



**SAÚDE SEXUAL
E REPRODUTIVA
DE MULHERES
IMIGRANTES
AFRICANAS E
BRASILEIRAS**

UM ESTUDO QUALITATIVO

**SÓNIA FERREIRA DIAS
CRISTIANNE FAMER ROCHA**

ROSÁRIO HORTA

32

JUNHO 2009



SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES IMIGRANTES AFRICANAS E BRASILEIRAS

Um estudo qualitativo

**SÓNIA FERREIRA DIAS
CRISTIANNE FAMER ROCHA**

ROSÁRIO HORTA

DIAS, Sónia Maria Ferreira, e outros
Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo
Sónia Ferreira Dias, Cristianne Famer Rocha
(Estudos OI; 32)
ISBN 978-989-8000-84-2
I – ROCHA, Cristianne Famer
CDU 613
616
316
314

PROMOTOR

OBSERVATÓRIO DA IMIGRAÇÃO

www.oi.acidi.gov.pt

COORDENADOR DA COLEÇÃO

PROF. ROBERTO CARNEIRO

AUTORAS

SÓNIA FERREIRA DIAS

CRISTIANNE FAMER ROCHA

COLABORAÇÃO

ROSÁRIO HORTA

EDIÇÃO

**ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO
E DIÁLOGO INTERCULTURAL (ACIDI, I.P.)**

Rua Álvaro Coutinho, n.º14, 1150-025 Lisboa

Telefone: (+351) 218 106 100 Fax: (+351) 218 106 117

e-mail: acidi@acidi.gov.pt

EXECUÇÃO GRÁFICA

PAULINAS EDITORA

IMPRESSÃO E ACABAMENTOS

ARTIPOL – ARTES TIPOGRÁFICAS, LDA. – ÁGUEDA

PRIMEIRA EDIÇÃO

1500 EXEMPLARES

ISBN

978-989-8000-84-2

DEPÓSITO LEGAL

299 165/09

LISBOA, JUNHO 2009

ÍNDICE GERAL

NOTA DE ABERTURA	7
NOTA DO COORDENADOR	9
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES IMIGRANTES AFRICANAS E BRASILEIRAS	11
AGRADECIMENTOS	12
INTRODUÇÃO	13
CAP. 1: MIGRAÇÃO	19
1. MIGRAÇÃO INTERNACIONAL	19
2. IMIGRAÇÃO FEMININA	23
2.1. Imigração feminina em Portugal	26
3. POLÍTICAS DE IMIGRAÇÃO E INTEGRAÇÃO	29
CAP. 2: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES IMIGRANTES	33
1. SAÚDE E MIGRAÇÃO	33
1.2. Determinantes de vulnerabilidade em saúde	35
2. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES IMIGRANTES	39
2.1. Maternidade	41
2.2. Planeamento familiar	45
2.3. Infecções sexualmente transmissíveis	47
2.4. Violência	50
2.5. Acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva	52

3. POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E IMIGRANTES	53
3.1. Políticas de saúde e imigrantes	53
3.2. Políticas de saúde sexual e reprodutiva e imigrantes	57
CAP. 3: ESTUDO QUALITATIVO	61
1. OBJECTIVOS DO ESTUDO	61
2. MÉTODOS E PARTICIPANTES	61
2.1. Grupo Focal (<i>Focus Group</i>)	61
2.2. Amostra	65
2.3. Instrumentos de recolha de dados	66
2.4. Procedimento	66
2.5. Tratamento e análise de dados	67
3. RESULTADOS	68
3.1. Caracterização das participantes	68
3.2. Resultado dos grupos focais	73
3.3. Conhecimento sobre planeamento familiar	74
3.4. Uso de métodos contraceptivos	75
3.5. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e uso do preservativo	77
3.6. Gravidez e Maternidade	81
3.7. Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)	85
3.8. Informação sobre saúde sexual e reprodutiva	92
3.9. Estado de saúde geral	94
3.10. Relações conjugais	95
3.11. Experiências de violência	97
3.12. Experiência de migração	99
3.13. Dificuldades no país de acolhimento (Portugal)	101
3.14. Padrões de utilização dos serviços de saúde	106
3.15. Percepção sobre os serviços de saúde	110

3.16. Comparação entre a prestação dos cuidados de saúde no país de origem e no de acolhimento (Portugal)	112
3.17. Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde	114
3.18. Facilidade no acesso e utilização dos serviços de saúde	121
3.19. Informação em saúde sexual e reprodutiva	123
3.20. Infra-estruturas dos serviços de saúde	124
3.21. Funcionamento do serviço de saúde	124
3.22. Atendimento nos serviços de saúde	125
3.23. Profissionais de saúde	125
4. DISCUSSÃO	126
4.1. Temáticas de Saúde Sexual e Reprodutiva	126
4.2. Processo de migração	132
4.3. Acesso e utilização dos serviços de saúde	134
4.4. Estratégias para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes	139
CONCLUSÕES	141
BIBLIOGRAFIA	147
ANEXO	171

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por grupo etário	69
Tabela 2 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade	69
Tabela 3 – Distribuição da amostra pelo estatuto legal	70
Tabela 4 – Distribuição da amostra pelo tempo de permanência em Portugal	70
Tabela 5 – Distribuição da amostra por actividade profissional	71
Tabela 6 – Distribuição da amostra pelo tipo de residentes com quem vive	71
Tabela 7 – Distribuição da amostra pelo número de filhos por mulher	72
Tabela 8 – Distribuição da amostra pelo número de gravidezes por mulher	72
Tabela 9 – Diferença entre o número de gravidezes e o número de filhos	73

NOTA DE ABERTURA

Ao tomarmos conhecimento de que as principais causas de doença e de morte das mulheres estão relacionadas com problemas na saúde sexual e reprodutiva compreendemos, de imediato, a pertinência de abordar este tema sobretudo na dimensão do estudo da percepção da importância dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva junto das comunidades imigrantes e, também, nos instrumentos legais que garantem os direitos dos imigrantes nesta matéria e o comportamento dos serviços de saúde na sua efectiva concretização.

Para o cumprimento da missão do ACIDI IP, nomeadamente no que respeita ao apoio à definição das políticas públicas no acolhimento e integração dos imigrantes, é indispensável o contributo da comunidade científica para alicerçar o conhecimento da realidade social que vivem as comunidades imigrantes em Portugal.

O estudo da autoria de Sónia Ferreira Dias, Cristianne Famer Rocha, com a colaboração de Rosário Horta, que agora se publica é, neste sentido, um contributo importante que vem reforçar não só a assertividade das medidas propostas no PII (Plano de Integração de Imigrantes), no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, bem como a necessidade efectiva da sua aplicação.

As conclusões apresentadas assumem, assim, um papel de recomendações, sobretudo no que respeita à necessidade de desenvolver campanhas de sensibilização junto das comunidades imigrantes, especialmente dirigidas à temática da saúde sexual e reprodutiva, e também junto dos técnicos de saúde no sentido de vencer preconceitos que ainda se manifestam nesta área e que são responsáveis por algumas lacunas verificadas tanto no acesso como na prestação de cuidados de saúde neste âmbito, junto das comunidades imigrantes.

O esforço desenvolvido na sociedade portuguesa para melhorar as condições de acolhimento e integração dos imigrantes que procuram Portugal como país de destino e o contributo indiscutível que os imigrantes prestam ao desenvolvimento económico, social e

cultural do nosso país, bem como ao crescimento e rejuvenescimento demográfico da população portuguesa são garantia para o empenhamento futuro, quer do Estado, quer da sociedade civil, na obtenção de melhorias no acesso e prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva junto das comunidades imigrantes, onde se incluem os cuidados de saúde pré-natal e materno-infantil e os cuidados de saúde pública inerentes às infecções sexualmente transmitidas.

Como se afirma no presente estudo a definição de saúde sexual e reprodutiva pressupõe a possibilidade de as pessoas terem uma vida sexual segura e com prazer, com capacidade de reprodução e liberdade de decisão. Assume-se, assim, a sua dimensão no domínio dos direitos humanos e a sua qualidade potenciadora da vida e das relações interpessoais, como contributo vital à consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio no combate à diminuição da pobreza e melhoria das condições de vida dos indivíduos.

Rosário Farmhouse

Alta Comissária para a Imigração e Diálogo Intercultural

NOTA DO COORDENADOR

O tema da saúde da população migrante vem adquirindo grande relevância nas diversas instâncias dedicadas ao estudo do fenómeno da crescente mobilidade humana no mundo.

E não admira que assim seja.

Com efeito, não só a saúde configura um direito humano fundamental perante cuja consecução não se admite discriminação de nenhuma natureza, como também o bem-estar físico e psíquico dos migrantes é um objectivo supremo das políticas sociais e de integração.

Também o Observatório da Imigração se vem preocupando com a temática da saúde imigrante.

Expressões materiais dessa preocupação são o número da Revista Migrações inteiramente dedicado ao assunto assim como a activa intervenção do Observatório em iniciativas relevantes do domínio público como a conferência internacional sobre «Saúde dos Migrantes» que teve lugar em Lisboa, em 28 de Fevereiro de 2009, com o patrocínio da Fundação Merck, Sharp & Dohme.

Aspecto particular dessa problemática, mas de elevada prioridade e relevância, é o da saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes.

A importância desta sub-temática resulta, em primeiro lugar, da especial vulnerabilidade e fragilidade do grupo-alvo. Depois, a própria economia da saúde realça o enorme benefício – e poupança de recursos – que decorre de uma boa saúde sexual e reprodutiva e de uma adequada educação das mulheres. Finalmente, sendo cada vez maior a natalidade relativa de crianças filhas de mulheres imigrantes no cômputo geral da natalidade do país, é evidente que os ganhos ao nível da saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes em idade fértil têm fortes benefícios ao nível das taxas de sobrevivência peri-natal e infantil.

O estudo em apreço é delicado.

As investigadoras – Sónia Ferreira Dias, Cristianne Famer Rocha, e Rosário Horta – souberam conduzi-lo com sabedoria e interesse científico.

O facto de este estudo se ter cingido a metodologias de ordem qualitativa não o desvaloriza. Pelo contrário, a riqueza de testemunhos e de relatos – e o seu cuidado tratamento analítico – são a prova insofismável da superioridade de uma abordagem inicial de natureza qualitativa à qual se poderão suceder outros estudos complementares, cobrindo vertentes predominantemente quantitativas como, aliás, é sugerido pelas autoras.

A verdade é que a problemática é atravessada por intensos contornos éticos.

E, nessa medida, como é característico das questões que relevam do plano moral ou ético, a resolução dos complexos problemas associados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes não se confina à sua esfera restrita da modificação de comportamentos individuais.

Como pedagogicamente se sublinha nas conclusões do estudo, as políticas públicas de promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes, no quadro de um modelo social de saúde positiva, envolvem acções que mobilizem a totalidade dos recursos da comunidade envolvente, com particular realce para os profissionais de saúde e para as relações de poder que ligam as mulheres aos homens imigrantes.

Por tudo o que fica dito e, nomeadamente, pelo olhar rigoroso e inovador que o estudo proporciona, o Observatório da Imigração exprime o seu profundo reconhecimento às investigadoras-autoras do estudo, esperando que a sua natureza seminal estimule outros estudiosos a aprofundar o caminho que fica por ora desbravado.

ROBERTO CARNEIRO

COORDENADOR DO OBSERVATÓRIO DA IMIGRAÇÃO DO ACIDI

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES IMIGRANTES AFRICANAS E BRASILEIRAS

AGRADECIMENTOS

A equipa do estudo agradece a todos os que, directa ou indirectamente, contribuíram para a sua realização. Mais especificamente agradecemos:

Às mulheres que colaboraram no estudo e que partilharam as suas ideias e experiências de vida. Os seus testemunhos construíram a matéria-prima deste trabalho sem os quais a sua realização não seria possível. O profundo agradecimento da equipa de projecto.

À Dra. Ana Gama e à Dra. Alexandra Maximiano, que colaboraram com a equipa em várias actividades desenvolvidas no âmbito do projecto.

A todos os que disponibilizaram meios para a recolha dos dados, nomeadamente aos Médicos do Mundo, nas pessoas da Dr.^a Carla Fernandes, Dr.^a Arlete Moreira e Dr. Everton Dalmann; ao Centro de Saúde da Venda Nova, nas pessoas da Enf.^a Catarina Portilheiro e Enf.^a Adelaide Verde, ao Centro Social Bairro 6 de Maio, na pessoa da Dr.^a Liliana Ferreira, à Escola da Apelação, nas pessoas do Prof. Nuno Archer e Prof.^a Fátima Alves; à AJPAS, nas pessoas do Dr. António Carlos e Dr.^a Vitalina Silva; e ao Sr. Dijair Ferreira.

Por fim, gostaríamos de agradecer à entidade financiadora do estudo, Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P., e à entidade de acolhimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

INTRODUÇÃO

No quadro actual da globalização, os movimentos migratórios têm vindo a ganhar uma crescente importância. O reconhecimento da necessidade de compreensão do fenómeno da distribuição e movimentação da população entre regiões, da sua complexidade e do seu impacto, quer para os migrantes, quer para os países de acolhimento, levou a que este tenha sido transformado em objecto de estudo na área da Saúde Pública e das Ciências Sociais e Humanas.

Não representando, por si mesma, um factor de risco para a saúde, a migração e as condições em que se processa podem aumentar a vulnerabilidade à doença. De acordo com o relatório *A Passage to Hope – Women and International Migration*, o número de mulheres migrantes tem vindo a aumentar significativamente, o que coloca importantes desafios em saúde pública, uma vez que, frequentemente, as migrações no feminino representam maiores riscos e vulnerabilidades (UNFPA, 2006). As questões de género, associadas a outros factores, como o tipo de migração, as condições a que o migrante é sujeito nos países de acolhimento, as políticas e atitudes destes países em relação à equidade e igualdade de oportunidades, o tipo de contacto mantido com o país de origem e a possibilidade de retorno e reintegração, determinam o impacto da migração nas populações (Jolly e Reeves, 2005; IOM, 2004a).

A saúde sexual e reprodutiva representa actualmente uma das principais preocupações da Saúde Pública internacional e nacional uma vez que os potenciais problemas afectam, directa ou indirectamente, a saúde e bem-estar dos indivíduos/comunidades, e comprometem o nível social e económico das sociedades em que estes fenómenos ocorrem, pois implicam custos elevados ao nível do capital humano e da produtividade (UNFPA, 2006).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e de acordo com a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde sexual e reprodutiva é definida como a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano, de um modo que seja positivamente enriquecedora e contribua para o desenvolvimento dos indivíduos. Esta noção de saúde sexual e reprodu-

tiva implica uma perspectiva positiva da sexualidade humana e abarca todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos (UNFPA, 1996).

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

A compreensão de que muitos dos problemas da sexualidade e reprodução são particularmente acentuados nos grupos socialmente mais desfavorecidos, como são frequentemente os imigrantes, colocou as questões da saúde sexual e reprodutiva no contexto do desenvolvimento de políticas de inclusão social e de luta contra a pobreza. Dados de organizações internacionais têm realçado que o contexto de pobreza, de exclusão social, de populações vulneráveis, de falta de oportunidades e de limitado acesso aos serviços de saúde aumentam os riscos e as susceptibilidades e contribuem de forma determinante para o estado deficitário da saúde dos indivíduos (Braveman e Gruskin, 2003; UNFPA, 2006).

As conclusões do relatório do Fundo das Nações Unidas para a População reforçam o facto de as mulheres serem um pilar importante no desenvolvimento sustentado da sociedade onde estão inseridas (UNFPA, 2005). Segundo o Banco Mundial, os investimentos na educação, na saúde reprodutiva e nas oportunidades económicas das mulheres produzem efeitos imediatos, a longo prazo e intergeracionais (World Bank, 2001). Estas três áreas de investimento constituem elementos decisivos do desenvolvimento do capital humano das mulheres e, por extensão, dos seus filhos e famílias. Também o relatório da OMS enfatiza a importância de melhorar a saúde das mães e das crianças como um aspecto integrante da diminuição da pobreza a nível familiar e comunitário (OMS, 2005).

As principais causas de doença e de morte das mulheres estão relacionadas com problemas na saúde sexual e reprodutiva, constituindo esta uma área da saúde em que estão presentes enormes disparidades em cada país, entre países e entre géneros (UNFPA, 2005). Segundo o Banco Mundial, as desigualdades de género comprometem a eficácia das políticas de desenvolvimento e de saúde (World Bank, 2001), sendo que a promoção

da igualdade de género pode aumentar as oportunidades de desenvolvimento humano e eliminar sérios obstáculos à consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (McMichael *et al.*, 2005; UNFPA, 2005). Assim, é actualmente reconhecido que melhorar a saúde sexual e reprodutiva é vital para a diminuição da pobreza e melhoria das condições de vida dos indivíduos e, em particular, dos imigrantes e das suas famílias. Neste sentido, é essencial desenvolver esforços para assegurar os direitos sexuais e reprodutivos em todos os sistemas políticos, económicos e culturais.

Apesar do acesso aos serviços de cuidados de saúde ser vital para diminuir a vulnerabilidade e promover a saúde sexual e reprodutiva das comunidades, verifica-se que a população imigrante não é sistematicamente abrangida pelos sistemas existentes de informação, prevenção ou tratamento (Mcmunn, Mwanje, Paine e Pozniak, 1998; Parlamento Europeu, 2003). Estudos demonstram que, por um conjunto complexo de factores, os imigrantes tendem a adoptar menos comportamentos preventivos, a recorrer com menor frequência aos cuidados de saúde e a receber pouca assistência pré-natal, o que os coloca em situação de risco e aumenta a dificuldade e custo do tratamento em caso de doença (UNFPA, 2006). Estudos anteriores sugerem que factores como o desconhecimento dos direitos no acesso aos cuidados de saúde, os costumes, as tradições e as crenças de saúde podem condicionar a necessidade percebida de aceder aos serviços de saúde e ser determinantes no uso e na procura dos mesmos por estas populações, fazendo-o apenas em situações de urgência ou em estado avançado da doença (Dias, Matos e Gonçalves, 2002; Fongwa, 2001).

O desenvolvimento de programas efectivos em saúde requer que os comportamentos sexuais e reprodutivos sejam contextualizados na realidade em que a comunidade está inserida, determinada pela situação epidemiológica, mobilidade, dinâmicas socioculturais e económicas criadas pelos factores demográficos (migração e etnicidade), acesso aos serviços de saúde, tabus, crenças religiosas e dinâmicas de género, implícitas nesta problemática (Woollett, Marshall e Stenner, 1998). O estudo do comportamento sexual e reprodutivo requer a utilização de métodos que permitam ter em conta o impacto que o contexto político, socioeconómico e cultural tem nos comportamentos de saúde e no bem-estar individual e colectivo. A escassez de estudos sobre os conhecimentos, crenças, atitudes e

comportamentos na área da sexualidade e da reprodução, realizados em comunidades imigrantes, torna difícil retirar conclusões acerca das diferenças culturais e étnicas que poderão existir nos determinantes dos comportamentos de risco e, conseqüentemente, torna difícil o planeamento de intervenções eficientes. Por outro lado, o desconhecimento da cultura e dos sistemas de crenças habituais nas minorias étnicas, em particular alguns mitos, tabus e práticas culturais que envolvem os comportamentos sexuais, para além das barreiras linguísticas, dificultam a abordagem da questão da sexualidade junto das populações migrantes (Sormati, Pereira, E-Bassel, Witte e Gilbert, 2001). Estes são alguns aspectos considerados como obstáculos à eficácia das mensagens preventivas junto dos grupos de intervenção a que se destinam e que tornam grande parte das estratégias de prevenção e de promoção da saúde sexual e reprodutiva pouco eficientes (Dawson e Gifford, 2001).

Neste contexto, a escassez de conhecimento no que concerne ao comportamento sexual e reprodutivo das comunidades migrantes torna-se uma limitação ao desenvolvimento de políticas e à implementação de programas de intervenção efectivos, oportunos, direccionados para os migrantes e que proporcionem mais ganhos em saúde. Neste contexto, a investigação no âmbito dos conhecimentos, atitudes e comportamentos relevantes para a saúde sexual e reprodutiva e do acesso aos serviços de saúde é essencial.

Apesar de um elevado número de autores recomendar que as intervenções devem ser adequadas às necessidades específicas das populações assiste-se a uma realidade em que poucas são as intervenções que têm por base um conhecimento aprofundado destes aspectos. Adicionalmente, as necessidades na área da saúde sexual e reprodutiva têm vindo a ser perspectivadas do ponto de vista dos profissionais de saúde, sabendo-se pouco acerca da perspectiva dos imigrantes (Hoppe *et al.*, 2004; Zwane, Mngadi e Nxumalo, 2004).

Tradicionalmente, a investigação na área da saúde sexual e reprodutiva tem estado associada a questionários epidemiológicos de conhecimentos, atitudes e práticas, começando a existir uma tendência para complementar tais dados com investigações qualitativas capazes de identificar as necessidades dos migrantes na área da saúde sexual e reprodutiva.

A metodologia qualitativa, apesar de não conseguir analisar tendências em grandes grupos, permite uma visão mais aprofundada das necessidades e prioridades das comunidades imigrantes e dos factores e especificidades do contexto pessoal, social, cultural e político. Este tipo de análise é essencial para o desenvolvimento de políticas e planeamento de acções que permitam alcançar ganhos na saúde sexual e reprodutiva (Crawford e Popp, 2003).

O actual número de imigrantes, 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 factores que constituem uma situação potencialmente de risco.

É neste âmbito que surge a pertinência do projecto desenvolvido. Com esta investigação pretendeu-se aprofundar o conhecimento sobre os factores e processos subjacentes à saúde sexual e reprodutiva e a utilização dos serviços de saúde nas mulheres imigrantes. Especificamente, pretendeu-se descrever os conhecimentos, atitudes e práticas relevantes para a saúde sexual e reprodutiva, tendo em conta os diferentes grupos em estudo, descrever e compreender a influência do processo migratório na saúde sexual e reprodutiva e identificar percepções, barreiras e elementos facilitadores no acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Para a concretização destes objectivos desenvolveu-se um estudo qualitativo, através da realização de grupos focais com mulheres imigrantes oriundas de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa¹ e do Brasil. Espera-se que os resultados possam contribuir para o desenvolvimento, planeamento e implementação de políticas e programas de promoção de saúde sexual e reprodutiva nas comunidades imigrantes, quer ao nível da intervenção comunitária, quer ao nível dos sistemas de saúde, que reflectam as suas necessidades específicas e, consequentemente, permitam efectivos ganhos na saúde destas comunidades.

Este trabalho está organizado em três partes. A primeira parte do trabalho consiste na revisão de literatura e é cons-

¹ Para simplificar, na descrição do estudo realizado, as mulheres oriundas dos PALOP passarão a ser referidas como mulheres africanas.

tituída por dois capítulos relativos às temáticas em estudo: migração e saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes. A segunda parte deste trabalho é dedicada à apresentação do estudo, descrevendo-se os objectivos, os procedimentos metodológicos, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Esta parte contempla a descrição dos objectivos e do método e participantes, bem como a análise dos resultados obtidos e a sua discussão. Na terceira e última parte, são apresentadas as conclusões gerais deste trabalho e as principais recomendações para o desenvolvimento de políticas e planeamento de futuros programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva de grupos específicos da população imigrante em Portugal.

CAPÍTULO 1. MIGRAÇÃO

1. Migração internacional

No contexto da globalização, os movimentos migratórios têm vindo a ganhar um carácter de heterogeneidade e complexidade, representando um desafio para a generalidade dos países. Actualmente, assiste-se a várias redefinições dos «mapas da migração» na medida em que surgem novos percursos com diferentes locais de origem, trânsito e destino. Assim, diversas organizações internacionais, tais como a Organização Internacional para a Migração (OIM) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), têm sublinhado a importância de reconhecer a migração internacional como um processo que envolve os países de origem, trânsito, destino e retorno.

Os dados mais recentes estimam que cerca de 3% da população mundial vive, temporariamente ou em permanência, fora do seu país de origem (GCIM, 2005; IOM, 2005; UN, 2006). Estima-se que a Europa é região de trânsito ou de destino para grande parte dos imigrantes internacionais, seguindo-se a Ásia, a América do Norte e África (GCIM, 2005; UN, 2006).

Segundo dados do relatório *Eurostat Yearbook 2006-2007*, desde 1985 que os valores relativos à imigração na região europeia têm sido superiores aos da emigração, apresentando um gradual aumento (Eurostat, 2007). Estima-se que, em 2006, na região da União Europeia (UE), os residentes oriundos de países terceiros representavam cerca de 3,8% da população total (cerca de 18,5 milhões de pessoas) (Commission of the European Communities, 2007). Segundo o Eurostat (2006), em termos absolutos, os países europeus com maior número de estrangeiros residentes são a Alemanha, a Espanha, a França, o Reino Unido e a Itália.

Analisando o panorama da migração em Portugal, até à década de 70, os movimentos migratórios foram dominados pela emigração. Contudo, após a mudança de regime sucederam-se um conjunto de processos, nomeadamente a descolonização, a abertura de mercados e o conseqüente desenvolvimento económico que tornaram Portugal num país de imigração, tal como outros países da região europeia.

Em 1960, a população estrangeira com residência legal representava apenas 0,3% da população residente em território nacional, valor que em 1980 correspondia a 0,5% e, em 2004, a 4,3% (SEF, 2006). Dados mais recentes divulgados pelo Relatório de Actividades do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras estimam que, em 2007, a população estrangeira residente no país era constituída por 435 736 imigrantes (SEF, 2007). O número de imigrantes com autorizações de permanência (regularizados entre 2005 e 2007) foi de 5741, enquanto que os imigrantes com vistos de longa duração totalizaram os 28 383 (SEF, 2007). Considerando os títulos de permanência, a população imigrante com autorização de residência teve um gradual e constante crescimento desde 1980 até 2006, atingindo o maior valor nesse ano (321 133 imigrantes). Não existem dados oficiais quanto à dimensão do fenómeno da imigração irregular, contudo, o número de processos de regularização pode ser indicativo do número de imigrantes que, em determinados momentos, viveram em Portugal nessa situação (SEF, 2006).

Considerando a distribuição geográfica das populações imigrantes em Portugal, o distrito com maior população estrangeira residente, em 2007, era Lisboa, onde residiam 188 516 imigrantes (equivalente a 43,3% da população estrangeira em território nacional). Tem vindo a verificar-se também uma expressiva ocupação dos distritos do litoral (Faro, Setúbal e Porto) em detrimento dos distritos do interior do país (SEF, 2006).

Em 2007, os países de origem dos imigrantes em permanência regular com maior representatividade foram: Brasil (15%), Cabo Verde (15%), Ucrânia (9%), Angola (8%) e Guiné-Bissau (5%). Importa referir que, nesse ano, a população brasileira foi o grupo com maior representatividade na população imigrante residente em Portugal, tendo ultrapassado numericamente a população natural de Cabo Verde (que, até então, era o maior grupo) (SEF, 2007). No que diz respeito ao tempo de residência em Portugal, os imigrantes naturais de Cabo Verde, Angola e Guiné-Bissau constituem as populações imigrantes a residir há mais tempo no país (SEF, 2006).

A nível internacional, não existe uma definição consensual de «migrante». Este termo engloba geralmente todos os casos em que qualquer pessoa decide abandonar o seu país para residir noutra, sem pressão de factores externos (IOM, 2004b). Segundo a OMS, o

conceito de «migrante» refere-se às pessoas que abandonaram o seu país de origem por razões económicas, sociais, ambientais ou políticas, no sentido de melhorar as suas condições de vida (WHO, 2003a). Para as Nações Unidas, o termo «migrante» refere-se a qualquer pessoa que vive, temporária ou permanentemente, num país no qual não nasceu e no qual criou relações.

De forma genérica, a migração internacional tem vindo a ser considerada como a movimentação física de pessoas entre países diferentes e por períodos variados de tempo (IOM, 2003; WHO, 2003a). Esta abrange vários tipos de movimentos populacionais que englobam diferentes causas e diferentes estatutos do migrante, aspectos que acabam por determinar as condições e o tempo de residência no país de acolhimento (WHO, 2003a).

