo de patologia/doença na comunidade imigrante grávida comparativamente à portuguesa,

E1 – “a maior parte das mulheres são saudáveis”.

E9 – “Por exemplo nós vigiamos muitas chinesas que são hepatites C crónicas e alguma maneira eu vejo muita gente estrangeira agora sem nenhuma característica especial”.

denotam que determinantes como os problemas sociais, tempo de permanência no país, condições de habitabilidade, desemprego, trabalho com condições precárias e/ou desumanas, falta de apoio familiar, contactos com os serviços, entre outras condicionam o seu estado de saúde e posteriores cuidados.

b) Acesso, frequência e constrangimentos na utilização dos serviços de saúde

De seguida, pretendeu-se compreender quais os motivos que levam imigrantes a recorrerem aos serviços de saúde do ponto de vista das/os profissionais e o modo como avaliam a acessibilidade de mulheres imigrantes grávidas aos serviços de saúde durante a sua vigilância pré-natal e nos primeiros tempos da maternidade.

A nível da utilização dos serviços e do seu estado de saúde as/os profissionais con-

sideram que os motivos mais frequentes de procura dos serviços prendem-se com causas relacionadas com doença aguda e com a vigilância de gravidez.

E1 – “desde grávidas a acidentes de trabalho, doenças inflamatórias”

E5 – “não vem por vigilância de saúde vem por situações agudas ou por uma ferida traumática, por estarem doentes, por algum trabalho lhes exige a vacinação mas de resto por vigilância não...”.

Estes dados vêm confirmar as evidências de diversos estudos, que apontam para as desigualdades e iniquidades por que passam as comunidades imigrantes na acessibilidade aos contextos de saúde (Kandula *et al.*, 2004; WHO, 2003). Ora devido a problemas comunicacionais, falta de informação, problemas de confidencialidade, discriminação, culturais, entre outros (Blignault *et al.*, 2008; França, 1992) são pessoas com dificuldades em aceder e usar os serviços de saúde num prisma preventivo, o que os torna num grupo de risco acrescentado (Estrela, 2009; Santos, 2009a; Sousa, 2003).

Contudo, apesar das mulheres imigrantes grávidas serem das que mais recorrem precocemente aos serviços, para muitas o início desta vigilância é tardia.

E1 – “A maior parte entra numa fase a meio da gravidez, muitas também não vêm logo no início por não saberem aonde recorrer para as consultas”.

E5 – “tirando aquelas situações que são mais ou menos planeadas em que uma pessoa está há espera de ficar grávida ai sim elas vem no início mas aquelas que foi um acidente ou assim e só dão por isso quando a barriga começa a crescer”.

E6 – “Não. Vêm muito tardiamente. Na transição do primeiro para o terceiro trimestre”.

Tal como noutros estudos (e.g., Bollini *et al.*, 2007; Dias *et al.*, 2011; Ramos, 2004) a maior parte das/os profissionais entrevistados enunciaram como os principais motivos que condicionam o acesso e utilização dos serviços por estas mulheres: a falta de recursos económicos, as crenças e tradições religiosas e culturais, o medo de denúncia quando se encontra em situação irregular, o desconhecimento da lei do acesso aos serviços de saúde, o seu modo de funcionamento, as diferenças linguísticas e comunicacionais e o stresse laboral, o que trás perigos acrescentados tanto para a mãe como para a/o bebé (Ezzati *et al.*, 2002). Segundo, Ramos (2004) as/os imigrantes dão primazia à medicina tradicional no tratamento e na cura, solicitando apenas ajuda quando já sentem que são incapazes de resolver a situação.

Relativamente, à organização do atendimento no acesso da mulher imigrante às consultas de vigilância pré-natal nos Centros de Saúde/USF's algumas das entrevistadas referem que todas as mulheres imigrantes têm acesso à vigilância de saúde. Todavia, o acederem a um/a médico/a de família não é condição geral,

E5 – “É assim nesta unidade todos os nossos utentes tem médico de família eu já trabalhei noutra unidade que tinha pessoal que não tinha médico de família e os estrangeiros estavam nessas condições”.

E7 – “ Ainda há em muitos centros de saúde que se solicitar um médico para acompanhamento dum gravidez não é assim tão imediato e às vezes andam duas ou três consultas a saltar dum médico para outros e ai deve ser mais complicado a gravidez até ser bem conduzida mas no hospital não se põem muito este problema porque as pessoas estão muito mais vocacionadas e direcionadas dessa área mesmo as enfermeiras a consulta é sempre muito partilhada porque é dado panfletos informativos sobre tudo o que se vai passar durante a gravidez, as várias fases as várias dúvidas e portanto é colmatada muitas dúvidas e aqui não se põe esse problema”.

Tendo em consideração as Orientações Técnicas estabelecidas pela Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários para a vigilância de saúde pré-natal, estas recomendam um total de 10 consultas, em que da 8ª até à 36ª semana de gestação devem ocorrer mensalmente e seguidamente com consulta quinzenal até ao parto, sendo previsto um número mínimo de seis consultas, tendo em conta os períodos fundamentais para a avaliação do bem-estar materno e fetal, para se considerar uma vigilância adequada da gravidez (DGS, 2004a) ao não lhes ser atribuído médico/a de família não se sabe muitas vezes ao certo se estas grávidas cumprem estas diretrizes. Sabemos pelos dados do Plano Nacional de Saúde (2004a), a percentagem de grávidas que em Portugal que tem, pelo menos, uma consulta pré-natal durante a gravidez parece ser superior a 98%, com mais de 80% a iniciar a vigilância antes da 16ª semana de gravidez e mais de 80% a realizar esquemas de vigilância considerados adequados. Todavia desconhece-se a nacionalidade destas mulheres.

Alguns das/os intervenientes referem ainda que a nível da organização do atendimento, o modo como esta é feita não promove uma vigilância da saúde em perfeitas condições, uma vez que a periodicidade das consultas de vigilância pré-natal a grávidas pertencentes à “lista de espera” não é, muitas vezes realizada de acordo com o esquema recomendado, pondo-se em causa a qualidade da vigilância da gravidez dado que corrobora os dados encontrados por Maria da Conceição Santiago (2009).

Olhando para o nível mais individual das pacientes as/os participantes evidenciaram algumas dificuldades de utilização dos serviços disponíveis por parte destas mulheres, ora por (des)conhecimento dos seus direitos e condições de acesso, medo de serem repatriadas em caso das situações irregulares no país, problemas comunicacionais, entre outros.

E1 – “Depende, é variado também os anos que estão cá porque se tiverem há pouco tempo tem necessidade de alguém que os ajude para os orientar porque senão vêm sozinhos”.

Para tentarem suprimir o desconhecimento inerente à utilização dos serviços (e.g., onde se devem dirigir, documentos necessários, horários) e os problemas comunicacionais as/os entrevistadas/os referiram que estas mulheres recorrem geralmente aos serviços acompanhadas por alguém (e.g., familiar, vizinha/o, amigas/os, filhas/os). Estes para além de servirem como orientadores da vigilância de saúde da mulher, ajudam na quebra de problemas comunicacionais.

E1 – “Normalmente acompanhadas pelo menos pelo marido ou companheiro”.

E4 – “Por norma sim às vezes quando elas têm filhas mais pequeninas sei lá assim 7 anos, 9 anos a gente fala com elas e depois traduzem há mãe depois dizem a nós”.

E8 – “Vem com marido, vizinhas e amigas porque há uma certa tendência de virem com conhecidos que falam melhor português por exemplo as chinesas vem com vizinhas que se prestam a vir acompanha-las e ajuda-las”.

Na realidade, “o papel do tradutor ou substituto favorece o acolhimento do doente e dá-lhe alguma segurança, fazendo-o sentir-se compreendido” (Ramos, 2007, p. 159). Contudo, especialmente se as mulheres pertencem a culturas em que a discussão de aspetos sobre a gravidez e o parto com elementos familiares masculinos não é habitual (Ascoly *et al.*, 2001) e/ou se torna-se inconveniente discutir as seus problemas médicos (e.g., ginecológicos) em frente às suas crianças, a situação agrava-se porque vai existir uma inibição comportamental de expor os seus problemas e dúvidas.

Todavia, para alguns profissionais algumas destas práticas de vir acompanhadas, são marcadas por um androcentrismo bem vincado, que muitas vezes deixa algumas dúvidas face a questões de violência.

E12 – “Normalmente vêm sempre com homens ou com o sogro é dominante (...) quando nós telefonamos, elas pedem permissão aos maridos para virem ao centro de saúde pelo menos é a ideia que nos dá”.

E8 – “... contaram-nos que ele tinha comprado a ela por correspondência mas tratava-a muito bem Esta senhora teve vários abortos, ... teve também uma gravidez com um feto mal formado que foi necessário interromper”.

E12 – “o marido era muito velho devia à vontade para ai uns 50 a 60 anos e ela era muito nova tinha 17 ou 18 anos só que ele estava com um cuidado com ela que parecia um marido, pai, avó tudo junto não se percebia muito bem mas ele estava com um cuidado mesmo quando ela foi vacinada notava-se que tinha muito amor por ela agora ela por ele é mais aquela coisa mais baixar os olhos e dizer que sim”.

Existe, por vezes, uma desculpabilização ou um negligenciar de situações dúbias que deveriam ser devidamente encaminhadas (e.g., gravidezes precoces, violência de género) por se crer que podem ter percebido mal as situações devido aos constrangimentos linguísticos e culturais existentes e que claramente deixam estas mulheres desprotegidas. Sendo a gravidez um período de alto risco para a violência na intimidade (Aguilar, 1999; Audi *et al.*, 2008; Earner, 2010; Hedin, 1999; Raj & Silverman, 2002) denota-se que os profissionais não estão bem alerta para esta situação.

A questão da comunicação e do entendimento comunicacional é, assim, vista pelas/os profissionais como o principal constrangimento no atendimento, sendo um dos fatores tidos como cruciais na tentativa de propiciar melhores cuidados de saúde a estas comunidades. Tal como referem várias autoras/es, a garantia de uma boa comunicação é a segurança para o começo da inclusão desta população nos contextos de saúde (Fonseca & Silva, 2010; UN, 2006). Contudo para o risco de se construírem histórias clínicas e diagnósticos incorretos sobre as pacientes (Cruz, 2010; Silva & Martingo, 2007) não incorrem só as questões comunicacionais, mas surge também como um dado mencionado o excesso de trabalho e a falta de tempo para um atendimento mais eficaz.

Na realidade são vários os problemas enunciados pelos profissionais que podem surgir ora porque as mulheres vêm sozinhas e não dominam o português,

E1 – “Normalmente a barreira maior é a língua embora acho que os ucranianos e os chineses conseguem adaptar com facilidade a nossa língua”.

E2 – “as paquistanesas, as ucranianas terão alguma dificuldade mas algumas já estão aqui há alguns anos e então percebem mas acho que a maior parte das pessoas tem dificuldade e tem mesmo dificuldade em cumprir e vir às consultas e às ecografias faltam se não perceberam”.

E13 – “Sim. O maior entrave que nós encontramos a língua normalmente não fala inglês, português muito menos portanto a comunicação é complicada”.

ora porque as/os técnicas/os não dominam a língua materna da paciente ou porque, mesmo quando vêm acompanhadas e existe uma tradução da informação, não existe a certeza de que esta informação chega devidamente à grávida.

E5 – “nós não sabemos até que ponto eles estão a transmitir a ideia certa porque muitas vezes nós perguntamos o que é que te disse e eles ficam a olhar quanto mais com uma criança que fala mais ou menos a nossa língua e por esta razão não sabemos que a tradução é literal daquilo que nós estamos a dizer”.

São situações que se podem revelar contraproducentes, devido aos viés e relações de poder que estão necessariamente envolvidas/os. O recurso a familiares e amigas/os bilingues pode provocar algum embaraço por parte do/a paciente ou do/a intérprete (Fonseca *et al.*, 2005).

Perante esta problemática algumas das/os entrevistadas/os resigna-se a prestar o cuidado, sem a real noção se a mensagem foi captada pela paciente com sucesso mas outras/os esforçam-se para tentar propiciar o melhor atendimento possível e utilizam diversas ferramentas como são exemplo: traduções no Google, chamarem outras/os colegas para as/os auxiliarem e desenhos.

E2 – “Nós tentamos encontrar alguém que fale a língua delas não é (...) era uma senhora que pedia-nos para nós desenharmos, para nós explicarmos outra vez”.

E7 – “tentei solicitar um intérprete mas não me lembro que nacionalidade que ela era”.

E8 – “em desespero de causa é ir há internet e interpretar”.

E9 – “faço em gestos eu até já apreendi a falar com elas é assim não posso construir frases muito longas, não posso às vezes utilizar verbos nas frases duas ou três palavras só e assim torna-se mais fácil a compreensão”.

Denota-se que algumas/alguns das/os entrevistadas/os garantem um contacto terapêutico com qualidade de modo a garantir alguma eficácia. Para isso utilizam a comunicação verbal e não-verbal sendo que esta “constitui um elemento fundamental na influência de variáveis culturais na comunicação” (Ramos, 2004, p. 301).

A facilidade de informação e comunicação surge assim, como um complemento para todos, no sentido de reduzir os medos e as preocupações das mães, pais e de facilitar

a intervenção das/os profissionais de saúde junto das mulheres, ao longo do processo de gravidez, promovendo uma adequada adaptação à maternidade (Santiago, 2009).

Perante as suas práticas profissionais com mulheres imigrantes, as/os participantes exibem um discurso que é muitas vezes ambivalente e contraditório, ora apresentam um discurso de compromisso formal para com a legislação em vigor e para com as suas obrigações como técnicas/os, ora vão para além deste e evidenciam um discurso de compromisso informal que ultrapassa as barreiras da legislação passando para um interesse real em prestar um acompanhamento com qualidade a estas mulheres.

Contudo estes problemas comunicacionais agravam-se em situações por exemplo de contraceção após o parto. As/os entrevistados/as revelam que,

E4 – “quando era a altura da alta os obstetras também fazem referência a isso e algumas não tem por hábito fazer contraceção. Há mulheres que colocam aqui o DIU ou fazem a laqueação. Os DIU são-lhes colocados antes da alta e perguntam se querem porque são colocados aqui não depois porque elas acabam por não vir o que acaba por ser um risco. O método contracetivo vem e é pedido em nome daquela utente e os gastos são suportados pelo hospital quando é fora já é diferente. Quando são cesarianas e quando elas querem fazer um método contracetivo diferente optam por fazer logo a laqueação na altura da cesariana as restantes vão todas com contracetivos orais”.

E7 – “A raça negra não aceita muito bem a contraceção definitiva mesmo em casos de carência social mas fazem que dá para dois ou três anos e não põem grandes problemas”.

Se pensarmos nas dificuldades linguísticas e comunicacionais que muitas vezes estão presentes na relação entre profissional de saúde e paciente, isto levanta-nos a dúvida se as mulheres percebem claramente o que lhes está a ser proposto e quais as consequências de uma contraceção definitiva (e.g., laqueação das trompas).

Outro problema se evoca aquando do acompanhamento das mulheres grávidas que já tinham iniciado um acompanhamento médico no seu país de origem, que normalmente são de nacionalidade ucraniana, é que em alguns países não existe o boletim de grávida e mesmo os que detêm, por dificuldades linguísticas não é possível saber que tipo de análises/exames/vacinas aquela pessoa já efetuou o que pode levar a uma replicação de análises.

E2 – “vi o boletim dela em russo no meio da gravidez uns relatórios dela em russo que eu não fazia a mínima ideia nem tinha imagens e pedimos umas análises e uma ecografia no final da gravidez, foi a única pessoa que vi um registo exterior como é que deveria ser o seguimento da gravidez dela lá fora”.

Outra das questões basilares é a cultura das pacientes. O choque cultural subjacente à prestação de cuidados entre pessoas provenientes de culturas díspares leva a que apareçam problemas em diversos níveis como é exemplo o acompanhamento das mulheres grávidas por médicos e/ou enfermeiros do sexo masculino e crenças relativas aos cuidados a ter durante a gravidez e no cuidados das suas crianças.

E9 – “Ele vem com o pretexto que só ele é que percebe e depois também nós explicamos quando vier da próxima vez quando a chamar é só a sua mulher que entra porque estão lá enfermeiras e mais senhoras e eles acatam tudo muito bem depois na consulta corre tudo muito bem porque é um sítio que se pode examinar a senhora bem e agora vou examinar e ele vai para aquele lado primeiro digo oralmente mas depois por gestos e elas por ser só mulheres ficam muito mais à vontade”.

De facto, muitas vezes os homens acompanham-nas não só com o intuito de prestar apoio mas no sentido de regular as práticas de cuidado.

c) Práticas de cuidado

Quando indagados da sua perceção a nível das práticas de cuidado destas mulheres, as/os profissionais começam por realçar as questões associadas à gravidez não planeada, que é uma realidade muito presente nestas mulheres. Esta situação a seu ver, encontra-se associada ao baixo nível de informação das mulheres bem como a motivos religiosos e culturais em relação à utilização dos métodos contraceptivos.

E1 – “Não a maior parte não faz só uma ou outra depois é que faz planeamento familiar, não sei se por receio ou convicção religiosa”.

E2 – “mulheres ciganas mulheres estrangeiras (Romenas), (...) não tem acesso à pílula, ou preservativos, elas muitas vezes não tem acesso a esta informação que existe o planeamento familiar”.

E13 – “Algumas têm conhecimentos e a nível sócio económicos que permitem mas a maioria da gravidez são não planeadas, por medo ou por questões culturais e/ou religiosas”.

Estes dados corroboram muitas investigações que têm ressalvado, que muitas imigrantes com vida sexual ativa que não recorrem a métodos anticoncepcionais (Dias *et al.*, 2002, 2004; França, 1992; Lopes, 2007). Todavia, relativamente às práticas de cuidado durante a fase pré-natal ou de puerpério a maioria ressalva que existe uma adesão às práticas propostas.

E4 – “por norma cumprem aquilo que se diz”.

Verifica-se que os participantes entendem como adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações dadas por um/a prestador/a de cuidados de saúde.

Todavia, as/os profissionais referem que se na maioria das situações houve uma adesão parcial às recomendações por via não intencional, onde as/os técnicos apontam para impedimentos económicos, ou impedimentos culturais para a não adesão total (e.g., vacinação, alimentação, amamentação).

E1 – “Relativamente aos chineses (...) utilizam medicina tradicional porque é raro ver um chinês fazer um injetável ou algum tratamento desse género das outras nacionalidades”.

E3 – “Notasse bastante nos imigrantes chineses porque têm condutas diferentes, normalmente são mães que não querem amamentar”.

E5 – “a parte ucraniana ou cabo-verdiana não dá muito crédito à medicina portuguesa ou ocidental não se preocupam muito não tem muita fé na medicação provavelmente se tiverem dores analgésicas evitam ao máximo também pela questão sócio económica.”.

E12 – “eu acho que eles não percebem minimamente o porquê da vacinação na mulher grávida por causa das hemoglobinas o porquê de vacinar um recém-nascido porque lá não existe elas faltam imenso”.

Noutros casos, e principalmente nas mulheres que designam por africanas e/ou de raça negra, estas não cumpriam intencionalmente as práticas sugeridas.

E4 – “Não por norma cumprem aquilo que se diz mas é claro que há puérperas que fazem muito aquilo que querem acabam por não obedecer muito por exemplo em relação à amamentação. Nós dizemos para dar a amamentação de 3 em 3 horas

mas muitas dão com intervalos mais espaçados e outras encurtam principalmente as mulheres de raça negra”.

E12 – “Eles quando veem aqui não vem com essa ideia e gravidez para eles são uma coisa natural faz-se e cuida-se e não tem a preocupação dos cuidados após a gravidez, cuidados ao recém-nascido aprendem com os mais velhos a cultura é diferente”.

Verifica-se como já referido por Igor Machado (2006) noutro estudo que a categoria “africano” é, obviamente, uma categoria que esconde uma diversidade muito grande de nacionalidades (cabo-verdianos, moçambicanos, angolanos, guineenses), que expressam diferentes realidades, mesmo classificatórias.

Ou seja, nas suas práticas como cuidadores verifica-se que normalmente não existe uma grande consideração pela bagagem cultural que a pessoa possui havendo quase uma imposição das práticas ocidentais. Apesar de existir um esforço no sentido de capacitar e ampliar o acesso das/os profissionais de saúde a programas de formação no campo das migrações e saúde (e.g., Mestrado em Psiquiatria Cultural na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, o Mestrado em Relações Interculturais da Universidade Aberta em Lisboa, Mestrado em Sociologia da Saúde e da Doença do ISCTE) nem todos as/os técnicas/os apresentam competências transculturais (Fonseca *et al.*, 2009) levando a impor a medicina ocidental desconsiderando as suas práticas e dúvidas.

Ou seja, verifica-se que existe uma tentativa de controlo e subordinação das mulheres imigrantes, nos contextos de saúde. Existe uma legitimação do conhecimento da medicina ocidental e como tal tenta-se impor esse poder hegemónico no âmbito dos cuidados de saúde primários levando a que as práticas tradicionais e culturais de cuidado sejam repelidas.

Estes clínicos parecem usar como orientação teórica para propiciar a adesão terapêutica das pacientes o *modelo biomédico* (Leventhal & Cameron, 1987 *as cited in* Pais-Ribeiro, 2007). Este pressupõe que a paciente seja um elemento tido como uma mera cumpridora de “ordens” médicas, não participando ativamente nas decisões que lhe dizem respeito (Dias *et al.*, 2011).

Esta imposição de regras sem a real noção de que estas foram compreendidas pelas pacientes (Sousa, 2003) leva a uma grande insegurança entre o saber e hábitos tradicionais adquiridos no seio familiar destas mulheres e as práticas sugeridas/impostas pela nova sociedade, que muitas vezes não lhes faz sentido (Ramos, 2008).

E5 – “o médico fez-lhe o acompanhamento receitou-lhe as vitaminas por causa do desenvolvimento da criança ela não fez nada disso porque da primeira gravidez não tinha feito nada disto e correu tudo bem”.

E8 – “A gente consegue convence-las embora pontualmente digam que fazem tudo para fazer o favor e nos calarem mas quando chegam a casa não fazem”.

Isto leva as/os profissionais a fazerem distinção entre aquilo que consideram uma utente que adere às recomendações e que é cumpridora ou que não adere e não cumpre. Ou seja, as/os profissionais, detentores de um saber especializado que legitima o que é correto e/ou incorreto catalogam as pacientes (Fernandes, 2008), estabelecendo atitudes de cooperação diferenciadas com as boas/más pacientes.

Todavia, alguns das/os entrevistadas/os exprimem outro tipo de conduta. Estes apresentam, mais do que uma obrigatoriedade de procedimentos subjacentes à medicina ocidental, uma preocupação genuína no estabelecimento da relação de ajuda tentando sempre adaptar os padrões da prestação dos cuidados de saúde à pessoa que têm perante si capacitando-as para um melhor estado de saúde. Ou seja, tentam garantir ajuda tentando explicar as práticas de saúde praticadas em Portugal, agregando-os os seus conhecimentos tradicionais.

Estes clínicos parecem utilizar aquilo que Leventhal e Cameron (1987 *as cited in Pais-Ribeiro, 2007*) designam por uma *abordagem comunicacional*. Este modelo, que surge nos anos 70, incentiva as/os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação com as/os pacientes (WHO, 2003), favorecendo a educação das pacientes e o desenvolvimento de relações de igualdade entre estas/es e as/os profissionais de saúde (Dias *et al.*, 2011).

Daí que muitas das intervenientes demonstraram um constrangimento profissional em não conseguir estabelecer uma comunicação intercultural eficaz, que lhe permita identificar e integrar as crenças e as práticas de cuidado das suas pacientes no país de origem, tendo em vista, por um lado, a adesão das mulheres imigrantes aos comportamentos preventivos e de promoção da saúde determinados em Portugal.

Isto leva-nos a refletir sobre as diferentes relações de poder estabelecidas entre paciente e técnica/o. Neste caso são negociadas e renegociadas constantemente nas interações com as/os profissionais conforme as necessidades e a definição das identidades das utentes (Lupton, 2003 *as cited in Fernandes, 2008*). Porém isto nem sempre é possível ou fazível. Verificamos pelos seus discursos que existe pouco investimento em efetuar histórias clínicas das pacientes em profundidade que permitam adquirir infor-

mação e avaliar a estrutura social da pessoa. Isto ocorre muitas vezes porque o tempo para as consultas é exímio face às necessidades evidenciadas e o volume de trabalho por vezes não permite a abordagem que seria a ideal ou adequada. Contudo, denotou-se em algumas/alguns das/os entrevistadas/os, a inexistência de um real interesse.

Outra das problemáticas prende-se com as crenças e estereótipos relativamente às mulheres imigrantes que as/os técnicas/os evidenciam. De facto, estas/es profissionais vão regulando o seu comportamento de ajuda e/ou compromisso de um modo mais formal e/ou informal tendo por base ou uma submissão/resistência aos macro discursos estereotipados sobre as diferentes comunidades imigrantes. A submissão a macro discursos estereotipados por parte das/os agentes de saúde como das próprias instituições trás muitos riscos (Finch *et al.*, 2000) pois leva a um desapropriar de poderes das mulheres imigrantes, tornando-as passíveis de exploração, havendo uma naturalização e legitimação de práticas discriminatórias de exclusão e de domínio (Fonseca & Silva, 2010; Neves, 2010a, 2010b).

Verifica-se que estas opiniões e estereótipos são diferenciados tendo em conta a nacionalidade das mulheres que atendem, o que pode levar a uma diferenciação das estratégias clínicas adotadas pelas/s profissionais e a um atendimento diferenciado em termos de contacto humano (e.g., discriminação interseccional).

As mulheres brasileiras são conceptualizadas por algumas/alguns profissionais como mulheres que engravidam propositadamente, havendo um cariz de oportunismo. De facto, alguns das/os intervenientes alegam que muitas destas mulheres utilizam a gravidez como uma tentativa de regularização da sua situação administrativa no país, utilizando a gravidez como um fator facilitador para a possibilidade de residência no país recetor.

E5 – “Depende, não planeadas acredito que algumas não sejam mas algumas são principalmente da parte brasileira notasse isso já tivemos aqui algumas de suposições de estarem grávidas ou não e fazer cá o teste da gravidez. Uma grávida brasileira que eu atendi uma única vez mesmo ao preencher o boletim da grávida da primeira consulta notava-se que não sabia grandes dados do pai da criança que foi mesmo uma relação esporádica e não sei até que ponto que não foi planeado pela utente e não pelo casal em si”.

São ainda caracterizadas como reivindicativas e exigentes.

E2 – “por exemplo as mulheres do Brasil sem quer estar a generalizar tornam-se logo à partida mais exigentes e menos dadas aos conselhos mas fundamentalmente

são mais reivindicativas exigem isto exigem aquilo tem direito e esta senhora não tinha direito a nada tinha direito a aquilo que nós fizéssemos por ela e estava nas nossas mãos”.

Ou seja, foram evidentes alguns discursos xenófobos relativos ao atendimento de mulheres imigrantes considerando que as imigrantes deviam ser muito gratas pelos cuidados de saúde que recebem, não lhes reconhecendo o direito de reivindicarem o que quer que seja. É aqui claro o exercício de poder que o ser técnica/o de saúde lhes confere.

Quanto às mulheres do leste as/os técnicos denotam representações de mulheres cumpridoras não só em termos de vinda aos atendimentos mas também relativo ao cumprimento das diretrizes de cuidado. Contudo, para algumas/alguns o contacto inicial com esta população foi difícil porque as viam com uma postura austera e agressiva.

E9 – “aproveitam tudo adoram vir aqui e não se pagar consulta vir à urgência e não se pagar que me dá a ideia nunca perguntei por elas fazerem tudo tão certinho porque é que elas são muito certinhas que não tinham esta oportunidade lá e não sei se faziam lá isto mas cá fazem”.

E11 – “... os ucranianos foi assim um choque e são pessoas tem uma postura austera e agressiva”.

As mulheres romenas são geralmente de nível socioeconómico baixo e que vêm para Portugal à procura de benefícios,

E9 – “a romena que vem para cá é de baixo trato social que não vigiam e nós apanhamos aqui na urgência e depois dizemos para vir há consulta e vem ou não, acho que é a população que me corre pior”.

E11 – “Elas querem ainda mais benefícios, às vezes dá vontade de dizer para ir para os países delas podem ser que tenham esses direitos bons no entanto o que a gente quer dizer não é as decisões que toma”.

Os seus discursos revelam claramente estereótipos e representações sociais. Verificando que o termo “africanas” carrega uma conotação negativa, “brasileiras” uma conotação sexualizada e reivindicativa (Padilla, 2006, 2007), “do leste” uma conotação de suspeição (Machado, 2006) e “romena” uma conotação oportunista.

Todavia, mesmo com conotações classificatórias diferenciadas, as/os participantes consideram, o nível de adesão às práticas de cuidado não é muito diferenciado da população portuguesa grávida.

E1- “Às vezes tem a ver com a religião mas as preocupações são as mesmas, o bem-estar do bebé, fazer com que tudo corra bem e julgo que a preocupação maior é o parto, aonde é que vai ser”.

E9- “ eu acho que passam a ser iguais às outras todas que temos aqui portuguesas há umas que cumprem tudo e fazem tudo direitinho e há outras que fazem há maneira delas e ... de modo geral tudo corre bem”.

A alteração dos hábitos de vida que a mulher efetua, durante a gravidez, na tentativa de contribuir para a formação de uma criança saudável e perfeita é evidenciada pelos intervenientes.

Após o parto, normalmente as mulheres continuam a ir às consultas:

E13- “Sim costumam fazer depois as consultas de vigilância de puerpérios, as vacinas dos bebés e as respetivas consultas”.

d) Conhecimentos da legislação portuguesa referente aos cuidados de saúde

Relativamente à legislação portuguesa as/os próprias/os profissionais desconhecem a sua abrangência. Exemplo disso são as questões inerentes ao pagamento das taxas moderadoras.

E1- “Sim mas os imigrantes tem um sistema diferente porque se pertencer à União Europeia e se tiverem aquele cartão de saúde não pagam nada mas mesmo assim julgo que não pagam nada porque o nosso sistema de saúde foi sempre gratuito para as grávidas”.

Quando indagamos o tipo de práticas com mulheres em situação irregular grávidas, as respostas das/os profissionais foram também muito díspares revelando um notório desconhecimento da legislação em vigor.

E2- “Não, nem é possível no hospital porque todas as mulheres para terem um registo no hospital tem de ter um registo dum documento identificativo”.

E10- “A sensação que dá quem engravidam só procurar benefícios Portugal é um país fácil e portanto nós estamos mais atentas e ver se elas estão legalizadas ou não porque se estão ilegais têm que ir legalizar”.

Para as/os entrevistados não será possível mulheres grávidas em estado irregular no País receberem cuidados o que demonstra um claro alienamento da legislação em vigor.

Alguns reconhecem que havia algum facilitismo mas que por imposição superior das chefias não o podem fazer.

E10 – “É assim até este momento foi atendida agora o que nós, prontos nos foram também chamada a atenção pelas hierarquias, não podemos”.

Outras manifestam que estas mulheres continuam a ser atendidas, mas sempre dependentes da boa vontade das/os profissionais.

E7 – “Depende da vontade das pessoas habitualmente são difíceis porque não tem documentação nenhuma e para nós também um bocado complicado para assumir em termos informáticos mas na urgência acho que não há dificuldade de abrir um ficheiro para depois serem atendidas”.

Tal como referem Dias e Gonçalves (2007) as/os profissionais apresentam um limitado conhecimento da legislação ou da sua aplicabilidade, que se traduz na exclusão das comunidades imigrantes do sistema de saúde.

Mesmo quando se tinha preconizado o atendimento achavam que tinha sido feito por piedade e não por obrigação legal dos serviços. Simultaneamente, algumas/alguns técnicas/os referenciaram que a situação de irregularidade levanta dificuldades à/ao profissional de saúde na medida em que não têm oportunidade de validar, avaliar o percurso da paciente.

e) Identificação de medidas para a resolução de problemas

Depois de apontarem os fatores que dificultavam ou facilitavam o atendimento e prestação de cuidados a estas mulheres solicitamos às/aos profissionais que idealizassem medidas potencializadoras de um atendimento tido como “ideal”. As suas sugestões podiam englobar aspetos relacionados com o período de gravidez, parto ou simplesmente com questões burocráticas e processuais.

Inicialmente todas/os as/os intervenientes ressaltaram que relativamente às políticas de integração de imigrantes na área da saúde Portugal é um país exemplar.

E1 – “Portugal está muito bem a nível de políticas de imigração. Um relatório que saiu sobre saúde das políticas de integração para imigrantes Portugal ficou em primeiro ou segundo lugar”.

E2 – “Portugal é um país que acolhe muito bem os imigrantes dá-lhes um número de segurança social dá-lhes imediatamente um rendimento social de inserção pode não ter muita capacidade por exemplo de dar casa mas pelo menos algum dinheiro por mês, cuidados de saúde tal como qualquer pessoa que paga os seus impostos”.

Todavia, declararam que a implementação de algumas medidas poderiam melhor o atendimento desta população, principalmente no que concerne à informação, comunicação e literacia para a saúde tanto de imigrantes como das/os profissionais.

E2 – “a dificuldade dessas pessoas é a informação ... as pessoas tem a dificuldade é aceder aos sítios aonde elas estão e canalizar a informação penso que é isso a dificuldade”.

E1 – “A linha de tradução devia ser divulgada”.

E10 – “Eu acho que mediadores culturais é uma ideia interessante”.

E13 – “Sim eu acho que poderia ser criado com o apoio dos embaixadores dos respetivos países se as pessoas pudessem recorrer às embaixadas e as embaixadas encaminharem haver um protocolo assim continuados de cuidados sinalizar as pessoas para nós pudermos ter acesso mais facilmente”.

Bem como a nível da formação das/os técnicas/os,

E3 – “Formação aos técnicos, isso é sempre importante mais que não seja para não fazerem juízos de valor, perante certas atitudes que vemos e por ai era importante”.

O disponibilizar mais tempo para o atendimento a estas mulheres foi também ressalvado não só para permitir uma real comunicação entre técnica/o-utente mas de modo a deixar a pessoa mais à vontade para colocar todas as questões inerentes à sua gravidez e a todos os procedimentos envolvidos (e.g., exame ginecológico).

Todavia, mesmo apontando algumas medidas passíveis de serem implementadas os constrangimentos da implementação são sempre resguardados ora por custos económicos ora por menosprezar os constrangimentos das comunidades imigrantes comparativamente a outros constrangimentos na área da saúde.

E5 – “Apesar de ser uma população grande dependendo dos centros de saúde acaba por haver tantas outras coisas que são prioritárias e não são trabalhadas acho que este tipo de apoio ou formação ia acabar por se perder”.

E12 – “A nível de estruturas podia haver mas também acho que neste momento a conjuntura é muito complicada de alguém fazer algo podia por exemplo um técnico de línguas embora seja complicado por causa dos custos”.

Vemos que implicitamente nos seus discursos consideram que o estado português lhe dá mais do que deveriam ter direito por isso nada têm a reclamar,

E9 – “Eu até acho como elas já são o máximo porque estamos a dar tudo que elas querem, coisas que estão acima do que elas podiam imaginar por isso não vejo assim nada que pudesse mudar”.

7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a leitura e releitura dos dados, conseguimos identificar uma construção discursiva que reflete as maneiras de falar acerca das relações estabelecidas com mulheres imigrantes grávidas e das suas práticas: o “*compromisso regulador*”.

Esta construção discursiva parece ser suportada pelas teorias das relações intergrupais, identidade social, discriminação e das representações sociais (Moscovici, 1976; Tajfel, 1982). A teoria da identidade social, considerada a teoria mais importante no quadro atual dos modelos sobre as relações intergrupais em psicologia social (Amâncio, 1993), parte da ligação entre três conceitos fundamentais: categorização social, identidade social e comparação social (Cabecinhas, 2002a; Cabecinhas & Lazaro, 1997).

Tajfel e os seus colaboradores (1982) indicam que a identidade social está associada ao conhecimento da pertença, evocado pela categorização. Esta é concebida como um instrumento que segmenta, classifica e ordena o ambiente social, levando o indivíduo a definir o seu lugar em sociedade. Esta teoria estipula que o significado emocional e avaliativo que resulta dessa pertença exprimir-se-ia no favoritismo pelo endogrupo em detrimento do exogrupo (Correia & Neves, 2011). De facto, quando os indivíduos se percebem como membros de um grupo, sendo essa pertença importante no contexto da relação com outro grupo, são levados a favorecer os membros do seu grupo, a fim de manter e reforçar a sua identidade social positiva (Cabecinhas, 2002; Cabecinhas & Lazaro, 1997). Deste modo, a diferenciação intergrupar surge da necessidade de dar significado à situação intergrupar, de forma a construir e a fortalecer a identidade social (Cabecinhas, 2002), aumentando as diferenças entre os grupos, ou criando diferenças que, de facto, não existem (Álvaro & Garrido, 2007).

Segundo Jodelet (1981 as cited in Cabecinhas, 2004) as representações sociais resultam de uma atividade de apropriação e de um processo de elaboração psicológica e social da realidade exterior, de modo a tornar familiar algo não familiar (Moscovici, 1961).

Pela leitura dos resultados deste estudo vemos que a maioria das/os entrevistadas/os fazem uma categorização clara entre o grupo das imigrantes e grupo das portuguesas. O grupo das mulheres imigrantes é visto como um grupo com menor estatuto relativo na hierarquia social, não só porque são em menor número mas, também, porque apresentam características distintas do grupo mais numeroso que detém o poder simbólico de “organizar” a hierarquia social (Correia & Neves, 2011).

Deste modo, a presença de discursos hegemónicos que dão sentido ao ser e estar em sociedade, leva a que as/os profissionais categorizem as pacientes não só com base na sua nacionalidade mas de acordo com as suas diferentes pertenças identitárias. É, segundo estas categorias, que as/os profissionais regulam a sua relação com as mulheres imigrantes e orientam o seu comportamento na prestação de cuidados.

Assente no discurso médico, no discurso da/o profissional como detentor do conhecimento, como a/o especialista, propagador das práticas de cuidado ocidentais, as/os profissionais de saúde tentam transformar algo que não é familiar em algo que já é conhecido, induzido por um processo de comparação, de valoração e de conformidade ou divergência em relação à norma. Isto acarreta obviamente consequências na orientação de ação, práticas e subjetividades destas/es profissionais de saúde levando a um comprometimento com o que está legislado, mas não levando em consideração a bagagem cultural destas mulheres.

Apesar de verificarmos que existem discursos de maior resistência face aos macro discursos estereotipados sobre as diferentes comunidades imigrantes existindo profissionais de saúde que defendem que devem tentar compreender e agir com competências culturais, partindo do princípio de que não são as/os imigrantes que se têm que adaptar a eles, facto é que os discursos mais vigentes são discursos de submissão ao conhecimento hegemónico. O serem vozes de autoridade, que detêm o poder de produzir sentidos e de distribuir conhecimento, envia os sentidos que podem ser conhecidos por estas mulheres. De facto, a naturalização do poder hegemónico da medicina ocidental no âmbito dos cuidados de saúde leva a que práticas tradicionais de cuidado sejam renegadas, existindo uma tendência em tornar as mulheres, durante a gravidez e a maternidade, como objeto de cuidados médicos (Kitzinger, 1978). Estes passam por tentar desapropriar as mulheres imigrantes do

seu poder, dos seus conhecimentos tradicionais de cuidado que lhes foi transmitido de geração em geração, havendo uma clara naturalização e legitimação de práticas discriminatórias de exclusão e de domínio (Neves, 2010a, 2010b).

Desta forma, revela-se que as/os profissionais de saúde, sendo membros dos grupos dominantes consideram-se individualmente como um ponto de referência em relação aos quais as outras pessoas são definidas (Deschamps, 1982 as cited in Cabecinhas, 2002).

Vemos que apesar das transformações sociais que ocorrem no país a nível do fenómeno da globalização, e da sustentação existente pela legislação em vigor, os estereótipos sexistas e o etnocentrismo que permanecem no discurso médico e no imaginário social funcionam como uma barreira para identificação e intervenção face às necessidades de saúde, no domínio sociocultural das mulheres imigrantes, levando a uma clara regulação comportamental a nível dos cuidados que são prestados a estas mulheres.

Ao serem legitimados como detentoras/es de uma posição privilegiada na sociedade o poder que exercem visa uma influência social que não é, de modo algum, igualitária (Fiske, 1993 as cited in Neves, 2008). Deste modo, visionando as suas orientações de ação como as corretas eles tentam que as imigrantes assimilem a cultura ocidental e as práticas de cuidado em detrimento das suas.

Deste modo, a prestação de cuidados surge indissociável de um conhecimento localizado e situado destes profissionais que está dependente da sua formação de base e da sua sensibilidade para lidar com a diversidade cultural e não apenas assente na legislação vigente.

Isto origina dois tipos de posicionamento possíveis e visíveis nos seus discursos: ora tentam garantir ajuda a estas mulheres de modo a que entendam as práticas de saúde praticadas em Portugal, agregando os seus conhecimentos tradicionais e potencializando, caso necessário uma desconstrução de crenças, mitos, entre outros, tendo a/o profissional um papel ativo ou, por outro lado, impõem regras sem a real noção de que estas foram compreendidas e assimiladas pelas pacientes. Tal como nos refere Sousa (2003), continuam a existir profissionais que não procuram de uma forma sistemática conhecer o referencial sobre saúde e doença que as imigrantes edificaram ao longo dos seus percursos de vida, ancorados nas suas crenças, costumes e cultura, continuando a não respeitar e a adequar os seus cuidados à realidade cultural destas mulheres (Monteiro, 2005). Daí que apesar de todos apresentarem

um compromisso com a legislação em vigor, não negando explicitamente cuidados, facto é que poucos são aqueles que vão além do formalismo implícito e transformam as representações sociais vigentes passando para aquilo que designamos para um compromisso informal para com qualquer ser humano e que ultrapassa as barreiras da legislação passando para um interesse real em prestar um acompanhamento com qualidade a estas mulheres.

Este posicionamento de naturalização e perpetuação do poder hegemónico da medicina ocidental no âmbito dos cuidados de saúde leva a uma manutenção de um etnocentrismo claro e presente na sociedade portuguesa onde o estatuto social e o poder moldam as experiências entre autóctones e imigrantes (Gilligan, 1982 *as cited in* Neves, 2008).

A opção de não se dar poder ao outro incorre riscos acrescidos. De facto, o “*compromisso regulador*” perpetua as desigualdades nos contextos de saúde para a população imigrante.

Esta construção discursiva informa e reforça que as pacientes imigrantes são cidadãs desprovidas de direitos, onde os seus conhecimentos e as suas dificuldades são desvalorizadas. Isto para além de perpetuar um afastamento das pacientes aos contextos de saúde, o esquecer o poder de decisão das utentes fora dos contextos de saúde, no sentido de seguirem as indicações prescritas, pode levar a que estas optem por outro tipo de comportamento, durante os cuidados pré-natais e puerpério, comprometedor da sua saúde ou do bebé (Fernandes, 2008). Paralelamente, a desculpabilização ou um negligenciar de situações dúbias que deveriam ser devidamente encaminhadas (e.g., gravidezes precoces, violência de género) leva a que estas mulheres continuem desprotegidas no mundo social.

8. CONCLUSÕES

Este estudo vem reforçar que só acedendo à pluralidade das perspetivas em jogo no fenómeno imigratório podemos alcançar uma compreensão profunda das problemáticas existentes nas diferentes realidades sociais. Daí se ter designado este estudo por *O outro lado do cenário: discursos, perspetivas e vivências de profissionais de saúde* uma vez que este pretende retratar o outro lado dos cuidados de saúde materno-infantis sob o olhar das/os profissionais.

Verificamos pelos resultados apresentados que as/os catorze técnicas/os entrevistadas/os tem um contacto regular com mulheres imigrantes grávidas de inúmeras nacionalidades.

Este estudo aponta que em termos de caracterização sociodemográfica estas mulheres têm idades compreendidas entre os 30 e 35 anos, são mulheres geralmente provenientes de um baixo estrato socioeconómico, que apresentam muitas vulnerabilidades sociais e que apresentam tempos de permanência variáveis no país. Estes dados vão de encontro não só aos dados disponibilizados pelo SEF que aponta que as mulheres residentes em Portugal estão na sua maioria na idade ativa mas também para a realidade cada vez mais presente do adiamento da gravidez. De facto, a transformação dos fenómenos socioeconómicos, valores e interesses sociais e culturais levam a que esta seja uma opção de cada vez mais mulheres em todo o mundo.

Este estudo refere ainda que, embora em menor número, existem jovens adolescentes que são seguidas na consulta de gravidez, sendo estas geralmente jovens romenas.