A migração das populações tem vindo a caracterizar-se pela combinação de vários determinantes que tendem a estar associados a contextos de pobreza, a factores demográficos e a oportunidades de conforto e qualidade de vida que a migração pode proporcionar às populações nos países de acolhimento (IOM, 2003). Neste sentido, a decisão para migrar é influenciada pela necessidade de resposta a um conjunto de pressões e incentivos (Jolly e Reeves, 2005). A migração pode distinguir-se em migração forçada e voluntária. No primeiro caso, as populações migrantes são pressionadas a deslocarem-se do seu país de origem, por exemplo como refugiadas, devido a factores políticos (conflitos, guerras civis) ou ambientais (fome, catástrofes naturais, químicas ou nucleares) (IASFM²). Neste contexto, não existe, à partida, vontade ou motivação para abandonar o país ou zona de residência (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005) e a migração constitui um meio para escapar a uma situação de ameaça, violência, prisão ou morte (IASFM³). Na migração voluntária, devido a pressões e incentivos, os indivíduos migram por decisão própria para, fundamentalmente, melhorar as suas condições de vida. Os migrantes «voluntários» incluem os migrantes laborais, estudantes estrangeiros e familiares de imigrantes que migram para reagrupamento (WHO, 2003a). Pode ainda distinguir-se entre migração regular e irregular. Consideram-se migrantes regulares (ou documentados) todos aqueles cuja entrada, permanência e trabalho no país de trânsito ou de acolhimento são reconhecidos e permitidos pelas autoridades oficiais. Os migrantes irregu-

2 <http://www.efms.uni-bamberg.de/iasfm/mission.htm>.

3 <http://www.efms.uni-bamberg.de/iasfm/mission.htm>.

lares (sem documentos) são pessoas que entraram e/ou permanecem num país de trânsito ou de acolhimento sem autorização legal (WHO, 2003a).

Atendendo a este contexto de grande diversidade, é reconhecida a necessidade de compreender as condições em que o processo da migração ocorre pois tem diferentes implicações para os países de acolhimento, trânsito e origem, e para as populações imigrantes e autóctones (WHO, 2003b; IOM, 2004a).

Nos países de origem (geralmente em desenvolvimento), a emigração das populações pode traduzir-se numa perda de população activa e qualificada. Este fenómeno específico, designado de *brain drain*, é especialmente relevante no caso dos profissionais qualificados que, muitas vezes, migram pela procura de oportunidades de desenvolvimento profissional, melhores condições de trabalho e de qualidade de vida (WHO, 2003a). Consequentemente, os profissionais que permanecem nos países de origem podem ficar em situações insustentáveis de volume de trabalho e ser pressionados para se adaptar a funções diferentes e fora da sua área de intervenção específica. Por outro lado, dado o investimento financeiro que os governos muitas vezes fazem na formação profissional, a emigração destes profissionais pode constituir uma perda considerável de recursos económicos e humanos (WHO, 2003a). Contudo, a emigração poderá constituir um factor de desenvolvimento económico e social dos países de origem devido ao contributo das remessas dos emigrantes.

Nos países de destino, o impacto da migração pode verificar-se a nível demográfico, socio-económico, laboral, legislativo e cultural. Em muitos países de acolhimento, o envelhecimento da população, a reduzida taxa de natalidade e a desproporção entre população activa e inactiva são fenómenos que têm vindo a intensificar-se. Neste contexto, a imigração tem representado uma solução para o desafio da transição demográfica que se assiste nestes países (Dias e Gonçalves, 2007; IOM, 2003; IOM, 2005). Por outro lado, a imigração pode constituir um factor preponderante para o desenvolvimento económico dos países de acolhimento, na medida em que representa um aumento considerável de mão-de-obra disponível para diversas actividades e sectores profissionais (IOM, 2003). Contudo, num contexto de competitividade, o aumento do número de trabalhadores, muitas

vezes pouco qualificados e/ou disponíveis para diversos tipos de trabalho, tem implicações para o mercado de trabalho, para além de poder produzir efeitos perversos como o incentivo ao trabalho ilegal, em condições precárias ou de exploração. Tais consequências são potenciadas pelo desconhecimento, por parte das populações imigrantes, dos seus direitos e pela incapacidade de os fazer respeitar.

Adicionalmente, o impacto do fenómeno migratório depende das condições de acolhimento e da capacidade de resposta dos países de destino. O choque cultural que as populações imigrantes podem sentir pela potencial diferença entre culturas, hábitos, normas e língua, pode constituir uma barreira à sua integração nas sociedades de acolhimento. O desenvolvimento de diferentes processos durante a migração que envolvem as populações imigrantes e a sociedade de acolhimento, como a adaptação, integração, assimilação, separação ou marginalização, acabam por determinar o tipo de relação entre as populações imigrantes e nacionais (Bourhis, Moise, Perreault e Senécal, 1997).

2. Imigração feminina

A migração internacional, sendo, nas décadas de 60 e 70, predominantemente considerada como um fenómeno masculino, assumiu contornos femininos nas décadas posteriores. Actualmente, cerca de metade da população migrante no mundo é do sexo feminino (IOM, 2005). Relatórios internacionais têm realçado que cada vez mais mulheres migram de forma independente devido à intensa procura de trabalho feminino e à crescente aceitação social da sua independência económica e mobilidade (UNFPA/IOM, 2006).

No contexto europeu actual, a imigração feminina representa 53,4% da população imigrante residente na Europa (UN, 2005). Apesar do aumento da migração feminina existe ainda uma limitada informação sobre as causas de migração, os processos e o impacto deste fenómeno, sendo que esta situação reflecte a contínua invisibilidade que estas questões têm tido ao nível das políticas de acolhimento e integração dos imigrantes (UNFPA/IOM, 2006). Segundo o Relatório das Nações Unidas, intitulado *Women and International Migration*, está ainda muito presente ou difundida a ideia de que as causas e consequências da migração feminina são similares às da migração masculina (UN, 2004).

Porém, têm vindo a ser desenvolvidos esforços no sentido de integrar a dimensão do género, transversal e multidimensional, nos estudos sobre migração.

O processo de influência entre género e migração é bastante complexo. Se, por um lado, o género enquanto parte integral no processo de migração influencia as decisões acerca de quem migra, porque migra e com que base é tomada a decisão de migrar, por outro lado, a migração influencia as relações de género, acentuando as desigualdades e papéis tradicionais ou desafiando-os e alterando-os (Jolly e Reeves, 2005). As questões de género são assim indispensáveis para a compreensão da situação das mulheres e homens migrantes e das diferentes funções atribuídas no contexto do processo migratório (UNFPA/IOM, 2006).

Adoptar 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 de acolhimento, mas significa também reconhecer a discriminação social e económica a que muitas vezes este grupo está sujeito (UNFPA/IOM, 2006).

A feminização da migração surge em simultâneo com outros processos que afectam as mulheres, como a feminização da pobreza e do trabalho (Boyd, 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 (Boyd, 2006; UNFPA/IOM, 2006). As mulheres tendem a ter 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).

Estudos indicam que, em alguns contextos, a emigração da mulher é considerada um comportamento inadequado. Esta situação pode ter implicações para as mulheres no acesso a sistemas de suporte e redes de informação, bem como no tipo de contacto que mantêm com o país de origem e na possibilidade de retorno e reintegração (Jolly e Reeves, 2005; Dannecker, 2005; UNFPA/IOM, 2006).

A migração feminina representa um forte contributo económico para os países de origem, através das remessas e, para os países de destino, através do seu trabalho. A discussão acerca dos benefícios e custos da migração geralmente centra-se nos aspectos económicos, existindo contudo outros aspectos de nível social que devem ser considerados. A migração das mulheres pode representar uma forma de adquirir segurança económica e um factor de redução das desigualdades de género (UNFPA/IOM, 2006). Em sociedades em que o poder das mulheres para se movimentarem autonomamente é limitado, o acto de migrar pode constituir uma oportunidade de *empowerment* deste grupo. A migração feminina pode desencadear mudanças estruturais e institucionais no sentido da igualdade de género, levando a que as mulheres obtenham autonomia, independência económica, estatuto social e liberdade (Jolly e Reeves, 2005; UNFPA/IOM, 2006).

O tipo de migração, as políticas e as relações de género nos países de origem e de chegada determinam o impacto da migração neste grupo (Jolly e Reeves, 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 (UNFPA/IOM, 2006).

No país de acolhimento, as mulheres imigrantes tendem a enfrentar dificuldades na integração, principalmente no acesso à educação, desenvolvimento de competências e mercado de trabalho, o que se traduz muitas vezes no desempenho de actividades profissionais pouco qualificadas, mal remuneradas, destituídas de protecção social e em sectores desregulados e segregados da economia (Glover *et al.*, 2001; Omelaniuk, 2005; UNFPA/IOM, 2006). Estes grupos deparam-se também com limitadas oportunidades de participação na vida social, política e cultural do país de acolhimento.

A migração pode assim expor a mulher a situações de vulnerabilidade resultantes da precariedade laboral, exclusão, situação irregular e isolamento (Jolly e Reeves, 2005; Purkayastha, 2005). As mulheres, dependendo financeira e juridicamente dos seus parceiros (por dependerem do estatuto legal destes), enfrentam muitas vezes o não reconhecimento dos

seus direitos fundamentais. Neste contexto, poderão estar mais expostas a situações de discriminação, violência e exploração sexual.

Uma vez que as mulheres constituem um importante suporte físico e emocional para os membros mais jovens e mais velhos das suas famílias, a migração feminina resulta muitas vezes na separação das famílias e em situações de abandono, negligência ou abuso dos elementos mais jovens. Dadas as responsabilidades acrescidas das mulheres, quer migrem com as suas famílias ou sem elas, o *stress* adicional pode ter um impacto estrutural na sua vida (UNFPA/IOM, 2006).

2.1. *Imigração feminina em Portugal*

Em Portugal, as estatísticas oficiais indicam que cerca de 45% da população imigrante a residir no país é do sexo feminino (SEF, 2007). Segundo dados disponíveis, de um total de 195 640 mulheres imigrantes em Portugal, 34 520 são naturais do Brasil, 28 850, de Cabo Verde, 15 237 da Ucrânia, 15 118 de Angola e 8178 da Guiné-Bissau (SEF, 2007).

Na década de 80, a par da entrada de Portugal na União Europeia e da crise económica no Brasil, ocorreu a primeira grande vaga de imigração brasileira em Portugal, sendo que os imigrantes brasileiros eram na sua generalidade altamente qualificados (Diniz, 2004; Wall, Nunes e Matias, 2005). Na década de 90, com as novas exigências do mercado de trabalho português assiste-se a uma mudança, verificando-se maior afluência de imigrantes para os sectores terciário e da construção civil (Baganha, Ferrão e Malheiros, 1999).

Dados indicam que, na população imigrante de origem brasileira, o número de mulheres é superior ao dos homens (SEF, 2007). 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; Peixoto, 2006). Dados apontam no sentido de que, cada vez mais, as mulheres brasileiras imigram sozinhas e muitas enviam parte das suas remunerações para a família no Brasil (Padilla, 2007). Segundo Diniz (2004), a maioria das mulheres brasileiras provém da região do Sudeste do Brasil, contudo, tem vindo a verificar-se um au-

mento de imigração feminina proveniente do Nordeste. Estima-se que as imigrantes brasileiras são na sua maioria jovens (43,7%, com idades entre 25 e 39 anos, e 20,8%, com idades entre 15 e 24 anos) e cerca de 85% encontra-se em idade activa (15-64 anos) (INE, 2001). De acordo com Diniz (2004), cerca de metade das imigrantes brasileiras em Portugal são casadas e mais de um quarto são solteiras. Relativamente ao nível educacional estima-se que uma minoria das imigrantes brasileiras não possui qualificação académica (5%), uma parte significativa possui apenas o 1.º/2.º ou o 3.º ciclos do Ensino Básico completos (23,8% e 20,2%) e cerca de 31% e 19% destas imigrantes tem concluído o ensino secundário e o ensino superior, respectivamente (INE, 2001). Na grande maioria, as imigrantes brasileiras a residir em Portugal são trabalhadoras por conta de outrem (INE, 2001) e trabalham no sector terciário, desempenhando predominantemente actividades domésticas, de restauração e de atendimento ao público (Diniz, 2004). Segundo King e Zontini (2000), o comércio do sexo é um mercado laboral onde se encontram muitas mulheres imigrantes. Em Portugal, dados apontam para que grande parte das mulheres a trabalhar neste nicho de mercado sejam brasileiras (Padilla, 2007).

A imigração em Portugal de pessoas provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (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 oficiais, encontram-se actualmente em Portugal mais de 63 mil mulheres imigrantes providas destes países (SEF, 2007). De acordo com dados do INE (2001), grande parte destas imigrantes encontra-se em idade activa (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 são casadas e mais de um terço são solteiras. Quanto ao nível educacional, cerca de um quinto das mulheres não possui qualificação académica (19,7%), a maior parte tem o 1.º/2.º ou o 3.º ciclos do Ensino Básico completos (38,4% e 23%), e cerca de 15% e 4% destas imigrantes tem concluído o ensino secundário e o ensino superior, respectivamente (INE, 2001). As mulheres mais jovens (com idades entre 15 e 39 anos) apresentam um nível superior de educação, comparativamente às gerações mais velhas da mesma origem (INE, 2001).

As mulheres imigrantes oriundas dos PALOP apresentam a taxa mais elevada de desemprego em comparação com as mulheres brasileiras e as oriundas de países de Leste (INE, 2001; Peixoto, 2006). Este grupo trabalha maioritariamente por conta de outrem e tende a desempenhar profissões pouco qualificadas, principalmente na área dos serviços e comércio e no ramo da restauração e alojamento, com fraca representatividade no sector secundário (INE, 2001; Peixoto, 2006). As imigrantes naturais dos PALOP residem maioritariamente na região de Lisboa e Vale do Tejo, mais concretamente em Lisboa e Setúbal (Peixoto, 2006). A questão laboral e o reagrupamento familiar continuam a ser dois dos grandes motivos para as mulheres africanas migrarem. Contudo, verifica-se actualmente que um número crescente de mulheres considera a imigração como um projecto autónomo (Peixoto, 2006).

As diferentes vagas de imigração para Portugal permitiram criar um conjunto de recursos, nomeadamente a nível social, que faz com que as redes sociais sejam um dos motivos de escolha de Portugal como país de destino. Contudo, no caso da imigração brasileira existem diferenças de género no uso destas redes sociais, como aponta Padilla (2007): de uma forma geral, os homens tendem a apoiar-se mais nos amigos e as mulheres encontram suporte nos familiares. Em virtude do uso diferenciado das redes sociais e das actividades laborais que realizam, as mulheres imigrantes encontram-se muitas vezes mais isoladas, não tendo assim acesso a um conjunto de informações que lhes seriam úteis (sobre oportunidades de emprego, processo de legalização, entre outras).

No estudo de Wall, Nunes e Matias (2005), através da análise da experiência de mulheres imigrantes cabo-verdianas e brasileiras, foi identificado 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 factores 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 actividades profissionais que desempenham (Wall, Nunes e Matias, 2005). Uma vulnerabilidade acrescida das imigrantes de origem brasileira está

associada aos estereótipos produzidos sobre a mulher brasileira (Padilla, 2005) que, frequentemente, é representada como uma mulher feminina, com grande sensualidade e submissa (Diniz, 2004; Piscitelli, 2008; Santos, 2004). Este processo de exotização (Machado, 2007), 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, 2007).

3. Políticas de imigração e integração

As novas tendências do fenómeno migratório e a diversidade de perfis das populações migrantes tornam pertinente o desenvolvimento de políticas efectivas de imigração e integração, adoptadas a nível internacional e nacional (IOM, 2005).

O reconhecimento da necessidade de uma cooperação efectiva entre países pode permitir que entidades governamentais e decisores políticos negociem estratégias que garantam, simultaneamente, um desenvolvimento sustentado nos países de origem e uma resposta às necessidades do mercado de trabalho nos países de acolhimento, utilizando a migração em benefício mútuo dos países e promovendo igualmente a integração e os direitos dos migrantes (IOM, 2003).

Neste âmbito têm sido estabelecidas várias convenções e tratados no sentido de promover o desenvolvimento de abordagens transversais às políticas de migração e de asilo dos Estados Membros da UE, como são exemplo a Convenção de Dublin, os Tratados de Maasticht e Amesterdão, e os Conselhos de Tampere, Laaken, Sevilha e Salónica (IOM, 2003; CCE, 2000). Tem sido sublinhada a necessidade de uma gestão eficaz da migração e um posicionamento da política comum da UE face aos benefícios da diversidade cultural e das vantagens das sociedades pluralistas.

No que respeita ao contexto português, 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 estrangeiros do território nacional (*Diário da República*, I Série, n.º 127, de 4 de Julho de 2007). Estão também estatuídos no enquadramento legal nacional os direitos e deveres dos imigrantes nos campos da segurança social, saúde e educação.

A sistematização e adopção de políticas de imigração em Portugal é recente. Em 1996 foi criada a função de Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (pelo Decreto-Lei n.º 3-A/96, de 26 de Janeiro) que operou até 2002. Nesse ano foi criado o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), estrutura interdepartamental de apoio e consulta do Governo em matérias de imigração e minorias étnicas (Decreto-Lei n.º 251/2002, de 22 de Novembro). O ACIME tinha a missão de promover a integração dos imigrantes e minorias étnicas na sociedade portuguesa, assegurar a participação e colaboração das associações representativas dos imigrantes, parceiros sociais e instituições de solidariedade social na definição das políticas de integração social e de combate à exclusão, assim como acompanhar a aplicação dos instrumentos legais de prevenção e proibição da discriminação no exercício de direitos com base na nacionalidade ou origem étnica (ACIME, 2005). Em 2005, o enquadramento legal do ACIME foi ajustado, definindo o Alto Comissariado como um serviço de coordenação e de natureza interministerial que integra os Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante (CNAI) e uma rede de Centros Locais de Apoio ao Imigrante (CLAI), distribuídos por todo o País (Decreto-Lei n.º 27/2005, de 4 de Fevereiro). Estes centros constituem-se como unidades orgânicas de acolhimento, informação e atendimento de cidadãos imigrantes. Os Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante (CNAI), criados em 2004, destinam-se a providenciar um apoio especializado ao cidadão imigrante, procurando colmatar certas dificuldades e obstáculos que os imigrantes ainda sentem no acesso aos diferentes serviços da sociedade. Actualmente, existem dois CNAI, um em Lisboa e outro no Porto, sendo ambos compostos por diversos gabinetes e instituições. Estão presentes instituições como o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, a Segurança Social, a Autoridade para as Condições do Trabalho, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Outros serviços foram criados, como apoio jurídico, apoio ao reagrupamento familiar, apoio social e apoio ao emprego. Todos estes serviços colaboram mutuamente, partilhando um mesmo espaço físico.

A evolução do enquadramento legal do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, anterior ACIME) expressa a consolidação institucional que esta estrutura sofreu, conferindo-lhe actualmente uma capacidade de intervenção e relevância institucional. Actualmente, o ACIDI é um instituto público cujos principais objectivos são colaborar na concepção, execução e avaliação das políticas públicas relevantes para a integração

dos imigrantes e das minorias étnicas, e promover o diálogo entre as diversas culturas, etnias e religiões. Algumas atribuições do ACIDI são o incentivo à participação cívica e cultural dos imigrantes e das minorias étnicas nas instituições portuguesas, a garantia do acesso destas populações a informação importante sobre os seus direitos e deveres, e o apoio a iniciativas da sociedade civil que visem o acolhimento e integração das populações imigrantes. O ACIDI é também responsável pela dinamização dos Centros de Apoio ao Imigrante através de parcerias com departamentos governamentais, serviços de administração pública, autarquias locais, organizações não-governamentais e associações de imigrantes (ACIDI, 2008).

Em 2007, num esforço de desenvolver e implementar medidas que promovam a integração das populações imigrantes foi criado o Plano para a Integração dos Imigrantes (PII). Este Plano tem como pressuposto a responsabilidade do Estado pela integração dos cidadãos imigrantes, com particular destaque para o reforço da coesão social e uma melhor integração e gestão da diversidade cultural. Este Plano, elaborado através de um trabalho conjunto de todos os ministérios e em colaboração com as organizações da sociedade civil, procura uma maior integração dos imigrantes nas áreas do trabalho, habitação, saúde e educação, realçando a necessidade de perspectivar as questões do racismo e discriminação, igualdade de género e cidadania, tendo como objectivo «um salto qualitativo e eficaz nas políticas de acolhimento e integração dos imigrantes» (*Diário da República*, I Série, n.º 85, Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio).

As associações representativas das populações imigrantes também têm tido um papel importante na integração destas populações na sociedade de acolhimento. Os direitos deste tipo de associações estão regulamentados no Decreto-Lei n.º 75/2000 e incluem, entre outros, o de participar na definição da política de imigração e nos seus processos legislativos, intervir junto das autoridades públicas em defesa dos direitos dos imigrantes e participar junto das autarquias locais na definição e execução das estratégias políticas a nível local que digam respeito a estas populações. As associações de imigrantes são apoiadas pelo Gabinete de Apoio Técnico às Associações de Imigrantes (GATAI), uma estrutura do ACIDI integrada nos CNAI, que tem como responsabilidades dar apoio às associações na organização, execução e avaliação das iniciativas que pretendem desenvolver, bem como

assegurar a colaboração técnica e o controlo de gestão dos apoios financeiros prestados pelo ACIDI às actividades das Associações de Imigrantes (ACIDI⁴).

⁴ <http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=133>.

CAPÍTULO 2.

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES IMIGRANTES

1. Saúde e migração

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1948). Ao contrário do modelo biomédico que concebia uma perspectiva redutora do conceito de saúde, a visão holística e sistémica defende que um conjunto complexo de dimensões (física-somática, afectiva e emocional, cognitiva, comportamental, sociocultural e ecológica) influencia o estado de saúde dos indivíduos (Antonovsky, 1979; Leigh e Reiser, 1980; Last e Wallace, 1992). Considerando a saúde como um direito humano fundamental (UN, 1948), a OMS aponta como condições e recursos fundamentais a alimentação, habitação, educação, meios económicos adequados, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OMS, 1986).

Na primeira Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, em Otava, a OMS define Promoção da Saúde como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para actuarem na melhoria da sua saúde (OMS, 1986). No contexto da Promoção da Saúde, o estado de saúde é resultado da interdependência de factores de nível macrosocial (contexto socioeconómico, político, cultural, histórico), comunitário e individual (factores genéticos e biológicos). Adoptando uma visão sistémica, a saúde é encarada como um processo e um recurso na medida em que pode constituir um factor determinante na melhoria do bem-estar e das condições de vida dos indivíduos ao nível da educação, emprego, cidadania e desenvolvimento (Nutbeam, 1998; Tones e Green, 2004).

Segundo a OMS, actuar nos determinantes sociais de saúde representa a forma mais eficaz de melhorar a saúde das populações e de reduzir as iniquidades sociais (CSDH, 2007). Os determinantes sociais de saúde incluem factores estruturais de nível social, como as instituições políticas e a estrutura económica, que se reflectem 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, Bosmans e Temmerman, 2005; Reijneveld, 1998). Os determinantes de saúde abrangem ainda factores 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 (CSDH, 2005). Simultaneamente, a predisposição genética e biológica, bem como os comportamentos individuais e estilos de vida, determinam o estado de saúde dos indivíduos (CSDH, 2005; WHO, 2003a). Assim, o estado de saúde é resultado de redes complexas de múltiplos determinantes que reflectem a relação entre o indivíduo/população e o seu meio.

Tem vindo a ser reconhecido que a mobilidade das populações pode ter implicações directas e indirectas na saúde. Simultaneamente, o estado de saúde das populações imigrantes, condicionado pela interdependência dos diversos determinantes de saúde, tem impacto no processo de integração destas populações na sociedade de acolhimento (UN, 2003). Neste contexto, a migração internacional é actualmente considerada um desafio para a saúde pública e sistemas de saúde dos vários países (Carballo, Divino e Zeric, 1998; Dias e Gonçalves, 2007).

A actual realidade da migração internacional, a heterogeneidade destas populações, a complexidade dos determinantes em saúde dos imigrantes e a falta de dados consistentes sobre estas questões leva a que a investigação na área da migração e saúde seja ainda incipiente. Apesar da escassez de informação, existem dados dispersos que apontam no sentido de que alguns grupos de migrantes estão particularmente vulneráveis a problemas de saúde. Estudos indicam que algumas populações imigrantes estão em maior risco que as populações autóctones de contraírem doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares (McKay, Macintyre e Ellaway, 2003; Mehler *et al.*, 2001; Rubia *et al.*, 2002). Em relação às doenças crónicas, algumas populações imigrantes tendem a apresentar maiores taxas de prevalência de diabetes e maior taxa de mortalidade associada a cancro, comparativamente às populações autóctones (DesMeules *et al.*, 2005; Hyman, 2007; Ng *et al.*, 2005). Alguns dados disponíveis indicam também que as populações que migram estão em maior risco de contrair doenças infecciosas, como a tuberculose, VIH/Sida e hepatites (Coker, 2003; Fennelly, 2004; Saracino *et al.*, 2005). Estudos sugerem ainda que as populações imigrantes se encontram em maior risco de vir a

sofrer de doenças mentais, nomeadamente depressão, esquizofrenia e *stress* pós-traumático, como resultado de diversos factores de *stress* presentes ao longo do processo migratório (Carballo e Nerukar, 2001; Carta, Bernal, Hardoy e Haro-Abad, 2005; Fox, Burns, Popovich e Ilg, 2001; Hermansson, Timkpa e Thyberg, 2002; Keyes, 2000; Maddern, 2004; Mollica *et al.*, 2001; Pumariega, Rothe e Pumariega, 2005; Steel e Silove, 2001).

Contudo, o efeito da migração na saúde é controverso. Algumas investigações têm demonstrado que populações imigrantes apresentam melhores indicadores de saúde comparativamente às populações autóctones, fenómeno designado por «migrante saudável» (Abraído-Lanza, Dohrenwend, Ng-Mak e Turner, 1999; Kandula, 2004; McKay, Macintyre e Ellaway, 2003; Muennig e Fahs, 2002; Noh e Kaspar, 2003; Razum, Zeeb e Rohrmann, 2000; Singh e Siahpush, 2001; Swerdlow *et al.*, 1995).

1.2. Determinantes de vulnerabilidade em saúde

As condições em que a migração se processa podem ser factores condicionantes da vulnerabilidade em saúde das populações migrantes (IOM, 2004a). Esta está normalmente associada a factores de risco a que estas populações estão muitas vezes expostas nos países de acolhimento, onde se confrontam com um contexto completamente novo a nível social, estrutural, cultural, linguístico, entre outros (Dias e Gonçalves, 2007; Kandula, Kersy e Lurie, 2004). Estas circunstâncias, muitas vezes, associam-se a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao seu país de origem (Carballo e Nerukar, 2001) pois, ao imigrar, o indivíduo traz consigo o seu perfil de saúde, o qual reflecte a sua história médica e a qualidade dos cuidados de saúde disponíveis no seu país de origem (Ackerhans, 2003).