O recurso aos serviços é caracterizado pelos profissionais como tardio devido aos múltiplos obstáculos que as mulheres passam ao acederem aos serviços (e.g., situação administrativa, acesso a médica/o de família, acesso à gratuitidade dos serviços) e aos diversos constrangimentos com que têm de lidar (e.g., problemas comunicacionais, cultura).

Esse recurso tardio trás alguns problemas acrescidos às/aos técnicas/os. Primeiro, porque a maioria das pacientes não faz qualquer tipo de planeamento familiar o que levanta riscos acrescidos para as mães e bebés mas também para os clínicos no sentido de diagnosticarem a tempo algum tipo de problema. Depois, o facto de nem todos os SNS/USF's atribuírem médica/o de família às utentes leva a que muitas vezes o historial clínico fique incompleto e fracionado e que os cuidados sofram alguns riscos. Apesar das/os clínicas/os tentarem com que as pacientes cumpram as orientações técnicas previstas pela Direção Geral dos Cuidados de Saúde (10 consultas) não sabem se de facto estas cumprem ou não.

Este estudo revela que se alguns centros de saúde estabelecem como prática a atribuição de um/a médico/a de família e /ou a atribuição de um/a médico/a de recurso que segue o processo até ao final da gravidez, isto não é prática corrente em todos os locais. Para além disso, as burocracias organizacionais dos serviços leva a que face à lista de pacientes em espera não seja cumprida a periodicidade das consultas de vigilância pré-natal.

O tempo que dispõem para cada consulta é também um constrangimento para as/os profissionais, considerando que não é suficiente o tempo que têm para efetuarem

histórias clínicas em profundidade que permitam adquirir informação e avaliar devidamente a estrutura familiar, social e cultural das pacientes.

De facto, os Centros de Saúde, as USF's e as Maternidades, que representam o primeiro acesso das/os cidadãs/os à prestação de cuidados de saúde na gravidez não só por garantirem uma assistência mais próxima do local de residência e/ou do trabalho das pessoas, deveriam garantir uma promoção de saúde com diversas estratégias interventivas adequadas aos diferentes problemas de saúde individuais, grupos e de comunidades sociais (DGS, 2004a). Todavia, estes nem sempre estão organizados de modo a que lhes permita responder, adequadamente, aos problemas, necessidades e expectativas da sua comunidade, em particular da comunidade migrante (Santiago, 2009), situação esta que se problematiza ainda mais em situações hospitalares.

Outra das conclusões aponta para as dificuldades sentidas pelas/os clínicas/os quando as mulheres vêm já com a vigilância de gravidez iniciada noutro país. A dificuldade de interpretar os boletins de vacinas e de grávida, quando existem, leva a que peçam à paciente para seguirem o processo de vigilância à luz das orientações previstas pela DGS.

Por outro lado, referem que as barreiras comunicacionais e/ou linguísticas limitam muito os cuidados. O não dominarem a língua da paciente e/ou o não conseguirem fazer-se entender é tido como um dos maiores impedimentos vivenciados por estas/es profissionais.

O facto de algumas pacientes se fazerem acompanhar por familiares e/ou conhecidos leva a que as questões comunicacionais melhorem com a ajuda das/os interpretes, contudo, por outro lado, coloca as/os técnicas/os numa posição passível de ser ética e deontologicamente criticada.

Paralelamente, muitas vezes não percebem se a presença de outros ocorre apenas e só com o intuito de serem uma ajuda, ou se por outro lado, vêm com o intuito de controlar e manipular a informação que as mulheres recebem das/os técnicas/os e das práticas ocidentais de cuidado. Este estudo vem realçar que perante situações dúbias face a experiências que as pacientes possam evidenciar de violência e/ou exploração nas suas relações íntimas as/os profissionais não tomam grandes atitudes com receio de não estarem por dentro da cultura e das tradições destas mulheres o que propicia um aumento da vulnerabilidade destas mulheres (e.g., situações de tráfico de seres humanos).

Numa tentativa de tentar solucionar este problema comunicacional e/ou linguístico vemos pelos resultados que muitas/os dos profissionais fazem esforços acrescidos no sentido de se fazerem entender, utilizando para isso as mais variadas ferramentas (e.g., internet, Google tradutor, colegas de trabalho). Ou seja, se algumas/alguns das/os entrevistadas/os fazem apenas o legalmente previsto não tendo a garantia efetiva de que prestaram um bom cuidado, outras/os realizam esforços suplementares para tentarem com que os cuidados que preconizam sejam cuidados com qualidade.

Outra das conclusões deste estudo aponta para um total desconhecimento dos meios disponíveis a nível nacional nomeadamente no que concerne à linha de tradução telefónica do ACIDI para ultrapassar estas dificuldades.

Este estudo sublinha que nos cuidados de saúde materno-infantis, as/os profissionais fazem uma distinção clara entre aquilo que consideram uma utente cumpridora ou não cumpridora face ao cumprimento das práticas de cuidado. Todavia, ressaltam que o não cumprimento das indicações se pode dever a inúmeros fatores nomeadamente a dificuldades económicas, a práticas tradicionais de cuidado e/ou devido a impedimentos culturais, não percebendo a importância de certos procedimentos (e.g., vacinação, alimentação, amamentação).

Este estudo mostra que se, por um lado, os clínicos desejam que as pacientes cumpram as diretrizes da DGS por outro lado, eliminam por vezes a liberdade das pacientes escolherem as práticas que querem seguir. Isto parece indicar que existe uma clara legitimação do conhecimento da medicina ocidental e como tal tenta-se impor esse poder hegemónico no âmbito dos cuidados de saúde primários levando a que as práticas tradicionais e culturais de cuidado sejam repelidas.

Os discursos encontrados nesta investigação são claramente discursos hegemónicos que embora comprometidos com a legislação vigente levam a uma regulação dos saberes dos outros em prol do conhecimento da saúde ocidental. Este estudo vem corroborar dados já apresentados por outros estudos nos quais tem sido perentória a falta de consideração dos clínicos pela bagagem cultural das pacientes (Dias *et al.*, 2010).

De facto, as evidências deste estudo apontam para as questões de poder existentes nas relações de cuidado. Este não se cinge apenas ao poder do Estado, mas ao poder de todos os intervenientes na prestação de cuidados que surge como uma forma de controlo e regulação de uns indivíduos sobre outros (profissionais vs imigrantes)

(Foucault, 1969/2002). Este poder, que aqui se problematiza e reflete, se por um lado, protege e beneficia as mulheres grávidas em termos dos cuidados preconizados garantindo-lhes um melhor bem-estar e prevenção de problemas futuros por outro lado, limita, constrange, homogeneiza e reprime.

Estes dois sistemas, utentes e profissionais de saúde, que se inter-relacionam, são pautados assim, por relações de micro e macro poder, que envolvem não só legitimação mas também controlo, hierarquia e assimetria entre quem detém a autoridade e quem a considera legítima.

Este poder manifesta-se não só numa dimensão relacional (e.g., tipo de comunicação) mas também numa dimensão causal como são exemplo as práticas de cuidado (e.g., informar da existência do cheque dentista, aulas de preparação para o parto).

Por outro lado, este poder vai-se expressando também de um modo formal e/ou informal em vários domínios (Morgan, 1996). Expressa-se a nível formal através do controlo dos recursos (e.g. atribuição de médica/o de família); estrutura organizacional, regras e regulamentos; o controlo dos processos de decisão; o controlo do conhecimento e da informação e a nível informal através da gestão do significado e da gestão das relações de género (Morgan, 1996), sendo que todas estas fontes propiciam uma correlação de poderes importantes que limitam ou constroem muitas vezes a acessibilidade destas mulheres.

As/os profissionais visionam o grupo das imigrantes como um grupo homogéneo e com características estáveis o que vai traduzindo claramente o sexismo e o etnocentrismo (Bourhis *et al.*, 1994) persistente na nossa sociedade. Esta estereotipia sustenta-se não só numa visão, ainda em vigor em Portugal e nas/os portuguesas/es, de que a população imigrante de um modo generalizado vem para cá com o intuito de roubar os nossos empregos e/ou maridos mas também pelo conceptualizar que são pessoas preguiçosas que nos vêm retirar benefícios a nível das contas do Estado nomeadamente a nível da segurança social (Lages *et al.*, 2006; Cabecinhas, 2002a).

Claro está que esta sofre um agravamento quando se aliam outras pertenças identitárias destas mulheres, como é exemplo da sexualização das mulheres brasileiras e a etnização das mulheres cabo-verdianas que despoletam preconceitos nefastos para estas mulheres assentes em sistemas de dominação caracterizados pelo capitalismo, etnocentrismo, colonialismo e sexismo.

As brasileiras são conceptualizadas por algumas/alguns profissionais como mulheres oportunistas, que utilizam a gravidez numa tentativa de regularizar a sua situação administrativa (situação esta que adveio da situação mediatizada dos “casamentos brancos”), utilizando a gravidez como um fator facilitador para a possibilidade de residência no país recetor. Por outro lado, são vistas como reivindicativas e exigentes, não lhes conferindo direitos, quase como se as imigrantes devessem estar gratas pelos cuidados de saúde que recebem, não lhes reconhecendo o direito de reivindicarem o que quer que seja.

Quanto às mulheres do leste as/os técnicos classificam-nas como cumpridoras não só em termos da vinda aos atendimentos mas também relativo ao cumprimento das diretrizes de cuidado. Ao ponto que as mulheres que designam por africanas são tidas com as mais incumpridoras.

Este estudo salienta que mesmo existindo legislação em Portugal que protege a mulher imigrante grávida garantindo-lhe o acesso e usufruto de cuidados de saúde gratuitos bem como algumas ações da comunidade no sentido de melhorar a condição do cidadão e cidadã imigrante a nível da saúde em Portugal, de que são exemplo a linha de tradução do ACIDI, o gabinete de saúde do CNAI em Lisboa e projetos criados por diferentes organizações a nível nacional (e.g., projeto Saudar, Médicos do Mundo, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), que têm como principal objetivo otimizar os cuidados e práticas de saúde, isso não invalida que as/os técnicas/os que lidam com elas não exerçam outro tipo de poder, muitas vezes sublime, marcado por macro discursos, carregadas de preconceitos e estereótipos claramente interseccionais.

Tal como ressalva Sopa (2009), a relação profissional de saúde-utente continua a ser pautada por um etnocentrismo dual, na medida em que a/o profissional de saúde avalia a paciente ancorando-se nas suas conceções de verdade sobre saúde e doença bem como nas expectativas e estereótipos que tem das utentes.

Os seus discursos estereotipados face a mulheres com pertenças diferenciadas levam-nos a concluir que vão as/os profissionais vão regulando o seu comportamento de ajuda e/ou compromisso de um modo mais formal e/ou informal tendo por base ou uma submissão/resistência aos macro discursos estereotipados sobre as diferentes comunidades imigrantes.

Como medidas para tentar eliminar estes constrangimentos adjacentes ao atendimento das mulheres imigrantes grávidas as/os profissionais ressaltam a necessidade de dar informação, de facilitar a comunicação e a literacia para a saúde tanto

de imigrantes como das/os profissionais. Esta, segundo eles, poderia ser alcançada com a formação cultura para técnicas/os de saúde e por disponibilizar mais tempo para o atendimento a estas mulheres de modo a possibilitar uma real comunicação entre técnica/o-utente mas também de modo a deixar a pessoa mais à vontade para colocar todas as questões inerentes à sua gravidez e a todos os procedimentos envolvidos (e.g., exame ginecológico).

A nosso ver isso implicaria dar também mais conhecimento sobre a legislação em vigor em Portugal, uma vez que os resultados apontam para um desconhecimento da legislação portuguesa face ao atendimento das mulheres imigrantes grávidas (e.g., taxas moderadoras, acesso e direito de atendimento a mulheres em situação irregular). Este dado vem corroborar outros estudos que demonstram que as/os profissionais apresentam um limitado conhecimento da legislação ou da sua aplicabilidade (Dias & Gonçalves, 2007).

Todavia é notório neste estudo uma ideia generalizada de que, apesar de todos os constrangimentos que estas mulheres evidenciam e eles próprios vivenciam nas práticas de cuidado, o estado português já faz muito. Ou seja, continua a não existir um empenho pela existência de modelo social de saúde positiva (Dias *et al.*, 2009), intercultural, interseccional e centrado nas necessidades dos indivíduos e população, e adaptado às suas especificidades torna-se crucial para a humanização do atendimento. Este modelo médico continua a ignorar os reais significados que as mulheres imigrantes dão à experiência da gravidez e do parto.

Parece-nos claro, com a realização deste estudo que é necessário ter em atenção as diferentes categorias identitárias das mulheres: o género, a nacionalidade, etnia, orientação sexual, religião, entre outras, nos contextos de saúde uma vez que estas propiciam não só necessidades diferenciadas como vivências díspares.

Deste modo, a integração de determinantes biológicos com os valores e estereótipos sociais é essencial para ajudar a identificar onde intervir, para aumentar a saúde e os cuidados de saúde, eliminar as disparidades e reduzir os custos de cuidados médicos (Sánchez, 2012).

Assim, de modo a que este saber hegemónico das/os profissionais seja questionado, é preciso desenvolver uma consciência histórica sobre as posições de poder dos seus representantes quotidianos. O tomar consciência da sua hegemonia e posição de poder requer rejeitar (re)produzir um saber que é destituído de verdade mas que leva constantemente ao aniquilamento dos saberes dos outros, negando, as sua vi-

vências subjetivas. É fulcral que a/o profissional de saúde abandone o “compromisso” no sentido de regularizar procedimentos e condutas, distanciando-se das suas próprias crenças e valores, da sua cultura, e perspetive a utente como informadora cultural, como o elemento chave que lhe vai dar informações sobre a cultura que rege a sua conduta de vida.

Deste modo, se o formar técnicas/os de saúde para as questões da interculturalidade é um grande passo para uma abertura de mentalidade e regulação de poder de um modo mais simétrico apelando à responsabilidade social de propiciar bons cuidados de saúde, por outro lado, o ouvir as comunidades imigrantes, permitindo o seu envolvimento no que respeita ao processo de saúde-doença, tendo-os como colaboradoras/es fundamentais durante todo o processo de planeamento, desenvolvimento e implementação de intervenções no âmbito da saúde torna-se decisivo (Dias *et al.*, 2009; Padilla, *et al.*, 2013).

Todavia, não se pode olvidar as próprias instituições e os seus procedimentos internos. A constituição de manuais de boas práticas, monitorização de cuidados e a continuidade de cuidados são essenciais, no sentido, de cada mulher imigrante poder ter, pelo menos, o número mínimo aconselhado de consultas de vigilância pré-natal e a de revisão de puerpério.

É, assim, necessário que a interseccionalidade surja como o novo paradigma a nível dos cuidados de saúde uma vez que este potencia a compreensão das atitudes e/ou comportamentos que influenciam ou podem influenciar positiva ou negativamente o estado de saúde de mulheres imigrantes grávidas, bem como entender as disparidades a nível da saúde levando a uma maior justiça social neste domínio (Weber & Parra-Medina, 2003).

REFLEXÕES FINAIS

Cuidados de Saúde Materno-Infantis à população Imigrante residente em Portugal. Eis o título de uma investigação que envolveu a problematização dos discursos e vivências de mulheres imigrantes grávidas e de profissionais de saúde nos palcos dos contextos de saúde materno-infantil.

Recapitularemos, nesta reflexão final, o nosso percurso de investigação, sistematizando as suas principais linhas condutoras de pensamento teórico, epistemológico e metodológico, e destacando os principais pontos de chegada.

A primeira parte consistiu numa reflexão aprofundada sobre os constructos basilares

que incorporam esta investigação e que, tal como o nome indica, constituiu os alicerces para a compreensão de um fenómeno multi determinado.

No Capítulo 1 abordamos as realidades das imigrações no Mundo e em Portugal, refletindo sobre o papel das mulheres neste fenómeno, por si só multi determinado e complexo, mas também invisível.

Afunilando o nosso enfoque para as questões da saúde, no Capítulo 2 pensamos as imigrações como um processo que pode acarretar alguns riscos acrescidos para quem imigra a nível do seu estado de saúde. Foi feita uma reflexão sobre os determinantes de saúde implicados no seu estado de saúde e doença focando o nosso olhar para as questões da saúde materno-infantil que tanto nos interessava explorar e conhecer.

Complexificando a nossa leitura sobre imigrações e saúde materno-infantil, trazemos a debate no Capítulo 3 a Teoria da Interseccionalidade considerando que este é o novo paradigma que procura perceber e compreender as realidades e os efeitos das múltiplas intersecções identitárias destas mulheres nos contextos de saúde (Wilkinson, 2003b), possibilitando um conhecimento situado que levanta novas questões e novas oportunidades para entender as disparidades neste domínio levando a uma maior justiça social (EWL, 2010; Weber & Parra-Medina, 2003) e à criação de uma sociedade inclusiva na diversidade (Rodrigues, 2011).

Já no Capítulo 4 apresentamos os principais paradigmas teóricos e premissas metodológicas orientadoras da nossa investigação (e.g., pesquisa qualitativa, análise temática, análise crítica do discurso) que constituem o tronco comum investigativo para os dois estudos que se apresentam no Capítulo 5 - *Estudo 1- Discursos, percepções e vivências de mulheres imigrantes nos cuidados de saúde primários* e no Capítulo 6 - *Estudo 2- O outro lado do cenário: discursos, perspetivas e vivências de profissionais de saúde*.

Nesta reflexão final vamos sistematizar os principais pontos de chegada alcançados com os dois estudos, que apesar de não generalizáveis permitem olhar de forma crítica e informada para este fenómeno social, conferindo-lhes uma visão *genderizada* e socialmente localizada.

O estudo 1, que envolveu uma problematização das vivências e configurações de mulheres imigrantes brasileiras, cabo-verdianas e ucranianas a nível da experiência de cuidados de saúde no SNS português no período de gravidez e maternidade, evidencia que as imigrantes quando chegam a Portugal apresentam diversos perfis epidemio-

lógicos, crenças e práticas culturais, incluindo as que envolvem saúde e doença. As evidências mostram que os padrões de solicitação bem como a procura de serviços de saúde são afetados por conceitos pessoais sobre saúde e doença, mediados pela literacia pessoal em saúde, pelo grau de conhecimento que cada pessoa tem sobre o funcionamento do sistema de saúde, pelas possibilidades económicas para recorrer aos serviços, e pelas experiências passadas nos diversos contextos sociais. De facto, as participantes do estudo revelam um evitamento em acederem aos serviços para os cuidados preventivos, mostrando que vão em casos urgentes mas embora já muito tardiamente. Poderíamos pensar que tudo advém de questões culturais, contudo vemos que estas mulheres estão imbuídas num contexto que oprime, desvaloriza a sua liberdade pessoal. Este sentimento de que a qualquer momento serão confrontadas com práticas e tratamentos desiguais e opressores leva-as a evitarem os serviços.

Quando estabelecem os primeiros contactos, muitas são as barreiras conjunturais que limitam as suas escolhas e oportunidades não só de acesso como de frequência dos serviços. Barreiras relacionadas com a oferta e prestação de cuidados, tais como a falta de profissionais (e.g., médicas/os de família), problemas de comunicação entre a/o profissional e as pacientes, a não acessibilidade a serviços específicos (e.g., aulas de preparação para o parto, cheque dentista), bem como o confronto com atitudes discriminatórias por parte das/os profissionais.

Vemos que se, por um lado, as mulheres imigrantes procuram ativamente consagrar as conquistas obtidas em termos de direitos, ocupando os diferentes espaços da vida social em igualdade de circunstâncias, por outro lado é-lhes continuamente transmitido e reforçado, pelas próprias instituições e/ou pessoas com as quais contactam, um desequilíbrio na regulação de poder que tem consequências ao nível individual mas também ao nível das dinâmicas sociais. Perante esta discriminação que ocorre no meio social e que se repercute nos contextos de saúde estas mulheres evidenciam discursos claramente "genderizados" e classicistas sofrendo uma influência dos *scripts* culturais e sociais que balizam a forma de serem mulheres e de se dizerem mulheres (Neves, 2008) conformando-se com a situação e silenciando-se.

De acordo com os resultados, principalmente no que concerne à comunidade cabo-verdiana e ucraniana, esta desvalorização sentida vai efetivando práticas e performances nos contextos de saúde onde é claro uma assimilação dos comportamentos tidos como adequados pela medicina ocidental. A comunidade brasileira embora seja mais reivindicativa a nível verbal também não efetiva as suas queixas a um nível formal. Ou seja, estas mulheres incorporam a ideia de que o relatar e insurgir-se contra determinadas situações é um sinónimo de se colocar em situação de risco, de maior

discriminação e de “não integração”. Tal facto alimenta, de acordo com as evidências, e em concordância com as perspetivas teóricas apresentadas, desempenhos alinhados com uma regulação comportamental. Estas mulheres não percebem a necessidade de utilizar estratégias, como a reinterpretção das características do endogrupo, que produzam uma distinção positiva face ao grupo dominante. Vão sim, adotando estratégias individuais de mobilidade social que não constituem qualquer ameaça ao grupo hegemónico e que vão enfraquecendo a solidariedade no interior do grupo dominado, contribuindo para a manutenção do *status quo* (Wal, 2009) e da desigualdade (Oliveira & Amâncio, 2006).

Deste modo, a submissão das mulheres imigrantes nos contextos de saúde repercute-se nas práticas de cuidado. Aliada a uma depreciação internalizada, as mulheres compelem-se ao conformismo e silenciamento sendo este visível pela falta de resistência vigente face a situações discriminatórias assim como pelo auto policiamento constante (Foucault, 1975/2003) adequado a um modelo de cuidado que é considerado moralmente superior e que é legitimado.

Este conformismo, cumplicidade e silenciamento acarreta, inevitavelmente, certos perigos pois, se por um lado, perpetua uma não efetivação dos seus direitos, por outro lado não informa as instituições e políticas de saúde sobre as suas vulnerabilidades e dificuldades específicas. De facto, este silenciamento leva a que não se conheçam as alterações que são necessárias colocar em prática de modo a que as leis saiam de um patamar teórico para uma dimensão prática de efetivação de direitos. Estes dados vêm, assim alertar para que estas mulheres não podem continuar a ser consideradas um grupo homogéneo no que respeita aos conhecimentos, atitudes e comportamentos face aos cuidados de saúde.

Se os resultados confirmam a existência de problemas gerais e comuns às três comunidades imigrantes tal como por exemplo: a falta de informação sobre os seus direitos no âmbito dos cuidados de saúde materno-infantis, os comportamentos de risco que preconizam (e.g., falta de planeamento familiar e consulta pré-concepcional, ida tardia aos serviços), por outro lado apontam também para vivências diferenciadas alicerçadas nas suas diferentes categorias identitárias que necessitam obviamente de um tratamento diferenciado (e.g., acesso, obstáculos, cuidados, encaminhamentos).