Os determinantes socioeconómicos têm sido reconhecidos como importantes factores associados à vulnerabilidade em saúde das populações imigrantes. Alguns grupos de imigrantes apresentam piores condições de vida do que as populações dos países de acolhimento. Frequentemente, algumas destas populações residem em bairros periféricos e zonas degradadas, em habitações com reduzidas infra-estruturas básicas (sobrelotação e sem saneamento básico) e escassos serviços sociais e de saúde (IOM, 2005; Scheppers

et al., 2006). No contexto laboral, as actividades habitualmente desenvolvidas pelos imigrantes conjugam exposição a agentes de doença e negligência nos mecanismos de protecção no trabalho, protecção social e nos cuidados de saúde (Dias e Gonçalves, 2007). Estudos apontam no sentido de que os trabalhadores imigrantes apresentam maior vulnerabilidade em saúde, registando maior incidência de acidentes e doenças relacionados com actividades laborais (IOM, 2005). Os imigrantes, especialmente os que se encontram em situação irregular, podem estar particularmente vulneráveis a situações de exploração laboral ao estarem mais disponíveis para aceitar determinados tipos de trabalho, de maior risco e em condições precárias (Wolffers, Verghis e Marin, 2003). Assim, as populações imigrantes tendem a desenvolver actividades profissionais de maior risco e a estar sobre-representadas em sectores de actividade marginais ou desregulados, como os trabalhos sazonais, serviços domésticos e trabalho sexual (ILO, 2005; Narayanan e Lai, 2005). Este tipo de actividades nem sempre garante protecção social e laboral aos trabalhadores, o que pode ter impacto no seu estado de saúde (Pécoud e Guchteneire, 2004). Por outro lado, a precariedade laboral, pobreza e exclusão social determinam diferentes graus de exposição a factores de risco e de protecção, aumentando a vulnerabilidade em saúde das populações imigrantes (Braveman e Gruskin, 2003; Dias e Gonçalves, 2007). A dificuldade que, muitas vezes, estas populações enfrentam em obter protecção social, para além dos reduzidos recursos económicos, pode impedir a procura de ajuda médica pelos custos associados (WHO, 2003a).

A experiência de afastamento e ruptura das relações sociais e familiares ao longo do processo migratório (especialmente quando o imigrante migra sozinho) pode influenciar o estado de saúde e bem-estar dos imigrantes. Segundo Lazear e colaboradores (2008), a separação da família e dos sistemas de suporte, assim como o isolamento podem ser potenciais factores de depressão nestas populações. Neste contexto, a falta de mecanismos de apoio social e emocional pode perpetuar a exposição a factores de risco e favorecer práticas prejudiciais à saúde (Dias e Gonçalves, 2007; UNAIDS/IOM, 2001; Scheppers *et al.*, 2006; Stampino, 2007). Estudos indicam que, em contexto de separação dos parceiros, alguns imigrantes encontram-se numa situação de maior probabilidade de adoptarem comportamentos que resultam num maior risco de transmissão de doenças infecciosas, como o VIH/Sida. No caso das mulheres, este risco pode ser acrescido face a

situações de exploração sexual (IOM, 2005). Por outro lado, o abandono do ambiente familiar e o contacto com um contexto desconhecido e uma sociedade com diferentes valores, percepções e tradições podem constituir importantes desafios à capacidade dos indivíduos para lidarem com a mudança (IOM, 2003). Nos países de acolhimento, os imigrantes encontram-se muitas vezes num estado de transição em que mantêm determinadas representações de saúde e crenças culturais enquanto, simultaneamente, se adaptam a um novo contexto, situação que pode constituir factor de vulnerabilidade (IOM, 2004b).

Atendendo ao frequente isolamento social das populações imigrantes e à opinião pública corrente nos países de acolhimento sobre a imigração, estas populações podem ser alvo de atitudes discriminatórias quanto à sua origem étnica, crenças religiosas ou condição de imigrante, o que condiciona a sua adaptação e integração na sociedade de acolhimento, com impacto no seu bem-estar físico e psicossocial (Scheppers *et al.*, 2006; Stampino, 2007).

De acordo com algumas investigações, a associação positiva entre imigração e vulnerabilidade em saúde parece estar relacionada com um reduzido acesso e utilização dos serviços de saúde (Dias e Gonçalves, 2007; Politzer *et al.*, 2001; Stronks, Ravelli e Reijnenveld, 2001). Estudos indicam que, na maior parte dos países desenvolvidos receptores de imigrantes, muitas vezes, as populações imigrantes não beneficiam de todos os serviços disponíveis e não são sistematicamente abrangidas pelos sistemas de informação, prevenção ou tratamento (McMunn, Mwanje, Paine e Pozniak, 1998; IOM, 2004a). O acesso e a utilização dos serviços de saúde podem ser condicionados por diferentes níveis de barreiras e/ou obstáculos, nomeadamente legislativos, estruturais, económicos e culturais (Dias e Gonçalves, 2007; Dias, Gonçalves, Luck e Fernandes, 2004; Fennelly, 2004).

A instabilidade e precariedade da situação laboral dos imigrantes, a dificuldade em obter protecção social e o custo associado aos cuidados de saúde podem constituir barreiras à utilização dos serviços de saúde por parte destas populações (Dias e Gonçalves, 2007). Também as condições estruturais dos próprios serviços de saúde, nomeadamente as infra-estruturas e funcionamento (localização, horário e tempo de espera para atendimento),

podem condicionar o acesso e utilização por parte das populações imigrantes (Gonçalves, Dias, Luck, Fernandes e Cabral, 2003; Scheppers *et al.*, 2006). Muitas vezes, os imigrantes dependem economicamente de vários empregos, o que impossibilita recorrerem aos serviços de saúde durante o horário de funcionamento, que coincide em geral com o horário de trabalho.

Por outro lado, no acesso aos cuidados de saúde, muitas vezes são impostas restrições aos imigrantes devido à sua situação irregular. Os profissionais dos serviços de saúde apresentam, frequentemente, um limitado conhecimento do quadro legal do acesso aos cuidados de saúde ou da sua aplicabilidade, o que pode resultar na exclusão das comunidades imigrantes do sistema de saúde (Dias e Gonçalves, 2007). Adicionalmente, verifica-se, muitas vezes, o receio de imigrantes indocumentados serem denunciada a sua situação de irregularidade pelos profissionais e serviços de saúde às autoridades para a imigração (Carta *et al.*, 2005; CCHS, 1997; Hansen e Krasnik, 2007; Kullgren, 2003; Gonçalves *et al.*, 2003; IOM, 2005). Estas situações podem levar a que as populações imigrantes evitem utilizar os serviços de saúde, recorrendo à automedicação, à medicina alternativa e a serviços em que não seja pedida documentação, como urgências, farmácias, unidades móveis, entre outros (CCHS, 1997; Dias e Gonçalves, 2007). A utilização deste tipo de serviços em detrimento dos serviços de saúde compromete a prevenção e leva a que os imigrantes apenas recorram a serviços de saúde em caso de emergência ou numa fase avançada da doença, que se traduz num elevado custo do tratamento associado a uma intervenção tardia (Gonçalves *et al.*, 2003; WHO, 2003a).

Os costumes, as tradições, a religião, as questões de género, e as crenças e representações sobre saúde e doença influenciam as práticas de saúde, os comportamentos de risco e a percepção dos imigrantes sobre a necessidade da utilização dos serviços de saúde (Dias, Matos e Gonçalves, 2002; Fongwa, 2001; Stronks, Ravelli e Rejineyvel, 2001; Fenton *et al.*, 2005; Gonçalves *et al.*, 2003; IOM, 2004a; Marston e King, 2006; Scheppers *et al.*, 2006). Práticas de saúde utilizadas nos países de origem, como o recurso à medicina tradicional em detrimento da medicina convencional, podem perpetuar-se nos países de acolhimento, traduzindo-se numa menor procura dos serviços de saúde. Por outro lado, a relação entre utilizadores e prestadores de cuidados pode ser condicionada

pelas diferenças culturais e linguísticas, a par da falta de preparação dos profissionais de saúde para lidarem com a diversidade cultural (Chu, 2005; Maggi e Cattacin, 2003; Scheppers *et al.*, 2006). Também a discriminação e estigmatização, socialmente produzidas e associadas à situação de imigrante (sobretudo a de irregular), podem ser importantes obstáculos (Dias e Gonçalves, 2007; IOM, 2004a; Maggi e Cattacin, 2003; Schepers *et al.*, 2006; Wolffers, Verghis e Marin, 2003).

No seu conjunto, estas barreiras contribuem para um sentimento de insatisfação por parte do utilizador, resultando numa reduzida utilização dos serviços. Neste contexto, as oportunidades de intervenção nas áreas da promoção da saúde e da prevenção e tratamento da doença tornam-se limitadas, com impacto nos resultados em saúde (Eshiett e Parry, 2003; Fenton, 2001).

A reduzida utilização dos serviços de saúde pode ainda dever-se ao desconhecimento das próprias populações imigrantes sobre os direitos estatuídos nos países de acolhimento, no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde. Alguns estudos indicam que tende a haver maior percepção da necessidade de aceder aos serviços de saúde por parte dos imigrantes que estão há mais tempo no país de acolhimento e que têm maior grau de alfabetização (Abbott *et al.*, 2000; Dias, Severo e Barros, 2008; Gonçalves *et al.*, 2003). Os imigrantes que residem há menos tempo no país, para além de se encontrarem numa situação de maior vulnerabilidade (e com maior dificuldade de compreensão e expressão verbal), muitas vezes desconhecem os serviços existentes e os direitos que lhes assistem, o que pode determinar uma subutilização dos serviços de saúde (Dorr e Faist, 1997; Fenton, 2001; Fowler, 1998; Neale, Ngeow, Skull e Biggs, 2007; Pécoud e Guchteneire, 2004; Reijneveld, 1998; Scheppers *et al.*, 2006; Sonis, 1998; Stampino, 2007; Stronks, Ravelli e Reijneveld, 2001).

2. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes

O conceito de saúde sexual e reprodutiva não é de fácil definição, uma vez que alberga vários temas como sexualidade, reprodução, direitos humanos e bem-estar, e exige uma reflexão sobre a forma como estes temas se inter-relacionam. Tal como foi definido na Con-

ferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (no Cairo, em 1994), e adotado pela OMS, considera-se saúde reprodutiva como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e emocional (não apenas a ausência de doença ou mal-estar), abrangendo todos os aspectos relacionados com o sistema, funções e processos reprodutivos (UN, 1994).

Neste sentido, a saúde sexual e reprodutiva é considerada um conceito holístico que inclui, para além da reprodução, as questões da saúde sexual e das relações pessoais (UN, 1994; UNFPA, 1996). A saúde sexual integra aspectos relacionados com a sexualidade de um modo que esta seja positivamente enriquecedora e que promova a comunicação e relação entre os indivíduos (UNFPA, 1996; Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005; WHO, 1975; WHO, 2006; UN, 1994). A sexualidade é considerada um aspecto importante da vida humana e abrange áreas como o sexo, as identidades e papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução (WHO, 2006). A sexualidade é vivida e expressa através de pensamentos, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relações, e pode ser influenciada pela interacção de factores biológicos, emocionais, intelectuais, socioeconómicos, culturais, históricos, religiosos, éticos, legais e políticos (WHO, 2006).

A definição de saúde sexual e reprodutiva pressupõe a possibilidade de as pessoas terem uma vida sexual segura e com prazer, com capacidade de reprodução e liberdade de decisão. Esta definição assume simultaneamente as questões dos direitos humanos, sendo reconhecido que todos os casais e indivíduos têm o direito à decisão livre e responsável nos aspectos relacionados com a reprodução (número de filhos, local e momento), sem discriminação, coerção ou violência, bem como o direito à informação e meios para tal (UN, 1994; UNFPA, 1996). Implícito nesta última condição está o direito das mulheres e dos homens à informação e ao acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis, e ainda, a serviços de saúde adequados que permitam às mulheres ter uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de ter crianças saudáveis. Abrange também o direito à saúde sexual, considerada potenciadora da vida e das relações interpessoais. Tal como é reconhecido pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), os cuidados a prestar em saúde re-

produtiva englobam um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e bem-estar reprodutivos dos indivíduos, através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas das mulheres e dos homens, nesta área e ao longo do ciclo de vida dos indivíduos (DGS, 2008). Assim, de acordo com as Orientações Técnicas sobre Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar da DGS, a educação sexual pode conduzir ao controlo da fertilidade e à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças (DGS, 2008).

O crescente aumento da imigração feminina tem acentuado a preocupação relativamente às questões de saúde sexual e reprodutiva nesta população. A diferença dos papéis sociais de género, associada a variáveis socioeconómicas e culturais, reflecte-se muitas vezes numa desigual exposição das mulheres a riscos para a saúde, quando comparadas com os homens (WHO, 2002). Dados de organizações internacionais e de estudos epidemiológicos têm apontado para uma maior vulnerabilidade em saúde sexual e reprodutiva nas mulheres imigrantes (Rademakers, Mouthaan e De Neef, 2005; UNAIDS, 2006).

2.1. Maternidade

De acordo com estimativas da OMS, 536 000 mulheres morreram em 2005, devido a complicações relacionadas com a gravidez e o parto (WHO, 2007).

Nos países de acolhimento, as mulheres imigrantes são, muitas vezes, confrontadas com dificuldades na gravidez e no parto. Vários estudos têm indicado que ser imigrante e/ou pertencer a uma minoria étnica tende a estar associado a uma maior frequência de factores de risco de infecção perinatal, maior mortalidade perinatal e infantil, maior mortalidade materna, maior número de partos prematuros e menor peso à nascença (Bragg, 2008; Cervantes, Keith e Wyshak, 1999; Cuadrado *et al.*, 2004; De la Torre *et al.*, 2006; Essen *et al.*, 2000; Ibáñez *et al.*, 2006; Jones e Bond, 1999; Knuist, 1998; Machado, Santana, Carreiro, Nogueira, Barroso e Dias, 2006; Schulpen, 1996; Van Enk *et al.*, 1998; Zeitlin *et al.*, 2004). Segundo Troe (2008), na Holanda, as taxas de mortalidade perinatal e in-

fantil apresentam-se mais elevadas na população imigrante do que entre a população holandesa. No Reino Unido, as taxas de mortalidade infantil são aproximadamente 1,5 vezes mais elevadas em filhos de mulheres imigrantes do que em crianças inglesas (Smith, 2000). Tendo em conta o peso à nascença, Vangen e colaboradores (2002) concluíram que este indicador apresenta valores mais baixos nos filhos de mulheres imigrantes na Noruega do que nos filhos de mulheres autóctones. Em Portugal, estudos na área da saúde sexual e reprodutiva e materno-infantil das comunidades imigrantes apontam no mesmo sentido (Calado, Silva e Guerreiro, 1997; Luck, Ferreira, Patrício, Simões, Horta e Magalhães, 1999; Machado *et al.*, 2006).

O *stress* associado a uma gravidez, acrescido das dificuldades inerentes à condição de imigrante, pode tornar algumas mulheres particularmente vulneráveis durante o período da gravidez e pós-parto (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005). A perda de redes de apoio e suporte social e informal (amigos, 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 a mulher permanece em casa devido às suas responsabilidades maternas (Ascoly, Van Halsema e Keysers, 2001; Cuadrado *et al.*, 2004; Kennedy e Murphy-Lawless, 2001; Sword, Watt e Krueger, 2006). Esta situação pode traduzir-se num elevado nível de *stress* para a mãe migrante no período pós-natal (Ny, Plantin, Karlsson e Dykes, 2007). Um estudo de Munk-Olsen e colaboradores (2006) indica que, no período pós-parto, o risco de depressão torna-se mais elevado.

Dados indicam que as 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 (Alderliesten *et al.*, 2007; Gwyneth *et al.*, 2001; IOM, 2004a; Thorp, 2003). Conclusões de um estudo de Machado e colaboradores (2006) apontam no sentido de que o início da vigilância da gravidez é mais tardio nas mulheres imigrantes em comparação com as mulheres portuguesas. Um estudo realizado em Genebra, entre 2005 e 2006, indicou que as mulheres grávidas indocumentadas apresentavam um risco mais elevado de iniciação tardia dos cuidados pré-natais, em comparação com as imigrantes documentadas (Wolff *et al.*, 2008).

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 (Gortmaker, 1979; Ryan, Sweeney e Solola, 1980; Quick, Greenlick e Roghmann, 1981). Dados indicam que 20% das mortes maternas, directa ou indirectamente relacionadas com a gravidez, verificam-se em mulheres com acompanhamento reduzido, tardio ou até inexistente, ao nível dos cuidados pré-natais (Bragg, 2008).

A literatura aponta para diversos factores relacionados com os cuidados pré-natais tardios que incluem a idade, o baixo nível de escolaridade, a pertença a uma minoria étnica, as dificuldades linguísticas, o estatuto irregular e a gravidez não desejada ou não planeada (Alderliesten *et al.*, 2007; Blondel *et al.*, 1993; Delgado-Rodriguez *et al.*, 1997; Delvaux *et al.*, 2001; Essex, Counsell e Geddis, 1992; Hemingway, Saunders e Parsons 1997; Hulse, 2001; Kupek *et al.*, 2002; McDonald e Coburn, 1988; Pagnini e Reichman, 2000; Rowe e Garcia, 2003; Wolff *et al.*, 2008). Delvaux e colaboradores (2001) analisaram entrevistas com mulheres de dez países europeus e concluíram que existem barreiras de ordem socioeconómica, organizacional e cultural aos cuidados pré-natais na Europa.

As mulheres migrantes recém-chegadas ao país de acolhimento têm geralmente poucos conhecimentos sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis e, em especial, sobre os serviços de saúde materna (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005; House of Commons Health Committee, 2003).

Também os factores culturais, como papéis sociais de género, hábitos tradicionais, linguagem e padrões de comunicação podem condicionar a utilização dos serviços de saúde materna e cuidados pré-natais, por parte das mulheres imigrantes (Kennedy e Murphy-Lawless, 2002). Vários estudos têm identificado a associação entre o reduzido acesso a serviços de saúde materna por parte de mulheres imigrantes e a indisponibilidade de serviços de tradução e falta de sensibilidade dos profissionais de saúde para as diferenças culturais (Bulman e McCourt, 2002).

Em muitos casos, alguns grupos de mulheres imigrantes necessitam de um intérprete quando recorrem aos serviços de saúde, pelo que, muitas vezes, fazem-se acompanhar

pelos seus maridos ou outros elementos masculinos da família. Durante a consulta, toda a informação é transmitida pelo intérprete homem, o que pode ser problemático, especialmente se a mulher pertencer a culturas em que a discussão de aspectos sobre a gravidez e o parto com elementos familiares masculinos não é habitual (Ascoly, Van Halsema e Keyzers, 2001). Devido a normas culturais, as mulheres imigrantes sentem-se muitas vezes desconfortáveis com determinados procedimentos nos cuidados de saúde do país de acolhimento, como o atendimento por médicos do sexo masculino ou a necessidade de tirar a roupa para realizar exames médicos (Mestheneos, Gaunt e Ioannadi, 1999).

O desconhecimento, por parte dos técnicos de saúde, acerca dos aspectos culturais relacionados com o comportamento sexual e reprodutivo dos migrantes, bem como a existência de atitudes discriminatórias e de preconceitos face a estes grupos podem ter impacto na utilização dos cuidados de saúde e na forma como se vivencia a experiência da gravidez, parto e maternidade (Bulman e McCourt, 2002; Dias, Matos e Gonçalves, 2002; Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005; House of Commons Health Committee, 2003; WHO, 2003a).

Outro aspecto importante a referir diz respeito às práticas de saúde nos países de origem que, muitas vezes, se caracterizam pelo recurso à medicina tradicional, especialmente durante e após a gravidez, traduzindo-se numa menor procura e utilização dos serviços de saúde, podendo afectar negativamente a saúde da mãe ou do bebé (Ayaz e Efe, 2008).

A mudança do contexto social e económico, subjacente ao processo de migração, pode condicionar as opções sobre as questões relativas à reprodução. As populações migrantes, especialmente as mulheres, vêem-se frequentemente confrontadas com a imposição da redução do tamanho da família, muitas vezes forçada pelo elevado custo associado à manutenção das condições de vida.

No que respeita à interrupção voluntária da gravidez (IVG), apesar da escassa informação, as investigações têm apontado para uma maior prevalência desta situação na população imigrante (Carballo, 2006). Na Noruega, as mulheres imigrantes apresentam taxas mais elevadas de IVG do que as mulheres autóctones (Ackerhans, 2003). Em 2000, a taxa de

IVG entre as mulheres imigrantes na Holanda era entre 3 a 10 vezes mais elevada do que na restante população feminina em idade fértil (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005; Rademakers *et al.*, 2005). Conclusões de um estudo realizado na Suíça indicaram que 9 em cada 10 gravidezes de imigrantes irregulares não eram desejadas e, destas, cerca de 60% resultaram em IVG (Valli, 2003).

O estado civil, a idade, o país de origem, o estatuto irregular e a experiência de ter filhos têm sido identificados como factores associados à gravidez não desejada (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005; Zhao *et al.*, 2002). Neste contexto, tem sido reconhecida a necessidade de melhorar o acesso aos métodos contraceptivos e de promover o seu uso, reduzindo as barreiras associadas como sejam a falta de conhecimento e de recursos económicos, as dificuldades linguísticas e as questões socioculturais.

2.2. Planeamento familiar

O planeamento familiar é uma das componentes fundamentais da prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Segundo a DGS, os objectivos do planeamento familiar englobam a promoção de uma vivência da sexualidade saudável e segura, a regulação da fecundidade segundo o desejo do casal, a preparação de uma maternidade e paternidade responsáveis, a redução da mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil, a redução da incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e suas consequências (designadamente a infertilidade), e o melhoramento da saúde e bem-estar dos indivíduos e da família. Assim, a consulta de planeamento familiar deve assegurar actividades de promoção da saúde como a informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das IST, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, e prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas (DGS, 2008).

Estudos indicam que, muitas vezes, os imigrantes têm um limitado conhecimento sobre os serviços de planeamento familiar disponíveis no país de acolhimento e tendem a ter menor acesso a estes serviços em comparação com os cidadãos nacionais (Carballo, 2006). Também o facto de as populações imigrantes se encontrarem num contexto com

uma cultura e língua diferentes pode dificultar o acesso a informação e métodos contraceptivos (European Women's Lobby, 2007). Alguns estudos indicam que persiste nas populações imigrantes, especialmente mais jovens, a falta de conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis e eficazes (Tong, Chen e Cheng, 1999; Zhao *et al.*, 2002). Um estudo realizado por De Vries (1999, citado por Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005) revela que, muitas vezes, as mulheres de alguns grupos étnicos interrompem a toma de contracepção oral para verificar se o seu corpo se mantém saudável, pois acreditam que este contraceptivo pode provocar cancro. No mesmo estudo, algumas mulheres relataram que apenas tomam a pílula quando têm relações sexuais com penetração ou durante uma ou duas semanas. É igualmente importante considerar a influência das questões de género e diferenças de poder na tomada de decisão sobre o uso de contraceptivos, na medida em que, muitas vezes, esta é uma decisão unilateral do homem (APF, 2006; Wall, Nunes e Matias, 2005; Woollett *et al.*, 1998).

Neste contexto, verifica-se que face à necessidade de planeamento familiar alguns imigrantes recorrem, por vezes, a métodos contraceptivos ineficazes ou inadequados, o que consequentemente pode resultar na ocorrência de uma gravidez não desejada (Lindstrom e Hernández, 2006; UNFPA, 2006). Dados indicam que, em Genebra, as mulheres com gravidez não desejada tendem a revelar não ter utilizado qualquer método contraceptivo e não ter conhecimento adequado sobre os vários métodos de contracepção (Wolff *et al.*, 2008; Von Herten *et al.*, 2002; Moreau, Bajos e Trussell, 2006).

A informação disponível sobre o planeamento familiar das mulheres imigrantes residentes nos países da Europa aponta no sentido de, por vezes, os serviços de planeamento familiar nestes países serem pouco ajustados às necessidades específicas destas populações (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005). É necessária uma abordagem culturalmente adequada, uma vez que as questões relacionadas com o planeamento familiar, contracepção e sexualidade podem ter inerente determinadas representações sociais que tornam estes tópicos sensíveis para algumas populações. Assim, torna-se necessário, por parte dos profissionais de saúde, o desenvolvimento de uma relação de confiança com os utilizadores dos serviços e a consciência das preferências e necessidades específicas das mulheres imigrantes, no que respeita à saúde sexual e reprodutiva (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005).

2.3. Infecções sexualmente transmissíveis

A informação sobre a situação epidemiológica das infecções sexualmente transmissíveis (IST), nas populações imigrantes, é limitada. Estudos sugerem que algumas populações imigrantes estão particularmente vulneráveis à transmissão de IST, apresentando maiores taxas de incidência em comparação com as populações autóctones (Fennelly, 2004; IOM, 2005; Coker, 2003; Del Amo *et al.*, 2004; EPI-VIH Study Group, 2002; Harawa *et al.*, 2002; Putter, 1998; Saracino *et al.*, 2005; Shedlin e Shulman, 2004; Solorio, Currier e Cunningham, 2004; UNAIDS, 2004; Wong, Tambis, Hernandez, Chaw e Klausner, 2003).

Tem vindo a verificar-se uma feminização crescente da infecção VIH/Sida, sendo que cerca de 50% das pessoas que actualmente vivem com a doença são mulheres (UNAIDS, 2006). A mulher está biologicamente mais vulnerável ao risco de transmissão sexual da infecção pelo VIH/Sida do que o homem (Dias, Gonçalves e Silva, 2004). Na relação sexual, a mulher apresenta maior quantidade de membrana mucosa exposta, recebe maior quantidade de fluidos sexuais (sendo o conteúdo viral maior no homem) e apresenta uma maior possibilidade de microlesões do tecido vaginal (ou rectal), que contribuem para um aumento da infecção VIH/Sida (WHO, 2003b). As mulheres tendem a estar mais vulneráveis a IST que os homens, não só devido a factores biológicos, mas também devido a factores sociais (Putter, 1998; UNAIDS/IOM, 2001; UNAIDS, 2004). Circunstâncias como a pobreza, a precariedade laboral e a vulnerabilidade socioeconómica das mulheres são factores importantes a considerar pois traduzem-se muitas vezes na falta de poder para tomar decisões sobre práticas de protecção ao risco de IST (Bandyopadhyay e Thomas, 2002; Yang, 2006).

No contexto da migração feminina, o desenraizamento e ruptura de relações, o afastamento do meio social e familiar, e o conflito de culturas no contacto com a sociedade de acolhimento podem influenciar determinados comportamentos de risco na área da sexualidade (Bandyopadhyay e Thomas, 2002; IOM, 2003; IOM, 2005; Lugalla *et al.*, 2004; Steel *et al.*, 2003). Numa conjuntura de pobreza, muitas mulheres encontram nas relações com parceiros (ocasionais ou fixos) uma forma de sobrevivência económica e de segurança social (Dias, Gonçalves e Silva, 2004; WHO, 2000). Neste contexto de depen-

dência económica verifica-se muitas vezes um menor poder de negociação nas decisões para uma vida sexual saudável e uma maior probabilidade de situações de exploração e sexo coercivo. Assim, a falta de recursos impõe uma lógica de sobrevivência na qual os riscos para a saúde se tornam secundários (Carballo, 2007; El-Bassel *et al.*, 2000; Herrera e Campero, 2002; Verma e Collumbien, 2003; WHO, 2003b). Por outro lado, a capacidade da mulher para resistir e desafiar as normas sociais e adoptar comportamentos favoráveis à sua saúde sexual e reprodutiva pode ser limitada (WHO, 2003a). Como resultado, muitas mulheres imigrantes têm pouco controlo sobre o comportamento sexual dos seus parceiros (WHO, 2003a; Wingood e DiClemente, 2000). Explorando as questões de poder, Decosas e Adrien (1997) referem que o trabalho sexual, aliado à mobilidade sob a forma de migração, pode ser um importante factor para a transmissão de IST, como o VIH/Sida.

Também aspectos culturais e étnicos, como as crenças, tabus e mitos, têm sido apontados como factores determinantes dos comportamentos de risco. Por exemplo, em determinadas culturas, as relações sexuais de um homem infectado com uma rapariga virgem são consideradas garantia de cura da infecção pelo VIH/Sida (Dias, Gonçalves e Silva, 2004; WHO, 2003b). De acordo com o estudo de Burns e colaboradores (2007) com imigrantes africanos, muitas vezes se verifica que a experiência no país de origem determina a percepção de risco da infecção VIH/Sida e da necessidade de utilização dos serviços de saúde.

O acesso universal à informação, prevenção, diagnóstico e tratamento de IST pode ser uma importante estratégia para reduzir a vulnerabilidade das populações imigrantes a estas doenças.

Um estudo realizado por Levy e colaboradores (2007) indica que a falta de conhecimento sobre VIH/Sida, associado ao estigma face à doença, contribui para um maior risco de infecção. Alguns estudos têm indicado que as populações imigrantes tendem a procurar informação sobre VIH/Sida e outras IST junto de fontes de informação não convencionais, como os amigos e meios de comunicação social, em detrimento dos serviços e profissionais de saúde (Fonseca, Esteves, McGarrigle e Silva, 2007; Lazarus *et al.*, 2006; Steffan, Kerschl e Sokolowski, 2005).

O diagnóstico precoce de VIH/Sida e outras IST pode ter um importante impacto nas estratégias de controlo da infecção junto das populações (UNAIDS, 2004). Um diagnóstico atempado permite o acesso a cuidados e tratamento adequados, minimizando os custos associados e otimizando os resultados em saúde. O diagnóstico pode promover a adopção de estratégias individuais de prevenção e reduzir progressivamente a transmissão da infecção, com impacto na morbilidade e mortalidade dos indivíduos (Burns *et al.*, 2001 e 2007; Ehrlich e Organista, 2007; Fernández *et al.*, 2002; IOM, 2005; Levy *et al.*, 2007; Wolffers, Verghis e Marin, 2003).

A falta de informação adequada pode levar à adopção de comportamentos de risco e a um desconhecimento por parte das populações imigrantes sobre as vantagens de um diagnóstico e tratamento precoce. Como resultado, e de acordo com alguns estudos, as populações imigrantes tendem a recorrer aos serviços de diagnóstico do VIH num estado mais avançado da doença (AHPN, 2006; Burns *et al.*; 2007; Erwin *et al.*, 2002; European Project AIDS and Mobility, 2000; Fernández *et al.*, 2002; IOM, 2005; Saracino *et al.*, 2005).

O acesso aos serviços e cuidados de saúde das populações imigrantes com IST pode ser condicionado por factores culturais e relacionados com o estigma associado a este tipo de doenças (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005). Por exemplo, as mulheres imigrantes podem não querer falar sobre sexualidade e IST na presença de um intérprete, por serem temáticas sensíveis (com diferentes significados para várias comunidades) (European Project AIDS and Mobility, 2000). O receio de ser alvo de estigmatização e discriminação associadas à seropositividade pode levar a que os pacientes evitem revelar o seu estado epidemiológico (European Project AIDS and Mobility, 2000). Ndirangu e Evans (2008) concluíram, no seu estudo sobre as experiências de mulheres imigrantes africanas, que o estigma associado a doenças como o VIH/Sida pode agir muitas vezes como uma barreira ao acesso a cuidados de saúde. O estudo realizado por Anderson e Doyal (2004) constata igualmente que o estigma age como barreira ao tratamento da doença. No caso das populações imigrantes, este estigma pode ser reforçado pela precariedade social em que frequentemente se encontram.

2.4. *Violência*

A violência contra as mulheres é actualmente considerada uma violação de direitos humanos fundamentais, e os danos físicos, sexuais e psicológicos associados tendem a reforçar a subordinação feminina e a perpetuar o controlo e poder masculinos (UNHCR, 2003). Os homens e os rapazes são também vítimas de violência, no entanto, as estatísticas demonstram que as mulheres e as raparigas são a maioria das vítimas deste tipo de violência (Archer, 2006).

Apesar da variabilidade das estimativas de prevalência da violência nas mulheres, estima-se que entre 13% e 61% de mulheres em todo o mundo sofreram algum tipo de mau trato físico por parte do seu parceiro, em algum momento da sua vida (Carrasco-Portiño, Vives-Cases, Gil-González e Álvarez-Dardet, 2007; Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise e Watts, 2006).

Em Portugal, dados indicam que em 2007 recorreram à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) 6130 mulheres vítimas de violência (APAV, 2008). No que respeita à informação sobre a ocorrência de violência nas comunidades imigrantes, a Unidade de Apoio à Vítima Imigrante e de Discriminação Racial ou Étnica (UAVIDRE) tem reportado um aumento do número de denúncias de casos de violência doméstica de mulheres imigrantes (ACIDI⁵). Em 2007, do total de vítimas registadas pela UAVIDRE, a comunidade imigrante mais afectada foi a brasileira, seguindo-se a angolana, a guineense e a cabo-verdiana (ACIDI⁶).

Vários factores têm sido associados à violência nas mulheres e, em particular, à violência doméstica, como sejam as condições sociais, as desigualdades de género, as relações conjugais e familiares conflituosas, os distúrbios psicopatológicos e o abuso de álcool e drogas (Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto e Vives-Cases, 2004; Blanco, Ruiz-Jarabo, Vinuesa e Martín-García, 2004). Tal como já foi referido anteriormente, nos processos migratórios verifica-se muitas vezes uma maior probabilidade de fraco poder de decisão, oportunidades limitadas para adoptar comportamentos saudáveis e si-

⁵ <http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1772>

⁶ <http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1772>

tuações de sexo coercivo, exploração e violência (Carballo, 2007; Dias e Gonçalves, 2007; Herrera e Campero, 2002; WHO, 2003b). Por outro lado, a mulher imigrante pode muitas vezes estar exposta a violência doméstica por parte de um parceiro agressor, particularmente se for oriunda de um país onde a violência do homem contra a mulher é tolerada e se se encontrar numa situação de dependência económica (Cohen e Maclean, 2004).

No contexto laboral, a dupla marginalização como mulher e como imigrante coloca a mulher em situações de vulnerabilidade e de maior risco de exposição à violência e abuso (WHO, 2003b). A mulher imigrante encontra-se, muitas vezes, em maior risco de exposição à violência no trabalho e à violência ou abuso sexual, especialmente se estiver em situação irregular e trabalhar em sectores de actividade ilegais e desreguladas (Pallitto e O'Campo, 2004; Valladares *et al.*, 2005; Wolff *et al.*, 2008).

Tem sido dada cada vez mais ênfase às consequências da violência na saúde das mulheres a nível físico e psicológico, e, em particular, no que respeita à saúde sexual e reprodutiva (Tower, 2007; WHO, 2006). Estudos apontam no sentido de que as mulheres que sofrem de violência tendem a apresentar um estado de saúde mais deficitário (Meadows, Thurston e Melton, 2001). Para além disso, o impacto da violência tende a ser de longo termo e, em muitos casos, o seu efeito persiste, mesmo após o abuso ter terminado. No que se refere à violência sexual, Hussain e Khan (2008) argumentam que esta resulta frequentemente em problemas ginecológicos, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada. Vários autores têm sugerido cada vez mais uma associação entre comportamentos sexuais de risco e violência física e sexual (El-Bassel *et al.*, 2000; Verma e Collumbien, 2003; UNHCR/WHO/UNAIDS, 1995). Segundo Hussein e Khan (2008), a violência sexual, por vezes, persiste durante o período da gravidez, deixando sequelas, quer na mãe quer no bebé.

Dada a associação entre violência e risco para a saúde, em especial para a saúde sexual e reprodutiva, tem vindo a ser reconhecida a necessidade de intervir ao nível da prevenção da violência e do abuso sexual das mulheres, incluindo imigrantes (WHO, 2006). Por outro lado, ao nível da prestação de cuidados de saúde, tem vindo a ser reconhecida a ne-

cessidade de capacitar os profissionais de saúde para lidarem com estas situações (Leye, Gitthaiga e Temmerman, 1999). Estudos indicam que, devido à ausência de formação especializada na área, em alguns casos o impacto da violência, associado à migração, não é compreendido pelos profissionais de saúde (Walton-Moss e Campbell, 2002).

2.5. Acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva

Segundo dados de investigações e de organizações internacionais, a associação positiva entre imigração e risco na saúde sexual e reprodutiva parece estar relacionada com o acesso aos serviços de saúde do país acolhedor (Salama e Dondero, 2001; Stronks, Ravelli e Rejineyveld, 2001). Apesar do acesso aos serviços de cuidados de saúde ser vital para diminuir a vulnerabilidade e promover a saúde sexual e reprodutiva das comunidades imigrantes, verifica-se que estas populações não são sistematicamente abrangidas pelos sistemas existentes de informação, prevenção ou tratamento, e tendem a recorrer aos serviços de saúde, em situações de urgência ou de estado avançado da doença (APF, 2006; McMunn, Mwanje, Paine e Pozniak, 1998; Parlamento Europeu, 2003). No contexto português, apesar da evidência sobre as necessidades em saúde das comunidades imigrantes e da sua importância demográfica, alguns dados dos serviços de saúde indicam que os imigrantes residentes no país estão sub-representados entre os utentes dos serviços de saúde e, em particular, nos serviços de saúde sexual e reprodutiva (Dias, Gonçalves, Luck e Fernandes, 2004; Gardete e Antunes, 1997; Gonçalves, Dias, Luck, Fernandes e Cabral, 2003; Machado *et al.*, 2006). As mulheres imigrantes encontram, muitas vezes, obstáculos no acesso aos serviços e cuidados de saúde, nomeadamente barreiras de ordem estrutural, administrativa, socioeconómica e cultural (UN, 2004).

O custo dos cuidados médicos apresenta-se, em algumas situações, como a principal barreira na procura dos serviços de saúde. Dados indicam que, em Genebra, cerca de 90% dos imigrantes indocumentados não apresentam seguro de saúde (Wolff *et al.*, 2008). Fenton (2001) observa que, além da desvantagem económica e exclusão social de que são alvo as comunidades imigrantes, factores culturais contribuem para as desigualdades existentes ao nível do acesso aos sistemas de saúde nestas populações, na medida em que estes factores influenciam as opções e decisões em termos de cuidados de saúde. Por

outro lado, as diferenças culturais podem traduzir-se em problemas de comunicação, o que dificulta a relação entre os utentes e os profissionais de saúde. Estas barreiras, aliadas a outros factores como a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre os diferentes contextos culturais, religiosos e sociais das populações utilizadoras dos serviços, podem comprometer o acesso aos serviços de saúde ou a utilização regular dos mesmos (Ackerhans, 2003; Bhattacharya, 2008).

Um melhor acesso aos serviços de saúde pode resultar numa utilização mais adequada destes serviços, permitindo aos utilizadores, em especial as mulheres imigrantes, um melhor conhecimento do seu estado de saúde actual e ajudando estas populações a realizar escolhas informadas no que respeita à sua saúde sexual e reprodutiva. A compreensão de que existem barreiras estruturais, socioeconómicas e culturais que dificultam o acesso das mulheres imigrantes a cuidados de saúde adequados é vital para a adopção de práticas de saúde mais inclusivas (Thompson, 2005). Neste contexto, torna-se relevante a preparação dos profissionais dos serviços de saúde acerca das questões específicas de género, no sentido de compreenderem os aspectos culturais e sociais inerentes às opções e decisões tomadas em saúde sexual e reprodutiva. É igualmente necessário desenvolver estratégias para identificar e responder às necessidades específicas das mulheres imigrantes, no que respeita à maternidade, planeamento familiar, contracepção, prevenção de IST e combate à violência física e sexual.

3. Políticas de saúde sexual e reprodutiva e imigrantes

3.1. Políticas de saúde e imigrantes

As políticas de saúde vigentes nos países de acolhimento e o estado de saúde das populações imigrantes têm vindo a ser reconhecidos como indicadores de integração destas comunidades. Neste contexto, é reconhecida a necessidade do fortalecimento do compromisso político como eixo fundamental para que as políticas públicas sejam equitativas na construção e garantia dos direitos dos cidadãos e contribuam positivamente para a promoção e protecção da saúde das populações imigrantes.

A nível internacional, e com base nos princípios da universalidade, equidade e solidariedade, a Comissão Europeia realça a importância de prevenir a pobreza e exclusão social, e de garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade, uma vez que estes aspectos constituem importantes determinantes da saúde. A UE salienta 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 (European Commission, 2004).

Em 2001, o Conselho da Europa expressou a preocupação pelo facto de poucos países europeus desenvolverem políticas de saúde abrangentes aos imigrantes e refugiados, e de, em geral, estas populações nem sempre terem disponíveis serviços de saúde social e culturalmente ajustados às suas necessidades (Council of Europe, 2001). Vários países apresentam regulamentos que estabelecem o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, contudo, persiste uma lacuna entre as políticas e a prática (Berger e Glanzer, 2003; Broring *et al.*, 2003; Zacharouli e Mavraki, 2003).

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa estabelece para todos os cidadãos o direito à saúde e à protecção da saúde (artigo 64.º) (*Diário da República*, I Série-A, n.º 155, Constituição da República Portuguesa, de 12 de Agosto de 2005).

Em 1990, foi aprovada pela Assembleia da República a Lei de Bases da Saúde que reconhece o direito dos indivíduos à prestação de cuidados globais de saúde. Este direito é garantido através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, atendendo às condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (*Diário da República*, I Série, n.º 195, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

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). De acordo com este documento é facultado o acesso ao SNS em igual tratamento, nomeadamente nos cuidados de saúde e assistência medicamentosa, aos cidadãos estrangeiros a residir legalmente em Portugal e portadores do cartão de utente do serviço. Determina-se ainda que o acesso ao SNS é facultado aos cidadãos estrangeiros sem autorização de

residência nem visto de trabalho (isto é, indocumentados ou em situação irregular) mediante a apresentação de um documento comprovativo da sua residência em Portugal há mais de 90 dias. Os cidadãos estrangeiros menores de idade e não legalizados estão abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 67/2004, em que é regulamentada a criação de um registo nacional que permite 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 introduz o pagamento de taxas moderadoras a todos os cidadãos que efectuem descontos para a Segurança Social. No entanto, existem excepções para as quais há isenção de pagamento: crianças com idades inferiores a 12 anos; jovens em consulta no Centro de Atendimento a Adolescentes; mulheres grávidas ou no puerpério; mulheres em consulta de planeamento familiar; desempregados inscritos nos Centros de Emprego e seus dependentes; beneficiários de subsídios atribuídos por razões de carência económica; e pessoas com doenças crónicas (*Diário da República*, I Série-A, n.º 176, de 1 de Agosto de 2003).

Aos cidadãos estrangeiros que não efectuem descontos para a Segurança Social são cobradas as despesas efectuadas, de acordo com as tabelas em vigor, com excepção das situações para as quais os cuidados de saúde são gratuitos: situação de carência económica; quando alguém do agregado familiar efectua descontos; situação de perigo para a Saúde Pública; e no contexto de doenças transmissíveis, saúde materno-infantil, planeamento familiar e vacinação.

No quadro da cooperação internacional de apoio ao desenvolvimento, o Estado Português tem vindo a empenhar-se em participar activamente na melhoria das condições de saúde das populações dos países africanos que partilham a língua portuguesa. Neste sentido, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) têm constituído espaços de intervenção prioritária da cooperação no domínio da Saúde. Por outro lado, em Portugal, a assistência médica a cidadãos oriundos dos PALOP é também um dos eixos estratégicos relevantes no reforço da cooperação internacional no que respeita à saúde⁷. Encontram-se actualmente em vigor

⁷ www.dgs.pt.

Acordos de Cooperação Internacional, em matéria de evacuação de doentes, celebrados entre Portugal e os PALOP, nomeadamente Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Angola, Guiné-Bissau e Moçambique. Em 2003 foi estabelecido o Acordo que veio possibilitar a concessão de vistos temporários para tratamento médico a cidadãos dos Estados Membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (*Diário da República*, I Série-A, n.º 174, Decreto n.º 32/2003, de 30 de Julho). 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 Estrangeiros (PADE) com o objectivo de dar uma resposta de acolhimento temporário e apoio financeiro a doentes estrangeiros provindos dos PALOP, durante a sua estada em Portugal para tratamento (ACIDI⁸). Encontra-se igualmente em vigor o Acordo de Segurança Social ou Seguridade Social entre a República Portuguesa e a República Federativa do Brasil, que assegura aos nacionais brasileiros que se encontrem em Portugal o direito a cuidados de saúde em condições de igualdade com os nacionais portugueses, 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 Plano para a Integração dos Imigrantes (PII). Este Plano determina um conjunto de nove medidas específicas que procuram promover uma maior integração dos imigrantes na área da saúde com a participação de treze ministérios (ACIDI, 2007). Com o intuito de garantir o acesso dos imigrantes a cuidados de saúde foi criado, em 2003, o Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante, resultado de uma parceria entre o ACIDI e o Ministério da Saúde. Não prestando directamente cuidados de saúde, este Gabinete tem como principais objectivos identificar os problemas dos 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 é acessível a todas as populações imigrantes, independentemente da situação legal, e desenvolve as suas actividades com a colaboração de mediadores socioculturais (Horta e Carvalho, 2007).

⁸ <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=2131>.

3.2. Políticas de saúde sexual e reprodutiva e imigrantes

Ao longo dos anos, várias conferências e convenções das Nações Unidas têm procurado integrar os direitos de saúde sexual e reprodutiva no discurso dos direitos humanos universais. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento representou um marco na adoção de uma definição abrangente de saúde sexual e reprodutiva e dos seus direitos, sendo destacado o direito de as pessoas alcançarem o mais elevado nível de saúde sexual e reprodutiva (UN, 1994; UNFPA, 1996). A Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995, reforçou o direito dos indivíduos à decisão livre e responsável sobre a sua vida sexual e reprodutiva (UN, 1995; WHO, 2006).

Em 2002, o Parlamento Europeu, reforçando os compromissos assumidos nas Conferências do Cairo e de Beijing, aprovou a Resolução sobre Direitos em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva (European Parliament, 2002). Esta Resolução constitui actualmente um importante recurso e instrumento de promoção do debate destas questões, a nível da UE e dos vários Estados Membros. A Resolução 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 (European Parliament, 2002).

Em 2004, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa adoptou a Resolução *European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights*, 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 os imigrantes (Council of Europe, 2004).

No âmbito da promoção dos direitos e cuidados de saúde sexual e reprodutiva, a Federa-

ção Internacional de Planeamento Familiar (IPPF – International Planned Parenthood Federation, uma rede global de associações de 180 países) 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 (IPPF, 1997). 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 dos adolescentes; *advocacy* para melhorar a legislação sobre saúde sexual e reprodutiva; redução das barreiras aos serviços; acesso à prevenção, cuidados e tratamento em VIH/Sida; e aborto seguro (IPPF, 2003).

Apesar do importante papel do Parlamento Europeu e de organizações internacionais e não-governamentais, a promoção dos direitos humanos e de saúde sexual e reprodutiva é ainda limitada no que respeita às políticas da UE e às práticas desenvolvidas nos Estados Membros (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005).

Em Portugal, 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 todos os cidadãos, sem qualquer discriminação, à prestação de informação e de serviços, à gratuidade 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 IST (*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 dos imigrantes, tal como já foi referido anteriormente, a legislação em vigor determina que as consultas de planeamento familiar, assim como o material disponibilizado, são gratuitos, independentemente do estatuto legal dos utentes imi-

grantes. Na definição e implementação de políticas nacionais relativas ao planeamento familiar, saúde e bem-estar da família, o trabalho desenvolvido pelas organizações não-governamentais tem sido fundamental.

No que respeita à saúde materno-infantil em Portugal, o esforço ao nível político e dos serviços de saúde traduziu-se numa evolução positiva dos indicadores de saúde, em particular a diminuição das taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil (INE, 2002; Machado *et al.*, 2006; WHO 2007). Actualmente, 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 efectuadas 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).

Também no contexto da interrupção voluntária da gravidez, que está regulamentada na Lei n.º 16/2007, estão previstos os mesmos direitos de acesso às mulheres imigrantes. De acordo com a Portaria n.º 741/A2007 (de 21 de Junho), após a interrupção da gravidez, os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem garantir às mulheres a prescrição de um método contraceptivo adequado e a marcação de uma consulta de saúde reprodutiva ou de planeamento familiar a realizar após a interrupção da gravidez.

No que respeita à prevenção e controlo da infecção pelo VIH/Sida, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida (2007-2010) identifica, como uma das áreas prioritárias de intervenção, a prevenção da infecção com particular atenção às populações mais vulneráveis (incluindo os imigrantes) (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida, 2007). O diagnóstico da infecção pelo VIH/Sida em Portugal é anónimo, confidencial e gratuito, independentemente do estatuto legal. Também a terapêutica anti-retrovírica é gratuita e de distribuição hospitalar, desde 1987.

O combate da infecção pelo VIH/Sida foi assumido como um objectivo prioritário de cooperação dentro da CPLP, sendo estabelecido, no Decreto n.º 36/2003, que todos os Estados Membros devem colaborar na implementação dos programas nacionais e do programa da

CPLP de combate ao VIH/Sida (*Diário da República*, I Série, n.º 114, de 30 de Julho de 2003).

No contexto do tráfico de pessoas, através do Decreto-Lei n.º 368/2007 foi criado um regime especial de concessão de autorização de residência para vítimas deste crime, que assegura o acesso aos cuidados de saúde a estes cidadãos (*Diário da República*, I Série, n.º 212, de 5 de Novembro de 2007). No que respeita à violência, o papel das ONG tem sido fundamental ao nível da promoção dos direitos e prestação de apoio emocional, psicológico, social e jurídico, de forma personalizada, qualificada, gratuita e confidencial, a imigrantes vítimas de crimes e de discriminação racial ou étnica.

CAPÍTULO 3. ESTUDO QUALITATIVO

1. Objectivos do Estudo

O presente estudo tem como finalidade aprofundar o conhecimento sobre os factores e processos subjacentes à saúde sexual e reprodutiva e à utilização dos serviços de saúde nas imigrantes brasileiras e africanas. Assim, pretende-se:

- Descrever conhecimentos, atitudes e práticas relevantes para a saúde sexual e reprodutiva, tendo em conta os diferentes grupos;
- Descrever e compreender a influência do processo migratório na saúde sexual e reprodutiva;
- Identificar percepções, barreiras e elementos facilitadores no acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

2. Métodos e Participantes

2.1. Grupo Focal (*Focus Group*)

Para a recolha dos dados foi utilizada a técnica dos grupos focais (*focus groups*) ou grupos de discussão centrados num tema.

Grupo focal é uma técnica de investigação que permite a obtenção de informações de natureza qualitativa, a partir da realização de sessões de discussão com grupos de participantes que possuam características comuns. A técnica de grupo focal permite a identificação e o levantamento de opiniões que reflectem o grupo, num período de tempo relativamente curto (as reuniões duram cerca de uma hora e meia).

O grupo focal envolve um reduzido número de pessoas, com características específicas (de 4 a 12 pessoas⁹), onde

⁹ Não existem critérios rígidos para a definição do número de pessoas a participar de um grupo focal. O ideal é garantir que existam pessoas suficientes para que haja discussão e divergências de opinião.

os participantes discutem sobre um determinado tema que lhes é proposto pelo moderador (Fern, 2001; Krueger e Casey, 2000; Morgan, 2001). O principal objectivo do grupo focal é explorar experiências pessoais, crenças, atitudes e sentimentos subjacentes a um determinado comportamento. Esta técnica é considerada bastante útil para compreender conceitos, padrões de vocabulário e pensamento de uma determinada população inserida num contexto social (Barbour e Kitzinger, 1999; Goldman e Schmalz, 2001; Hollander, 2004; Rich e Ginsburg, 1999). Por outro lado, permite também aceder aos modelos cognitivos, emocionais e sociais dos participantes, mas também aos processos de produção desses significados, percepções, atitudes e acções que os envolvem (Hyde *et al.*, 2005; Morgan, 2001). Estudos anteriores têm demonstrado que esta técnica permite obter informação não apenas sobre o comportamento individual, mas também sobre os factores sociais, culturais e políticos que o influenciam (Dias *et al.*, 2002; Goldman e Schmalz, 2001; Hollander, 2004; Krueger e Casey, 2000).

Uma das vantagens desta técnica resulta da interacção que se estabelece entre os participantes (Kidd e Parshall, 2000; Warr, 2005). A dinâmica do grupo pode activar respostas e proporcionar tomadas de consciência relativamente às experiências e crenças com elas relacionadas, permitindo que questões que não foram antecipadas pelos investigadores sejam colocadas, o que não aconteceria se a discussão fosse guiada apenas pelas hipóteses e interpretações do investigador (Rich e Ginsburg, 1999).

Os grupos focais têm sido utilizados no contexto das ciências sociais e de saúde, e, em particular, nas questões relacionadas com a investigação na área da saúde sexual e reprodutiva (Frith, 2000; Kitzinger, 2000; Lobdell, Gilboa, Mendola e Hesse, 2005; Marcell *et al.*, 2003; Peterson-Sweeney, 2005). No contexto da promoção da saúde e prevenção da doença, esta técnica pode ser um meio eficaz para se chegar às significações, aos sistemas de crenças ou perspectivas que estão subjacentes à adopção ou não de determinado comportamento, sendo particularmente eficaz na identificação de obstáculos que impedem ou desencorajam os indivíduos a aderir a comportamentos de saúde (Green e Thorogood, 2004; Linhorst, 2002).

A opção de utilizar os grupos focais nesta investigação levou em conta a natureza do pro-

blema em estudo. Uma das motivações para a escolha desta técnica relacionou-se com o facto de se pretender recolher informações sobre a forma como as mulheres imigrantes percebem as questões relacionadas com o tema em estudo e explorar os significados e os processos de acordo com as suas próprias perspectivas (Hoppe *et al.*, 2004; Zwane *et al.*, 2004). Outro aspecto está relacionado com o facto de as questões relevantes para a saúde sexual e reprodutiva serem construídas com base na combinação de elementos subjectivos individuais e estruturas sociais, económicas e culturais e os seus significados serem originados no contexto de interacções sociais (Hollander, 2004; Parker, Easton e Klein, 2000). Assim, optou-se por uma técnica que proporcionasse um contexto para explorar e clarificar de que forma as posições individuais se relacionam com as perspectivas do grupo e de que forma o «colectivo» é expresso não como um padrão fixo, mas como uma interacção entre as duas perspectivas. Por outro lado, o grupo focal permite analisar o comportamento e qual o impacto do contexto sociocultural nesse comportamento (Frith, 2000).

Outro aspecto considerado foi o facto de as questões da saúde sexual e reprodutiva serem consideradas sensíveis (Farquhar, 1999; Hyde *et al.*, 2005; Ingham, Vanwesenbeeck e Kirkland, 1999). Vários estudos sugerem que o grupo focal é uma boa técnica para abordar tópicos sensíveis pois, como é facilitador de um relacionamento relativamente espontâneo entre os participantes, pode trazer consigo uma oportunidade de estabelecer relações de alguma intimidade, permitindo aos participantes falar de temas sensíveis e libertando inibições que de outra forma não se sentiriam capazes. Por outro lado, os participantes podem fornecer suporte na expressão de sentimentos ou experiências comuns e, frequentemente, os indivíduos mais desinibidos encorajam os participantes mais tímidos a partilhar as suas ideias (Kitzinger, 2000).

A utilização desta técnica de recolha de dados está relacionada com a intenção de melhor compreender as múltiplas variáveis que contribuem para os complexos, e muitas vezes contraditórios, significados de crenças, atitudes, estilos de vida e comportamentos de risco e protecção relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, construídos num contexto de elementos sociais, económicos e culturais que caracterizam a realidade específica em que os indivíduos estão inseridos.

Os aspectos do planeamento e condução dos grupos focais são relevantes para salvar e maximizar a qualidade dos dados recolhidos (Goldman e Schmalz, 2001; Hyde *et al.*, 2005; Krueger e Casey, 2000; Morgan, 2001; Patton, 2002). Neste sentido, é importante assinalar que a condução dos grupos focais, realizados nesta investigação, levou em conta o que se segue:

1. O número de participantes dos grupos focais é variável (geralmente, entre 4 a 12), dependendo do objectivo com que o grupo é constituído (Morgan, 2001). Tal como a maioria da investigações que optam por este método, o interesse deste estudo não foi o de procurar generalizações, mas sim explorar os pontos de vista dos participantes acerca dos seus conhecimentos, atitudes e práticas nas temáticas em estudo, e obter dados acerca do modo como estes pontos de vista são construídos. Vários autores sugerem que, quando o tema em discussão é do interesse dos participantes e estes se sentem extremamente envolvidos na discussão, como era o caso deste estudo, é preferível constituir pequenos grupos, de forma a todos os elementos terem oportunidade de participar na discussão, tornando-a mais rica e completa.

2. Os participantes são seleccionados com base em critérios que são relevantes para o tema a estudar (Krueger e Casey, 2000). Na discussão de temáticas consideradas sensíveis, a constituição dos grupos deve ser criteriosa de forma a facilitar a comunicação dentro do grupo, mantendo a heterogeneidade das atitudes, crenças e comportamentos (Farquhar, 1999; Kitzinger, 2000; Hyde *et al.*, 2005).