Veja-se as dificuldades inerentes a perceber e denunciar práticas onde está supostamente presente a violência de género. Se o receio de aceder e frequentar serviços de saúde por motivos de gravidez já se torna, para algumas, tão difícil, quanto mais denunciar situações que as irão remeter para serviços que desconhecem de todo.

Olhando para *O outro lado do cenário: discursos, perspetivas e vivências de profissionais de saúde*, as evidências do estudo 2 demonstram que existe por parte das/os profissionais uma clara falta de informação sobre os direitos das imigrantes grávidas no acesso e frequência do SNS, dificuldades de comunicação (pelo não domínio da língua), falta de sensibilidade e competência para lidar a diversidade cultural das pacientes bem como a exibição de atitudes discriminatórias.

Os macro discursos societais estabelecem sentidos de discurso através de mecanismos de hierarquização, permissão e censura, o que leva as/os profissionais a categorizarem e a criarem estereótipos generalizados para toda a comunidade imigrante associando a imigração à insegurança, ao desemprego, à perda de valores, como se a condição migratória constituísse uma ameaça à convivência e à coesão social.

Por outro lado, pelo poder que lhes é conferido a nível de conhecimento e posição social, estes profissionais tentam controlar e regular as ações e práticas das mulheres imigrantes no que concerne aos cuidados de saúde materno-infantis (e.g., vacinação, cuidados de alimentação) aqui em estudo. Obviamente que existe sempre o objetivo nobre de providenciar o atendimento a estas mulheres, contudo este não invalida que nele esteja camuflado o exercício do poder assente em sexismo, classicismo e etnocentrismo que tenta homogeneizar estas mulheres e as suas vivências.

De facto, estes posicionamentos relacionam-se uma vez que o facto de serem vistos como detentores de um poder especialista, detentores de conhecimento legitima a submissão das mulheres face aos seus ensinamentos.

Vemos, assim, pelas evidências dos dois estudos, que o poder informa tanto os discursos de mulheres imigrantes grávidas como os discursos de profissionais de saúde, numa base hierárquica desigual de poder. Estas mulheres encontram-se perante formações discursivas hegemónicas que lhes chegam pelos mais diferenciados modos: através da ciência, da medicina, da comunicação social. Estas funcionam como diapositivos disciplinares, disciplinantes e normatizantes (Foucault, 1975/2003) que vão moldando as suas próprias subjetividades (Butler, 1990).

Surgem desta forma muitas recomendações e considerações que podem, a nosso ver, potenciar uma melhoria dos cuidados de saúde materno-infantis dirigidos a mulheres imigrantes residentes em Portugal.

Se, tal como refere Fonseca (2000, p. 18), “homens e mulheres reproduzem a ordem social e cultural na qual se engendram, podendo reelaborá-la e recriá-la dentro de contextos e conjunturas específicas”, é possível novas reconfigurações nestes contextos.

Desta forma, uma aposta clara na informação das mulheres imigrantes dos seus direitos nos contextos da saúde, bem como da reivindicação de direitos que permitam perspetivar novas possibilidades de estar e de agir igualitárias e equitativas torna-se crucial de modo a potenciar a passagem de um estado de consciência acrítica para um processo de consciência crítica ativa (Freire, 2007). O mostrar que os seus silenciamentos propiciam não uma melhoria do seu atendimento nos contextos de saúde, mas uma ausência de revisão de políticas e de alteração de condutas institucionais/profissionais é de todo necessária.

É, assim, urgente criar modos alternativos na relação das mulheres com o poder e à regulação do seu uso na sociedade. Como nos diz Rosi Braidotti (2004) é importante fortalecer nestas mulheres a consciência crítica que resiste a acomodar-se aos modos de pensamento e conduta socialmente impostos.

Contudo, se no que concerne às mulheres imigrantes é capital desconstruir este posicionamento assimilacionista, conformista, levando a uma (des)locução e (des) construção de categorias opressivas, e à demonstração de como estas operam em termos de matrizes de subordinação e de privilégio, isto é só uma parte do longo percurso a fazer.

Como as evidências nos mostram estes cenários são informados pelas vivências em sociedade. Não chega conscientizar as imigrantes, todos/as nós somos responsáveis por promover uma sociedade não opressora, quer pertençamos a grupos oprimidos ou grupos opressores de determinada categoria social. Deste modo, a própria sociedade também tem de operar mudanças no sentido da integração efetiva das imigrantes tanto a nível laboral como social e tem de dar a devida atenção a este fenómeno. O conceito de democracia que defendemos e acreditamos prevê que todos/as se possam assumir como seres sociais e históricos, como seres pensantes, comunicadores/as, transformadores/as, criadores/as e realizadores/as de sonhos (Freire, 2005).

Como tal, a nível das políticas estas devem ser pensadas, analisadas e criadas numa vertente transnacional e interseccional abarcando diferentes áreas uma vez que todas elas se interligam e influenciam.

Joana Miranda, em 2010, sugere que as políticas deveriam procurar uma coordenação efetiva com os países de origem de modo a serem garantidas: (a) oportunidades de trabalho com o mesmo nível de reconhecimento e igualmente remuneradas para homens e mulheres; (b) o acesso gratuito à educação para as/os suas/seus filhas/

os (e.g., pré-escolar); (c) o acesso das mulheres à informação sobre os seus direitos e deveres enquanto mulheres e imigrantes; (d) reconhecimento de qualificações; (e) participação das mulheres na vida associativa; (f) a regulamentação do trabalho doméstico garantindo o acesso destas mulheres aos diversos direitos sociais; (g) o acesso a programas de apoio a mulheres imigrantes nas várias etapas do processo migratório; (h) programas de apoio psicológico dirigidos a mulheres imigrantes que pela sua situação de desenraizamento do país de origem, de reconstrução identitária, de frequente afastamento das/os filhas/os e/ou por vivências de violência se encontram numa situação particularmente vulnerável; (i) acesso a sistemas financeiros que lhes permitam guardar o seu dinheiro e/ou enviar remessas de forma segura; (j) reconhecer o poder dos media na sociedade atual, sensibilizando-os para a influência que podem exercer na opinião da população portuguesa sobre as/os imigrantes e dar espaço às mulheres imigrantes nos próprios media (e.g., Programa Nós); (l) criação de campanhas de sensibilização dirigidas às comunidades das áreas que são as principais fontes de imigração, alertando para os riscos, informando sobre os direitos e os apoios disponíveis nas diversas etapas do processo migratório; (m) formação dirigida a quem trabalha no terreno da integração; (n) implementação de programas de igualdade de género dirigidos às entidades empregadoras e à sociedade em geral; (o) o combate a todas as formas de discriminação e violência contra mulheres imigrantes, incluindo, nomeadamente, medidas de penalização de formas de assédio sexual, tráfico de seres humanos e o apoio a mais investigação sobre migrações numa perspetiva interseccional.

Se a saúde é um direito inalienável dos indivíduos, esta deveria 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.

Das 120 medidas do Plano para a Integração das/os Imigrantes, apenas cinco medidas se referem à igualdade de género, o que apesar de indicar um claro início de uma contemplação das questões de género há muito necessária (Miranda, 2010) indicia ainda uma ausência face à interseccionalidade das múltiplas pertenças destas mulheres que vai além das questões de género. O mesmo ocorre face ao Plano Nacional de Saúde que apesar de englobar alguma relação entre as conceções de género e os valores orientadores do documento não incorpora a perspetiva interseccional como ponto de partida. Para que tal ocorra, é preciso uma visão interseccional das desigualdades que determinam os níveis de saúde e os padrões de doença de cada pessoa, da distribuição dos recursos, das formas de organização e das práticas das/os profissionais.

A componente feminina das imigrações devem constituir um foco de análise imprescindível, devendo os organismos responsáveis pela elaboração e implementação de políticas migratórias procurar fazer um diagnóstico da situação de cada comunidade de mulheres, procurando compreender as razões e os contextos que levam as mulheres a migrar, as dificuldades específicas que enfrentam em diferentes domínios tal como o da saúde, em resultado da multitudine de pertenças identitárias que as constituem.

De facto, a população imigrante, como grupo diferente e heterogéneo, que abarcam questões interseccionais, imbricadas, complexas e que obedecem a lógicas singulares devem ter direito a um diálogo intersubjetivo, de interlocução com o outro, que se baseie no princípio da igualdade, no direito à participação, o que é diferente de uma crença *a priori* e incondicional de que todas/os as/os pacientes são iguais. Na verdade, são diferentes nas suas características, formações, informações, conhecimentos, nível de instrução e no acesso à informação, mas são iguais na possibilidade da participação, da troca, da busca do entendimento e da decisão consensual (Nogueira-Martins & Bogus, 2004).

Para tal, várias/os são as/os investigadoras/es que apontam a mais-valia de se identificar boas práticas que tenham sido seguidas noutros países em que as questões de género são alvo de maior atenção de modo a desenvolver uma contínua avaliação das medidas que vão sendo implementadas em Portugal (Miranda, 2010; Padilla *et al.*, 2013; Padilla & Miguel, 2009).

A nível internacional tem sido notório o interesse em incluir na avaliação do sistema de saúde, a perspetiva da/o usuária/o (Dias *et al.*, 2010). De fato, o conhecimento das perceções das/os usuários sobre a acessibilidade, qualidade do atendimento e do seu grau de satisfação têm sido considerados importantes indicadores da qualidade desses mesmos serviços (Dias *et al.*, 2010). Assim, só perguntando diretamente sobre as medidas que vêm como potenciadoras do seu desenvolvimento pessoal e profissional em Portugal podemos articular entre as políticas de imigração e de cooperação para o desenvolvimento (Figueiredo, 2005) de modo a que estas façam sentido e tenham um efeito direto sobre as suas necessidades. É, deste modo, ressaltado o dar voz ativa nas políticas de saúde às/aos imigrantes no geral e às mulheres grávidas em particular estimulando o desenvolvimento do *mainstreaming* interseccional na conceção das políticas de saúde, na dinâmica funcional dos serviços e na adequação e qualidade dos cuidados prestados a homens e mulheres.

Ressalva-se também a necessidade de se realizarem pesquisas mais específicas, de preferência integradas em projetos transversais que envolvam vários países, de

modo a perceber os problemas de saúde e a epidemiologia que resultam de migrações, tentando identificar soluções eficazes (Padilla & Miguel, 2009).

Paralelamente, nos próprios serviços recomenda-se que se adeque e uniformize o sistema informático das unidades de saúde de modo a ser possível despistar o acesso e frequência aos serviços da população imigrante, tal como já tinha sido referenciado por Padilla e Miguel (2009).

Por outro lado, sugere-se que aja um reforço de toda a legislação que abrange os cidadãos e cidadãs estrangeiras junto das/os profissionais de saúde e utentes de modo a evitar maus procedimentos, ou procedimentos enviesados daquilo que a lei prevê. Ou seja, os serviços de saúde materno-infantis e seus profissionais têm primeiramente de conhecer a legislação vigente e perceber que as mulheres imigrantes de diferentes nacionalidades, estatuto no país, idade passam por problemáticas diferenciadas. Daí não se poder continuar a ter uma visão ingénuo de critérios de análise diferenciados, tais como o sexo, género, idade, “raça” ou nacionalidade, entre outros que podem propiciar diferentes necessidades e/ou problemáticas.

A promoção da saúde envolve, assim, uma ação concertada entre todas/os: profissionais de saúde, técnicas/os que intervêm em programas e projetos comunitários, dirigentes das associações de imigrantes, mediadoras/es de saúde e pelas próprias mulheres imigrantes (Lee *et al.*, 2009) que devem ter em conta o papel dos valores e das dinâmicas de poder (Padilla *et al.*, 2013). Segundo a Rede de Conhecimento sobre Exclusão Social da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS são estas dinâmicas de poder que levam a um “contínuo de inclusão/exclusão caracterizado por um acesso desigual aos recursos, capacidades e direitos, o que conduz a desigualdades na saúde” (SEKN, 2008, p. 2, tradução nossa).

Contudo, tal como refere Beatriz Padilla e colaboradoras (2013), tem de se ter em consideração o impacto do poder sobre as desigualdades na saúde em dois níveis distintos. Tanto a nível dos problemas e necessidades, dos objetivos e ações que devem ser explanados e considerados no desenho e planificação de uma intervenção como na avaliação dos seus resultados, verificando em que medida se conseguem promover relações de poder mais simétricas de forma a contribuir para a diminuição das desigualdades na saúde, o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde (Padilla, *et al.*, 2013).

É necessário que façam o corte e a reflexão crítica face a tudo o que sempre lhes pareceu como uma realidade inequívoca. É aquilo que Bourdieu (2002) designa por

desenvolver um tipo de “vigília epistemológica” contra a “ilusão do saber imediato”, e não repetir aquilo que parece, à primeira vista, auto evidente, óbvio, natural e homogéneo.

De facto, apesar de se assistir atualmente a uma crescente preocupação por Agências Governamentais/Institutos de Saúde/Direções Gerais de diferentes países no mundo, políticas/os, investigadores/as, assim como das/os próprias/os utentes para as questões das desigualdades na saúde colocando a saúde das mulheres como um objetivo prioritário, há a clara noção de que só conhecendo as diferentes realidades que coexistem se pode ser proativa/o na mudança. Só percebendo que devemos aprender com o que é diferente de nós deixando de formular juízos de valor que lesam o desenvolvimento pleno das/os cidadãs e cidadãos poderá operar aquilo que Paulo Freire (2005) designa por uma correção ética das relações sociais.

É, assim, essencial que as/os profissionais desenvolvam competências relacionais e transculturais, a nível de relação de ajuda e de empatia, de modo a promover interações com a utente e família que favoreçam a liberdade de expressão por parte da mulher, com o devido esclarecimento das suas dúvidas e preocupações, tendo sempre a noção de que as mulheres são as suas informadoras culturais privilegiadas, pois são elas que vão dando informações sobre a cultura que rege a sua conduta de vida às/aos técnicas/os de saúde (Suurmond, Uiters, Buijne, Stronks & Essink-Bot, 2011). De facto, a própria *World Health Organization* (1998), defende que a/o profissional de saúde deve envolver o marido, companheira/o ou outros familiares nos cuidados da mãe e recém-nascida/o e deve ter em atenção além das suas necessidades físicas, psicossociais, também as necessidades culturais envolvidas, incluindo a nutrição e o aleitamento.

Segundo Mota e colaboradoras/es (1999), na área da saúde materna o ter sensibilidade para despistar a frequência de utilização de serviços das mulheres grávidas, o reconhecer o nível educacional e o padrão socioeconómico dos pais e responsáveis, a perceção dos problemas de saúde da criança, e conseqüentemente as suas decisões sobre os cuidados de saúde, tipos de serviços necessários, utilização de práticas tradicionais e adesão às rotinas em saúde, contribui em grande medida para ampliar o grau de efetividade das ações individuais e coletivas de promoção da saúde. Obviamente que é necessário reorientar o cuidado na perspetiva do respeito à autonomia, à cultura, numa interação do cuidar/ser cuidado, ensinar/aprender, aberto à incorporação de outras práticas e racionalidades (Nogueira-Martins & Bogus, 2004) quebrando assim a dimensão hierárquica de poder que vão regendo estes dois sistemas. Estes novos ideais seguem uma perspetiva contrária ao assistencialismo mas sim

preconiza uma ação igualitária e equitativa que vise o empoderamento dos diferentes grupos sociais.

Perante o exposto, não restam dúvidas sobre a necessidade de capacitar as/os profissionais de saúde para a realização de cuidados interculturais de qualidade e promotores da saúde da mulher imigrante. Recomenda-se, assim, que sejam postos em prática processos de formação que abranjam as/os administrativas/os e funcionárias/os dos centros de saúde, hospitais e as restantes instituições de saúde pública. Estas/es são uma peça chave no processo de integração das/os imigrantes na saúde. A maioria das faculdades não aborda a questão da interculturalidade nos seus currículos o que leva e/ou poderá levar a que o desconhecimento de questões culturais. A integração destes conceitos nos conteúdos curriculares, a realização de oficinas de competências interpessoais, visitas de intercâmbio internacional são alguns exemplos de possíveis soluções para este problema (IOM, 2010).

As/os profissionais de saúde, para além, da responsabilidade da atitude técnica e decisões terapêuticas, têm a responsabilidade de criar um clima de confiança com a/o utente para que haja qualidade e satisfação nos cuidados de saúde. A atitude de nos colocarmos no papel do outro, respeitando as diferenças culturais, os seus hábitos e costumes, abre-nos um mundo de imensas possibilidades para interpretarmos determinadas atitudes que nos parecem desadequadas, levando-nos também a um confronto com nós próprios, num exercício de reflexão pessoal acerca do etnocentrismo, das nossas próprias convicções e preconceitos (Vieira, 2010).

No que diz respeito à gravidez e maternidade, o elevado risco associado à junção destas duas condições causadoras de vulnerabilidade e o impacto deste na saúde materno-infantil, torna ainda mais evidente a necessidade de criar serviços culturalmente adaptados e capazes de responder adequadamente às necessidades da tríade mãe-recém-nascido e família. Para isso, é fundamental que se pratiquem cuidados livres de etnocentrismos e preconceitos, ultrapassando barreiras, e indo de encontro às necessidades específicas desta população vulnerável (Vieira, 2010).

A IOM (2010) refere como práticas inovadoras tais como a criação de balcões de receção de migrantes em hospitais, clínicas móveis que atingem áreas remotas, e a criação de postos de saúde em comunidades de migrantes podem ser benéficas.

A necessidade de reforçar e/ou criar uma bolsa de tradutoras/es nos serviços de saúde e uma bolsa de mediadoras/es socioculturais, de forma a ultrapassar barreiras comunicacionais (Bäckström *et al.*, 2009; Kandula *et al.*, 2004) é necessária assim

como dar a conhecer a todos os serviços de saúde a linha de tradução do ACIDI. O utilizar diversos manuais de grávida já traduzidos em inúmeras línguas que foram criados por projetos a nível nacional (e.g., Saudar) torna-se uma mais-valia para rentabilizar recursos que já estão criados e que podem ser utilizados em prol destas mulheres.

Não esquecer que a prestação de serviços culturalmente adaptados não se restringe à relação profissional de saúde/utente. Há todo um conjunto de outros serviços passíveis de adaptação cultural, como o apoio espiritual, aberto a todas as convicções religiosas (aplicação da Lei n.º 16/2001, de 22 de junho, publicada no DR. 143/2001, Série A, I); apoio emocional com o incentivo à visitação dos migrantes internados por voluntárias/os das mesmas nacionalidades; disponibilização de refeições que tenham em conta os tabus alimentares das/os utentes (Silva & Martingo, 2007).

Carvalho (2004) por outro lado sugere o *empowerment* comunitário para a educação à saúde. Sob a influência de Paulo Freire, as/os teóricas/os do *empowerment* comunitário pretendem a efetivação de um modelo que procura romper com métodos educativos centrados no exercício do “poder sobre” o outro, substituindo-o por métodos que valorizem o debate e a discussão de ideias, opiniões e conceitos com vistas à solução de problemas. Deste modo, o *empowerment* comunitário pode ajudar no delineamento de ações que tenham como objetivo a superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre as/os profissionais e utentes (Carvalho, 2004).

A nível científico também modificações têm de ser operacionalizadas. É imprescindível uma viragem de paradigma relativamente às conceções mais tradicionalistas, androcêntricas e/ou universalistas que delegavam a mulher para um segundo plano dentro da sociedade (Andall, 2003; Kofman *et al.*, 2000) dando o respetivo enfoque às trajetórias e práticas das mulheres imigrantes nos contextos de saúde, evidenciando as suas dificuldades, determinantes de saúde, competências e estratégias de negociação face a determinadas assimetrias de poder. É necessário apelar à heteroglossia na construção de saberes nos contextos de saúde (Bakhtin, 1981 *as cited in* Oliveira & Amâncio, 2006), tendo em conta o modo como os discursos sociais são constituídos por outros discursos, ligados a grupos e a relações de poder.

Paralelamente, proclama-se uma visão crítica do género (Nogueira, 2001c), que implica sair da obsessão cultural do binarismo das diferenças de sexo ou das diferenças de género (Nogueira *et al.*, 2005) e que reafirme a complexidade da intersecção múltipla de pertenças levando à necessidade de adoção de um novo vocabulário crítico (DeFrancisco & Palczewsky, 2007; Nogueira, 2001a) nos contextos da saúde.

Assume-se, por isso, um feminismo construcionista nas ciências, que sendo crítico, pode comprometer-se com a política e, conseqüentemente, com possibilidades reais de mudança e com os compromissos (teórico/epistemológicos) que isso possa acarretar (Neves & Nogueira, 2004; Nogueira, 2001b).

Por fim, apresentados os principais pontos de chegada no âmbito da presente investigação e as recomendações que a nosso ver poderão por um lado, (des)silenciar as necessidades e preocupações de mulheres imigrantes grávidas e melhorar tanto o seu estado de saúde, a sua acessibilidade aos serviços, e por outro melhorar a capacidade dos profissionais de prestarem cuidados a estas mulheres, é agora o momento de apresentarmos aquelas que, em nosso entender, poderão ser consideradas algumas limitações desta investigação.

Relativamente ao estudo 1, as participantes da nossa investigação apesar de constituírem, na sua generalidade, um grupo diferenciado do ponto de vista das suas habilitações académicas, idades, tempo de permanência em Portugal, número de filhas/os, ocupações laborais, são de três nacionalidades específicas residentes no Grande Porto, o que nos leva a questionar se as experiências de pessoas com outras características nos trariam outros relatos e outros pontos de vista, prestado um contributo científico e social mais rico, caso tivéssemos tido oportunidade de auscultar as suas histórias.

Por outro lado, o desconhecimento da língua ucraniana levou-nos a aceder apenas a mulheres que já dominassem a língua portuguesa. Mesmo assim, tememos que certos temas e questões não tivessem sido bem compreendidas pelas entrevistadas. Algumas das participantes não interpretaram as perguntas como nós as colocámos, no sentido de responderem àquilo que era por nós pretendido. Houve, assim, a necessidade de reformular e adaptar as perguntas, de forma a torná-las mais familiares às mulheres entrevistadas. Contudo, consideramos que, tal como defende Rubin e Rubin (1995), no desenvolvimento de um relacionamento, mesmo que pontual com estas mulheres, o tentar construir uma linguagem comum é um modo positivo de encontrar ou criar experiências compartilhadas e de construir competência cultural através de uma consciência crítica, conhecimento e habilidades é uma condição essencial para que a conversação seja o mais honesta possível (Sands, Bourjolly & Roer-Strier, 2007).