3. O papel da moderação é essencial para suscitar, de forma neutra, o debate e encorajar os participantes a expressarem livremente as suas opiniões a respeito dos temas propostos. O moderador deverá criar condições de empatia e saber despertar a confiança dos participantes, quer em si próprio, quer no processo e na utilização correcta dos resultados. Por este motivo, os grupos foram conduzidos por uma equipa¹⁰ com experiência na técnica e competências necessárias à moderação dos grupos (escuta activa, expressão empática, observação sistemática, abstenção de aplicação dos próprios valores e perspectivas às ideias dos participantes no estudo). O papel do moderador é essencialmente o de ser

¹⁰ Todos os grupos foram realizados com a presença de uma moderadora e uma co-moderadora.

facilitador do processo, mantendo a discussão dentro do previsto, focalizando o grupo no tema, quando preciso, e obtendo a maior quantidade e qualidade possível de informação.

4. A escolha de um ambiente acolhedor, confortável e convidativo à participação activa é fundamental para o sucesso da técnica. Os grupos focais decorreram em locais de familiaridade das participantes (suas casas, centros comunitários, salas de aula, entre outros), com condições acústicas adequadas e com a possibilidade de que as participantes, moderadoras e co-moderadora se sentassem em círculo, de forma a favorecer a dinâmica de grupo. Além disto, foram seleccionados locais para a realização dos grupos que permitissem privacidade para a boa condução da discussão.

2.2. Amostra

No estudo qualitativo foi utilizada uma amostra intencional, constituída por 35 imigrantes brasileiras e africanas. A informação foi recolhida através da realização de seis grupos focais, três com imigrantes africanas e três com imigrantes brasileiras.

A escolha das participantes nos grupos focais tomou em consideração os critérios de inclusão da amostra:

- Mulheres imigrantes (provenientes do Brasil e de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa – PALOP, e cujos pais não tivessem nascido em Portugal);
- Com idades compreendidas entre 18 e 45 anos;
- Residentes em Portugal há mais de 2 anos;
- Disponibilidade e vontade em participar na investigação.

O processo de selecção das participantes procurou seguir a regra de maximizar a diversidade da amostra, de forma a proporcionar a heterogeneidade de opiniões. Face à natureza do tema em estudo, a opção metodológica relativa ao número de participantes nos grupos focais teve em conta a necessidade de que todas as participantes pudessem emitir as suas opiniões a respeito da temática tratada. Foi a busca da riqueza da diferença (de valores e experiências) que guiou a organização dos grupos.

2.3. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizados dois instrumentos: 1) guião para a condução dos grupos focais, e 2) questionário individual.

1) Guião para a condução dos grupos focais

A realização dos grupos focais foi precedida de uma fase de preparação dos tópicos a analisar e das questões a serem exploradas na discussão. Na condução dos grupos focais foi utilizado um guião semiestruturado para trabalho com os grupos focais que não tinha como propósito impor uma estrutura rígida, mas constituir uma forma de procurar contemplar a diversidade de aspectos que se pretendia focar, dar um quadro referencial ao desenvolvimento da discussão e organizar a recolha de informação (Anexo1).

2) Questionário individual

O questionário individual para caracterização da amostra incluiu questões sociodemográficas (idade, país de origem, nacionalidade, situação legal, escolaridade, situação profissional, tempo de permanência em Portugal) e questões relativas à saúde reprodutiva (número de filhos e número de gravidezes).

2.4. Procedimento

O estudo foi apresentado a várias Organizações Não-Governamentais, Associações, Instituições Particulares de Solidariedade Social e Centros Sociais que desenvolvem trabalho com comunidades imigrantes. A estas entidades foi solicitada colaboração na sinalização de potenciais participantes no estudo, tendo em conta os critérios de inclusão da amostra. Em seguida, a equipa contactou as mulheres imigrantes indicadas e apresentou de forma sumária o estudo, confirmou os critérios para inclusão das mesmas e informou sobre as questões logísticas subjacentes à realização dos grupos (local, horário, etc.). As participantes foram incluídas no estudo com base na sua disponibilidade e interesse explícito em participar. Nos contactos telefónicos foi ainda pedido a estas participantes que indicassem ou-

tras mulheres imigrantes que correspondessem aos critérios de inclusão para participar no estudo. De forma a assegurar a comparência de um número mínimo de participantes, que permitisse a realização dos grupos focais, foram convocadas entre 15 e 20 participantes para cada grupo focal. Para garantir a comparência foram realizados vários contactos telefónicos a cada uma das participantes, sendo o último contacto, no dia anterior à realização do grupo focal. A realização dos grupos focais decorreu entre Maio e Junho de 2008.

Os seis grupos realizados foram constituídos de acordo com a origem das participantes – brasileira ou africana.

Os grupos focais tiveram uma duração média de uma hora e trinta minutos. Cada sessão foi registada em áudio, após consentimento prévio das participantes, de forma a maximizar a recolha de dados e permitir a transcrição integral das discussões realizadas, para posterior análise.

No início das sessões, todas as participantes foram devidamente informadas sobre os objectivos gerais da investigação, a forma como iria ser conduzida a reunião e o procedimento para recolha de dados. Foi claramente explicitada a liberdade da participante para recusar participar ou desistir a qualquer momento da reunião, tendo sido obtido o consentimento voluntário das participantes com garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados. A equipa do estudo colocou-se à inteira disposição das participantes para prestar esclarecimentos e informações adicionais sobre a investigação.

Após a realização do grupo focal foi aplicado, através de entrevista, um questionário individual que tinha como objectivo a caracterização da amostra.

2.5. Tratamento e análise de dados

No final de cada sessão foram registadas as observações consideradas relevantes acerca da dinâmica e das interações dos participantes. Posteriormente, procedeu-se à transcrição integral das discussões dos grupos, de acordo com regras definidas anteriormente, garantindo a uniformização das transcrições.

A análise dos resultados obtidos seguiu o procedimento comum da análise de conteúdo utilizada na metodologia qualitativa (Krueger e Casey, 2000; Morgan, 2001; Bardin, 2004).

Segundo Bardin (2004), a análise de conteúdo é «um conjunto de técnicas de análise das comunicações» (p. 27). Não se trata, segundo ela, de um instrumento único, mas de um leque de apetrechos, adaptável de acordo com a disparidade de documentos e objectivos dos investigadores. A análise de conteúdo é uma construção que tem como ponto de partida a realidade concreta dos sujeitos, assim como a sua história. Para a sua realização, decorrem três fases diferentes: a pré-análise (em que se organiza o material empírico, a fim de sistematizar as ideias iniciais e criar as categorias de análise), a exploração do material (em que, após a definição das categorias de análise, são realizadas as operações de busca e separação do material empírico) e, por fim, a fase de tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (em que os «materiais brutos» são tratados de maneira a serem significativos e válidos aos interesses da investigação realizada). Assim, as questões teóricas previamente definidas foram analisadas em conjunto com os tópicos gerais explícitos nas conversas, de forma a elaborar os primeiros itens para análise. Seleccionaram-se depois as questões de maior significado, definiram-se categorias que foram ajustadas à medida que se prosseguia a análise dos dados e, em seguida, procedeu-se à sua codificação. Analisaram-se as opiniões sobre os vários temas, tendo em conta os consensos gerados nos grupos e as contribuições individuais. As diferentes respostas foram agrupadas em categorias discursivas, de acordo com a regularidade com que determinados elementos apareceram e se repetiram nas discussões.

Foram comparadas as discussões dentro de cada grupo e, posteriormente, as discussões no conjunto total, tendo em conta as diferenças dos grupos de imigrantes africanas e brasileiras.

3. Resultados

3.1. Caracterização das participantes

Em seguida apresentam-se os dados relativos às características sociodemográficas das participantes do estudo. Das 35 mulheres participantes, 15 são brasileiras e 20 são afri-

canas. Destas últimas, 9 provêm de Cabo Verde, 6 de Angola, 4 de São Tomé e Príncipe e 1 da Guiné.

As idades das participantes encontram-se compreendidas entre os 21 e os 45 anos. A média de idades das participantes brasileiras é de 30,9 anos (d.p.=7,8), enquanto que a das participantes africanas é de 38,5 anos (d.p.=6,78). Relativamente à distribuição da amostra por grupo etário, pode-se constatar que a maioria das participantes africanas se encontra entre os 40 e os 45 anos, e que a maioria das mulheres brasileiras se encontra entre os 21 e os 29 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra por grupo etário

Grupo etário	Africanas	Brasileiras	Total
21-29	2	8	10
30-39	8	4	12
40-45	10	3	13
Total	20	15	35

Relativamente ao nível de escolaridade, todas as participantes brasileiras referiram possuir um nível de escolaridade igual ou superior ao Secundário, enquanto que as participantes africanas reportaram possuir níveis de escolaridade mais baixos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade

Escolaridade	Africanas	Brasileiras	Total
Não estudou	1	-	1
Primário	7	-	7
2.º Ciclo	8	-	8
3.º Ciclo	3	-	3
Secundário	1	12	13
Curso Técnico	-	1	1
Licenciatura	-	2	2
Total	20	15	35

Em relação à nacionalidade, apenas 3 mulheres africanas e 1 brasileira referiram ter nacionalidade portuguesa. Das que não têm nacionalidade portuguesa, a maioria referiu encontrar-se em situação regular. Das 15 mulheres brasileiras, 5 reportaram encontrar-se em situação irregular ou em processo de regularização, enquanto que das 20 mulheres africanas, apenas 4 reportaram a mesma situação (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra pelo estatuto legal

Estatuto legal	Africanas	Brasileiras	Total
Nacionalidade portuguesa	3	1	4
Situação regular	13	9	22
Situação irregular	3	2	5
Em processo de regularização	1	3	4
Total	20	15	35

Relativamente ao tempo de permanência em Portugal, este varia entre os 2 e os 20 anos. Considerando a origem das participantes, constata-se que todas as mulheres brasileiras residem no país há menos de 10 anos (a maior parte destas, entre os 2 e os 5 anos), enquanto que a maior parte das participantes africanas vive em Portugal há mais de 15 anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra pelo tempo de permanência em Portugal

Tempo de permanência	Africanas	Brasileiras	Total
2 – 5 anos	1	11	12
6 – 10 anos	7	4	11
11 – 15 anos	3	-	3
> 15 anos	9	-	9
Total	20	15	35

Em relação à situação profissional em Portugal, a maioria das participantes referiu encontrar-se empregada. A actividade mais frequentemente referida foi a de empregada doméstica em casas particulares (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da amostra por actividade profissional

Actividade profissional	Africanas	Brasileiras	Total
Administrativa	-	1	1
Animadora Social	1	-	1
Chefe de Mesa	-	1	1
Cozinheira/Ajudante de Cozinha	2	-	2
Empregada de Mesa	-	3	3
Empregada de Refeitório	1	-	1
Empregada Doméstica	14	9	23
Operadora de Caixa	-	1	1
Desempregada	2	-	2
Total	20	15	35

No grupo total das participantes, a maioria vive com os filhos ou com o parceiro e filhos. Pode verificar-se que as africanas referem mais frequentemente viver somente com os filhos ou com o parceiro e filhos, enquanto que as brasileiras referem viver com os pais e irmãos (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da amostra pelo tipo de residentes com quem vive

Residentes com quem vive	Africanas	Brasileiras	Total
Só com Filhos	8	2	10
Parceiro e Filhos	7	3	10
Pais e Irmãos	2	4	6
Sozinha	2	1	3
Marido, Filhos e Outros	1	2	3
Marido/Companheiro/Namorado	-	2	2
Outros	-	1	1
Total	20	15	35

Do total de participantes, 4 encontravam-se grávidas (1 africana e 3 brasileiras) e 25 tinham filhos. A maioria das mulheres africanas tinha filhos, ao contrário das participantes brasileiras em que a maioria referiu não ter. O número de filhos por mulher variou entre 1 e 9, sendo que as mulheres africanas tinham em média 4 filhos (d.p.=2,09) e as brasileiras tinham em média 1 filho (d.p.=1,03). Ainda em relação ao número de filhos, 16 participantes africanas têm 3 ou mais filhos, enquanto que 5 mulheres brasileiras referiram ter 1 filho (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra pelo número de filhos por mulher

Número de filhos por mulher	Africanas	Brasileiras	Total
Nenhum	2	8	10
1	-	5	5
2	2	-	2
3 a 4	11	2	13
> 4	5	-	5
Total	20	15	35

O número de gravidezes por mulher variou entre 0 e 12, sendo a média de 3 gravidezes por mulher (d.p.=2,87). Considerando a origem das participantes, a média de gravidezes nas mulheres africanas é de 5 (d.p.=2,83), enquanto que, nas brasileiras, a média é de 1 (d.p.=1,26) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da amostra pelo número de gravidezes por mulher

Número de gravidezes por mulher	Africanas	Brasileiras	Total
Nenhuma	2	6	8
1 a 3	5	7	12
4 a 6	10	1	11
7 a 9	1	-	1
10 a 12	1	-	1
<i>Missings</i>	1	1	2
Total	20	15	35

A Tabela 9 refere-se às 10 mulheres que reportaram ter um número maior de gravidezes do que o número de filhos. Destas, 9 são africanas e 1 é brasileira. Verifica-se que as diferenças entre o número de gravidezes e o número de filhos, por mulher, variou entre 1 e 3.

Tabela 9 – Diferença entre o número de gravidezes e o número de filhos

Origem	Participantes	Número de gravidezes	Número de filhos	Diferença entre o número de gravidezes e número de filhos
Africana	A1	3	2	1
	A2	4	3	1
	A3	5	4	1
	A4	6	4	2
	A5	6	4	2
	A6	6	4	2
	A7	6	5	1
	A8	9	7	2
	A9	12	9	3
Brasileira	B1	4	3	1

3.2. Resultados dos grupos focais

As dimensões e categorias de análise criadas para a apresentação dos resultados decorrem de uma análise crítica da revisão de literatura sobre esta temática (Bollini *et al.*, 2007; Frith, 2000; Wiederman e Whitley, 2002; Zheng *et al.*, 2001; entre outros) e dos temas abordados e discutidos no contexto dos grupos focais.

O discurso das participantes foi estruturado em quatro dimensões: temáticas de saúde sexual e reprodutiva, processo de migração, acesso e utilização dos serviços de saúde e estratégias para melhorar a saúde sexual e reprodutiva. Cada dimensão foi subdividida em categorias. Nos resultados descrevem-se as categorias e em cada uma destas são apresentados extractos dos discursos, de forma a ilustrar os significados atribuídos pelas par-

ticipantes. São ainda destacadas as convergências e divergências existentes nos discursos dos dois grupos de participantes (mulheres imigrantes africanas e brasileiras).

Temáticas de Saúde Sexual e Reprodutiva

Dimensão	Categorias
Temáticas de saúde sexual e reprodutiva	Conhecimento sobre planeamento familiar Uso de métodos contraceptivos Infecções sexualmente transmissíveis e uso do preservativo Gravidez e Maternidade Interrupção voluntária da gravidez Informação em saúde sexual e reprodutiva Estado de saúde geral Relações conjugais Experiências de violência

Nesta dimensão são analisados os discursos das participantes relacionados com o conhecimento sobre planeamento familiar, uso de métodos contraceptivos, infecções sexualmente transmissíveis, uso do preservativo, gravidez e maternidade, interrupção voluntária da gravidez, informação em saúde sexual e reprodutiva, estado de saúde geral, relações conjugais e experiências de violência. Salienta-se que a categoria «informação em saúde sexual e reprodutiva» foi apenas abordada pelas participantes brasileiras, e que as categorias «estado de saúde geral» e «relações conjugais» foram apenas referidas nos grupos de participantes africanas.

3.3. *Conhecimento sobre planeamento familiar*

De um modo geral, o planeamento familiar surge principalmente associado à maternidade e contraceção:

(...) eu estou a fazer planeamento familiar pois eu quero engravidar a partir do ano que vem. Estou há oito anos casada, então quero engravidar. (participante brasileira)

Fazia [planeamento familiar] quando bebé nascia, o médico mandou para fazer, só fui lá uma vez, exames e análises que ele mandou e ainda não sei como que é, porque

não fui entregar. Mas eu não faço nada de planeamento familiar, não faço isso. (participante africana)

Constata-se uma diferença entre os grupos de mulheres brasileiras e africanas relativamente ao conhecimento sobre planeamento familiar. De um modo geral, as participantes brasileiras demonstram conhecer os aspectos relacionados com a temática, enquanto que as mulheres africanas apresentam dúvidas ou desconhecimento:

(...) a questão que você colocou é em relação à nossa vida sexual, ou é em relação aos parceiros? Ou alguma dificuldade que a gente tem sobre dúvidas no acto sexual? (participante africana)

Uma vez fui fazer planeamento familiar, ou que é isso, e eu deixei de ir (...). (participante africana)

3.4. Uso de métodos contraceptivos

Em relação aos métodos contraceptivos, as participantes brasileiras demonstram familiaridade e um conhecimento mais elevado do que as participantes africanas. Nos grupos focais com mulheres brasileiras, várias reportam ter iniciado o uso de contraceptivos no Brasil (antes de terem migrado) e, em geral, referem continuar a usá-los em Portugal com a orientação médica que obtiveram no Brasil:

Eu trouxe do Brasil, cheguei na farmácia e disseram que só era receitado lá. (participante brasileira)

A orientação que eu tenho era a que eu trazia do Brasil. (participante brasileira)

(...) [aqui] nunca ninguém me passou não, eu mesma é que comecei a tomar [a pílula] por conta própria. (participante brasileira)

Por outro lado, alguns dos discursos das participantes africanas demonstram desconhecimento e dúvidas em relação ao uso dos métodos contraceptivos:

(...) a pílula, além de prevenir a gravidez, previne alguma doença? (participante africana)

Eu nunca tomei pílula e se eu tomar e engravidar? (participante africana)

Constata-se também, nestas participantes, a existência de várias crenças relativas aos métodos contraceptivos, como sejam:

- crenças associadas à ineficácia dos métodos:

(...) eu usava pílula, e apanhava sempre gravidez. (participante africana)

(...) quando eu cheguei cá (...), voltei a meter o outro aparelho, (...) e não chego nem seis meses e eu tinha a minha filha. Engravidei com aparelho e diziam que o aparelho português é que era bom, e eu engravidei com o aparelho português. (participante africana)

(...) a medicação não evita, eu estou a evitar, eu sei que eu estou. (participante africana)

- e crenças de que o uso de métodos contraceptivos é prejudicial à saúde:

(...) às vezes há pessoas que não se dão com a pílula e começam a entupir, a entupir, e depois correm o grande risco de não terem mais filhos. (participante africana)

(...) a minha prima pôs o aparelho (...) para não ter mais filhos e agora tem problemas graves, (...) tem medo de morrer porque ela corre risco de vida (...). (participante africana)

(...) é pior porque aquilo começa a apodrecer e a criar infecções. (participante africana)

Nestes grupos é possível perceber que as crenças associadas aos métodos contraceptivos contribuem de forma determinante para a sua não utilização:

(...) Só que eu não usei nada dessas coisas, nem vou usar. (participante africana).

Eu não gosto do aparelho, eu sempre tive medo de pôr um corpo estranho dentro de mim. (participante africana)

Eu quero minha saúde livre, livre de comprimido, livre de tudo (...). (participante africana)

(...) os comprimidos por dentro começam a fazer uma camada do nosso organismo, e depois correm o grande risco de não poderem ter mais filhos, (...), por isso (...) nunca tomei, não quero tomar. (participante africana)

Eu não tomo, nem quero tomar, porque acho que é vicioso, acaba por ser vicioso (...). (participante africana)

De forma geral, as participantes descrevem a existência de métodos alternativos, como a laqueação de trompas: *Quando fui à consulta, a médica disse que a melhor coisa a fazer era a laqueação de trompas. (...) Eu sabia que a minha prima já tinha feito, então como já tinha os meus filhos, eu decidi fazer* (participante africana). Um grupo de participantes faz também referência a métodos inadequados:

Lá na África, eu sei que os nossos pais davam de mamar para prevenir a gravidez. Enquanto se tiver a dar de mamar o período não vem, e muitas mulheres previnem assim. (participante africana)

Eu tinha um companheiro que era inteligente e, nesse ponto, ele sabia usar métodos diferentes e não prejudicava a saúde a tomar o anticoncepcional. (participante brasileira)

3.5. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e uso do preservativo

As imigrantes africanas revelam algum desconhecimento sobre IST e formas de transmissão:

(...) ah! é uma doença que se apanha através de marido. (participante africana)

Eu não tenho ideia disso, porque problema grave nunca vi. Eu não conheço e não vi. (participante africana)

(...) tem coisas que a gente nunca ouviu dizer. (...) há tantas doenças que a gente não conhece. (participante africana)

Por outro lado, as imigrantes brasileiras demonstram ter um maior conhecimento sobre a temática e salientam a necessidade de informação sobre os métodos de prevenção:

(...) a dificuldade aqui é que tem poucas explicações (...) sobre as camisinhas, sobre a AIDS. (...) se fala na AIDS, que aqui se chama Sida, mas (...) tem outras doenças que também são sexualmente transmissíveis, a candidíase, que é uma coisinha boba, mas que pode agravar, ou mesmo a sífilis. Então, isso não tem sido divulgado. (participante brasileira)

No decorrer dos seus discursos, as participantes brasileiras reforçam a importância de realizar o teste de diagnóstico do VIH/Sida e comentam que «os médicos até perguntam porque a gente quer fazer tanto exame (...)» (participante brasileira). Algumas mulheres brasileiras salientam, como um exemplo positivo, a facilidade com que é possível realizar o teste do VIH: «muito fácil e mais barato aqui» e que «todos esses exames são necessários, não é só aos homens, é às mulheres também», «sem contar que aqui também tem os centros que uma pessoa vai. Sim, porque há muita gente que tem medo de ir, e fazer em centros. Você vai, fala que quer fazer o exame, o médico vem e faz o exame de imediato» (participantes brasileiras).

As mulheres africanas, por outro lado, argumentam frequentemente que a sua vulnerabilidade face às IST está muito relacionada com o comportamento sexual adoptado pelos seus parceiros:

É quase impossível [exigir fidelidade]. Basta eles saírem na esquina, encontrar uma menina e já está. E a gente não sabe se eles usam camisa, para evitar vários tipos de doença que há. E eles podem apanhar e transmitir a nós. Mesmo nós sendo fiel a eles. (participante africana)

No mesmo sentido, salientam ainda a dificuldade de adotarem comportamentos preventivos no contexto de uma relação conjugal:

Eu gostava de fazer uma pergunta: uma dona de casa, que o seu esposo pula a cerca com mulheres diferentes e tem relação com a sua esposa sem preservativo (...). Pronto, corremos um maior risco e então, que tipo de precaução devemos tomar? (participante africana)

No entanto, uma das participantes refere que as próprias mulheres, por vezes, também adoptam comportamentos de risco:

(...) também há mulheres que têm namorado fora. Há mulheres, com uma vida, que têm amante fora. E podem apanhar doenças e às vezes não sabem. (participante africana)

De forma geral, o **uso do preservativo** é referido como uma estratégia preventiva face às IST. Contudo, algumas participantes africanas demonstram algum desconhecimento e desconfiança em relação à sua eficácia:

(...) no Cabo Verde, apareceu um miúdo na rua com uma caixa, e a gente disse: «Balão?» E isso fê-lo rir tanto. Eu soprei esse balão para enfeitar a casa. Meu primo já estava, ele disse que essa coisa não dá para a gente pôr na casa como balão. O balão tem cor e compra na mercearia. Mas esse tem só uma cor e é para uma coisa, e ele não me explicou o que é. (participante africana)

Mas há preservativos que vêm furados. (participante africana)

(...) não são resistentes. (participante africana)

Existe consenso por parte das participantes sobre a necessidade do uso do preservativo. No entanto, algumas mulheres reconhecem que nem sempre o utilizam:

(...) nós é que temos de defender na nossa saúde. Eles insistem [os parceiros] e nós é que temos de defender a nossa saúde, porque se eles insistem e depois nós, naquela

hora, esquecemo-nos e «pombas», fazemos sexo sem preservativo. E depois não são problemas só da gravidez, mas das doenças. (participante africana)

Mesmo a gente sendo casada tem de ter cuidado, não é? Usar a camisinha é coisa que a gente não faz (...) (participante brasileira)

Às vezes não querem usar preservativo (...) há algumas pessoas, mesmo sabendo essa informação, fazem teimosia que não gostam de usar preservativos. (participante africana)

Nas discussões dos grupos focais, as participantes africanas, principalmente as que têm relações conjugais estáveis, salientam a dificuldade de negociar o uso do preservativo com o parceiro:

(...) tem homens que para eles é um bicho-de-sete-cabeças, parece que são alérgicos ao preservativo. (participante africana)

Nós somos donas de casa, não costumamos usar, e de repente começamos a dizer «tens de usar preservativo», eles não aceitam. Temos é de prevenir de outra maneira. (participante africana)

Mas uma dona de casa, que já tem uma vida sexual com o marido, no nosso caso que tem dois, três, quatro filhos, que nunca usou preservativo, como é que faz? (participante africana)

(...) a médica me disse (...) que eu era muito nova para tomar medicamento, que o melhor era utilizar camisa, mas tem alguns homens que não gostam. (participante africana)

Um pequeno grupo de mulheres africanas atribui ao homem a responsabilidade do uso do preservativo:

(...) O homem deve ter a consciência, se sabe que tem outra mulher ou parceira ou namorada. (participante africana)

Eu acho que os homens é que deviam ter essa consciência, já que têm uma mulher em casa mais os seus filhos, e se gosta de pular a cerca, quando está com a outra mulher, tem de usar preservativo. Porque nós, donas de casa, somos inocentes, não sabemos o que eles vão fazer quando vão trabalhar, quando vão passear, nós não sabemos. (participante africana)

Enquanto que outras assumem uma atitude mais assertiva:

Às vezes a insistência de uma pessoa é tanta que se a gente não der um «stop», eles acabam por [fazer] e o mal é para nós. Eu, por exemplo, (...) com o meu parceiro ponho sempre preservativo. Ele às vezes insiste e eu digo não. Tem de ser assim. (participante africana)

No decorrer das discussões sobressai um aspecto importante que se prende com o facto de a utilização do preservativo estar ainda maioritariamente associada a relações sexuais casuais: «... se uma pessoa está com um parceiro que não conhece bem, então usa o preservativo» (participante africana).

3.6. Gravidez e Maternidade

Em vários grupos focais, as questões relacionadas com a gravidez e a maternidade foram dos temas mais referidos, preenchendo muito das discussões. Dentro destas temáticas são frequentes os discursos associados às experiências e receios relacionados com o parto:

Eu tenho muita preocupação, se eu vou ter os filhos aqui em Portugal, porque eu sei que aqui, cesariana [só] em último caso. (...) o que eu vejo no hospital, tanta mulher sofrendo, que o meu medo é esse, que eu não consiga ter parto normal e que tenha algum problema. (participante brasileira)

A minha filha era uma criança especial (...) eu tive uma experiência [que] parece que o mundo todo estava caindo na minha cabeça (...). Eu tive um parto (...) foi muito rá-

pido. Quando eu cheguei no hospital, a senhora me perguntou: «A consulta é para quem? Para si ou para o bebê?» E eu respondi: «É para as duas, que ela acabou de nascer». (participante brasileira)

Tenho três filhos, o primeiro nasceu em Angola, os dois filhos últimos que eu tenho nasceram cá em Portugal, tudo correu muito bem durante a gravidez e os partos foram normais. (participante africana)

Eu tive muita sorte, (...) o atendimento durante a gravidez foi excelente. [Só] a do meio é que eu tive mais problemas, (...) porque o médico demorou muito a fazer o meu parto, ele atrasou demais porque estava numa emergência e só tinha ele no hospital. Então a bebê engoliu fluido, estive lá dois dias internada e até hoje tem problemas de pulmão. (participante brasileira)

Ao longo das discussões, as imigrantes comparam as experiências de maternidade vividas em Portugal e nos seus países de origem. De acordo com os relatos das participantes brasileiras, as experiências em Portugal são descritas como sendo mais difíceis:

Quando eu fui na consulta, me internaram ao meio-dia, só às sete horas da noite, eu comecei a chorar e chamei eles e disse: «vocês não explicam para mim o que é que eu vou ter (...)». E responderam: «É bom você calar, porque a sua hora vai chegar», assim desse jeito. (participante brasileira)

Eu tive o parto de uma amiga minha agora recente e eu achei tudo muito diferente do que era habitual, do que tinha lá. (participante brasileira)

(...) eu passei muito mal na gravidez com relação ao leite, tive muita febre e eu cheguei a doar. Eu perguntei para a enfermeira se tinha algum banco de leite, aqui em Portugal, ela não sabia e eu fiquei um pouco assustada com relação a isso. (participante brasileira)

No Brasil, eu não sei se é uma questão de amor, de solidariedade, mas aqui falta um pouco de atenção (...). Das minhas amigas todas que tiveram, (...) elas ficaram assim, quase que agonizando (...). Pode dar mesmo para morrer. (participante brasileira)

Por seu lado, as africanas descrevem maiores dificuldades nos países de origem do que em Portugal:

(...) é totalmente diferente de lá e cá. É diferente nos tratamentos. (...) os aparelhos que aqui tem lá não tinha, (...) eram aparelhos que deviam ter para o parto normal, para tudo correr bem. (participante africana)

Na caracterização dos grupos de participantes africanas e brasileiras verifica-se que a maior parte das mulheres brasileiras não tem filhos, ao contrário das africanas. Por este motivo, a temática da gravidez e maternidade é abordada de forma diferente nos dois grupos de participantes. Enquanto que as mulheres africanas salientam as questões da maternidade e as dificuldades inerentes à responsabilidade parental, nos grupos focais realizados com brasileiras, as principais temáticas abordadas foram a informação em saúde sexual e reprodutiva e a prevenção da gravidez não desejada.

Algumas mulheres brasileiras salientam as consequências negativas da falta de informação, como sejam a gravidez precoce e/ou não desejada:

(...) eu acho que acontece muito aqui em Portugal como no Brasil, muitas meninas novas que acabam por engravidar. (participante brasileira)

(...) eu engravidei do meu filho com quinze anos, pura falta de informação. Porque eu não sabia como era. (participante brasileira)

Em quase todos os grupos focais, a gravidez não desejada é considerada uma temática bastante relevante. Uma participante africana relata uma situação vivida pela própria, decorrente de uma gravidez não desejada:

Depois lá no meu trabalho descobriram que eu estava grávida e mandaram embora. (participante africana)

Um resultado interessante que surge nos discursos de várias mulheres africanas é a ideia de que a gravidez é algo que não está sob o seu controlo:

Se apanhemos gravidez, temos de saber o que nós fazemos. (participante africana)

(...) eu apanhava sempre gravidez. (participante africana)

Eu apanhei esse filho, que não esperava. (participante africana)

Contudo, outras participantes africanas realçam a necessidade de tomar precauções para evitar a gravidez não desejada:

(...) se vier, vem, não tem mais nada para eu fazer, mas se posso evitar, eu vou evitar isto. (participante africana)

(...) eu acho que há meios para se evitar, o centro de saúde dá os comprimidos de graça. (participante africana)

Nós vemos tantas miúdas que ficam grávidas e estragam a vida delas. (participante africana)

Neste sentido, algumas participantes consideram que, face à informação existente, «só engravida quem quer»:

(...) eu acho que uma garota hoje só engravida se quer. Porquê? Pô..., tem Internet, o mundo está tão mais evoluído, as pessoas falam mais, aparece tudo na televisão. Antes eu não tinha Internet para pesquisar. (participante brasileira)

Algumas imigrantes revelam o desejo de ter filhos (ou mais filhos) e o seus discursos (principalmente os das africanas) demonstram o quanto um elevado número de filhos é valorizado no contexto cultural dos países de origem: «*Se não tiver mais filhos, o marido vai-lhe deixar*» (participante africana). No entanto, o facto de viverem em Portugal (e não no seu país de origem) dificulta a concretização desse desejo:

Para mim era mais fácil lá. Porque o marido trabalhava aqui e eu só tinha de comprar

comida, limpar a casa, não tinha mais nada para fazer, mas aqui tenho de trabalhar. (participante africana)

(...) acaba por privar o filho da convivência da qual a gente foi habituada, porque nascemos em família, tem lá os tios, os avós. Lá, no nosso país, geralmente a gente consegue viver junto da família e a família ajuda a criar. (...) quando vem a ter filhos aqui passa pelas dificuldades. (...) eu acho que muita gente até pensa e vai e volta na questão de ter filhos também por isso, pelas dificuldades e por não conseguir associar esse acontecimento em família. (participante brasileira)

Mesmo que a gente quer, aqui não dá. Porque a gente tem de pagar ama, quase o ordenado que a gente ganha (...). Se já tem, a gente tem de aguentar isso. Mas para mim esses quatro dá, chega e sobra. (participante africana)

Para as participantes africanas, a gravidez e a tomada de decisão de ter filhos está muito associada às dificuldades encontradas no país de acolhimento:

Eu sou mãe solteira, por isso não quero ter mais filhos. Porque eu aqui pensava que encontrava ajuda, para organizar a vida dos meus filhos, [ao invés de] ajuda, ainda arranjei mais filho. Tinha três, pensava que chegava e veio esse filho. E eu não queria. (participante africana)

(...) a gravidez indesejada é uma preocupação muito grande, porque hoje em dia para sustentar tantos filhos, é um caso sério. (participante africana)

3.7. Interrupção voluntária da gravidez (IVG)

A temática da interrupção voluntária da gravidez (IVG) não foi abordada espontaneamente pelas participantes em nenhum dos grupos focais realizados. No entanto, depois de introduzida nas discussões, esta temática tornou-se uma das mais debatidas pelas participantes. Ao longo dos discursos, é possível perceber que a maioria das participantes não concorda com a prática de IVG:

(...) aborto não gosta. Se eu apanho filho, eu quero que ele tem saúde e também eu com saúde. (participante africana)

Eu também sou contra o aborto, (...) só quero que Deus me livre para não estar grávida agora (...). Se no caso de um dia acontecer, vou sofrer consequências, mas eu não vou fazer aborto. (participante africana)

Eu acho também que aborto é muito feio. (participante africana)

Eu acho que é um assassinato, porque é uma vida que está em risco. (participante africana)

(...) eu vou ser sincera, e Deus que me perdoe, [você] tem opção de ficar assim ou não. Eu acho que acabar com uma vida (...), você tem tantas opções antes. (...) se eu tiver uma amiga, que eu fique sabendo que ela fez isso, na hora [corta a relação]. (participante brasileira)

(...) eu, sinceramente, sou até contra a liberação do aborto. Eu acho que esse dinheiro deveria usar para internamento para crianças vivas e em doenças, menos no aborto. (participante brasileira)

As participantes apontam argumentos associados à religiosidade para justificarem a sua opinião:

Quando você fala de vida, de aborto, de sexualidade, a gente engloba a questão religiosa, (...) e a pessoa pensa duas vezes antes de fazer o aborto porque ela sabe que tem uma coisa além, que vai cobrar ela no futuro. Mesmo que a pessoa não frequente igreja, a criança tem de ter formação religiosa. Para ter respeito pelo futuro. (participante brasileira)

Eu com a minha formação religiosa, eu não sei se seria capaz de fazer. Mas eu não sou contra. (participante brasileira)

(...) na minha opinião, é um grande pecado (...). (participante brasileira)

No entanto, um grupo de participantes brasileiras concorda com a prática de IVG:

Eu não sei o que é pior, se é o aborto ou deixar a criança nascer (...), porque às vezes querem abortar e não conseguem. Quando a criança nasce, começa o sofrimento da mãe, que rejeita a criança, às vezes maltrata, bate, espanca. Tem alguns que morrem de tanto o pai e a mãe espancarem. (participante brasileira)

Este grupo considera ainda que não é adequado julgar as outras mulheres a partir dos seus próprios valores:

(...) não sou contra quem faz, porque cada um sabe de si, porque é muito fácil dizer: «você não deve fazer o aborto». Mas quem tem de decidir isso é você. (participante brasileira)

Eu não sou contra (...) porque a pessoa tem o livre arbítrio, ela tem o direito de decidir se ela quer ter o filho, se ela quer ver o filho passar por tudo isso, se ela quer passar por tudo isso. (participante brasileira)

(...) no caso de uma mulher sofrer uma violência sexual, ela não é obrigada a ter um filho (...). Agora eu também não acho certo colocar uma criança no mundo a sofrer, por isso é ser contra ou a favor é relativo. A gente não pode julgar e dizer que aquela pessoa fez um aborto e é uma coisa horrível. A gente tem de perguntar qual foi a situação que as coisas aconteceram. (participante brasileira)

Neste contexto, estas mulheres revelam concordar com a legalização da IVG:

(...) as pessoas quando não podem, não tem, e ainda bem que legalizaram isso, porque estar a fazer às escondidas. (...) eu concordo, tudo bem feitinho, com os médicos ali, eu concordo. (participante africana)

(...) podem fazer nos hospitais quem quiser, aqui já foi aprovado. (participante africana)

No decurso dos grupos focais, muitas participantes relatam experiências de IVG vividas

por outras mulheres (em geral, raparigas jovens) afirmando que esta é uma prática comum em Portugal:

Eu conhecia uma rapariga, quando morava em [localidade], havia uma mulher que fazia abortos e iam até lá jovens de 14, 15, 16 anos (...) fazer. (participante africana)

Sinceramente aqui neste bairro é comum. Não é só aqui neste bairro, é em todo o mundo. (participante africana)

Mas ainda acontece muito, de amigas minhas, uma delas engravidar, ela não querer, nem o namorado, não querer contar para a mãe, e abortarem. (participante brasileira)

Tenho mais de cinquenta amigas minhas portuguesas e falam «eu já fiz dois abortos», como se fosse uma coisa normal. (participante brasileira)

Brasileiras, eu conheço poucas mas as que conheço não sei de nenhum caso desses. Eu conheço [algumas] que já fizeram o exame, depois já estava no quarto mês de gravidez e depois abortou. (participante brasileira)

As imigrantes africanas relatam que a prática de IVG é também bastante comum nos países de origem:

Lá muita gente faz. Fazem escondido. (participante africana)

Lá fazem, mas é sem anestesia. (...) Um dia eu fui ao hospital com a minha filha e estava lá uma mulher a gritar: «Ai, eu morre, eu morre». E eles estavam para tirar mesmo assim, sem anestesia nem nada. (participante africana)

Em São Tomé, também há o medicamento do mato. (participante africana)

Na África, há mais abortos clandestinos e precários e muitas morrem porque elas ficam

com medo de dizer aos pais. Então elas correm esse risco, e há pessoas que não tem formação nesse meio. (participante africana)

Por outro lado, na opinião das imigrantes brasileiras, a IVG é mais frequente nas mulheres portuguesas, facto que poderá estar directamente relacionado com a despenalização desta prática em Portugal:

Lá dá até cadeia. (...) eu conheço uma brasileira que veio para aqui já estava grávida e depois o pai do menino mandou para ela o remédio (...). Ela passou mal (...). Levou para o hospital e eles vieram a descobrir que foi um remédio que ela tomou para abortar e podia dar prisão para ela, mas liberaram. (participante brasileira)

Eu acho que as brasileiras lá não fazem tanto. (participante brasileira)

(...) agora com essa lei do aborto, abriu as portas aqui em Portugal. Porque agora, você pode fazer sem prevenção nenhuma, engravida, vai na clínica, aborta e pronto. (participante brasileira)

(...) tem gente que nem se preocupa em prevenir: “depois vou lá e faço”. (participante brasileira)

(...) ela falou para mim que não tomava medicação de jeito nenhum. Aí ela descobriu que estava grávida e disse: «eu vou abortar. (...) como em Portugal pode, se eu engravidar de novo eu vou tirar, e já tenho consulta marcada no hospital e vou tirar para a semana». (participante brasileira)

Eu conheço uma portuguesa que já fez (...) eu até me espanto porque ela já fez aborto duas vezes, e ela fala isso como se fosse ali comprar uma bala. Eu acho que aqui está muito facilitado (...). (participante brasileira)

Em vários grupos focais, as consequências que podem advir da prática de IVG são realçadas:

(...) outro dia, vi uma apresentadora de televisão [que] quando ela tinha dezoito anos,

ela fez um aborto e hoje que ela tem condição financeira, ela não pode ter filho. (...) isso é consequência de um aborto que ela fez no passado mal feito. (...) porque um aborto também tem consequências (...) às vezes uma mulher fica estéril para o resto da vida. (participante africana)

O recurso à pílula do dia seguinte é referido como prática frequente, sendo considerado por algumas participantes um método abortivo:

Se você toma a pílula do dia seguinte, isso também é uma forma de aborto. Porque você está tomando alguma coisa porque pensa que já está lá, não é? (participante brasileira)

E também há cada vez mais as raparigas a automedicar-se para não ter bebés, (...) e as miúdas ainda se matam, porque um dia querem ter filhos e não podem. (participante africana)

No decorrer dos discursos, as participantes descrevem diferentes práticas possíveis de adoptar quando se pretende interromper a gravidez:

- **Medicação:**

Eu conheço algumas que fazem, eu própria já fiz. Tomei comprimido da farmácia, (...) foi com ele que abortei. (...) há outras que se dão mal. (...) Vão parar ao hospital e depois fazem perguntas, mas só que os médicos nunca conseguem comprovar que elas tomaram o comprimido. (participante africana)

(...) é uma medicação (...) para fazer abortos clandestinos (...) havia lá uma mulher que vendia esse medicamento e custava cento e cinquenta contos. (participante africana)

Só vendem a homens (...). Só que agora já descobriram, já não vendem. Quem tiver, agora tem de ir a Espanha comprar, cá já não vendem, mas eu própria já tomei. (participante africana)

Mas não é para você tomar, deve-se colocar um na vagina. (participante brasileira)

- Práticas tradicionais/receitas caseiras:

No tempo da minha mãe, há uma coisa que fazem com o vinho e isso também faz o aborto. (participante africana)

Aqui tem aquilo para a tosse. (...) Eucalipto (...) com o pé ele sai. (participante africana)

Também café com cerveja tira gravidez. Café misturado com cerveja e também alguma coisa com folhas de louro. (...) Mas não sai tudo, não. (participante africana)

Algumas mulheres relatam situações em que tentaram interromper a gravidez:

(...) engravidei. Quando fui ao meu médico de família, eu contei a situação e ele disse que ia me ajudar a desfazer a gravidez. (...) [ele] fez uma carta para entregar (...), apanhei uma médica tão má, que disse: «olha, isso tinha de ser tratado antes, não agora!» e não fez nada. (participante africana)

(...) na última minha filha, pensei que era problema de estômago, a barriga crescia, crescia, crescia, e sempre a dizer: «Doutor, me dói aqui» (...). os médicos disseram que eu não podia ter filhos. [Quando fui] ao hospital, (...) já tinha passado aquele tempo e eu não podia tirar a gravidez. (participante africana)

Em vários grupos focais, as participantes realçam que, por vezes, face às dificuldades inerentes a ter filhos no país de acolhimento, a IVG surge como a única alternativa:

(...) cá em Portugal, a vida é muito difícil, muito difícil. (...) devemos também com consciência tirar a criança, fazer um aborto, tirar a criança. (participante africana)

Quem tem que decidir é a pessoa. Eu posso de vez em quando passar e fazer uma festinha, mas a vida que você tem, os planos que você tem, automaticamente, não é que um filho traz problema, mas dificulta mais. (participante brasileira)

Eu conheço uma miúda que foi lá no hospital, a médica meteu-a a ouvir o coraçãozi-

nho e a miúda chorava a dizer que não podia ter, porque não tinha condições. (participante africana)

Algumas mulheres salientam que, por vezes, ao tomar conhecimento de que estão grávidas, sentem que não têm qualquer apoio dos familiares e/ou parceiros e referem que frequentemente são eles que pressionam para interromper a gravidez:

Quando eu engravidei, eu contei ao pai, ele não quis aceitar e queria que eu tirasse. Eu disse que não ia tirar. Ele nunca mais falou comigo. E eu estou feliz com o meu filho. (participante africana)

Se eu estiver agora grávida, fico com medo do que o meu pai me vai fazer ou expulsa de casa ou vai-me fazer alguma coisa... e sou obrigada a fazer aborto. Em vez de ficar na rua sem ninguém, (...) sou obrigada a fazer isso. (participante africana)

(...) os pais (...) correu com a miúda para a rua. (participante africana)

Neste contexto, descrevem que quando decidem ter o filho, as mulheres têm de assumir sozinhas a responsabilidade parental:

Mas também às vezes os homens não querem assumir as responsabilidades (...) de repente um dia aparece gravidez, fica mais ainda com medo de dizer aos pais, obviamente vai dizer, «ah, agora aqui temos que separar porque eu não vou conseguir assumir», e a miúda fica sozinha, sem a responsabilidade do namorado. (participante africana)

(...) tinha possibilidade de fazer aborto, não fiz (...) passei muito, já criei os meus filhos mas sem ajuda de homem. (participante africana)

3.8. Informação sobre saúde sexual e reprodutiva

A categoria «informação sobre saúde sexual e reprodutiva» foi exclusivamente abordada pelos grupos de participantes brasileiras. Nos seus discursos, estas participantes realçam a falta de informação sobre saúde sexual e reprodutiva que existe em Portugal:

Eu acho que aqui tem menos divulgação da saúde feminina, a nível da televisão, porque os meios de divulgação não divulgam nada. (participante brasileira)

Eu senti que a gente tem que perguntar mais aqui. (participante brasileira)

(...) mas a gente lá (...) tem uma informação muito forte eu acho. No Brasil tem nas escolas, nas empresas, na farmácia, tem folhetim que a gente pode pegar. Até na rua tem informação. (participante brasileira)

(...) a gente lá pode não ter a melhor saúde do mundo, mas tem muita divulgação. Enquanto a informação aqui, no geral é muito superficial, fala-se de tudo, mas muito superficialmente. (participante brasileira)

Lá você vai falar com um pobrezinho, ele sabe, com um rico ele sabe, então eu acho que lá a informação é para todos. E aqui não. (participante brasileira)

No Brasil, tem muito mais informação não só sobre a Sida, porque a Sida, entre aspas, pode-se prevenir. Mas tem outro tipo de doenças que podem acontecer se você não conhece muito bem (...). (participante brasileira)

(...) eu acho que aqui tem pouca divulgação (...) Portugal tem menos dimensão que o Brasil, senão eu acho que o número de doenças seria bem maior. (participante brasileira)

(...) eu vejo que a dificuldade aqui é que tem poucas explicações e (...) antes quase que não tinha. (participante brasileira)

(...) eu acho que tem outras doenças (...) que também são sexualmente transmissíveis (...) então, isso não tem sido divulgado. (participante brasileira)

As participantes brasileiras referem que raramente procuram informação nos serviços de saúde, manifestando algumas queixas:

Tem uma falta de informação muito grande, enquanto a gente é paciente. Eu (...) fiz

uma batalha de exames e nunca tive acesso a eles. Poxa! A gente quer ter acesso a isso. (participante brasileira)

(...) a gente vai ao centro de saúde, não tem aquele guia informativo, cartazes, não tem uma atenção especial. (participante brasileira)

Apenas uma participante que utilizou os serviços refere estar satisfeita com esta estratégia de obter informação sobre saúde: *«É com a minha médica do centro de saúde. Até o telefone pessoal dela, ela já me deu, quando eu preciso eu ligo para ela»* (participante brasileira).

Face à dificuldade de obter informação nos serviços, as participantes brasileiras recorrem a diferentes estratégias:

Eu sou muito sem papas na língua, então eu exploro, às vezes até com os clientes de mesa, que são médicos, enfermeiros (...) eles quase não falam nada, mas para bom entendedor, meia palavra basta e aconselham a procurar o especialista. (participante brasileira)

Se eu tiver com alguma dúvida, em primeiro lugar, vou à Internet, dou uma olhadinha. (participante brasileira)

Também ligo para a minha mãe, falo com ela. Eu tive um problema depois que eu casei. (...) a doutora me assustou muito, me disse que podia ser uma doença sexual. (...) eu saí da clínica totalmente abalada, eu fiquei com medo. (...) graças a Deus não era nada de grave (...). Mas quando isso aconteceu, eu recorri à minha mãe [que] me explicou tudo. (participante brasileira)

3.9. Estado de saúde geral

Nas discussões realizadas é interessante verificar que, quando questionadas sobre os aspectos que consideram mais relevantes na saúde sexual e reprodutiva, algumas participantes africanas fazem referência apenas ao estado de saúde geral:

(...) eu acho que tudo é importante. Saúde de nós mesmos, saúde dos nossos filhos, que também é uma preocupação quando eles adoecem, eu acho que tudo é saúde. (participante africana)

(...) a saúde não é só dizer que os nossos homens nos trazem doenças ou nos trazem falta de saúde. Nós também temos de colaborar para a nossa saúde. (...) Temos cuidado com a higiene, a nossa, com a da casa, com a roupa, com os sapatos dos filhos, cuidar das unhas. Isso tudo é importante para a saúde. (...) Se nós tivermos uma casa a cheirar mal, os mosquitos vai lá, arranja doenças na nossa casa (...). (participante africana)

3.10. Relações conjugais

Outra temática discutida apenas nos grupos focais realizados com mulheres africanas foi a da categoria «relações conjugais», nomeadamente as questões relativas à infidelidade (e sua associação com os comportamentos sexuais de risco) e à dificuldade de os homens assumirem a paternidade e as responsabilidades familiares.

As questões relacionadas com a infidelidade dos parceiros são frequentemente referidas pelas imigrantes africanas como decorrentes da «cultura africana»:

(...) no tempo da minha avó, um homem tinha umas vinte mulheres (...). (participante africana)

Alguns são capazes de dizer “eu amo-te” e, no minuto a seguir, já está lá fora com outra a conversar e volta para casa, como se nada fosse. (participante africana)

Marido é ter sexo com várias mulheres, são muito vadios e isso nós sabemos claramente (...). (participante africana)

Por outro lado, as participantes africanas expressam a ideia de que o comportamento sexual dos seus parceiros é muitas vezes um factor que as torna vulneráveis às IST:

É um risco grande em termos de doença. É um risco grande que nós corremos. Eu falo por mim que sou mulher, se tivesse o meu marido, de certeza que eu era fiel a ele e que não havia risco, mas ele não era fiel a mim, isso eu tenho a certeza absoluta. Nenhuma de nós que estamos aqui podemos dizer que o nosso marido só vai para a cama connosco. (participante africana)

É um risco grande que nós estamos a correr, em toda a nossa sociedade africana. (...) porque o meu marido nunca foi fiel a mim. (participante africana)

Em termos de relação sexual, há camisas que uma mulher, mesmo tendo marido, é bom prevenir (...). (participante africana)

As participantes africanas referem com frequência a dificuldade em gerir as suas responsabilidades familiares, decorrente da não partilha destas com os seus parceiros, pois, segundo descrevem, muitas vezes estes não assumem essa função:

Estou a tomar conta de todos [os filhos] e estar com ele ou não é igual. (participante africana)

(...) ele deixava-me em casa com um filho deficiente, grávida de outro e com outro pequenino no chão e ele ia dormir a casa de outra mulher. Eu sozinha ficava em casa para cuidar dos três filhos. (...) eu sei que eu sofri, por isso, até custa arranjar um namorado, mesmo só para divertir, além da doença e pela fidelidade e por outras coisas, respeito. (participante africana)

(...) há os bons que sustentam os filhos, que estão presentes na educação deles, mas a maior parte não é, não respeitam as mulheres, não ajudam a criar os filhos. Se ajudam é só por causa do tribunal. (participante africana)

Nas discussões realizadas com as imigrantes africanas, as relações conjugais são apresentadas como uma forma de sobrevivência económica, embora as participantes descrevam que, muitas vezes, esta estratégia não é bem sucedida.

Uma participante africana realça a frustração de continuamente procurar estabelecer uma relação estável com um companheiro: “*arranja namorado, não ajuda e deixa filho, e arranja outro e deixa filho. Assim fica sempre sozinha, e com mais filhos*” (participante africana).

Dada a frequência com que ocorrem situações semelhantes à relatada, algumas mulheres discutem a possibilidade de viverem sozinhas:

Eu tenho nove filhos e nunca fui feliz. A mulher para ser feliz é ter um homem, que te respeita, gosta de ti (...). Não é ter um homem por ter. (participante africana)

Eu já tenho nove filhos, não tenho marido, vivo sozinha. (...) e sou feliz. (...) Porque ter uma pessoa só para mim está bem, mas para ter e, quando deitar o olho, já não estar, eu também não me sinto bem, prefiro estar sozinha. (...) Um marido ou um namorado, eu quero ter só para mim. E como é difícil, é melhor estar sozinha. (participante africana)

Com marido ou sem marido, para mim é tranquilo. Eu sem marido me sinto normal, normalíssima. (participante africana)

3.11. Experiências de violência

As experiências de violência foram relatadas apenas nos grupos de mulheres africanas. Ao longo das discussões dos grupos focais, estas participantes referem que é comum a ocorrência de situações de violência. As descrições vão desde o sofrimento psicológico (que em muitos casos é decorrente dos comportamentos de infidelidade dos parceiros) – «*eu estava a passear com o meu namorado, e muitas estavam a gozar comigo, a dizer que esse gajo anda a dormir com outras. Puxa! Isso dói, isso magoa, isso fere qualquer pessoa*» (participante africana) – até à agressão física:

(...) basta ter uma relação como namorados, já há agressão física. (participante africana)

Agora, porrada? É todos os dias. (participante africana)

Antigamente, eles acabavam por matar as esposas, mas agora nem isso, eles moem. As africanas ainda sofrem muito. (participante africana)

Eu tenho uma vizinha, que o marido lhe bate muito, existe muita violência doméstica. (...) Houve uma altura que a polícia teve de intervir, era demais, ele batia-lhe muito, ela estava toda negrinha (...) há muita violência mesmo. (participante africana)

(...) o meu marido me batia, (...) eu ia sempre ao hospital e eu dizia sempre: «foi o meu marido que me bateu», e quando vinha a polícia, ele dizia: «Eu? Ela é que deve ter batido com a cabeça contra a parede». (...) ele punha a minha família contra mim, eles acreditavam mais nele do que em mim. (participante africana)

Uma participante africana descreve situações de violência vivenciadas durante duas gravidezes:

(...) o primeiro filho que eu tenho foi assim, os meus pais me apertaram [a barriga] e eu saí fora de casa, (...). [Depois] o meu pai me aceitou lá em casa, me batia, e eu não sei mesmo o que é que o meu pai me fez naquela altura e eu fugi. Eu ir para casa não posso. Fui arranjar um hotel e fiquei naquele hotel a morar. (participante africana)

(...) foi assim: o meu namorado (...) deu pontapé aqui [aponta para a barriga] e criança morreu dentro. Fui parar ao hospital, (...) foi um aborto. (...) levaram para a sala de operação e rasgaram daqui para aqui, levei trinta e oito pontos, tiraram-me a criança (...). (participante africana)

Algumas das razões apontadas pelas participantes para a ocorrência de situações de violência incluem o ciúme – «(...) já namoro há sete anos e ele é um bocadinho ciumento até demais. Exagera às vezes (...)» (participante africana) – e o consumo abusivo de álcool – «O problema às vezes também é o álcool, o alcoolismo» (participante africana).

Nesta dimensão, os discursos foram agrupados de acordo com duas categorias de análise: experiência de migração e dificuldades no país de acolhimento (Portugal).