Outra limitação visionada prende-se com os perigos que algumas e alguns autoras/es têm alertado sobre a Teoria da Interseccionalidade. De facto existe uma tendência para apresentar uma lista acrítica de categorias, como se fossem todas igualmente

situadas e imutáveis, sem atender adequadamente suas diferenças estruturais e da especificidade histórica e contextual de cada categoria (Yuval-Davis, 2006). Este autor salienta a necessidade de distinguir entre diferentes níveis de diferenças, cada um dos quais tem uma base ontológica. Yuval-Davis (2006) levanta a questão de saber se o número de categorias interseccionais devem ser intermináveis ou se algumas limitações são necessárias para fazer o trabalho exequível. Nós tivemos de limitar as categorias estudadas pela pressão temporal de execução da tese.

Outra dificuldade sentida foi na obtenção de relatos sobre práticas não médicas, sobre a procura e utilização de terapêuticas tradicionais e no que concerne à questão dos consumos alcoólicos, tabágicos e/ou drogas durante o período de gravidez. Pela observação das suas atitudes e comportamentos durante as questões apercebemo-nos que em algumas situações as mulheres não diziam a verdade. Por se tratar se de um assunto incómodo, omitiam dando a resposta que creem ser socialmente desejável ou expectável. O mesmo acontecia quando era questionado se já tinham sentido algum tipo de discriminação. Ou seja, se por um lado sentimos que o facto de a investigadora ser mulher favoreceu a interação com as participantes e que por sermos de uma cultura diferente conseguimos trazer à tona novos significados, que muitas vezes tendem a ser assumidos e encobertos quando o/a entrevistador/a e as/os entrevistados são da mesma cultura (Rubin & Rubin, 1995), o facto de ser de outra cultura pode ter levado a alguns constrangimentos no sentido de corresponderem aquilo que socialmente achavam que se estaria à espera.

Relativamente ao estudo 2, evidenciamos como limitações o facto de termos acedido a profissionais de saúde que trabalhavam em diferentes contextos de saúde (e.g. maternidade, hospital, USF's). Isto a nosso ver pode enviesar o conhecimento produzido. O contexto profissional, diferenciado no seu modo de funcionamento pode ter um impacto nas vivências das/os profissionais de saúde com estas mulheres.

Outra das limitações inerentes passou pelo não acesso ao pessoal administrativo, que tal como vimos é a porta de entrada das mulheres nos cuidados de saúde primários e que poderia ter trazido alguma riqueza ao estudo.

Paralelamente, consideramos que a complexificação da discussão dos resultados do estudo 2 requeria um maior conhecimento sobre recursos teóricos da Antropologia da Saúde e da Sociologia da Saúde.

A partir das limitações listadas, mas também a partir de alguns desafios que nos foram colocaram durante a concretização desta investigação, enunciamos algumas

pistas de investigação futura que a nosso ver possam contribuir para uma efetiva desconstrução das desigualdades de poder que ocorrem nos contextos de saúde relativos a população imigrante.

Seria interessante incluir, no desenvolvimento de novos estudos sobre saúde materno-infantil amostras mais alargadas e com maior diversidade em relação aos/às participantes. O instigar, por exemplo, o impacto de uma orientação sexual não hegemónica nos cuidados de saúde materno-infantis, o perceber e compreender como são feitos certos procedimentos quando existem grandes constrangimentos linguísticos e problemas comunicacionais (e.g., consentimentos informados para laqueação das trompas, interrupção voluntária de gravidez) são a meu ver áreas de investigação a descoberto.

O investigar estas realidades em diferentes contextos de saúde seria também uma mais-valia visto que as problemáticas e as realidades poderiam ser distintas.

Por agora, e regressando à realidade da presente investigação, queremos ressaltar que as discussões apresentadas e as conclusões tiradas quanto aos achados da investigação procuraram demonstrar a profundidade e reflexividade que empreendemos ao longo das análises realizadas, todavia, o facto de se ter analisado um número tão extenso de fenómenos envolvidos no processo imigratório nos contextos de saúde não descarta a possibilidade de ter negligenciado alguns processos importantes.

Assim, concluímos este trabalho assumindo que os nossos resultados são resultados possíveis e não verdades absolutamente rigorosas, neutras e imparciais. Muito de nós está implícito nesta análise.

Esperamos que este estudo e a leitura feita permita um melhor conhecimento da saúde materna e as barreiras com que mulheres imigrantes grávidas e profissionais se deparam de modo a construir cuidados de saúde mais inclusivos, responsáveis e policromáticos tendo sempre em consideração que as relações de cuidado não produzem apenas práticas de cuidado mas produzem as próprias pessoas.

“Ninguém é igual a ninguém.
Todo o ser humano é um estranho ímpar”.
Carlos Drummond de Andrade, in ‘A Paixão Medida’.

BIBLIOGRAFIA

ABRANCHES, M. (2007), *Pertenças Fechadas em Espaços Abertos- Estratégias e (Re) construção Identitária de Mulheres Muçulmanas em Portugal*. Lisboa: ACIDI.

ABRANCHES, M. (2008), *INTI Project: One-Stop Shop: A New Answer for Immigrant Integration?* Lisboa: ACIDI.

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2007), *Plano para a Integração dos Imigrantes*. Resolução do Conselho de Ministros nº 63-A/2007. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2010), *II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010-2013)*, Lisboa: ACIDI.

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2011a), *Legislação e Serviços*.

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2011b), *Legislação portuguesa para imigrantes*.

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2011c), *Serviço de Tradução Telefónica*.

AGUIAR, M. (1999), *A grávida vítima de violência: Uma perspetiva de Saúde Mental sobre a violência doméstica*. (Tese de Mestrado). Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10045>.

ALBARELLO, L., ALMEIDA, J. S. de e BAPTISTA, L. (1997), *Práticas e métodos de investigação em Ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

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

ALMEIDA, L. e CALDAS, J. (2012, março), 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.

ALONSO, A. e FERNANDES, I. (2008), *Report Analysing Intersectionality in Gender Equality Policies for Portugal and the EU, QUING Project*. Vienna: Institute for Human Sciences (IWM).

ALVARENGA, C. (2002), Reflexão sobre a História e a Migração em Portugal. In SOS RACISMO (Eds.), *A Imigração em Portugal- Os movimentos humanos e culturais em Portugal* [pp. 21-28]. Lisboa: SOS Racismo.

ÁLVARO, J. e GARRIDO, A. (2007), *Psicologia Social: Perspectivas Psicológicas e Sociológicas*. São Paulo: McGraw-Hill.

ALVES-MAZZOTTI, A. (2008), Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras*, 1(1), 18-43.

AMÂNCIO, L. (1994), *Masculino & Feminino: A Construção Social da Diferença*. Porto: Edições Afrontamento.

AMÂNCIO, L. (2002), O género na psicologia social em Portugal: perspectivas actuais e desenvolvimentos futuros. *Ex æquo*, 6, 55 - 75.

AMÂNCIO, L. (2003), O género no discurso das ciências sociais. *Análise Social*, XXXVIII (168), 687-714.

AMARAL, A. e MACEDO, A. (2005), *Dicionário da Crítica Feminista*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.

ANTHIAS, F. (1983/2000), Metaphors of Home: Gendering New Migrations in Southern Europe. In F. Anthias & G. Lazaridis (Eds.), *Gender and Migration in Southern Europe: Women on the Move* [pp. 17-47]. New York: Berg.

ANTHIAS, F. e LAZARIDIS, G. (2000), *Gender and Migration in Southern Europe: Women on the Move*. New York: Berg Publishers.

APF- Associação para o Planeamento da Família (2011), *Saúde Reprodutiva e Saúde Sexual*. Retirado de <http://pns.dgs.pt/apfamilia/>.

ARNOLD, M., COEBERGH, O. e RAZUM, J. (2010), Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *Eur J Cancer*, 46(14), 2647-2659.

ASCOLY, N., VAN HALSEMA, I. e KEYSERS, L. (2001), Refugee women, pregnancy and reproductive health care in the Netherlands. *Journal of Refugee Studies*, 14(4), 371-393. doi: 10.1093/jrs/14.4.371

ASSIS, G. (2007), Mulheres migrantes no passado e no presente: género, redes sociais e migração internacional. *Estudos Feministas*, 15(3), 745- 772. doi: 10.1590/S0104-026X2007000300015

AUDI, C., SEGAL-CORREA, A., SANTIAGO, S., ANDRADE, M. e PÉREZ-ESCAMILLA, R. (2008), Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, 42(5), 877-885. doi: 10.1590/S0034-89102008005000041

AYAZ, S. e EFE, S. (2008), Potentially harmful traditional practices during pregnancy and postpartum. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(3), 282-288.

BÄCKSTRÖM, B. (2009), *Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*. Lisboa: ACIDI.

BÄCKSTRÖM, B., CARVALHO, A. e 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*.

BAGANHA, M. e GÓIS, P. (1998/1999), Migrações internacionais de e para Portugal: o que sabemos e para onde vamos? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 52/53, 229-280.

BAGANHA, M. e MARQUES, J. (2001), *Imigração e Política. O Caso Português*, Lisboa: Fundação Luso-Americana.

BARBIER, J. (1993), *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.

BARDIN, L. (2009), *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BASTIA, T. e BUSSE, E. (2011), Transnational Migration and Changing Gender Relations in Peruvian and Bolivian Cities. *Female Migration Outcomes: Human Rights Perspectives*, 13(1), 19-34.

BASTOS, J. e BASTOS, S. (2002), Imigrantes, minorias étnicas e minorias nacionais em Portugal, hoje: da exclusão social e identitária ao multiculturalismo? In SOS Racismo (Eds.), *A Imigração em Portugal- Os movimentos humanos e culturais em Portugal* (pp. 273-288). Lisboa: SOS Racismo.

BAUER, H., RODRIGUEZ, M., QUIROGA, S. e FLORES-ORTIZ, Y. (2000), Barriers to Health Care for Abused Latina and Asian Immigrant Women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 11(1), 33-44.

BEAUVOIR, S. (1949/2009), *O Segundo Sexo*. (S. Milliet, Trans.). Lisboa: Quetzal.

BENOIT, C., SHUMKA, L., VALLANCE, K., HALLGRÍMSDOTTIR, H., PHILLIPS, R., KOBAYASHI, K., HANKIVSKY, O., REID, C. e BRIEF, E. (2009), Explaining the Health Gap Experienced by Girls and Women in Canada: Social Determinants of Health Perspective. *Sociological Research Online*, 14(5). doi:10.5153/sro.2024

BENOIT, C., SHUMKA, L., MCCARTHY, B., JANSSON, M., PHILLIPS, R. e HALLGRÍMSDOTTIR, H. (2007, outubro), *Laborers, Managers and Counselors: A Comparative Analysis of Intimate Work in the Sex Industry University of Santa Barbara*. Comunicação apresentada na Intimate Laborers Conference, California.

BERRY, J. (1997), Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-34.

BHUGRA, D. e AYONRINDE, O. (2004), Depression in migrants and ethnic minorities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 13-17. doi: 10.1192/apt.10.1.13

BLIGNAULT, I., PONZIO, V., RONG, Y. e EISENBRUCH, M. (2008), A Qualitative Study of Barriers to Mental Health Services Utilisation Among Migrants. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(2), 180-190.

BOCK, G. (1989), História, História das Mulheres, História do Género. In Penélope (p. 158-187). *Fazer e Desfazer História*, 4.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. (1998), *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon Inc.

BOLLINI, P., PAMPALLONA, S., WANNER, P. e KUPELNICK, B. (2009), Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*, 68(3), 452-461. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.10.018

BOLLINI, P., STOTZER, U. e WANNER, P. (2007), Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. *Int J Public Health*, 52(2), 78-86.

BOURGEAULT, L., BENOIT, C. e DAVIS-FLOYD, R. (2004), *Reconceiving midwifery*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.

BOURHIS, R., GAGNON, A. e MOÏSE, L. (1994), Discrimination et relations intergroupes. In BOURHIS, R. e LEYENS, J. (Eds.), *Stéréotypes, Discrimination et Relations Intergroupes* (pp. 161-200). Liège: Mardaga.

- BOYD, M. (2006), Push Factors Resulting in the Decision for Women to Migrate. In UNFPA/IOM (Eds.), *Female Migrants: Bridging the Gaps Throughout the Life Cycle* (pp. 29-38). New York: UNFPA/IOM.
- BOYD, M. e GRIECO, E. (2003), *Women and Migration: Incorporating Gender into International Migration Theory*. Retirado de www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=106
- BRAGG, R. (2008), Maternal deaths and vulnerable migrants. *Lancet*, 371, 879-881. doi:10.1016/S0140-6736(08)60393-1
- BRAIDOTTI, R. (1994), A Diferença Sexual como um Projecto Político Nómada. In A. Amaral & A. Macedo (Eds.), *Género, Identidade e Desejo- Antologia Crítica do feminismo Contemporâneo* (pp. 143- 160). Lisboa: Edições Cotovia.
- BRAIDOTTI, R. (2003), *The Return of the Masters' Narratives*.
- BRAIDOTTI, R. (2004), *Feminismo, diferencia sexual e subjectividade nómada*. Barcelona: Gedisa.
- BRANCO, P. (2008), Do género à interseccionalidade: considerações sobre mulheres, hoje e em contexto europeu. *Julgar*, 4, 103-117.
- BRAUN, V. e CLARKE, V. (2006), Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- BURMAN, E. (2004), From difference to intersectionality: challenges and resources. *Eur.J. of Psychotherapy, Counseling & Health*, 6(4), 293-308.
- BURR, V. (1995), *An introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.
- BUTLER, J. (1993), *Bodies that matter: on the discursive limits of "sex"*. London: Routledge.
- BUTLER, J. (1990), *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London: Routledge.
- CABECINHAS, R. (2002a), *Racismo e Etnicidade em Portugal: Uma análise psicossociológica da homogeneização das minorias*. (Tese de doutoramento). Retirado de http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/25/1/TESE_RC_FINAL.pdf

CABECINHAS, R. (2002b), Categorização e diferenciação: a percepção do estatuto social de diferentes grupos étnicos em Portugal. *Cadernos do Noroeste. Sociedade e Cultura*, 5, 69-91. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/1591>

CABECINHAS, R. e LÁZARO, A. (1997), Identidade Social e Estereótipos Sociais de Grupos em Conflito: Um Estudo numa Organização Universitária. *Cadernos do Noroeste*, 10(1), 411-426.

CABRERA, P. (2010), *Intersecting Inequalities: A Review of Feminist Theories and Debates on Violence against Women and Poverty in Latin America*. London: Central America Women's Network.

CALADO, B., SILVA, L. e GUERREIRO, D. (1997), Barreiras e Incentivos à Vigilância Pré-natal: Resultados Parcelares. *Saúde em Números*, 12(4), 29-31.

CALVO-VILLAS, J. M., ZAPATA RAMOS, M. F., CUESTA TOVAR, J., ÍÑIGO, I., ROPERO GRADILLA, P., CARRETER DE GRANDA, E. e SICILIA GUILLÉN, F. (2006), Prevalencia de hemoglobinopatías en mujeres gestantes en el área sanitaria de Lanzarote. *An Med Interna*, 23(5), 206-212.

CARBADO, D. e GULATI, M. (2001), The fifth black woman. *Journal of Contemporary Legal Issues*, 11, 701-729.

CARBALLO, M. (2009), Non-Communicable Diseases. In A. Fernandes & J. Miguel (Eds.), *Health and migration in European Union: better health for all in an inclusive society* (pp. 53-70).

CARBALLO, M., DIVINO, J. e ZERIC, D. (1998), Migration and Health in European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3(12), 936-944.

CARDOSO, J. (2000), Ethnicité et inégalité entre hommes et femmes au Portugal. In TOLDY, T. e CARDOSO, J. (Eds.), *A igualdade entre mulheres e homens na Europa às portas do século XXI*. (pp. 229-246). Porto: Universidade Fernando Pessoa.

CARRILHO, M. e FIGUEIREDO, M. (2007), Medidas de discriminação étnica em Portugal: uma análise exploratória. *Revista de Estudos demográficos*, 41, 53-74.

CARRILHO, M. e PATRÍCIO, L. (2010), A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 101-146.

CARTA, M., BERNAL, M., HARDOY, M. e HARO-ABAD, J. (2005), Migration and mental health in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(13). doi: 10.1186/1745-0179-1-13

CARVALHO, G. (2002, fevereiro), Literacia para a Saúde. Um contributo para a diminuição da desigualdade em saúde. Comunicação apresentada no Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social, Braga.

CARVALHO, K. (2008, abril), *Saúde, Direitos Humanos e Desenvolvimento*. Comunicação apresentada no Workshop Direitos Humanos, Igualdade de Oportunidades e Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, Porto.

CARVALHO, S. (2004), Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095.

CASTAÑO-LÓPEZ, E., PLAZAOLA-CASTAÑO, J., BOLÍVAR-MUÑOZ, J. e RUIZ-PÉREZ, I. (2006), Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005), *Rev Esp Salud Pública*, 80, 705-716.

CASTLES, S. e MILLER, M. (2003), *The Age of Migration*. New York: Guilford Press.

CAVALCANTI, L., GOMES, R. e MINAYO, C. (2006), Representações Sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Publica*, 22(1), 31-39.

CCHS – Committee on Community Health Services (1997), Health care for children of immigrant families. *Pediatrics*, 100(1), 153-156. doi: 10.1542/peds.100.1.153

CEDAW – Committee on the Elimination of Discrimination against Women. (2008), *Observações finais do Comité para a Eliminação da discriminação contra as mulheres*. Retirado de <http://plataformamulheres.org.pt/docs/42cedaw/Observacoes-finais-CEDAW-PT.pdf>

CENTER FOR WOMEN'S GLOBAL LEADERSHIP (2001), *A Women's Human Rights Approach to the World Conference Against Racism*. Retirado de <http://www.cwgl.rutgers.edu/component/search/?searchword=Conference+Against+R&ordering=newest&searchphrase=all>

CEPAL (2002), *Globalização e Desenvolvimento*. United Nations. Brasília:Nações Unidas. Retirado de <http://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/2727-globalizacao-desenvolvimento>

CLAUSEN, et al. (2006), *Genetic susceptibility for type 2 diabetes and obesity among immigrants in Europe - prevention and treatment*. Retirado de http://cordis.europa.eu/project/rcn/79287_en.html

COLE, P. (2007), Human rights and the national interest: migrants, healthcare and social justice. *Journal of Medical Ethics*, 33, 269-272.

COLLINS, P. (2000), *Intersecting Oppressions*. Retirado de http://www.uk.sagepub.com/upm-data/13299_Chapter_16_Web_Byte_Patricia_Hill_Collins.pdf

COLLINS, P. (2003), Some Group Matters: Intersectionality, Situated Standpoints and Black Feminist Thought. In T. Lott & J. Pittman (Eds.), *A Companion to African-American Philosophy* (pp.205-229). Oxford: Blackwell Pub.

CORREIA, C. e NEVES, S. (2011), Ser brasileira em Portugal – uma abordagem às representações, preconceitos e estereótipos sociais. In OLIVEIRA, V., LEANDRO, E., AMARAL, J. (Eds.), *Migração: múltiplos olhares*, (pp.175- 185). S. Carlos: Pedro & João Editores/Editora da UNIR-EDUFRO

CORREIA, D. (2004), *Os Imigrantes do leste Europeu e o Papel da Educação nas suas reconfigurações Identitárias*. (Tese de Mestrado não publicada). FPCEUP, Porto.

COSTA, W. (2009), *Na procura do país irmão, o encontro com o primo distante. Significados atribuídos à experiência de imigração por mulheres brasileiras no Distrito do Porto*. (Tese de Doutoramento). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/14218/1/TESE.pdf>

COUTINHO, E. e PARREIRA, V. (2011), Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. *Millenium*, 40, 83-97.

COUTINHO, E., SILVA, A., PEREIRA, C., DUARTE, J., CHAVES, C., PARREIRA, V. e BARRETO, C. (2012), Grávidas imigrantes em Portugal: porque deixam o seu país? *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 1(1), 99-118.

CRAWFORD, M. (1995), *Talking Difference. On gender and language*. London: Sage.

CRAWFORD, M. e KIMMEL, E. (1999), Promoting methodological diversity in feminist research. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 1-6. doi: 10.1111/j.1471-6402.1999.tb00337.x

CRAWFORD, M. e POPP, D. (2003), Sexual double standards: a review and methodological critique of two decades of research. *Journal of Sex Research*, 40(1), 13-26.

CRENSHAW, K. (1991), Mapping the Margins: Intersectionality, Identity, Politics and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43, 1241-99.

CRENSHAW, K. (2002), Documento para o encontro de especialistas em aspetos da discriminação racial relativos ao género. *Estudos Feministas*, 1, 171-188.

CRESPINO, A., MONTEIRO-FERREIRA, A., COUTO, A., CRUZ, I. e JOAQUIM, T. (2008), *Variações sobre Sexo e Género*. Lisboa: Livros Horizonte.

CRUZ, P. (2007), Acolhimento dos Recém- Chegados. In VITORINO, A. (Eds.), *Imigração: Oportunidade ou Ameaça?* (pp. 67-103). Estoril: Principia.

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). Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13533/1/Sara%20Cruz%5b1%5d...pdf>

CUELLAR, I., BASTIDA, E. e BRACCIO, S. (2004), Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older Mexican-origin sample. *Journal of Aging and Health*, 16(4), 447-466.

D'ALMEIDA, A. e SILVA, P. (2007), *Impacto da imigração em Portugal nas contas do Estado*. Coimbra: ACIDI.

DANTAS-BERGER, S. e GIFFIN, K. (2011), Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipas de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 15(37), 391-405.

DAVIDSON, R., KITZINGER, J. e HUNT, K. (2006), The wealthy get healthy, the poor get poorly? Lay perceptions of health inequalities. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2171-2182.

DEAUX, K. (1985), Sex and Gender, *Annual Review of Psychology*, 36, 49-81. doi: 10.1146/annurev.ps.36.020185.000405

DEFRANCISCO, V. e PALCZEWSKI, C. (2007), *Communicating Gender Diversity. A critical approach*. London: Sage Publications.

DENZIN, N. e LINCOLN, Y. (Eds.) (2005), *Handbook of qualitative research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

DEROSE, K., ESCARCE, J. e LURIE, N. (2007), Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability. *Health Affairs*, 26(5), 1258-1268.

DEVRIES, K., KISHOR, S., JOHNSON, H., STÖCKL, H., BACCHUS, L., GARCIA-MORENO, C. e WATTS, C. (2010), Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 158 – 170. doi:10.1016/S0968-8080(10)36533-5

DEVRIES, R., BENOIT, C., VAN TEIJLINGEN, E. e WREDE, S. (2001), *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.

DHAMOON, R. (2010), Considerations on Mainstreaming Intersectionality. *Political Research Quarterly*, XX(X), 1-14. doi: 10.1177/1065912910379227

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2005), Constituição da República Portuguesa, de 12 de agosto. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (1978), Declaração Universal dos Direitos Humanos. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2000), Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de outubro. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2000), Decreto-Lei n.º 70/2000, de 4 de maio. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2003), Decreto- Lei n.º 32/2003, de 30 de julho. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2003), Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2004), Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de março. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2007), Decreto-Lei n.º 167/2007, de 3 de maio. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2001), Despacho n.º 25.360/2001, de 12 de dezembro. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (1984), Lei n.º 3/84, de 24 de março. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (1990), Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2007), Lei n.º 23/2007, de 4 de julho. Lisboa: Diário da República.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (1994), Resolução da República n.º 54/94, de 27 de agosto. Lisboa: Diário da República.

DIAS, B. e DIAS, N. (2012), *Imigração e Racismo em Portugal: O Lugar do Outro*. Lisboa: Edições 70.

DIAS, A., CUNHA, M., SANTOS, A., NEVES, A., PINTO, A., SILVA, A. e CASTRO, S. (2011), Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219.

DIAS, S., GAMA, A. e HORTA, R. (2010), Avaliação dos cuidados de saúde: perceções de mulheres imigrantes em Portugal. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10, S39-S47. doi: 10.1590/S1519-38292010000500004

DIAS, S., GAMA, A., SILVA, A., CARGALEIRO, H. e MARTINS, M. (2011), Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: A Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Acta Med Port.*, 24(4), 511-516.

DIAS, S. e GONÇALVES, A. (2007), Migração e Saúde. In DIAS, S. (Eds.), *Revista Migrações*, 1 (pp.15-26). Lisboa: ACIDI.

DIAS, S., GONÇALVES, A., LUCK, M. e FERNANDES, M. (2004), Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante. *Acta Médica Portuguesa*, 17(3), 211-218.

DIAS, S., MATOS, M. e GONÇALVES, A. (2002), Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 89-102.

DIAS, S., ROCHA, C. e HORTA, R. (2009), *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras- Um estudo qualitativo*. Lisboa: ACIDI.

DIAS, S., SEVERO, M. e BARROS, H. (2008), Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, 8(207). doi: 10.1186/1472-6963-8-207

DINIZ, É. (2004), A mulher brasileira na imigração em Portugal. In SOS Racismo (Ed.), *Imigração e Etnicidade: Vivências trajectórias de mulheres imigrantes em Portugal* (pp. 199-203). Lisboa: SOS Racismo.

DINIZ, É. (2008, agosto), *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. Retirado de http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST65/Eder_Carlos_Cardoso_Diniz_65.pdf

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004a), *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: prioridades (vol. 1)*. Retirado de <http://1nj5ms2lli5hdggb3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Volume-1-Prioridades.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004b), *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: orientações estratégicas (vol. 2)*. Lisboa. Retirado de <http://1nj5ms2lli5hdggb3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Volume-2-Orientações-estrategicas.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (n.d.), Plano para a Igualdade. Retirado de http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/Planos_Igualdade_Ministerios/pi-ms-revisto.pdf

DOYAL, L. (1995), *What Makes Women Sick? Gender and The Political Economy Of Health*. Basingstoke: MacMillan.

DUARTE, V. (2011), Os caminhos de Alice do outro lado do espelho: Discursos e percursos na delinquência juvenil feminina. (Tese de Doutoramento). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19785/1/Vera%20M%C3%B3nica%20da%20Silva%20Duarte.pdf>

DWORKIN, S. (2005), Who is epidemiologically fathomable in the HIV/AIDS epidemic? Gender, sexuality, and intersectionality in public health. *Culture, Health, & Sexuality*, 7(6), 615-623.

EARNER, I. (2010), Double risk: Immigrant mothers, domestic violence and public child welfare services in New York City. *Evaluation and Program Planning*, 33, 288-293. doi:10.1016/j.evalprogplan.2009.05.016

ELLSBERG, M. e HEISE, L. (2005), *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*. Washington DC: World Health Organization, PATH.

ESPINOSA, L., *et al.* (1989), A saúde da criança migrante. Estudo multicêntrico de crianças ciganas e africana. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 20(1), 17-21.

ESTACIO, E. e MARKS, D. (2007), Health Inequity and Social Injustice for the Aytas in the Philippines: Critical Psychology in Action. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, 1(1), 40-57.

ESTRELA, P. (2009), A saúde dos imigrantes em Portugal. *Rev Port Clin Geral*, 25, 45-55.

ETOWA, J., WEERASINGHE, S. e EGHAN, F. (2010), Maternal health care challenges within African immigrant communities. *Journal of US-China Public Administration*, 7(5), 30-40.

EU (2000), Carta dos direitos fundamentais da união europeia. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*. Retirado de http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf

EU Concil (2004), *Joint Report by the Comission and the Council on Social Exclusion* (Report 7101/04), Bruxelas: EU Concil. Retirado de http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/final_joint_inclusion_report_2003_en.pdf

EUMC – European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (2005), *Majorities' Attitudes Towards Minorities: Key Findings from Eurobarometer and the European Social Survey*. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights. Retirado de <http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/EB2005-summary.pdf>

EUROPEAN COMISSION (2006a), *European Migration Network - Impact of Immigration on Europe's Societies*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EUROPEAN COMISSION (2006b), *Gender inequalities in the risks of poverty and social exclusion for disadvantaged groups in thirty European countries*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities,

EUROPEAN COMISSION (2008), *The European Perinatal Health Report*. Retirado de <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>

EUROPEAN COMISSION (2010a), *Eurostat Yearbook 2010*. Belgium: European Union. Retirado de <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5721265/KS-CD-10-220-EN.PDF/e47b231c-c411-4d4e-8cd6-e0257be4f2e6?version=1.0>

EUROPEAN COMMISSION (2010b), *Data and Information on Women's Health in the European Union*. Retirado de http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/women_report_en.pdf

EUROPEAN PARTNERS FOR EQUITY IN HEALTH (2006), *Position Paper on "Tackling Health Inequalities"*. Retirado de <https://www.imo.ie/policy-international-affair/overview/IMO-Position-Paper-on-Health-Inequalities.pdf>

EUROPEAN WOMEN'S LOBBY (2007), *Equal Rights, Equal Voices: Migrant Women in European Union*. Retirado de <http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/Equal-Rights-Equal-Voices-Migrant-Women-in-the-EU-EWL-2007.pdf>

EUROPEAN WOMEN'S LOBBY (2010), *Protecting all women from discrimination*. Brussels: EU.

EZZATI, M., LOPEZ, A., RODGERS, A., HOORN, S., MURRAY, C. e COMPARATIVE RISK ASSESSMENT COLLABORATING GROUP (2002), Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360(9343), 1347-1360.

FAIRCLOUGH, N. (1996), Technologisation of discourse. In C. Caldas-coulthard & M. Coulthard (Eds.), *Texts and practices: readings in Critical Discourse Analysis* (pp. 71-83). London: Routledge.

FEDELI, U., ALBA, N., LISIERO, M., ZAMBON, F., AVOSSA, F. e SPOLAORE, P. (2010), Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 89(11), 1432-1437.

FERNANDES, A. e MIGUEL, J. (2009), *Health and migration in European Union: better health for all in an inclusive society*. Retirado de <http://www.migrant-health-europe.org/files/AMAC%20Public%20Report.pdf>

FERNANDES, M. (2008), Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13-23.

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

FILHO, W. (2008), *Imagem do imigrante brasileiro no jornalismo televisivo português 2004 -2006*. Lisboa: ACIDI.

FINCH, B., KOLODY, B. e VEGA, W. (2000), Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *J Health Soc Behav*, 41, 295–313.

FINE, M. (2002), *Disruptive voices: the possibilities for feminist research*. University of Michigan Press.

FINNBOGADÓTTIR, H., SVALENIUS, E. e PERSSON, E. (2003), Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19, 96-105.

FISH, J. (2009), Our Health, Our Say: Towards a Feminist Perspective of Lesbian Health Psychology. *Feminism & Psychology*, 19, 437-453. doi: 10.1177/0959353509342692

FLAX, J. (1990), *Thinking fragments: Psychoanalysis, Feminism & Postmodernism in the contemporary West*. Oxford: University of California Press.

FLICK, U. (2002), Qualitative Research- State of Art. *Social Science Information*, 41, 5-24. doi: 10.1177/0539018402041001001

FONSECA, L., ESTEVES, A., MCGARRIGLE, J. e 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. e MALHEIROS, J. (2005), *Social Integration & Mobility: education, Housing and Health- IMISCOE Cluster B5 State of Art Report*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Retirado de <http://www.ceg.ul.pt/migrare/publ/Cluster%20B5.pdf>

FONSECA, L. e SILVA, S. (2010), *Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça*. Lisboa: ACIDI.

FONSECA, L., SILVA, S., ESTEVES, A. e MCGARRIGLE, J. (2007), Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Revista Migrações- Imigração e Saúde*, 1, 27-52.

FONSECA, L., SILVA, S., ESTEVES, A. e MCGARRIGLE, J. (2009), *Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*. Retirado de http://mighealth.net/pt/images/a/a7/Mighealthnet_SOAR_por.pdf

FONSECA, M., ORMOND, M., MALHEIROS, J., PATRÍCIO, M. e MARTINS, F. (2005), *Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*. Lisboa: ACIME.

FONSECA, T. (2000), *Gênero, subjetividade e trabalho*. Petrópolis: Vozes.

FONTANELLA, B., RICAS, J. e TURATO, E. (2008), Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 24(1), 17-27.

FOUCAULT, M. (1969/2002), *The Archaeology of Knowledge* (A. Sheridan, Trad.). London: Routledge.

FOUCAULT, M. (1975/2003), *Vigiar e Punir. Nascimento da prisão*. (R. Ramalhete, Trad.). Petrópolis: Editora Vozes.

FOUCAULT, M. (1997), *Historia de la Sexualidad: el uso de los placeres*. Argentina: Edição de Siglo XXI.

FRA (2013), *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*. Austria: FRA. Retirado de http://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf

FRANÇA, L. (Eds.). (1992), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*. Instituto de Estudos para o desenvolvimento: Lisboa.

FREIRE, P. (2005), *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.

FREIRE, P. (2007), *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.

FRISBIE, P., CHO, Y. e HUMMER, R. (2001), Immigration and the Health of Asian and Pacific Islander Adults in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 153, 372-380. doi: 10.1093/aje/153.4.372

FUENTES-AFFLICK, E. e HESSOL, N. (2009), Immigration Status and Use of Health Services among Latina Women in the San Francisco Bay Area. *Journal of Women's Health*, 18(8), 1275- 1280.

GANANN, R., SWORD, W., BLACK, M. e CARPIO, B. (2011), Influence of maternal birthplace on postpartum health and health services use. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(2), 223-229.

GARAZABAL, C. (2000), Feminidade Tradicional: Mudanças e Crises na Identidade das Mulheres. In SOS RACISMO (Eds.), *Imigração e Etnicidade- Vivências e trajetórias de mulheres em Portugal* (pp. 277-287). Lisboa: SOS Racismo.

GASPAR, O. e SILES, D. (1997), Migration and health in Spain. In HUISMANN, A.,

WEILANDT, C., GEIGER, A. (Eds.), *Country reports on migration and health in Europe*. Bonn: Wissenschaftliches Institute der Ärzte Deutschlands.

GELTMAN, P. e MEYERS, A. (1999), Immigration Legal Status and Use of Public Programs and Prenatal Care, *Journal of Immigrant Health*, 1(2), 91-97. doi: 10.1023/A:1021832422075

GERLINGER, T. e URBAN, H. (2007), From heterogeneity to harmonization? Recent trends in European health policy. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), S133-S142.

GHIGLIONE, R. e MATALON, B. (1993), *Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

GIDDENS, A. (1996), Affluence, Poverty and the Idea of a Post-Scarcity Society. *Development and Change*, 27, 365-377. doi: 10.1111/j.1467-7660.1996.tb00595.x

GIDDENS, A. (2001), *Transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Oeiras: Celta Editora.

GIDDENS, A. (2008), *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GILL, R. (2006), Global Feminism: Trends in the Literature. *Organization*, 13, 589-598. doi:10.1177/1350508406064689

GODINHO, M., ALARCÃO, V., CARREIRA, M. e PORTUGAL, R. (2008, novembro), Existence of probable psychological distress in African and Brazilian immigrants in Portugal. Poster apresentado na 16ª Conferência Europeia de Saúde Pública – EUPHA. Centro de Congressos de Lisboa, Lisboa.

GOMES, M. e CATALÃO, I. (2006), Migração, Religião e a Dinâmica Urbana: um enfoque sobre o Pentecostalismo no Distrito Federal. Retirado de http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_405.pdf

GONÇALVES, A., DIAS, S., LUCK, M., FERNANDES, M. e CABRAL, J. (2003), Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1), 55-64.

GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, J. e ZARCO, V. (2008), Immigration and Fertility in Southern Europe: A gender-based psychosocial analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18, 440-457. doi: 10.1002/casp.937

GOULART, M. (2009), Teoria Crítica em Habermas: diálogos com Psicologia Social. *Temas em Psicologia*, 17(1).

- GREWAL, S., BOTTORFF, J. e HILTON, A. (2005), The Influence of Family on Immigrant South Asian Women's Health. *Journal of Family Nursing*, 11, 242-263. doi: 10.1177/1074840705278622
- GROSS, J. (2008), Intimate Partner Violence Among Hispanic Pregnant Women. *The Journal of Undergraduate Nursing Writing*, 2(1), 17-22.
- GUERRA, I. (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e Formas de Uso*. Estoril: Principia.
- GUEST, G., MACQUEEN, K. e NAMEY, E. (2012), *Applied Thematic Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- HANCOCK, A. (2007), Intersectionality as normative and empirical paradigm. *Politics & Gender*, 3, 248-254.
- HANKIVSKY, O. (2011), *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*. Retirado de <http://www.ubcpres.ca/books/pdf/chapters/2011/HealthInequitiesInCanada.pdf>
- HANKIVSKY, O. e CORMIER, R. (2009), *Intersectionality: Moving Women's Health Research and Policy Forward*. Vancouver: Women's Health Research Network.
- HANKIVSKY, O., REID, C., CORMIER, R., VARCOE, C., CLARK, N., BENOIT, C. e BROTMAN, S. (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
- HARAWAY, D. (1988), Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- HARDING, S. (1996), *Ciência y Feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- HARDING, S., SANTANA, P., CRUICKSHANK, K. e BOROUJERDI, M. (2006), Birth Weights of Black African Babies of Migrant and Non-Migrant mothers compared with those of babies of european mothers in Portugal. *Annals of Epidemiology*, 16(7), 572-579.
- HARDING, S., TEYHAN, A., ROSATO, M. e SANTANA, P. (2008), All cause and cardiovascular mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 15 (6), 670-676.

- HARE-MUSTIN, R. (1990), Gender and the meaning of difference: postmodernism and psychology. In R. Hare-Mustin (Eds.), *Making difference: psychology and the construction of gender* (pp. 22-64). New Haven, CT: Yale University Press.
- HASKINS, R., GREENBERG, M. e FREMSTAD, S. (2004), Federal Policy for Immigrant Children: Room for Common Ground? *The Future Of Children*, 14(2).
- HAUSMANN, R., TYSON, L. e ZAHIDI, S. (2012), *The Global Gender Gap Report*. Switzerland: World Economic Forum.
- HEDIN, L. (1999), *Woman Abuse During Pregnancy*. Sweden: Goteborg University.
- HELMAN, C. (1994), *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- HELSTROM, L., ODLIND, V., ZÄTTERSTRÖM, C., JOHANSSON, M., GRANATH, F., CORREIA, N. e EKBOM, A. (2003), Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 405-410. doi: 10.1080/14034940210165181
- HEPWORTH, J. (2006), The Emergence of Critical Health Psychology: Can It Contribute to Promoting Public Health? *J Health Psychol*, 11, 331-341. doi: 10.1177/1359105306063298
- HILLER, H. e MCCAIG, K. (2007), Reassessing the role of partnered women in migration decision-making and migration outcomes. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24, 457-472. doi: 10.1177/0265407507077233
- HONDAGNEU-SOTELO, P. (1999), Introduction: Gender and Contemporary U.S. Immigration. *American Behavioral Scientist*, 42, 565-576. doi: 10.1177/00027649921954363
- HONDAGNEU-SOTELO, P. (2000), Feminism and Migration. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 571, 107-120. doi: 10.1177/000271620057100108
- HOOKS, b. (1981/2000), *Feminist theory: from margin to center*. London: Pluto Press.
- HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE (2003), *Inequalities in Access to Maternity Services*. Retirado de <https://www.publications.parliament.uk/pa/cm200203/cmselect/cmhealth/696/696.pdf>
- HUDDLESTON, T., NIESSEN, J., CHAOIMH, E. e WHITE, E. (2011), *Migrant Integration Policy Index III – Portugal* (MIPEX). Retirado de <http://www.acm.gov.pt/documents/10181/65335/mipex.pdf/3923c1d6-deb0-4421-9991-282d0ca16af7>

HUIJTS, T. e KRAAYKAMPQUE, G. (2012), Immigrants' Health in Europe: A Cross-Classified Multilevel Approach to Examine Origin Country, Destination Country, and Community Effects. *International Migration Review*, 46(1), 101-137.

IM, E. e YANG, K. (2006), Theories on Immigrant Women's Health. *Health Care for Women International*, 27, 666-681. doi:10.1080/07399330600817535

INTERNACIONAL MIGRANT STOCK (2010), Retirado de <http://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.TOTL>

INE – Instituto Nacional de Estatística (2001), *XIV Recenseamento Geral da População*. Retirado de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001

INE – Instituto Nacional de Estatística (2011), *Estatísticas demográficas 2010*. Lisboa: INE.

IOM – International Organization for Migration (2003), *World Migration 2003: Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move*. Geneva: IOM.

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

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.

IOM – International Organization for Migration (2011), *World Migration Report 2011- Communicating Effectively about Migration*. Geneva: IOM.

IPPF – Federação Internacional para o Planeamento Familiar (1995), *Carta dos direitos sexuais e reprodutivos*. Retirado de http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/direitos_sexuais_ippf.pdf

IPPF – International Planned Parenthood Federation (2003), *Annual Programme Review 2003--2004*, London: IPPF.

JACK, D. (2001), *Behind the Mask: Destruction and Creativity in Women's Agression*. Cambridge: Harvard University Press.

JANSSENS, K., BOSMANS, M. e TEMMERMAN, M. (2005), *Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe*. Ghent: ICRH.

JOLLY, S. e REEVES, H. (2005), *Gender and Migration: Overview Report*. Prighton: Bridge/Institute of Development Studies.

JONKERS, M., RICHTERS, A., ZWART, J., ORY, F. e ROOSMALEN, J. (2011), Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: Patients' perspectives. *Reproductive Health Matters*, 19(37), 144-153.

JUDGE, K., PLATT, S., COSTONGS, C. e JURKZAC, K. (2006), *Health Inequalities a challenge for Europe*. Londres: UK Presidency of the EU.

KANDULA, N., KERSEY, M. e LURIE, N. (2004), Assuring the health of immigrants: What the Leading Health Indicator.s Tell Us? *Annu. Rev. Public Health*, 25, 357-376. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123107

KAWACHI, I., SUBRAMANIAN, S. e ALMEIDA-FILHO, N. (n.d.), *A glossary for health inequalities*. Retirado de <http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full>

KEEFE, S. e PADILLA, A. (1987), *Chicano ethnicity*. Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.

KELLY, U. (2009), Integrating Intersectionality and Biomedicine in Health Disparities Research. *Advances in Nursing Science*, 32, E42-E56.

KERR, J. (2002), International trends in gender equality work. *Women's International Network News*, 28(3),13.

KING, E., KLASSEN, S. e PORTER, M. (2008), *Copenhagen Consensus 2008 Challenge Paper- Women and Development*. Retirado de http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/CP_Women_and_Development_-_King.pdf

KING, R., THOMSON, M., FIELDING, T. e WARNES, T. (2004), *Gender, Age and Generations – State of art report cluster C8. Working Paper n°5*, IMISCOE.

KINNON, D. (1999), *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada*. Ontario: Santé Canadá. Retirado de <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H21-149-1999F.pdf>

- KITZINGER, S. (1978), *Mães – Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença/Martins Fontes.
- KOFMAN, EL. (1999), Female “Birds of Passage” a Decade Later: gender and Immigration in the European Union. *International Migration Review*, 33, 269-299.
- KOFMAN, E. (2000), *Gender and International Migration in Europe: Employment, Welfare and Politics*. London and New York: Rutledge.
- KOFMAN, E. e SALES, R. (2001), Migrant Women and Exclusion in Europe. In FINK, J., LEWIS, Gail e CLARKE, John (Eds.), *Rethinking European Welfare: Transformations of Europe and Social Policy* (pp. 96-109). London: SAGE.
- KROELINGER, C. e OTHS, K. (2000), Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27, 112-119.
- KU, L. (2007), *Reducing disparities in health coverage for legal immigrant children and pregnant women*. Retirado de <http://www.cbpp.org/files/4-20-07health2.pdf>
- LA BARBERA, M. (2010), Género y diversidad entre mujeres. *CUADERNOS KÓRE*, 1(2), 55-72.
- LA BARBERA, M. (2012), Intersectional-Gender and the Locationality of women “in transit”. In. G. Bonifacio (Eds.), *Feminism and Migration: Cross-Cultural Engagements* (pp. 17-31). Canada: Springer.
- LAGES, M., POLICARPO, V., MARQUES, J., MATOS, P. e ANTÓNIO, J. (2006), *Os Imigrantes e a População Portuguesa: Imagens Recíprocas*. Lisboa: ACIME.
- LANDRINE, H., KLONOFF, E. e BROWN-COLLINS, A. (1992), Cultural Diversity and Methodology in Feminist Psychology. *Psychology of Women Quarterly*, 16, 145-163.
- LARANJEIRA, R., MARQUES, A., SOARES, C. e PRAZERES, V. (2007), *Saúde, Sexo e Género: Factos, Representações e Desafios*. Lisboa: DGS–Direcção Geral da Saúde.
- LAZEAR, K., PIRES, S., ISAACS, M., CHAULK, P. e HUANG, L. (2008), Depression among low-income women of colour: Qualitative findings from cross-cultural focus groups. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10, 127-133.
- LEANDRO, E. (2005), Desigualdades sociais na saúde e na doença: a questão imigrante. *Configurações*, 1(1), 71-86.