Processo de Migração

Dimensão	Categorias
Processo de migração	Experiência de migração Dificuldades no país de acolhimento

3.12. Experiência de migração

No decorrer de todos os grupos focais, o motivo mais frequentemente referido pelas participantes para migrarem para Portugal é o da procura de melhores condições de vida: «*Nós viemos para cá para uma vida melhor e nós sabemos que a vida não é fácil, nem para vocês portugueses, nem para nós*» (participante africana). No entanto, algumas brasileiras apontam a procura de novas experiências de vida como a razão para a sua migração:

Eu não vim por causa do dinheiro, eu vim por causa da experiência de vida para evoluir como ser humano. Porque eu lá no Brasil, eu fazia faculdade, eu era professora, tinha a minha vidinha, então não precisava disso. (participante brasileira)

Em relação ao processo de migração para Portugal, as participantes africanas e brasileiras relatam experiências bastante diferenciadas. Em geral, as africanas descrevem que a maioria migra no âmbito do reagrupamento familiar (para junto dos maridos/parceiros ou dos pais/parentes próximos):

(...) o marido vem para orientar a vida cá, arranjar vida primeiro. (participante africana)

(...) há uns maridos que vêm primeiro, depois vêm as mulheres (...). Há outros que vêm com as amantes e dizem às mulheres que mandam vir e nunca mais mandam. (participante africana)

No entanto, algumas participantes referem que, actualmente, as mulheres africanas também migram sozinhas, embora seja menos frequente. Na opinião destas participantes, o facto de imigrarem acompanhadas ou sozinhas e de terem ou não alguém conhecido no

país de acolhimento é um aspecto determinante na experiência migratória e no processo de adaptação:

Eu tenho uma amiga que veio só com a filha. E graças a Deus conseguiu, pois vir sozinha com filhos é sempre difícil: com a habitação, com o trabalho, sem ninguém com quem deixar os filhos, é muito complicado (...). (participante africana)

Não foi muito difícil, porque eu já tinha aqui os meus pais, as minhas irmãs. (participante africana)

Quando vim para cá quem apoiava a minha filha era a irmã mais velha (...). Passei muitas dificuldades. (participante africana)

As imigrantes brasileiras, ao contrário das africanas, referem que tendem a migrar sozinhas. Algumas destas mulheres relatam que só posteriormente os seus parentes vêm para Portugal:

Eu vim para cá com vinte e três anos. (...) trabalhei muito, comia pouco, me alimentava difícil, mas depois eu trouxe a minha mãe. (participante brasileira)

Para algumas participantes brasileiras, outra das razões para migrar para Portugal é o facto de terem caso com homens portugueses:

O meu marido é português, foi morar no Brasil, depois eu engravidei e ele decidiu que eu viesse para cá. Que eu tivesse uma forma de vida melhor, para termos o nosso filho, e nós viemos para cá. (participante brasileira)

Uma participante relata um episódio de que teve conhecimento sobre uma conterrânea que migrou para Portugal por causa de uma potencial oportunidade de emprego, mas que acabou por ser vítima de tráfico:

Eu conheci uma [pessoa] numa loja no Rossio. Uma senhora fez o convite: “Olha, você vai trabalhar para mim.” Aí, foi lá no Brasil, deu grana para ela e trouxe ela. Só que confiscou o passaporte, pegou as roupas dela, pegou tudo. Levou ela para casa. Quando ela chegou na casa, era para trabalhar de prostituta. (...) ela era trancada à

chave para não fugir (...). Ela arranhou um jeitinho (...) e sumiu. Só que a mulher ficou com todas as roupas dela (...). Sem dinheiro, sem nada, procurou ajuda (...). (participante brasileira)

3.13. Dificuldades no país de acolhimento (Portugal)

Nesta categoria de análise foram exploradas as dificuldades sentidas na chegada e na adaptação ao país de acolhimento, nomeadamente dificuldades socioeconómicas e familiares (condições de vida, trabalho, filhos, entre outras) e vivência de atitudes discriminatórias.

De forma geral, as participantes descrevem as experiências de chegada e de adaptação ao país de acolhimento como sendo difíceis. Em vários relatos são realçadas as possíveis implicações destas experiências para o seu estado de saúde:

Sofri, comi o pão que o diabo amassou aqui sozinha, mas trabalhei, trabalhava todos os dias das onze e meia da manhã às duas da noite. Todos os dias directo, para juntar dinheiro, eu chegava a atender duzentas ou trezentas pessoas por dia (...). Trabalhei muito, comia pouco, me alimentava difícil. (participante brasileira)

É difícil a adaptação, especialmente nós que viemos de Angola, muito difícil mesmo, eu passei muito mal, eu até adoeci, tive oito meses internada, com infecção nos pulmões (...). Apanhava chuva ao trabalhar ao frio, foi muito difícil. (participante africana)

(...) vir para cá passar as dificuldades que passamos e ter de ir viver para uma barraca, eu digo, eu não morri, porque eu acho que tenho uma saúde de ferro, é verdade, porque eu ia morrendo. (...) foi desgosto de ter vindo. (participante africana)

(...) depois vim para aqui e vim encontrar outro tipo de guerra, mais dificuldades. (participante africana)

As imigrantes brasileiras fazem também referência à ruptura de relações sociais, ao isolamento e à subjacente fragilidade psicológica como parte das dificuldades enfrentadas no país de acolhimento:

Eu gostava de ter uma amiga portuguesa (...) porque eu sinto falta muito aqui é a amizade que eu tinha muito no Brasil. (participante brasileira)

Eu acho que a gente às vezes fica carente, porque nós não temos pessoas atentas, carinhosas, como nós que somos simpáticos. (participante brasileira)

Houve um ano que uma amiga me convidou para passar o Natal com ela, eu achei bacana, porque eu estava sozinha e uma família portuguesa chamar a gente para passar o Natal junto, é um bocado raro, não é? (participante brasileira)

Eu tive uma depressão pós parto (...) foi a minha mudança aqui em Portugal, não tem sido a melhor, eu lá morava e tinha uma família muito grande, tinha muitas irmãs, se eu tivesse a minha família aqui eu já me tinha familiarizado um pouco mais, mas eu acho que não era bem aquilo que eu pensava. (participante brasileira)

Face às elevadas exigências económicas inerentes a ter a seu cargo a exclusiva responsabilidade pelos filhos, as participantes salientam as dificuldades que sentem em gerir a vida familiar e a necessidade de trabalhar muitas horas. Em vários grupos focais (sobretudo de africanas) são relatadas diversas experiências de como, no quotidiano, essas dificuldades são frequentes:

[minha maior dificuldade] é cuidar dos meus filhos. São quatro e estou sozinha (...) Um dia, ela [uma filha] perdeu-se no caminho, foi parar à esquadra da polícia, ele disse que eu tinha de tomar conta da criança e eu disse que tinha de trabalhar para sustentar (...). E agora eu estou em casa e tenho ajuda da segurança social, se não fosse isso, não sei. (participante africana)

(...) na minha vida, eu sofri muito cá em Portugal, porque é muito diferente da minha terra. (...) os homens cá não são iguais como os de São Tomé. (...) em São Tomé, os homens trabalham, a mulher trabalha e ajudam uns aos outros. (...) Aqui é diferente, as mulheres é que trabalham, é que têm dinheiro para dar aos homens. (participante africana)

Eu cheguei a levar a noite a passar a ferro. Nem dormia, levantava às três horas da ma-

drugada, para entrar no trabalho às seis horas da manhã (...). Eu levei vida complicada mesmo, porque não tinha homem para pôr dinheiro em casa, era só eu. (...) Eu tinha três crianças para cuidar pequeninas. Chegou a haver dias que os tinha de deixar trancados em casa para ir trabalhar, porque já não tinha mais dinheiro para pagar a ama. (...) Não foi fácil. Se fosse em Cabo Verde, tinha mãe, irmãos, avó, mas aqui nessa terra, não há ninguém que ajuda. (participante africana)

Trabalhava catorze horas de trabalho. (...) tinha de levantar quatro e tal da manhã para levar a minha filha para a ama para ir trabalhar, porque eu tinha filhos em Cabo Verde para criar. (participante africana)

(...) você fica muito ausente. Eu acho que o gasto que se tem com uma criança aqui é muito grande, porque quando se é imigrante a gente está desprovido de familiares, de pessoas para ajudar. (participante brasileira)

No decorrer dos discursos, as participantes referem também que a condição de imigrante não lhes permite «ter a possibilidade» de ficar doente:

(...) o médico disse assim «olha, se não está a sentir bem tem de meter a baixa», e o que é que eu vou comer com o meu filho dentro de casa? Eu, se meter baixa, não vou ter dinheiro para comer. (participante africana)

Imigrante fica muito barato para o Estado, imigrante nunca fica doente. Nós raramente adoecemos. (participante brasileira)

Uma outra dificuldade relatada pela maioria das participantes diz respeito às atitudes discriminatórias de que são vítimas. As mulheres referem episódios de discriminação de ordem racial:

Eu sofri na cor e também quando eu procurei emprego. (participante brasileira)

Quando a gente chegou cá aconteceu isso, eles dizem «vai para a tua terra». (participante brasileira)

Os portugueses, não vou generalizar, mas como foi comigo, que tenho uma cor mais escura (...) eu já sofri algum racismo. (...) os meus filhos são de pele branca, o meu marido é de pele branca e eu tenho pele escura (...), quando as pessoas me vêem andar eu, o meu marido e os meus filhos, eles pensam que sou a bábá. (participante brasileira)

Eu estava a trabalhar num sítio, onde eu nunca pensei que houvesse tanta discriminação (...) naquele dia, quando saí do trabalho (...), eu comecei a chorar, fui arrumar as coisas, e eu nem gosto de falar nisso, fui arrumar os baldes e vim-me embora doente. (participante africana)

Eu lá no meu trabalho, toda a gente leva coisas e dizem: «prova, prova.» Quando eu levo, todas dizem: «Ah! Deixa estar.» Isso é discriminação, não é? (participante africana)

(...) Eu estava no autocarro e tinha uma criança ao colo (...) por eu ser preta, não me deram o lugar (...) eu nesse dia, nem podia ver um à minha frente, que se eu pudesse saltava para o pescoço. (...) Eu agora aprendi com eles, eu agora não dou lugar, se essas pessoas não respeitam, eu também não. (participante africana)

(...) em certos lugares que eu vou, eu até tenho medo de abrir a boca para perguntar alguma coisa, porque na hora que vêem que é brasileiro já muda (...). (participante brasileira)

Simultaneamente, as brasileiras referem ser vítimas também de situações de discriminação de ordem sexual:

São eles que têm o preconceito. Eles pensam que a gente vem para cá para se prostituir. (participante brasileira)

Eu sofri um bocado, porque há preconceito. Eu até evito de sair na rua, porque eu não saio sem o meu marido e, quando saio com o meu filho, saio com medo. (participante brasileira)

(...) eu conheço uma senhora que dizia que quem rouba marido é brasileira, quem se prostitui é brasileira, brasileira é tudo. (participante brasileira)

Eu fui fazer uns exames (...) e eu ouvi uma delas falando: «essa daí já agarrou mais um português». São coisas que machucam a gente (...). (participante brasileira)

Tem muitas mulheres da vida que vão para o exterior para se prostituírem. Isso não quer dizer que são todas que fazem isso (...). E a gente não pode falar que é por ser brasileira (...). Eu acho que isso aí é um preconceito muito grave. (participante brasileira)

Eu aqui, no meu serviço, quanto mais séria melhor, para não dar abertura a certas piadinhas, que eu acho que isso é muito desagradável, porque eu estou aqui trabalhando, não estou aqui a passear ou a procurar homem nenhum. (participante brasileira)

Eu tenho amigos portugueses (...), eles tinham uma visão que a gente é liberal, que a gente é moderna, que a gente é meio aberto (...). A gente quer conversar e conviver, é natural isso da gente. Mas eles, se calhar, já não conversam tanto, mas se calhar fazem coisas piores. (participante brasileira)

Contudo, algumas mulheres referem nunca ter sentido discriminação:

Eu não senti discriminação (...) ainda não passei por isso. (participante africana)

Acesso e utilização dos serviços de saúde

Dimensão	Categorias
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Padrões de utilização dos serviços de saúde Percepção sobre os serviços de saúde Comparação entre a prestação dos cuidados de saúde no país de origem e no de acolhimento (Portugal) Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde Facilidade no acesso e utilização dos serviços de saúde

3.14. Padrões de utilização dos serviços de saúde

Os discursos das participantes revelam diferenças nos padrões de utilização dos serviços de saúde. Enquanto que algumas imigrantes referem que utilizam os serviços de forma preventiva e regular:

Eu vou todos os anos. (participante africana)

Eu tenho a minha médica e costumo ir sempre. (participante africana)

A minha experiência é diferente, porque uma vez por ano, eu faço um check-up com todos os exames. (participante brasileira)

Outras participantes reportam não utilizar os serviços de saúde:

Eu há nove anos que não vou ao médico. (participante africana)

Não vou porque nunca estou doente. (participante africana)

Eu, às vezes, sinto mesmo dores, mas eu prefiro ficar em casa, arranjar remédio e tomar sem ir ao médico. (participante africana)

No entanto, a situação mais frequentemente descrita é a utilização dos serviços de saúde apenas em situações agudas:

Quando eu estou doente é que eu vou ao médico. (participante africana)

Só quando a gente está aflito. (participante africana)

Só quando a gente está muito mal. (participante africana)

No que se refere à utilização dos serviços de planeamento familiar encontram-se diferenças entre as participantes africanas e brasileiras. As africanas referem que recorrem com

pouca frequência a estes serviços: «*Eu não faço nada de consulta de planeamento, eu não faço isso.*» (participante africana); «*(...) não tenho homem, não tenho nada a ver com essas coisas.*» (participante africana).

As brasileiras, por outro lado, procuram os serviços, mas queixam-se que estes não estão, muitas vezes, aptos a dar respostas às necessidades sentidas:

(...) no centro de saúde, para você ver o seu problema resolvido você demora alguns meses. Eu estou com uma médica a fazer planeamento, ela me pediu para fazer vários exames, e os exames ficam prontos dentro de três semanas (...) então é assim, até lá eu vou-me segurando, essa parte é meio complicada. (participante brasileira)

Eu passei por uma experiência (...) que eu aí fazer uma inseminação artificial e estou mesmo querendo fazer. E eu disse: (...) «Quero fazer inseminação artificial.» E ela para mim: «Você julga que é assim? Chega, senta, é muito simpática e quer fazer inseminação artificial? Pensa que as coisas são assim? (...) Problemas já eu tenho muitos, não me venha arranjar mais um. Você já tem três [filhos], para que quer mais?» Eu disse: «Mas não sou eu, é ele.» E ela: «Então manda ele arranjar outra mulher que com você já não dá.» (participante brasileira)

Em relação à utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, algumas participantes afirmam não recorrer regularmente a estes serviços nem realizar os exames de rotina com a periodicidade adequada:

Eu só fui ao médico. Ao ginecologista eu não fui. (participante brasileira)

[Sobre o exame de Papanicolau] *eu nunca fiz. O acompanhamento foi só na gravidez. (...) depois de estar grávida, nunca fiz esse exame. Como se chama?* (participante brasileira)

(...) foi a primeira vez na vida que fiz o exame Papanicolau. Eu nunca tinha feito. Eu sei que tem poucos médicos aqui nesta área para atender, não é só comigo, é com toda a gente (...). (participante brasileira)

Apesar de as participantes reconhecerem que, frequentemente, não fazem os exames de rotina necessários, algumas realçam a importância dos mesmos:

[Nós] devemos ir [ao médico], porque às vezes pensamos que está tudo bem e estamos 16, 17 anos sem ir ao médico. (...) nós, as mulheres, a partir dos 45 anos, temos de ter cuidados, a parte da barriga, com o cálcio e essas coisas. (participante africana)

(...) uma mulher, a partir de uma certa idade, tem de ter mais cuidados e devemos fazer exames de barriga (...). (participante africana)

Em quase todos os grupos focais, as participantes revelam que utilizam diferentes tipos de serviços de saúde e apontam diversas razões para a sua escolha. Algumas referem preferir recorrer aos hospitais:

Eu desde que fui operada, só vou ao hospital. (participante africana)

Eu, muitas vezes, quando estou aflita, deixo chegar a noite e o meu marido leva-me para o hospital, para ver se consigo fazer exames e análises. (participante africana)

Enquanto que outras participantes reportam utilizar preferencialmente os centros de saúde:

(...) quando estou com dor na barriga, eu ao hospital não vou, porque lá não tratam as pessoas como deve de ser. Eu chego aqui [no centro de saúde], eu falo com o enfermeiro, ele me dá medicação, eu tomo e passa. (participante africana)

Aqui no posto de saúde o acompanhamento é excelente (...) agora no hospital sinceramente eu tenho muito medo (...) eles não têm tanto cuidado. (participante brasileira)

No decurso dos grupos focais com imigrantes brasileiras, algumas descrevem que, quando necessitam de cuidados na área da saúde sexual e reprodutiva, normalmente recorrem à medicina privada:

No posto médico, eu fui só em questão de urgência. As outras, que fui ao ginecologista, eu fui ao particular. (participante brasileira)

Eu nunca fui em posto médico, sempre fui em particular (...). (participante brasileira)

Um dado interessante referido também por algumas imigrantes brasileiras é o facto de utilizarem com frequência os serviços de saúde do país de origem (consultas quando se deslocam ao Brasil, no período de férias ou aconselhamento à distância) e de, muitas vezes, recorrerem aos seus familiares para fazerem esse contacto:

(...) para a gente ter tudo resolvido, rápido, quando eu estou de férias no Brasil, eu vou lá ao médico. Porque lá, eu estou tranquila, eu não tenho a responsabilidade do trabalho (...). (participante brasileira)

(...) eu sempre liguei para a minha mãe para ela ligar para o meu médico lá do Brasil. (participante brasileira)

Os relatos de várias participantes (sobretudo africanas) sugerem que a utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva está, na maioria dos casos, associada à vigilância da gravidez, à maternidade e/ou à saúde infantil:

Se estou grávida, eu vou controlar isto até ao fim. (participante africana)

Eu vou ao médico a partir dos quatro meses e tal. (participante africana)

Aquelas que já têm filhos, eu acho que vão mais, agora as que não tiveram só vão quando necessitam. (participante africana)

Eu só vou quando estou grávida. (participante africana)

Em alguns grupos focais é perceptível a existência de situações de fraca utilização de cuidados pré-natais:

Eu só soube que estava grávida no quinto ou no sexto mês. (participante africana)

3.15. Percepção sobre os serviços de saúde

Algumas participantes referem ter medo ou não gostar de utilizar os serviços de saúde:

(...) eu não gosto de ir ao médico, eu tenho fobia ao hospital, o cheiro em si, eu não gosto, eu desmaio logo. (participante africana)

Pelos discursos das participantes, sobretudo brasileiras, constata-se desconfiança e a percepção de fraca qualidade no que respeita aos cuidados de saúde prestados:

(...) eu tenho muito medo, não sei se é por a gente ser imigrante (...). Então, a gente interna, mas eu acho que vai da sorte também, pois eles não têm tanto cuidado. Quando a gente chega lá, uns conseguem se safar e outros não conseguem. (participante brasileira)

(...) tem aquela sala enorme, põem a mulherada toda numa sala, não há uma privacidade. Pior que não ter privacidade, é estar a ouvir as outras a gritar. Depois o médico veio, abriu as pernas da nossa amiga e fez logo ali o parto. Tudo bem que estava a fazer-se muita cesária, daí o governo diminuiu, porque cesária é cara, mas tem mulheres que chegam lá e já não aguentam mais. (participante brasileira)

Infelizmente, não há como provar. Se os maridos tivessem ali filmando, gravando, era uma prova. (...) porque quando a criança morre, cortou, acabou. (participante brasileira)

(...) uma amiga minha, todos os dias passava mal, ela ia lá e mandavam sempre para casa. (...) o bebé já passou a hora de nascer e nasceu deficiente. (participante brasileira)

(...) todo o mundo pergunta: «porque é que os portugueses não têm filhos?» A experiência que a gente ouviu, em pleno século XXI, a forma como eles fazem o parto aqui, é deixar a mulher para nunca mais querer ter filhos mesmo. (participante brasileira)

Na opinião das mulheres brasileiras, a medicina preventiva é pouco valorizada em Portugal:

(...) Quando eu fui à consulta, a médica questionou porquê tudo: «Porque tinha pedido exames de sangue? Porque quer fazer mamografia? E esses exames?» Quando eles estão nas campanhas políticas, dizem que a saúde e a educação são as prioridades deles. Eles passam para a gente a prevenção na saúde. Se eu estou lá, eu acho que não tem de me questionar, tem mais é que me atender. (participante brasileira)

Algumas participantes referem que, por vezes, as atitudes que os parceiros têm sobre as mulheres utilizarem os serviços de saúde sexual e reprodutiva funcionam como uma barreira:

Eu tenho uma colega que o marido não gosta que ela vá ao médico. Machismo. Para se mostrar superior à mulher, que manda na mulher. Há mesmo muitos casos. Por isso eu acho que se houvesse algum tipo de informação, de divulgação para incentivar as mulheres a irem às consultas, era mais fácil das mulheres irem. (participante brasileira)

Nos grupos focais com as mulheres africanas é referido que, em geral, os imigrantes africanos não consideram importante recorrer aos serviços de saúde:

Isso acontece na maioria das vezes, os africanos têm a mania que são os seus próprios médicos (...). A minha mãe tem doenças agravantes e a gente aconselha sempre continuar o acompanhamento dos médicos, e ela não faz nada. (...) quando lhe dá uma dor, em vez de ir ao médico, fica em casa. (participante africana)

Eu também acho que quando tem muitas dores é que vão ao médico. (participante africana)

Contudo, algumas participantes africanas realçam a importância do acompanhamento médico através de consultas regulares:

Porque há consultas de rotina que devemos ir, porque às vezes pensamos que está tudo bem e estamos há anos sem ir ao médico. (participante africana)

3.16. Comparação entre a prestação dos cuidados de saúde no país de origem e no de acolhimento (Portugal)

Em todos os grupos focais constituídos por africanas, a prestação dos cuidados de saúde em Portugal é considerada melhor do que nos países de origem:

(...) em Portugal é um bocadinho difícil, mas mesmo assim é melhor. (participante africana)

A comparação entre a prestação dos cuidados de saúde no país de origem e no de acolhimento foi mais explorada nos grupos de brasileiras. Neste grupos focais, um dos aspectos referidos é a existência no Brasil de diferentes estratégias para prestação de cuidados de saúde, como a «estratégia de saúde da família» e a «estratégia de atenção domiciliar» que, na opinião das participantes, não existem em Portugal:

Lá a gente tem um médico de família que vai a casa, um agente de saúde e um enfermeiro. Eles têm de ir na nossa casa uma vez por mês, ver se está tudo certo. (...) No centro de saúde, tem uma folha que fala todo o histórico da minha família, (...) então, quando eu chego lá, eles não vão-me atender no centro de saúde, (...) mas vai pegar naquela folha que tem o histórico da minha família, isso eu chamo medicina familiar, não é o que eles fazem aqui. (participante brasileira)

Agora lá há um tratamento que eles chamam de tratamento assistido, que vai em casa um médico e uma enfermeira (...). O Brasil é eclético, quando uma coisa não funciona, a gente tem facilidade de renovação. (participante brasileira)

Outra diferença apontada diz respeito à reduzida frequência com que os médicos prescrevem ou realizam exames de rotina em Portugal:

(...) a médica lá no Brasil tinha falado que tem de fazer aquele exame sempre de seis em seis meses e eu, fiz três anos que eu estou aqui, nunca fiz. (...) faz tempo que eu ando para perguntar ao médico, ele nunca explicou. (participante brasileira)

O exame [Papanicolau] é feito de dois em dois anos e lá a gente faz de seis em seis meses. A minha médica fala que não precisa. (participante brasileira)

(...) aqui os exames de toque de mama não fizeram (...). Também o Papanicolau eu pedi para a doutora. Eu fiquei meio constrangida de ficar pedindo, porque lá não é necessário pedir. (participante brasileira)

O médico lá cobra da gente e diz: «vamos colher já?» E aqui não. Mas se a gente cá está informado, a gente é que tem de perguntar para o doutor (...). (participante brasileira)

Eu não fiz exame de Papanicolau aqui, fiz lá no Brasil, aqui não. (participante brasileira)

As participantes mencionam ainda a dificuldade de marcação de consultas de especialidade:

(...) no Brasil a consulta com o ginecologista era mais fácil. Não precisava ir lá marcar. Aqui é preciso. (participante brasileira).

Outro aspecto referido é o relativo ao uso de medicamentos:

(...) no Brasil, eles não passam tanto antibiótico como aqui. (...) o Brasil está mais evoluído na questão da medicina alternativa. (participante brasileira)

As participantes apontam ainda diferenças no atendimento durante o trabalho de parto:

(...) quando a pessoa vai ter bebê, no Brasil, eles têm todo o cuidado, eu acho que aqui não acontece assim, pelo menos nos brasileiros que eu conheço. Tem muitos casos que a pessoa acaba por perder a criança, por falta de atendimento deles. (participante brasileira).

3.17. Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde

As participantes reportam um conjunto de diferentes barreiras que encontram quando tentam aceder ou utilizar os serviços de saúde, tais como: barreiras administrativas, funcionamento dos serviços não adaptado às suas necessidades (dificuldade de marcação de consultas, longo tempo de espera, entre outros) e atitudes dos profissionais.