LEANDRO, E., ARAÚJO, M. e SILVA, M. (2002), Os males do corpo em terra estrangeira. In LEANDRO, M. (Eds.), *Saúde. As teias da discriminação social* (pp. 181-210). Universidade do Minho: Braga.

LECHNER, E. (2005), O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas. *Revista de Psiquiatria do Hospital Amadora Sintra*. Retirado de <http://mighealth.net/pt/images/e/e5/Lechener05.pdf>

LECHNER, E. (2009), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

LECHNER, E. (2012), Subjetividades confiscadas: silêncios e silenciamentos num terreno etnográfico. *Forum Sociológico*, 22. Retirado de <http://sociologico.revues.org/690>

LEE, J., DEMISSIE, K., LU, S. e RHOADS, G. (2007), *Cancer Incidence Among Korean-American Immigrants in the United States and Native Koreans in South Korea*. Retirado de <https://moffitt.org/File%20Library/Main%20Nav/Research%20and%20Clinical%20Trials/Cancer%20Control%20Journal/v14n1/78.pdf>

LEE, S., THOMPSON, S. e AMORIN-WOODS, D. (2009), One service, many voices: enhancing consumer participation in a primary health service for multicultural women. *Quality in Primary Care*, 17, 63–69.

LEON, M. (2000), Empoderamiento: Relaciones de las mujeres con el poder. *Estudios Feministas*, 8, 191-207.

LEWIN, K. (1948/1997), *Resolving Social Conflicts & Field Theory in Social Science*. Washington: APA.

LINCOLN, Y. e GUBA, E. (1985), *Naturalistic Inquiry*. California: Sage Publications.

LLÁCER, A., ZUNZUNEGUI, M., AMO, J., MAZARRASA, L. e BOLUMAR, F. (2007), The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Community Health*, 61, ii4–ii10. doi: 10.1136/jech.2007.061770

LOPES, F. (2005), Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 5, 1595-1601.

LOPES, L. (2007), *Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa*. (Tese de Mestrado). Observatório da Imigração, Coleção Teses 11. Lisboa: ACIDI.

LORBER, J. (1996), Beyond the binaries: Depolarizing the categories of sex, sexuality, and gender. *Sociological Inquiry*, 66(2), 143-160.

LORENTE, M. (2005), *Diálogos entre Culturas: una reflexión sobre feminismo, género, desarrollo y mujeres indígenas kichwuas*. Retirado de <http://eprints.ucm.es/11849/1/PP01-05.pdf>

LUDVIG, A. (2006), Differences Between Women? Intersecting Voices in a Female Narrative. *European Journal of Women's Studies*, 13, 245-258. doi: 10.1177/1350506806065755

LUTZ, H. (2010), Gender in the Migratory Process. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 36(10), 1647-1663.

MACHADO, F. e AZEVEDO, J. (2009), A investigação sobre imigração e etnicidade em Portugal: tendências, vazios e propostas. In *Revista Migrações- Imigração e Saúde* (pp. 5-31). Lisboa: ACIDI.

MACHADO, F. e ROLDÃO, C. (2010), *Imigrantes Idosos uma nova face da imigração em Portugal*. Lisboa: ACIDI.

MACHADO, I. (2006), Imigração em Portugal. *Estudos Avançados*, 20 (57), 119-135.

MACHADO, I. (2007), *Reflexões sobre a imigração brasileira em Portugal*. Retirado de <http://nuevomundo.revues.org/5889#text>

MACHADO, M., SANTANA, P., CARREIRO, H., NOGUEIRA, H., BARROSO, R. e DIAS, A. (2007), Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. In DIAS, S. (Eds.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde* (pp. 103-127). Lisboa: ACIDI.

MADI, M., CASSANTI, A. e 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.

MAGALHÃES, S. (2011), *Como ser uma Ragazza. Discursos de sexualidade numa revista para raparigas adolescentes*. (Tese de Doutoramento). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/19651>.

MAHALINGAM, R., BALAN, S. e HARITATOS, J. (2008), Engendering Immigrant Psychology: An Intersectionality Perspective. *Sex Roles*, 59, 326-336. doi: 10.1007/s11199-008-9495-2

MALHEIROS, J. (2002), *Portugal Seeks Balance of Emigration, Immigration*. Retirado de <http://www.migrationpolicy.org/article/portugal-seeks-balance-emigration-immigration>

MALHEIROS, J. e BAGANHA, M. (2000), *Imigração Ilegal em Portugal: padrões emergentes* em inícios do século XXI. Retirado de <http://repositorio.ual.pt/handle/11144/2251>

MALHEIROS, J. (2007), *Imigração brasileira em Portugal*. Lisboa: ACIDI.

MALHEIROS, J., PADILLA, B. e RODRIGUES, F. (2010), *Mulheres Imigrantes Empreendedoras*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

MALIN, M. e GISSLER, M. (2009), Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*, 9, 84- 98. doi:10.1186/1471-2458-9-84

MANUEL, H. (2007), *Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses Residentes em Portugal*. Retirado de http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179891/8_HIBM.pdf/c3476622-dd10-4d34-827a-884e1e67d28a

MARMOT, M. (2006), *Health in an unequal World*. London: Royal College of Physicians.

MARQUES, R. (n.d.), *As grandes linhas da política de acolhimento e integração de imigrantes em Portugal*. Retirado de http://web.ccdr-alg.pt/sids/indweb/imagens/docs_extra/Grandes%20linhas%20da%20pol%C3%ADtica%20de%20acolhimento%20e%20integra%C3%A7%C3%A3o.pdf

MARSHALL, K., URRUTIA-ROJAS, X., MAS, F. e COGGIN, C. (2005), Health status and access to health care of documented and undocumented immigrant Latino women. *Health Care Women Int*; 26, 916–936. doi: 10.1080/07399330500301846

MARTINE, G. (2005), A globalização inacabada migrações internacionais e pobreza no século 21. *São Paulo em Perspectiva*, 19(3), 3-22. doi.org/10.1590/S0102-88392005000300001

MARTINEZ, E. (1993), Beyond Black/White: The Racisms of Our Time. *Social Justice*, 20, 22-34.

MASSÉ, R. (1995), *Culture et santé publique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.

MCCALL, L. (2005), The Complexity of Intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1800.

- MCGIBBON, E. (2010), Health and health care: A human rights perspective. In D. Raphael & J. Mikkonen (Eds), *The Social Determinants of Health* (pp. 319-339). Toronto: Canadian Scholar's Press.
- MCKAY, L., MACINTYRE, S. e ELLAWAY, A. (2003), *Migration and Health: A Review of the International Literature*. Glasgow: Medical Research Council – Social and Public Health Sciences Unit.
- MCMILLAN, J. e SCHUMACHER, S. (1997), *Research in Education: A Conceptual Introduction*. New York: Longman.
- MEADOWS, L., THURSTON, W., MELTON, C. (2001), Immigrant women's health. *Soc Sci Med.*, 52(9), 1451-8.
- MELLO, L. e GONÇALVES, E. (2010), Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências da UFRN*, 11(2), 163-173.
- MENDES, I. (2002), *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- MENS-VERHULST, J. e RADTKE, L. (2006), *Intersectionality and health care: support for the diversity turn in research and practice*. Retirado de <http://www.vanmens.info/verhulst/en/wp-content/Intersectionality%20and%20Health%20Care-%20january%202006.pdf>
- MESSIAS, D. e RUBIO, M. (2004), Immigration and health. *Annual Review of Nursing Research*, 22, 101–134.
- MINNOW, M. (1997), *Not only for myself: Identity, politics and the law*. New York: New.
- MIRANDA, J. (2009), *Mulheres Imigrantes em Portugal: Memórias, Dificuldades de Integração e Projectos de Vida*. Lisboa: ACIDI.
- MIRANDA, J. (2010, fevereiro), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Braga.
- MOMSEN, J. (2000), Book Review: Migration and gender in developed world. *Progress in Human Geography*, 24, 676-677.
- MONTEIRO, A. (2006), Imigração e Saúde – Imigrantes da Europa de Leste em Portugal. *Referência*, 2, 9-20.

MONTEIRO, I. (2007), *Ser Mãe Hindu - Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração*. Observatório da Imigração, Coleção Teses 9. Lisboa: ACIDI.

MORENO-JIMÉNEZ, P. e RODRÍGUEZ, L. (2012), “Sin nosotras el mundo no se mueve” - Mujeres inmigrantes en el contexto laboral español. *Athenea Digital*, 12(2), 3-31.

MOREWITZ, S. (2004), *Domestic Violence and Maternal and Child Health: New Patterns of Trauma, Treatment, and Criminal Justice Responses*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

MORGAN, G. (1996), *Imagens da organização*: São Paulo: Atlas.

MOROKVASIC, M. (1984), Birds os Passage are also women. *International Migration Review*, 18(4), 886-907.

MORRISON, A., SHIFF, M. e SJOBLOM, M. (2008), *The International Migration of Women*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

MORROW, S. e HAWXHURST, D. (1998), Feminist therapy: Integrating Political Analysis in Couseling and Psychotherapy. *Women & Therapy*, 21(2), 37-50.

MOSCOVICI, S. (1976), *Social Influence and Social Change*. Londres: Academic Press.

MOTA, E., FRANCO, A. e MOTTA, M. (1999), Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança. *Psicol. Reflex. Crit.*, 12(1), 1 19-132. doi. org/10.1590/S0102-79721999000100008

MTSS (2008), *Quadros de Pessoal 2006*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.

MUNK-OLSEN, T., LAURSEN, T., PEDERSON, C., MORES, O. e MORTENSEN, P. (2006), New parents and mental disorders. *Journal of the American Medical Association*, 296, 2582-2589.

MUTALE, T., CREED, F. e HUNT, L. (1991), Life events and low birth weight – analysis by infants preterm and small for gestational age. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98, 166-172.

- MUYNCK, A. (1997), Migration and health in Belgium. In HUISMANN, A., WEILANDT, C. e GEIGER, A. (Eds.), *Country reports on migration and health in Europe*. Bonn, Wissenschaftliches Institute der Ärzte Deutch-lands e V.
- NASH, J. (2008), Re-thinking intersectionality. *Feminist review*, 89, 1-15.
- NETO, F. (2008), *Estudos de Psicologia Intercultural- Nós e os Outros*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- NEVES, S. (2005), *A (Des)Construção dos Discursos Genderizados sobre o Amor, o Poder e a Violência nas Relações Íntimas: Metodologias feministas na Psicologia Social Crítica*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- NEVES, S. (2007), Psicologia, Diversidade Social e Multiculturalidade: Caminhos Cruzados. *Psychologica*, 45, 125-145.
- NEVES, S. (2008), *Amor, Poder e Violência na Intimidade: Os caminhos entrecruzados do pessoal e do político*. Coimbra: Quarteto.
- NEVES, S. (2010a), Tráfico de mulheres brasileiras para fins de exploração sexual em Portugal e Interseccionalidade: Um estudo de caso. *Psicologia*. 2{XXIV}, 177-196.
- NEVES, S. (2010b), Sonhos traficados (escravaturas modernas?): Tráfico de mulheres para fins de exploração sexual em Portugal. In S. Neves & M. Fávero (Eds.), *Vitimologia: Ciência e Activismo* (pp. 195-226). Coimbra: Almedina.
- NEVES, S. (2011), Women trafficking for sexual exploitation in Portugal: Life narratives, *International Journal of Humanities and Social Science*, 17{1}, 186 - 192.
- NEVES, S. & MIRANDA, J. (2011), *Género e Migrações*. Ex-aequo 23. (Eds.). Porto: Afrontamento.
- NEVES, S. e NOGUEIRA, C. (2004), Metodologias Feministas na Psicologia Social Crítica: a ciência ao serviço da mudança social. *Ex-aequo*, 11, 123-138.
- NEVES, S. e NOGUEIRA, C. (2005), Metodologias Feministas: a Reflexividade ao serviço da Investigação nas Ciências Sociais. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18{3}, 408-412.
- NEVES, S., NOGUEIRA, C., TOPA, J. e SILVA, E. (in press), De “dependentes passivas” a pássaros livres: Género, Mulheres e Migrações em Portugal. *Dados: Revista de Ciências Sociais*.

NOBILE, C., RAFFAELE, G., ALTOMARE, C. e PAVIA, M. (2007), Influence of maternal and social factors as predictors of low birth weight in Italy. *BMC Public Health*, 7, 192. doi:10.1186/1471-2458-7-192

NOGUEIRA, C. (1996), *Um novo olhar sobre as relações sociais de género: perspectiva feminista crítica na psicologia social*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho, Braga.

NOGUEIRA, C. (2001a), A análise do discurso. In FERNANDES, E. e ALMEIDA, L. (Eds.), *Métodos e Técnicas de Avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 15-48). Braga: Universidade do Minho.

NOGUEIRA, C. (2001b), Construcionismo social discurso e género. *Psicologia*, XV(1), 43-65.

NOGUEIRA, C. (2001c), Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do género. *Cadernos de Pesquisa*, 112, 137-153.

NOGUEIRA, C. (2001d), Feminismo e Discurso do Género na Psicologia Social. *Psicologia e Sociedade*, 13(1), 107-128.

NOGUEIRA, C. (2001e), *Um Novo Olhar sobre as Relações Sociais de Género- Feminismo e Perspectivas Críticas na psicologia Social*. Braga: Fundação Calouste Gulbenkian.

NOGUEIRA, C. (2008), Análise(s) do discurso: diferentes concepções na prática de pesquisa em psicologia social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 235-242.

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

NOGUEIRA, C., NEVES, S. e BARBOSA, C. (2005), Fundamentos Construcionistas Sociais e Críticos para o Estudo do Género. *Teoria, Investigação e Prática Psicológica*, 2, 1-15.

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

NOGUEIRA, C. e SAAVEDRA, L. (2011), Estereótipos. Conhecer para os transformar. In *Cadernos SACAUSEF: Igualdade de Género* (pp. 10-30). Lisboa: Ministério da Educação.

NOGUEIRA, C., SAAVEDRA, L. e COSTA, C. (2008), (In)Visibilidade do Género na Sexualidade Juvenil: Propostas para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *ProPosições*, 19(2), 59-79.

NOGUEIRA, C. e TAVEIRA, M. (2004), Estudos de Género e Psicologia Vocacional: Confronto das teorias e implicações para a intervenção social. In *Separata da Obra Desenvolvimento Vocacional ao Longo da Vida: Fundamentos, Princípios e Orientações* (pp.57-81). Coimbra: Almedina.

NOGUEIRA-MARTINS, C. e BOGUS, C. (2004), Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57.

NOLIN, C. (2006), *Transnational Ruptures: Gender and Forced Migration*. Aldershot: Ashgate.

NY, P. (2007), *Swedish maternal health care in a multiethnic society – including the fathers*. [Tese de Doutoramento]. Retirado de <http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/4105/Kappa.pdf?sequence=1>

NY, P., PLANTIN, L., KARLSSON, E. e DYKES, A. (2007), Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement. *Reproductive Health*, 4(9).

ODM (n.d.), *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio*. Retirado de <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>

OECD (2012), *Internacional Migration Outlook 2012*. Retirado de http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2012_migr_outlook-2012-en

OISHI, N. (2002), *Gender and Migration: An Integrative Approach*. Retirado de http://www.ut-capitole.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=1333353762764

OLIVEIRA, A. (2004), *As vendedoras de ilusões – Estudo sobre prostituição, alterne e striptease*. Lisboa: Editorial Notícias.

OLIVEIRA, J. (2010), Os Feminismos habitam espaços hifenizados. *Ex æquo*, 22, 25-39.

OLIVEIRA, J. e AMÂNCIO, L. (2002), Liberdades condicionais: o conceito de papel sexual revisitado. *Sociologia- Problemas e Práticas*, 40, 45-61.

OLIVEIRA, J. e AMÂNCIO, L. (2006), Teorias Feministas e Representações Sociais. *Estudos Feministas*, 14(3), 597-615.

OLIVEIRA, J., SAAVEDRA, L., NEVES, S. e NOGUEIRA, C. (2013), La Psicología Feminista Crítica en el suroeste semiperiférico europeo: el intrigante caso de Portugal. *Teoría y crítica de la psicología*, 3, 302-319.

OMELANIUK, I. (2005), *Gender, Poverty Reduction and Migration*. Washington, DC: The World Bank.

ORLANDI, E. (1997), *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. Campinas: Editora da Unicamp.

ORTEGA, A., FANG, H., PEREZ, V. e RIZZO, J. (2007), Health Care Access, Use of Services, and Experiences Among Undocumented Mexicans and Other Latinos. *ARCH INTERN MED*, 167(21), 2354-2360.

OSO, L. e CATARINO, C. (1997), Femmes chefs de famille et migration. In J. Bisilliat (Eds.), *Femmes du Sud, chefs de famille* (pp. 73-77). Paris: Karthala.

PADILLA, B. (2006), Redes sociales de los brasileiros recién llegados a Portugal: ¿solidaridad étnica o empatía étnica? *Revista Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 49-61.

PADILLA, B. (2007a), A imigrante brasileira em Portugal: Considerando o género na análise. In J. Malheiros (Eds.), *Imigração brasileira em Portugal* (pp. 113-134). Lisboa: ACIDI.

PADILLA, B. (2007b), Brasileiras en Portugal: de la transformación de las diversas identidades a la exotización. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*, 14. Retirado de <http://alhim.revues.org/index2022.html#authors>

PADILLA, B., HERNÁNDEZ-PLAZA, S. e ORTIZ, A. (2013), Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política. *Forum Sociológico*, 22.

PADILLA, B. e MIGUEL, J. (2009), Health and Migration in the European Union: Building a Shared Vision for Action. In A. Fernandes & J. Miguel (Eds.), *Health and migration in European Union: better health for all in an inclusive society* (pp. 15-22).

PAIS-RIBEIRO, J. (2007), *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

PAPADEMETRIOU, D. (2006), *A Europa e os seus Imigrantes no Século XXI*. Lisboa: Fundação Luso-Americana.

PARKER, I. (1992), *Discourse Dynamics: Critical Analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.

PARKER, I. (1998), *Social Construcionism, discourse and Realism*. Londres: Sage.

PEDRO, Emília (1997), *Análise Crítica do Discurso*. Alfragide: Editorial Carminho.

PEER, M., STEINER, M., WASERMAN, S. e SOARES, C. (2010), Does perceived stress in pregnant immigrant women predispose their infants to allergic disease development? - a work-in-progress. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 26(3). doi: 10.1186/1710-1492-6-S3-P35

PEIXOTO, J. (2004), *País de emigração ou país de imigração? Mudança e continuidade no regime migratório em Portugal*. SOCIUS, 2. Retirado de <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/wp200402.pdf>

PEIXOTO, J. (2005), *O Tráfico de Migrantes em Portugal. Perspectivas Sociológicas, Jurídicas e Políticas*. Lisboa: ACIME.

PEIXOTO, J. e ATALAIA, S. (2010), *Policies, families and integration: a state of the art of immigration research in Europe*. Lisboa: SOCIUS.

PEIXOTO, J., CASACA, S., FIGUEIREDO, A., GONÇALVES, M., FLORIANO, A., SABINO, C. e PHIZACKLEA, A. (2006), *Mulheres Migrantes: Percursos Laborais e Modos de Inserção Socioeconómica das Imigrantes em Portugal*. Lisboa: SOCIUS.

PEREIRA, A. (2008), *A Comunidade Chinesa Imigrante em Portugal e os Cuidados de Saúde: Um Estudo na Região de Lisboa*. [Tese de Mestrado]. Retirado de <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1344>

PEREIRA, J. e FURTADO, C. (2010), *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

PERISTA, H. (1998), Mulheres em diáspora na União Europeia: percursos migratórios e trajetórias profissionais e familiares. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 50, 153-164.

PESSAR, P. (1999), The role of gender, households and social networks in the migration process: A review and appraisal. In C. Hirschman, P. Kasinitz & J. Dewind (Eds.), *The Handbook of Internacional Migration: The American Experience* (pp.51-70). New York: Russell Sage Fondation.

PETERSEN, R., GAZMARARIAN, J. A., SPITZ, A. M., ROWLEY, D. L., GOODWIN, M. M., SALTZMAN, L. E. e MARKS, J. S. (1997), Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(5): 366-373.

PHILIBERT, M., DENEUX-THARAUX, C. e BOUVIER-COLLE, M. (2008), Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG*, 115(11), 1411-1418.

PHIZACKLEA, A. (1983), *One Way Ticket: Migration and Female Labour*. London: Routledge.

PHIZACKLEA, A. e WOLKOWITZ, C. (1995), *Homeworking Women- Gender, Racism and Class at Work*. London: Sage.

PILLINGER, J. (2003), *Improving Cultural Awareness in the Health Care Enviroment in Patients Experience*, Newsletter nº 5. Retirado de http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/cultural_awareness_newsletter_mar03.pdf

PINHO, F. (2007), A imprensa na construção do processo migratório: a constituição de Portugal como destino plausível da emigração brasileira. In J. Malheiros (Eds.), *A Imigração Brasileira em Portugal* (pp. 59-86). Lisboa: ACIDI.

PIRES, R. (2002), Mudanças na imigração: uma análise das estatísticas sobre a população estrangeira em Portugal, 1998-2001. *Sociologia: Problemas e práticas*, 39, 151-166.

PIRES, R. (2003), *Migrações e Integração*. Oeiras: Celta Editora.

PIRES, R. (2007), Fluxos Migratórios- Dinâmicas e Modos de Gestão. In VITORINO, A. (Eds.), *Imigração: Oportunidade ou Ameaça?* (pp.45-62). Estoril: Principia.

PISCITELLI, A. (2005), Intérêt et sentiment: migration de Brésiliennes em Italie dans le contexte du tourisme se-xuel international. *Migrations Societes*, 17(102), 105-125.

PISCITELLI, A. (2008), Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e cultura*, 11(2), 263-274.

PITTAWAY, E. e BARTOLOMEI, L. (2001), Refugees, Race and Gender: the multiple discrimination against refugee women. *Dialogue*, 21(1), 16-28.

PLANO NACIONAL DE AÇÃO PARA A INCLUSÃO SOCIAL (2008-2010). Retirado de http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/mdn/documentos/20082010_enpsis.pdf

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2009), *Ultrapassar barreiras: mobilidade e desenvolvimento humanos: Relatório de Desenvolvimento Humano 2009*. Lisboa: Almedina.

PONCE, N., HAYS, R. e CUNNINGHAM, W. (2006). Linguistic Disparities in Health Care Access and Health Status Among Older Adults. *J Gen Intern Med*, 21, 786–791.

POPAY, J., ESCOREL, S., HERNÁNDEZ, M., JOHNSTON, H., MATHIESON, J., RISPEL, L. (2008), *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network*. Geneva: World Health Organization.

PRAZERES, V., LARANJEIRA, A., MARQUES, A. e SOARES, C. (2007), *Saúde, Sexo e Género: Factos, Representações e Desafios*. Lisboa: DGS–Direcção Geral da Saúde.

PRILLELTENSKY, I. e NELSON, G. (2002), *Doing Psychology Critically: Making a difference in diverse settings*. New York: Palgrave Macmillan.

PUSSETTI, C. e BARROS, V. (2012), Outros corpos: imigração, saúde e etnopolíticas da cidadania. *Forum Sociológico*, 22. Retirado de <http://sociologico.revues.org/691>

PUSSETI, C., FERREIRA, J., LECHNER, E. e SANTINHO, C. (2009), *Migrantes e saúde Mental- a construção da competência cultural*. Lisboa: ACIDI.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

RADEMAKERS, J., MOUTHAN, I. e 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

RAJ, A. e SILVERMAN, J. (2002), Violence Against Immigrant Women: The Roles of Culture, Context, and Legal Immigrant Status on Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 8, 367- 398. doi: 10.1177/10778010222183107

RAMALHO, S. e TROVÃO, S. (2010), *Repertórios femininos em construção num contexto migratório pós-colonial*, Estudos OI, 42, 2º volume. Lisboa: ACIDI.

RAMOS, M. (2008), Impactos demográficos e sociais das migrações internacionais em Portugal. In N. Ramos (Eds.), *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspetivas teóricas e práticas* (pp. 11-44). João Pessoa: EDUFPB.

RAMOS, N. (2004), *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

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

RAZUM, O., ZEEB, H. e ROHRMANN, S. (2000), The 'healthy migrant effect'—not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *Int J Epidemiol*, 29, 191–192.

RIBEIRO, M., SACRAMENTO, O., SILVA, M. e RIBEIRO, F. (2005), *Prostituição abrigada em clubes (zonas fronteiriças do Minho e Trás-os-Montes): práticas, riscos e saúde*. Lisboa: CIDM.

BROWN, E., OJEDA, V., WYN, R. e LEVAN, R. (2000), *Racial and Ethnic Disparities in Access to Health Insurance and Health Care*. UCLA Center for Health Policy Research. Disponível em <http://escholarship.org/uc/item/4sf0p1st>

RILEY, J. (2004), Some reflections on gender mainstreaming and intersectionality. *Development Bulletin*, 64, 82-86.

ROBERTSON, J. (2000), The three Rs of action research methodology: reciprocity, reflexivity and reflection-on-reality. *Educational Action Research*, 8(2), 307-326. doi:10.1080/09650790000200124

ROCHA-TRINDADE, M. (1995), *Sociologia das Migrações*. Lisboa: Universidade Aberta.

RODRIGUES, L. (2011), *Direitos humanos: conscientização e interseccionalidade*. Retirado de <http://www.barometro.com.pt/2011/03/01/direitos-humanos-conscientizacao-e-interseccionalidade/>

ROJO, L. e WITAKER, R. (1998), *Poder-decir o el poder de los discursos*. Madrid: Arrecife.

ROSA, M., SEABRA, H. e SANTOS, T. (2003), *Contributos dos imigrantes na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira*. Lisboa: ACIME.

ROSÁRIO, E., SANTOS, T. e LIMA, S. (2011), *Discursos do Racismo em Portugal: essencialização e inferiorização nas trocas coloquiais sobre categorias minoritárias*. Lisboa: ACIDI.

- RUBIN, H. e RUBIN, I. (1995), *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks: Sage.
- RUSEK, S., OLESEN, V. e CLARKE, A. (1997), *Women's Health: Complexities and Differences*. Columbus OH: Ohio State University Press.
- SABINO, C. (2006), As mulheres imigrantes na imprensa portuguesa. In J. Peixoto (Eds). *Mulheres Migrantes: Percursos Laborais e Modos de Inserção Socioeconómica* (pp. 139-165). Lisboa: SOCIUS
- SALAS, X. e TENKKU, L. (2010), Preconception Wellness: Differences in Health by Immigrant Status. *J Immigrant Minority Health*, 14(2), 216-222. doi: 10.1007/s10903-010-9424-7
- SAMUELS, G. e ROSS-SHERIFF, F. (2008), Identity, Oppression, and Power: Feminisms and Intersectionality Theory. *Affilia*, 23, 5-9. doi: 10.1177/0886109907310475
- SÁNCHEZ, P. (2012, maio), La salud desde la perspectiva de genero. Comunicação apresentada no ciclo de conferências internacionais Género e Saúde, Novas (In)visibilidades. FPCEUP, Porto.
- SANDS, R., BOURJOLLY, J. e ROER-STRIER, D. (2007), Crossing Cultural Barriers in Research Interviewing. *Qualitative Social Work*, 6(3), 253-372. doi: 10.1177/1473325007080406
- SANTANA, P. (2002), Poverty, Social Exclusion and Health. *Social Science and Medicine*, 55, 132-145.
- SANTANA, P. (2004), *Saúde, Território e Sociedade*. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
- SANTIAGO, C. (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 não publicada). Universidade Aberta, Lisboa.
- SANTOS, B. (2002), *The Processes of Globalisation*. Retirado de http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/the_processes_of_globalization_in_eurozine.pdf
- SANTOS, B., GOMES, C., DUARTE, M. e BAGANHA, M. (2007), *Tráfico de Mulheres em Portugal para exploração sexual*. Lisboa: GIG.

SANTOS, C. (2007), *Imagens de Mulheres Imigrantes na Imprensa Portuguesa. Análise do ano 2003*. Lisboa: ACIDI.

SANTOS, G. (2009a), *Recém-nascidos de muito baixo peso e famílias migrantes. Maternidade Dr. Alfredo da Costa - uma janela sobre a sociedade contemporânea portuguesa*. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

SANTOS, L. (2009b), *Tornar-se homem: Dramaturgias em torno das apresentações de si, das emoções e dos afetos em palcos offline e online*. (Tese de Doutoramento). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10157>

SAUDAR (2010), *O(s) Sentido(s) do SauDar: Saúde, Género e Migrações*. Coimbra: GRAAL.

SCOTT, J. (1996), Género: Uma Categoria Útil de Análise Histórica. In Crespo *et al.* (Eds.) (2008), *Variações sobre sexo e género* (pp. 49-77). Lisboa: Livros Horizonte.

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2009), *Estatísticas*. Retirado de <http://sefstat.sef.pt/distritos.aspx>

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2010), *Relatório de Imigração: Fronteiras e Asilo*. Retirado de http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2010.pdf

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2011), *Relatório de Imigração: Fronteiras e Asilo*. Retirado de http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2011.pdf

SHAW, Ian (2003), Ethics in Qualitative Research and Evaluation. *Journal of Social Work*, 3, 9-29. doi: 10.1177/1468017303003001002

SHEDLIN, M., DRUCKER, E., DECENA, C., HOFFMAN, S., BHATTACHARYA, G., BECKFORD, S. e BARRERAS, R. (2006), Immigration and HIV/AIDS in the New York Metropolitan Area. *J Urban Health*, 83, 1, 43-58. doi: 10.1007/s11524-005-9006-5

SHIELDS, S. (2008), Gender: An Intersectionality Perspective. *Sex Roles*, 59, 301 – 311. doi: 10.1007/s11199-008-9501-8

SHOWALTER, E. (1981), A Crítica Feminista no Deserto. In AMARAL, A. e MACEDO, A. (Eds.) (2002), *Género, Identidade e Desejo- Antologia Crítica do feminismo Contemporânea* (pp. 37- 74). Lisboa: Edições Cotovia.

SIDDIQI, A., ZUBERI, D., NGUYEN, Q. (2009), The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: Comparing the United States to Canada. *Social Science & Medicine*, 69, 1452-1459.

- SILVA, A. e MARTINGO, C. (2007), Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal. In DIAS, S. (Eds.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde* (pp. 155-159). Lisboa: ACIDI.
- SILVA, E. (2009), *Vivências de Amor e Intimidade em Mulheres Migrantes*. (Tese de Mestrado). ISMAI, Castelo da Maia.
- SILVA, L. (1999), Saúde das mulheres. *Revista de Epidemiologia*, 13, 31-34.
- SILVA, P. (2005), *A Protecção Social da População Imigrante*. Lisboa: ACIME.
- SILVERMAN, D. (1997), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*. Londres: Sage.
- SILVEY, R. (2004), Power, difference and mobility: feminist advances in migration studies. *Progress in Human Geography*, 28, 490-506.
- SMITH, D. (1999), *Writing the Social: Critique, Theory & Investigations*. Toronto: University of Toronto Press.
- SMITH, G. (1975), Gender, race, class, and health: intersectional approaches. *The New England Journal of Medicine*, 356, 317-318.
- SMITH, G., CHATURVEDI, N., HARDING, S., NAZROO, J. e WILLIAMS, R. (2000), Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. *Critical Public Health*, 10(4), 375-408.
- SOPA, M. (2009), *Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório*. (Tese de Mestrado). Retirado de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1343/1/Representa%C3%A7%C3%B5es%20e%20Pr%C3%A1ticas%20da%20Maternidade%20em%20Contexto%20Multicu.pdf>
- SOUSA, J. (2003), *A Oeste do Paraíso. Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de Saúde*. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Aberta: Lisboa.
- SOUSA, J. (2008), *Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde*. Lisboa: ACIDI.
- SØNDERGAARD, D. (2005), Making Sense of Gender, Age, Power and Disciplinary Position: Intersecting discourses in Academy. *Feminism and Psychology*, 15, 189-208. doi: 10.1177/0959353505051728

SPENCER, S. (2006), The Challenge of Integration in Europe. In D. Papademetriou (Eds.), *Europe and Its Immigrants in 21st Century* (pp. 1-52). Lisboa: Fundação Luso-Americana.

STARFIELD, B. (2002), *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília. UNESCO: Ministério da Saúde.

STEPHENS, C. (2009), Racism and Inequalities in Health. *Journal of Health Psychology*, 14(5), 655–659. doi: 10.1177/1359105309104907

STEWART, M., NEUFELD, A., HARRISON, M., SPITZER, D., HUGHES, K. e MAKWARIMBA, E. (2006), Immigrant women family caregivers in Canada: implications for policies and programmes in health and social sectors. *Health and Social Care in the Community*, 14(4), 329–340. doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00627.x

SUURMOND, J., UITERS, E., BUIJNE, M., STRONKS, K. e ESSINK-BOT, M. (2011), Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11. doi:10.1186/1472-6963-11-10

SWORD, W., WATT, S. e KRUEGER, P. (2006), Postpartum health, service needs, and access to care ex-periences of immigrant and Canadian-born women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neo -natal Nursing*, 35(6), 717-727.

SYMINGTON, A. (2004), Intersectionality: A tool for gender and economic justice. *Women's rights and economic change*, 9, 1-8. Retirado de https://lgbtq.unc.edu/sites/lgbtq.unc.edu/files/documents/intersectionality_en.pdf

TAJFEL, H. (1982), *Grupos humanos e categorias sociais: estudos em Psicologia Social* (Vol. 1). Lisboa: Livros Horizonte.

TAJFEL, H. (1984), Intergroup relations, social myths and social justice in social psychology. In H. Tajfel (Eds.). *The Social Dimension* (pp. 695-715). Cambridge: Cambridge University Press.

TAJFEL, H. & TURNER, J. (1986), The social identity theory of intergroup behavior. In WORCHEL, S. e AUSTIN, W. (Eds.) *Psychology of Intergroup Relations*. (pp. 7- 23). Chicago: Nelson - Hall.

TAQUETE, S. (2010), Interseccionalidade de Género, Classe e Raça e Vulnerabilidade de Adolescentes Negras às DST/aids. *Saúde Soc.*, 19(2), 51-62.

TAYLOR, C. (1994), *Multiculturalismo*. Lisboa: Instituto Piaget.

TEIXEIRA, J. (2008), Psicologia da Saúde Crítica: Breve revisão e perspectiva existencialista. *Análise Psicológica*, 2(XXVI), 335-345.

TILIO, R. (2010), Revisitando a Análise Crítica do Discurso: um instrumental teórico-metodológico. *E-escrita*, 1(2), 86-102.

TONES, K. e GREEN, J. (2004), *Health Promotion: Planning and Strategies*. London: Sage Publications.

TOPA, J. (2009), *Ser mulher, ser imigrante: emergência de novas identificações femininas*. (Tese de Mestrado). ISMAI, Castelo da Maia.

TOPA, J., NOGUEIRA, C. e 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.

TORRES-CANTERO, A., MIGUEL, A., GALLARDO, C. e IPPOLITO, S. (2007), Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? *European Journal of Public Health*, 17(5), 483-485.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. (2001), A interface psicologia social e saúde: perspetivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56.

TRINDADE, M. (coord.) (1995), *Sociologia das Migrações*. Lisboa: Universidade Aberta.

TURATO, E. (2005), Métodos Qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, 39(3), 507- 514.

UN – United Nations (1996), *Report of the Fourth World Conference on Women*. Retirado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf>

UN – United Nations (2005), *Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision*. Geneva: UN. Retirado de http://www.un.org/esa/population/publications/migration/UN_Migrant_Stock_Documentation_2005.pdf

UN – United Nations (2006), *2004 World Survey on the Role of Women in Development-Women and International Migration*. New York: United Nations. Retirado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/public/WorldSurvey2004-Women&Migration.pdf>

UN – United Nations (2009), *International Migration, 2009 Wallchart*. United Nations publication. Retirado de http://www.un.org/esa/population/publications/2009Migration_Chart/ittmig_wallchart09.pdf

UNDP (2009), *Women Development Report 2009*. New York: Palgrave Macmillan. Retirado de http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/269/hdr_2009_en_complete.pdf

UNICEF (2008), *Situação Mundial da Infância: Saúde Materna e Neonatal*. New York: UNICEF. Retirado de http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.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.albacharia.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/30855/0618Human%20Rights%20Protections%20Applicable%20to%20Women%20Migrant%20Workers%20A%20UNIFEM%20Briefing%20Paper.pdf?sequence=1>

UNIFEM (2006), *Empowering Women Migrant Workers*. Draft. United Nations Development Fund for Women. Retirado de https://www.un.org/ruleoflaw/files/HRProtectionsApplicable2WMW_eng.pdf

UNIFEM (n.d.), *Políticas Públicas e as Dimensões de Gênero e Raça*. Retirado de http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/politicas_publicas_e_as_dimensoes_de_genero__e_raca_1292509410.pdf

UNFPA (2006), *State of World Population 2006. A Passage to Hope: Women and International Migration*. UNFPA. Retirado de <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sowp06-en.pdf>

UNFPA (2009), *Mental health aspects of women's reproductive health*. Genova: WHO.

UNFPA (2011), *Relatório sobre a situação da população mundial 2011*. Brasil: UNFPA. Retirado de <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2011-FINAL.pdf>

URRY, J. (2007), *Mobilities*. London: Politics.

VALA, J. e MONTEIRO, M. (2006), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- VANGEN, S., STOLTENBERG, C., SKJAERVEN, R., MAGNUS, P., HARRIS, J. e STRAY-PEDERSEN, B. (2002), The heavier the better? Birthweight and perinatal mortality in different ethnic groups, *International Journal of Epidemiology*, 3, 654-60.
- VARCOE, C. e DICK, S. (2008), The intersecting risks of violence and HIV for rural Aboriginal women in a neo-colonial Canadian context. *Aborig Isl Health Work J*, 5, 42-52.
- VEGA, W., KOLODY, B. e HWANG, J. (1993), Prevalence and magnitude of perinatal substance exposures in California. *N Eng J Med*, 329, 800-859.
- VELHO, H. (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 não publicada). ISMAI, Castelo da Maia.
- VENTURA, C. e SABROSA, S. (2008), Imigração. In *Relatórios Sociais* (pp.11-106). Lisboa: Provedoria da República.
- VIEIRA, C. (2010), Gravidez e Maternidade em Contexto Migratório – Dupla Vulnerabilidade. In F. Cruz, I. Varandas, M. Santos, M. Miranda & M. Carvalho (Eds.), *Vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto- Contributos*. Corrente Dinâmica.
- VINZ, D. e DÖREN, M. (2007), Diversity policies and practices - a new perspective for health care. *Journal of Public Health*, 15, 369-376. doi: 10.1007/s10389-007-0148-7
- WALL, K., NUNES, C. e MATIAS, A. (2005a), *Immigrant Women In Portugal: migration trajectories, main problems and policies*. Institute of Social Sciences: University of Lisbon.
- WALL, K., NUNES, C. e MATIAS, A. (2005b), *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>
- WALLACE, R. (2008), *Maxcy-Rosenau-Last Public health and preventive medicine* (15th edition). New York: McGraw-Hill Medical.
- WALLACE, S., GUTIERREZ, C. e CASTANEDA, X. (2006), Heading South: Why Mexican Immigrants in California Seek Health Services in Mexico. *Med Care*, 47(6), 662-669. doi: 10.1097/MLR.0b013e318190cc95

WALLEN, G., FELDMAN, R. e ANLIKER, J. (2002), Measuring Acculturation Among Central American Women with the Use of a Brief Language Scale. *Journal of Immigrant Health*, 4(2), 95-102. doi: 10.1023/A:1014550626218

WEBER, L. e PARRA-MEDINA, D. (2003), Intersectionality and Women's Health, *Gender Perspectives on Health and Medicine: Key Themes Advances in Gender Research*, 7, 181-230. doi: 10.1016/S1529-2126(03)07006-1

WEBSTER, J., LINNANE, J., DIBLEY, L., HINSON, J., STARRENBURG, S. e ROBERTS, J. (2000), Measuring social support in pregnancy: Can it be simple and meaningful? *Birth*, 27(2), 97-101.

WEERASINGHE, S. e MITCHELL, T. (2007), Connection Between the Meaning of Health and Interaction with Health Professionals: Caring for Immigrant Women. *Health Care for Women International*, 28, 309-328. doi:10.1080/07399330601179794

WHO – World Health Organization (1948), *Report of the Interim Commission to the First World Health Assembly*. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85589/1/Official_record10_eng.pdf

WHO – World Health Organization (1992), *Low Birth Weight: A tabulation of available information, WHO/MCH/92*. Geneva: WHO. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MCH_92.2.pdf

WHO – World Health Organization (2002), *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO. Retirado de http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf

WHO – World Health Organization (2003), *International Migration, Health and Human Rights, Health and Human Rights Publication Series*. Geneva: WHO.

WHO – World Health Organization (2005), *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva: WHO.

WHO – World Health Organization (2007), *Fatherhood and Health outcomes in Europe*. Denmark: WHO.

WHO – World Health Organization (2008), *World Health Report 2008 – Primary Health Care – now more than ever*. Retirado de <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>

WHO – World Health Organization (2009), *Women and Health*. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf

WHO – World Health Organization (2010), *Equity, social determinants and public health programmes*. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf

WILKINSON, L. (2003a), Advancing a perspective on the intersections of diversity: Challenges for research and social policy. *Canadian Ethnic Studies*, 35(3), 3–23.

WILKINSON, S. (2003b), Feminist contributions to critical health psychology. In M. Murray (Eds.), *Critical Health Psychology*, (pp. 83-100), London: Palgrave/Macmillan.

WILKINSON, S. e KITZINGER, C. (1995), *Feminism and Discourse: Psychological Perspectives*. London: SAGE.

WILLIAMS, R. (1993), Health and length of residence among South Asians in Glasgow: a study controlling for age. *Journal of Public Health Medicine*, 15, 52–60.

WILLIAMS, R. (1995), A Família, Uma Unidade de Cuidado. In BOBAK, I., LOWDERMILK, D., JESSEN, M. (Eds.), *Enfermagem na Maternidade*. (p.11-24). Loures: Lusociência.

WILLIG, C. (1999), Beyond appearances: a critical realist approach to socialconstructionist work. In NIGHTINGALE, D. e CROMBY, J. (Eds.), *Social constructionist psychology: a critical analysis of theory and practice*. Buckingham: Open University Press.

WILLIG, C. (2003), Discourse analysis. In SMITH, J. (Eds.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 159-183). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

WILLIG, C. (2008), Foucauldian Discourse Analysis. In WILLIG, C. (Eds.), *Introducing Qualitative Research in Psychology* (pp. 112-131). London: Open University Press.

WILLIS, K. e YEOH, B. (2000), *Gender and Migration*. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar.

WOERMKE, M. (2009), *Incorporating intersectionality and gender-based analysis in the Vancouver coastal health authority: recommendations to improve immigrant health research, policy, and program development*. (Tese de Mestrado), McGill University, Canada.

WOLFF, H., EPINEY, M., LOURENCO, A., COSTANZA, M. DELIEUTRAZ-MARCHAND, J., ANDREOLI, N., DUBUISSON, J., GASPOZ, J. e IRION, O. (2008), Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8(93). doi:10.1186/1471-2458-8-93

YAMANAKA, K., PIPER, N. (2006), *Feminised Migration in East and Southeast Asia: Policies, Actions and Empowerment*. UNRISD Occasional Paper. 11. Geneva: UNRISD.

YUVAL-DAVIS, N. (2006), Intersectionality and Feminist Politics, *European Journal of Women's Studies*, 13, 193-209. doi: 10.1177/1350506806065752

YUVAL-DAVIS, N. (2009), Women, Globalization and Contemporary Politics of Belonging. *Gender Technology and Development*, 13(1). doi: 10.1177/097185240901300101

ZAHID, M., FIDO, A., ALOWAISH, R. e EL-MOTAAL, M. (2003), Psychiatric Morbidity Among Housemaids in Kuwait III: Vulnerability Factors. *Int J Soc Psychiatry*, 49, 87-96. doi: 10.1177/0020764003049002002

ZAYAS, L., CUNNINGHAM, J., MCKEE, M. e JANKOWSKI, K. (2002), Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic women. *Women's Health Issues*, 12, 16-22.

ZHOU, Y. (2000), The fall of "the other half of the sky"? Chinese immigrant women in the New York area. *Women's Studies International Forum*, 23, 445-459.

ZLOTNIK, H. (2003), *The global dimensions of female migration*. Retirado de <http://www.migrationinformation.org/feature/display.cfm?ID=109>