Na opinião das participantes (sobretudo das brasileiras), o estatuto legal do imigrante é um factor determinante para aceder aos serviços de saúde. Neste sentido, as participantes queixam-se das dificuldades sentidas para aceder aos serviços de saúde «quando não se tem documentos»:

(...) se você não tem documentos aqui, você não é ninguém. (participante brasileira)

Quando eu estava ilegal – agora estou à espera da boa vontade do SEF –, quando eu precisava, eles não davam nada. Tudo o que eu precisei eu tive de pagar. Tudo particular. (participante brasileira)

Você tem de pagar tudo (...), eles te atendem, mas depois eles mandam para casa uma conta que você tem de pagar. (participante brasileira)

Quando se é ilegal, eles mandam ir para a urgência. Não adianta ir para o posto. (participante brasileira)

Há muitos que vão ao posto médico e eles não tratam das pessoas, mandam para o hospital. Chegam no hospital, mandam muitos papéis para pagar o dinheiro. Portugal está muito difícil. (participante africana)

Em vários discursos, as participantes descrevem experiências em que sentiram dificuldades para aceder aos serviços de saúde:

(...) a minha mãe acabou de vir da Guiné (...), o meu irmão foi lá no posto médico para fazer inscrição para ela e disseram que ela não pode ter médico, só a partir de seis

meses. (...) nós já temos o nosso médico de família, que é o médico do meu pai, que já está cá há vinte e três anos. (...) Isso não é normal, não tem cabimento. (participante africana)

Ela pediu um documento que eu não sei o que era (...) e eu disse: «mas eu não preciso, eu tenho o passaporte.» Então ela começou a dizer: «você nem sabe o que é preciso, você está ilegal.» (...) eu fiquei sem ação, sem conseguir falar nada, eu comecei a chorar, peguei as minhas coisas e saí de lá, saí tremendo. Depois, o meu esposo foi comigo lá, (...) ele também é brasileiro e me avisou: «você não pode dar moleza para esse povo, porque senão eles te tratam pior que um cachorro aqui.» (participante brasileira)

Os médicos aqui são treinados para dizer às mulheres que não têm a documentação, que elas não têm direito de fazer exames (...). Dizem que isso é a nova lei que está aí, só que isso é mentira. (participante brasileira)

Outra das dificuldades relatadas prende-se com a marcação de consultas:

(...) quando eu descobri que estava grávida, eles demoraram a marcar uma consulta para mim. (...) vai fazer um mês que eu ligo todos os dias e falam que está tudo preenchido. (participante brasileira)

(...) o tempo que você demora a marcar uma consulta é muito, (...) você tem que ir e tirar uma senha, depois você volta, consulta, arranja o exame, depois marca o exame e tem de voltar outro dia (...). (participante brasileira)

Eu estou aqui há quatro anos, eu não tenho médico de família. (...) A primeira consulta a que eu fui, quando eu cheguei lá, (...) ela me questionou porque eu ia ser atendida por aquela médica, porque ela tinha os doentes específicos dela e que eu não era paciente dela. Aí eu disse que a minha prima ligou e marcou uma consulta com ela. Agora, o problema já não é meu, é um problema da administração. Aí, essa senhora me indicou uma outra [médica]. Nessa consulta, a médica falou que não poderia ficar comigo como paciente, porque o quadro de pacientes já não suporta mais. E me indicou outra pessoa. Na terceira consulta, a mesma coisa, pois está faltando médico. (participante brasileira)

Em vários grupos focais é realçado que o funcionamento dos serviços de saúde é, muitas vezes, pouco adaptado às exigências das suas vidas profissionais. O facto de terem de faltar ao trabalho para irem ao médico constitui uma dificuldade na utilização destes serviços:

(...) porque eu aqui tenho de trabalhar, (...) se você não trabalha, você não ganha. Eu não gosto de faltar ao trabalho, eu até posso estar doente, mas se tenho condições de estar em pé, eu vou trabalhar. (participante brasileira)

(...) a gente trabalha, tem de arranjar tempo para vir à consulta marcada (...). Agora eu tenho de faltar para marcar com a médica, eu acabo esquecendo. (participante brasileira)

(...) para eu fazer uma consulta qualquer, eu perco um dia de trabalho. Eu tenho dois trabalhos diferentes (...), eu comprometo os dois trabalhos. (participante brasileira)

Os discursos das participantes revelam também que o custo associado aos cuidados de saúde influencia a escolha dos serviços a utilizar:

No hospital, se calhar, até é melhor porque pagas o preço normal que os outros pagam, enquanto aqui no posto médico tens de pagar 32 euros e tal. Como é que uma pessoa tem esse dinheiro se não está a trabalhar? (participante africana)

O longo tempo de espera é uma barreira frequentemente apontada:

(...) para nós, imigrantes, a questão do tempo é uma coisa muito séria. (participante brasileira)

(...) a consulta, você vai lá dentro, traz um papel, depois tem de ir para a sala de espera, estar na fila para carimbarem os papéis. Uma pessoa fica aqui duas horas, três horas ou mais. (participante africana)

Às vezes, tem uma hora que aborrece (...) são horas e horas. (participante africana)

Em vários grupos focais, as atitudes dos profissionais de saúde são outro dos obstáculos referidos. As participantes queixam-se da forma como são atendidas pelo pessoal administrativo:

(...) eu parecia uma pessoa diferente lá no centro de saúde, porque aquelas mulheres que atendem na recepção não têm educação nenhuma, nem preparo para lidar com as pessoas. (participante brasileira)

(...) às vezes são estúpidos, (...) não te dão atenção, eu acredito que outros imigrantes também devem sofrer com isso. (participante brasileira)

(...) eles não são acessíveis, não dão atenção, se viram para o lado, (...) não dão atenção às pessoas que estão ali para serem atendidas. (participante brasileira)

(...) acho que eles têm de falar com a gente sem atacar a gente. (participante brasileira)

Até a maneira como nos atendem, às vezes, é tão arrogante. (participante africana)

Uma pessoa vai lá para marcar uma consulta e diz «olhe, eu gostava de marcar uma consulta mas não sei como é» e eles respondem «tem de sentar-se e esperar ali», e depois passado muito tempo uma pessoa vai lá e eles dizem «outra vez, já disse que tem de esperar». E depois é que a gente vai perguntar ao segurança e o segurança é que explica quando é que a gente tem de marcar a consulta. (participante africana)

Algumas participantes relatam dificuldades no relacionamento com os médicos:

Ela [a médica] disse para eu esperar que ela estava cansada. E se [a minha filha] estava mal, para eu ir no hospital, no SAP, ou nas urgências, que tinha muito trabalho, que tinha muitos pacientes. Fui para [o hospital], a minha filha ficou internada. (...) até hoje eu faço consultas com ela, mas quando a minha filha está doente eu faço consultas no hospital. (participante africana)

A minha médica de família não resolve o meu problema de asma. Ela disse-me que é uma doença crónica. Porque hei-de estar lá todos os dias a bater à porta, se eu sei que

a asma não vai curar mesmo? (...). Quando eu piorar ou vir que estou a morrer, chamo a ambulância e vou para o hospital. (participante africana)

(...) eu comecei a passar mal à noite, eu já estava desconfiada e falei para o doutor que achava que estava grávida. (...) Ele não fez exame nenhum e disse que eu estava com uma úlcera nervosa. Receitou um medicamento, se eu tivesse tomado, eu tinha abortado. Como eu fiz o teste e vi que estava grávida, eu não comprei o medicamento (...). (participante brasileira)

Um aspecto bastante reforçado pelas participantes é a pouca atenção que os médicos lhes dispensam:

(...) eu gosto de ir ao médico, quando ele tem atenção com pessoas, com os pacientes. (participante africana)

Fui no posto de saúde (...), [o médico] nem olhou para mim. Atendeu, olhou no papel e nem olha para você. Eu acho que é preciso alguma atenção, olhar nos olhos e dizer: «é assim e tal». (participante brasileira)

Na opinião das participantes, alguns profissionais de saúde são pouco sensíveis à condição de imigrante:

Como você é imigrante, você já chega com medo, no meu caso, foi levar uma patada, em vez de me socorrer. (participante brasileira)

Eu acho que devia haver mais respeito, porque uma pessoa está doente (...) passa muitas dificuldades aqui, pode estar sozinha e eu acho que eles não se preocupam muito com isso não. (participante brasileira)

Quando se trata de doença, você já está ali frágil e sofre xingamento, isto traz mais sofrimento. (participante brasileira)

(...) eu acho que eles não têm muito cuidado com os imigrantes não. (participante brasileira)

Em alguns grupos focais é também referido que, por vezes, os profissionais de saúde possuem um conjunto de estereótipos relativamente às imigrantes:

Um outro preconceito que eu sinto é que o português acha que a gente está indo lá para mostrar que sabe tudo (...) então eles já atendem a gente mal, na defesa, sabe? E eles dizem: «aí vêm vocês que pensam que sabem tudo. Vocês acham que são formados em tudo.» (participante brasileira)

Eu tinha uns exames para fazer, pedi para o enfermeiro me fazer as análises e ele disse que àquela hora não, que já ia sair. Eu disse-lhe que depois eu pagava um cafezinho para ele. (...) o cara é muito para frente, já queria o meu número de telefone. Isso para a gente é tão natural, mas para eles, pensam logo que a gente já está querendo outra coisa. (participante brasileira)

O Papanicolau tem muitas mulheres brasileiras que vão fazer e eles têm a cara de pau de virar e dizer: «Brasileiras têm mais doenças.» (participante brasileira)

Nos seus discursos, as participantes descrevem situações em que se sentiram discriminadas nos serviços de saúde:

(...) a enfermeira falou assim: «Poxa! Você estava tão bem no seu país, e vem ter o seu filho aqui?!» Eu achei aquele comentário muito infeliz e me deixou muito assustada. (participante brasileira)

Quando o meu filho nasceu (...), eu disse: «eu sou imigrante, mas sou ser humano, esperei nove meses para ter meu filho.» Ela disse assim: «vocês imigrantes devem estar nos seus países. E você tem de calar.» (...) aí a enfermeira disse que eu não podia comer nada. Depois a auxiliar disse: «você vai para o quarto comer» (...). E eu disse que não podia comer nada, ia fazer cesariana. E ela disse-me: «mas a enfermeira não escreveu nada.» (...) depois eu cheguei lá no bloco e ele disse assim: «olha, essa gente é irresponsável, quase que isso poderia matar a senhora», fiquei numa sala escura lá, da uma hora até às três, ele fez o meu parto e nasceu. (participante brasileira)

Neste contexto, segundo as participantes, as dificuldades que encontram no acesso aos serviços de saúde contribuem para uma reduzida utilização dos mesmos:

(...) eu não precisei ficar doente para procurar o médico, pois saúde também é prevenção. (...) perdi um dia de trabalho. (...) tive de pegar uma senha para então entrar numa fila e tal, (...) quando eu cheguei para ir até ela, teve uma emergência, ela não pôde me atender. Passou mais de um ano e eu não voltei mais. Então, o que vai acontecer no futuro? Vai haver mais pessoas doentes, mais superlotação e isso só vai aumentar o número de doenças. (participante brasileira)

(...) nem fui atendida, eu cheguei em casa pior. (...) a minha sogra foi na farmácia, comprou medicamento para mim e fiquei melhor. Nem fui lá mais. (participante brasileira)

Pelos seus discursos também é possível perceber que as más experiências vividas pelas imigrantes nos serviços de saúde levam muitas vezes à sua não utilização:

O pediatra falava uma coisa, o médico dizia outra. Ela ficou assim perdida. Ela passou mesmo mal. Eles pensam que assim aprendemos. Para isso, ficamos em casa, pois a gente vai e volta com o mesmo caso sem esclarecer. Eles não esclarecem e ficamos naquela confusão, sem saber o que fazer. (participante brasileira)

Eu acho que deveria haver um acompanhamento porque não é normal a pessoa ter isso no útero, é uma coisa que não é normal, eu nunca ouvi ninguém falando e ela [a médica] teve uma reação de estranhamento. Como pode ter pólipos no útero? No entanto, não houve acompanhamento. Não adianta eu ir. (participante brasileira)

Até a maneira como nos atendem, às vezes, é tão arrogante que não dá vontade de ficar ali a esperar. (participante africana)

É ainda referido como barreira o desconhecimento existente sobre os direitos dos imigrantes e os procedimentos que são necessários para aceder aos serviços:

Há muitas pessoas lá que têm problemas e queixam-se, tipo eu estou doente, quero ir ao médico mas não posso porque não tenho os documentos. Ficamos sem explicar como se faz, que nem eu sei, não sei mesmo. (participante africana)

(...) não sei como são as questões aqui do seguimento do pré-natal. (...) as minhas dúvidas de engravidar, eu não sei, como aqui tudo é diferente. (participante brasileira)

No entanto, um pequeno grupo de mulheres refere que não existe diferença na utilização dos serviços por serem imigrantes, pois as barreiras que dizem enfrentar são, segundo elas, as mesmas que enfrentam as mulheres portuguesas: «*A situação é a mesma, como em qualquer parte do mundo*» (participante brasileira).

3.18. Facilidade no acesso e utilização dos serviços de saúde

Algumas participantes, sobretudo as africanas, consideram não ser difícil aceder aos serviços de saúde em Portugal, independentemente do estatuto legal:

(...) eu antes de estar legal em Portugal, eu sempre tive médico de família, com ou sem documentos sempre tive médico para mim e para as minhas filhas (...). (participante africana)

[são atendidos] mesmo os que não têm médico. E no posto médico, aquelas pessoas que vieram há pouco tempo, eles atendem. (participante africana)

Eu até hoje não tenho médico, estou em lista de espera, mas quando preciso arranjam consulta. (participante africana)

Foi mais fácil que no Brasil. (participante brasileira)

A nível do atendimento basta uma pessoa estar legal, os documentos estarem todos tratados que exigiram, a segurança social, contribuinte, a residência, vai até ao centro de saúde, apresenta esses documentos exigidos, inscreve-se e depois tem médico. E no caso de não estar legal paga-se uma taxazinha. (participante africana)

No mesmo sentido, as participantes relatam experiências positivas vividas nos serviços de saúde, particularmente nos centros de saúde:

No meu centro de saúde é quase uma família. Desde que eu tive os meus bebês que vou para lá. As enfermeiras são uns amores (...). (participante brasileira)

Aqui no posto de saúde o acompanhamento é excelente (...). (participante brasileira)

Eles [profissionais de saúde] ajudam muito e mesmo que alguém diga que não ajudam, isso é mentira, é porque não sabe, porque eles ajudam. (participante africana)

De bom foi o acompanhamento, porque era a primeira filha e eu não tinha noção, explicaram tudo certinho, e eu fui aprendendo com eles, tanto lá no hospital como aqui. (participante brasileira)

Outro aspecto referido como sendo positivo é o apoio social que recebem:

Há pessoas aqui no bairro que não têm documentos, mas a assistente social ajuda. E se não ajuda, é porque não consegue mesmo. (participante africana)

Mas já é uma ajuda [abono]. Você recebe todo o mês se você tem um filho (...). (participante brasileira)

Aqui é muito bom, (...) se for mãe solteira eles dão fraldas e essas coisas. (participante brasileira)

A mãe dele teve agora uma cirurgia no joelho e teve uma assistência maravilhosa, (...) manda pessoas para fazer comida para ela, manda um carro para ela ir fazer fisioterapia (...) ela lá tem uma assistência maravilhosa que ninguém acredita, ele me contou e me falou que elas vão lá e ela é muito bem tratada. (participante brasileira)

Estratégias para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes

Dimensão	Categorias
Estratégias para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes	Informação em saúde sexual e reprodutiva Infra-estruturas dos serviços de saúde Funcionamento dos serviços de saúde Atendimento nos serviços de saúde Profissionais de saúde

No final dos grupos focais foi solicitado às participantes que sugerissem estratégias para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes. Embora tenha sido perceptível a dificuldade de alguns grupos em sugerir estratégias, as sugestões apresentadas apontam aspectos interessantes.

3.19. Informação em saúde sexual e reprodutiva

Várias participantes consideram que existe pouca informação na área da saúde sexual e reprodutiva e muitas reconhecem estar pouco informadas. Assim, sugerem que deve haver um maior investimento na informação sobre esta temática:

(...) há muita falta de informação. (...) eles deviam dar mais conselhos à população.
(participante africana)

Havia uma matéria que a minha filha dava no 9.º ano, que eu não percebia nada, nem sabia explicar. [Assim, devia] ter mais apoios, mais informação. (participante africana)

Aqui mesmo a televisão não faz muita propaganda sobre isso, se a gente reparar, quem tem canais internacionais, a Globo é um canal brasileiro, sempre passa saúde, propagandas e programas educativos que falam das questões da saúde, da prevenção. E aqui não. Você pode ligar a SIC que você só vê propaganda da Super Bock, só isso.
(participante brasileira)

Também há muita falta de informação, eles não são capazes (...) eles deviam dar mais conselhos à população. (participante africana)

As mulheres brasileiras sugerem a realização de reuniões de preparação para o parto:

(...) mais reuniões de pré-natal como eu tinha lá (...). Eu acho que seria interessante para ajudar e juntar as brasileiras com as portuguesas, tirar dúvidas, conversar, brincar.
(participante brasileira)

Eu acho importante haver mais reunião, pelo menos assim a gente comunica com mais mulheres, aproxima mais mulheres para o centro de saúde. (participante brasileira)

As mulheres sugerem a existência de maior apoio também no pós-parto:

Uma assistência para a mãe, depois do parto, ninguém fala nada. Um atendimento legal para o bebê tem sempre, mas eles tratam a gente como se a gente soubesse tudo. (participante brasileira)

As participantes referem que deve haver um esforço para integrar os homens nas questões da promoção da saúde sexual e reprodutiva:

Eu acho importante é reuniões com os pais, para tirar dúvidas com os homens. (participante brasileira)

Às vezes, eu acho que era preciso um pouco mais de divulgação para incentivar, porque há muitos companheiros brutos que vão lá e não são muito de acordo que as mulheres vão ao médico, então eu acho que não há muita divulgação. (participante brasileira)

Uma participante sugere a criação de uma linha de apoio na área da saúde:

(...) não sei se já existe, mas poderia existir uma linha directa de apoio nessa questão da saúde. Eu moro em tal lugar, qual o hospital que trabalha com isso, ou qual o laboratório onde eu posso fazer esse tipo de exames? Onde posso encontrar aquela especialidade? Ninguém sabe informar. (participante brasileira)

3.20. Infra-estruturas dos serviços de saúde

As participantes sugerem a melhoria das infra-estruturas dos serviços de saúde:

Para a população que temos aqui, deviam dar melhores condições no centro de saúde, porque é muita gente e isto é um sítio muito pequenininho. (participante africana)

3.21. Funcionamento dos serviços de saúde

As participantes sugerem um alargamento do horário de funcionamento dos serviços de saúde:

«(...) deveria ter o posto médico a funcionar pelo menos até meia-noite» (participante africana).

Salientam ainda a importância de o tipo de serviços e os cuidados prestados serem mais abrangentes:

(...) o centro de saúde para dar primeiras assistências, em caso de urgências, porque é muito importante, eu vivo perto do posto médico, se eu tiver um bocadinho de asma.
(participante africana)

3.22. Atendimento nos serviços de saúde

É mencionada a importância de melhorar o atendimento nos serviços de saúde no sentido de ser mais sensível às questões subjacentes ao facto de se ser imigrante:

Um ponto-chave seria conseguir relacionar a questão das consultas e do atendimento. Essa é uma questão primordial: o atendimento público nas questões de saúde. Como você é imigrante, você já chega com medo (...). (participante brasileira)

Se você é imigrante, já está afectado emocionalmente, sendo mãe ou qualquer outra coisa (...). Se você tem uma assistente social a assistir a você e à criança, nesse momento doloroso da família, em vez de estar sozinho, custa menos. (participante brasileira).

A questão das consultas e do atendimento é uma questão primordial. (participante brasileira)

3.23. Profissionais de saúde

As participantes defendem que os profissionais de saúde devem ser capacitados para lidar com a diversidade cultural. Segundo as mesmas, esta estratégia poderia aumentar a utilização dos serviços:

Eu acho que, quando estão a estudar para ser médicos, eles devem aprender a tratar todos iguais, para não excluir raça nenhuma não. Todo o ser humano é igual. (participante brasileira)

Se eu tivesse um médico melhor, eu ia mais vezes. (participante africana)

4. Discussão

Os resultados deste estudo, apesar do seu carácter exploratório, reflectem os conhecimentos, percepções, atitudes e práticas de imigrantes africanas e brasileiras em relação à temática da saúde sexual e reprodutiva. Os dados permitem compreender como o processo migratório influencia a saúde sexual e reprodutiva destas mulheres, bem como os factores relevantes no acesso e utilização dos serviços de saúde nestas comunidades.

4.1. Temáticas de Saúde Sexual e Reprodutiva

Em relação ao planeamento familiar percebe-se que, embora algumas participantes demonstrem conhecer os aspectos relacionados com a temática, um importante grupo de mulheres, principalmente africanas, está pouco familiarizada com este conceito. Em geral, as participantes associam o planeamento familiar exclusivamente à maternidade e contracepção, tal como sugerido por outros autores que referem que o planeamento familiar é, ainda hoje, frequentemente considerado apenas como sinónimo de contracepção (CIDM, 2001; Manuel, 2007).

No que respeita aos métodos contraceptivos, é também perceptível o desconhecimento que algumas participantes demonstram em relação a esta temática. Alguns estudos têm indicado que persiste nas populações imigrantes a falta de conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis e eficazes (Tong, Chen e Cheng, 1999; Zhao *et al.*, 2002).

Os resultados do presente estudo sugerem a existência de diferenças entre as mulheres africanas e brasileiras em relação a estas temáticas. As brasileiras, de uma forma geral, conhecem os diferentes métodos contraceptivos, reconhecem a sua eficácia e apresentam atitudes favoráveis à sua utilização. Por outro lado, um grupo considerável de africanas revela a existência de lacunas no conhecimento sobre os métodos contraceptivos e de crenças associadas à ineficácia destes métodos e à percepção de que são prejudiciais à saúde. Sobre esta questão, um estudo de De Vries (1999, citado por Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005) revelou que, por vezes, as mulheres de alguns grupos étnicos interrompem a toma de contracepção oral por acreditarem que este contraceptivo pode

provocar cancro. Estas evidências são importantes pois a falta de conhecimento poderá determinar, directa ou indirectamente, uma fraca ou incorrecta utilização dos métodos contraceptivos (Dias, 2005; London e Robles, 2000).

De igual forma, os resultados deste estudo apontam para a existência de lacunas importantes no conhecimento sobre a transmissão e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, sobretudo nas participantes africanas, o que poderá ter implicações na adopção de práticas sexuais saudáveis ou de estratégias preventivas. Por outro lado, as participantes brasileiras demonstram um nível de conhecimentos mais elevado e expressam a opinião de que é importante existir um maior investimento na área da informação sobre esta temática.

As diferenças encontradas nos grupos focais com mulheres africanas e brasileiras, relativamente ao nível de conhecimento sobre estas temáticas, poderão em parte ser explicadas pela diferença no nível educacional entre estes dois grupos. Tem vindo a ser apontado que um maior nível de conhecimento sobre planeamento familiar, contracepção e IST está associado a níveis educacionais mais elevados (Burns *et al.*, 2005; Dias, Matos e Gonçalves, 2006; Wong, Campsmith, Nakamura, Crepaz e Begley, 2004). Segundo alguns estudos, os indivíduos que apresentam níveis mais elevados de conhecimento sobre IST tendem a perceber a doença como um risco pessoal e a reconhecer a importância de tomar medidas protectoras (Norman e Gebre, 2005; Worthington e Myers, 2003).

Nas discussões dos grupos focais, as mulheres africanas salientam a associação entre os comportamentos sexuais de risco dos parceiros e a sua vulnerabilidade à infecção pelo VIH/Sida. Os resultados do estudo sugerem que a negociação do preservativo nas relações heterossexuais é frequentemente difícil. De acordo com alguns autores, em muitos casos as mulheres africanas apercebem-se que têm muito pouco controlo sobre o comportamento sexual dos seus parceiros e oportunidades limitadas para adoptar medidas de prevenção da infecção pelo VIH, como a introdução do uso do preservativo (Dias *et al.*, 2002; Lauby, Semaan, O'Connell, Person e Vogel, 2001; Weeks, Schensul, Williams, Singer e Grier, 1995; Williams, Gardos, Ortiz-Torres, Toss e Ehrhardt, 2001; Wingood e DiClemen-

te, 2000). Neste contexto, é importante considerar a influência das questões de género e as diferenças de poder na tomada de decisão sobre o uso de preservativo, na medida em que, muitas vezes, esta é uma decisão unilateral do homem (APF, 2006; Wall, Nunes e Matias, 2005; Woollett *et al.*, 1998). O desenvolvimento de programas efectivos de prevenção e promoção do uso do preservativo requer que os comportamentos sexuais e a negociação do «sexo seguro» sejam contextualizados na realidade em que a comunidade está inserida. Esta realidade é determinada pela situação epidemiológica, pela mobilidade, pelos tabus e crenças religiosas, pelas dinâmicas de género e poder implícitas nesta problemática, pelos factores sociais, económicos e culturais e pelo acesso aos serviços de saúde (Kelly, Murphy, Sikkema e Kalichaman, 1993; Mann, 1992; Wingood e DiClemente, 2000; Woollett *et al.*, 1998). Por outro lado, será necessário promover uma imagem social do preservativo que reafirme a sua eficácia no âmbito da prevenção, bem como a sua adequação no contexto de uma relação estável.

Actualmente é reconhecido que as intervenções na área da saúde sexual e reprodutiva devem desenvolver esforços para envolver também os homens neste processo, dado que em muitos contextos é o seu comportamento que, directa ou indirectamente, afecta a saúde das mulheres (Lawrence *et al.*, 1998; Elwy, Hart, Hawkes e Petticrew, 2002).

No entanto, nas discussões dos grupos focais verificou-se existir um grupo de participantes que demonstra uma atitude assertiva e parece estar decidida a assumir parte do controlo em relação à adopção de estratégias preventivas, criticando as mulheres que sobrestimam o poder dos parceiros nas relações heterossexuais.

Grande parte das discussões dos grupos focais foi relacionada com a gravidez, a maternidade e as experiências ligadas ao parto. É importante salientar que neste estudo, as mulheres africanas reportam ter maior número de filhos do que as mulheres brasileiras, facto que pode em parte ser explicado pelas diferenças de idade e tempo de residência em Portugal observadas entre os dois grupos. Em geral, os discursos das participantes revelam muitos receios em relação ao parto, sendo esta temática bastante relevante para todas elas, independentemente de já terem ou não tido filhos. No entanto, enquanto que as africanas consideram que as experiências relativas ao parto vividas no país de origem são

geralmente mais difíceis do que aquelas vividas no país de acolhimento, as brasileiras referem que as dificuldades são maiores em Portugal.

Factores como o *stress* associado à gravidez e as dificuldades inerentes à situação de imigrante têm sido apontados em vários estudos como determinantes das dificuldades que, muitas vezes, as mulheres imigrantes enfrentam nos países de acolhimento, durante o período de gestação (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005). Num estudo de Bollini e colaboradores (2007) são apontados outros factores que afectam a gravidez das mulheres migrantes, nomeadamente o *stress* associado a condições precárias de vida e de emprego, trabalhos pesados durante a gravidez e vivência de situações de racismo e discriminação. Algumas mulheres, pelos motivos identificados, podem tornar-se particularmente vulneráveis durante o período da gravidez e pós-parto, com implicações para a saúde da mãe e do bebé (Bragg, 2008; Cervantes, Keith e Wyshak, 1999; Cuadrado *et al.*, 2004; De la Torre *et al.*, 2006; Essen *et al.*, 2000; Ibáñez *et al.*, 2006; Jones e Bond, 1999; Knuist, 1998; Machado *et al.*, 2006; Schulpen, 1996; Van Enk *et al.*, 1998; Zeitlin *et al.*, 2004).

No presente estudo, associado à questão da maternidade foi também referido o desejo de ter filhos que, muitas vezes, não é possível concretizar pelas dificuldades vividas no país de acolhimento. As participantes, principalmente africanas, expressam o quanto gostariam de ter mais filhos e o quanto um número elevado de filhos é valorizado no contexto cultural do país de origem.

Nos grupos focais realizados com imigrantes brasileiras, a temática da gravidez é associada à necessidade de ter acesso a mais informação e prevenção nesta área. Neste contexto, são realçadas as consequências negativas da falta de informação sobre os métodos contraceptivos, como a gravidez precoce, não planeada e não desejada. Alguns estudos indicam que as mulheres que reportaram ter tido uma gravidez não desejada tendem a revelar falta de conhecimento adequado sobre os vários métodos de contracepção e afirmam não ter utilizado qualquer método contraceptivo ou terem recorrido a métodos ineficazes ou inadequados (Lindstrom e Hernández, 2006; Moreau, Bajos e Trussell, 2006; Wolff *et al.*, 2008).

A ocorrência da gravidez não desejada é descrita nos grupos focais como sendo frequente, o que vai ao encontro de alguns estudos que revelam uma elevada proporção de gravidezes não desejadas em grupos imigrantes de vários países europeus (Valli, 2003; Wolff *et al.*, 2008).

Um resultado interessante verificado no presente estudo foi o de que, para algumas participantes africanas, a gravidez não é algo que esteja sob controlo, pois nos seus relatos a gravidez é descrita como «apanhei o filho» ou «apanhei a gravidez». No entanto, uma minoria de mulheres africanas considera que actualmente existe informação suficiente para que a gravidez possa ser planeada.

A falta de informação em saúde sexual e reprodutiva em Portugal foi uma temática espontaneamente abordada pelas participantes brasileiras e muito presente nas discussões realizadas nos grupos focais com estas mulheres. Algumas participantes referem a dificuldade de encontrar informação nos serviços de saúde e descrevem as estratégias que utilizam para a obter, como seja o recurso à Internet ou aconselhamento com conhecidos ou familiares. Também outros estudos sugerem que as populações imigrantes tendem a procurar informação sobre questões relacionadas com saúde sexual e reprodutiva (como o VIH/Sida) junto de amigos, Internet e meios de comunicação social (Lazarus, Himedan, Ostergaard e Liljestrand, 2006; Steffan, Kerschel e Sokolowski, 2005).

Apesar de realçarem a falta de informação, a maioria das participantes brasileiras considera possuir informação suficiente para decidir qual o melhor momento para engravidar.

No que respeita à temática da interrupção voluntária da gravidez constata-se a existência de atitudes desfavoráveis relativamente a esta prática na maioria das participantes dos grupos focais. Várias participantes afirmam ser uma prática frequente em Portugal e relatam ter conhecimento de várias experiências de interrupção voluntária da gravidez. Dados de outras investigações têm apontado para uma maior prevalência desta situação na população imigrante (Carballo, 2006; Ackerhans, 2003; Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005; Valli, 2003).

Nos discursos das participantes, as possíveis consequências da prática de interrupção voluntária da gravidez ao nível da saúde física e mental foram também realçadas. As participantes descrevem várias práticas de potencial risco para a saúde que as mulheres frequentemente adoptam quando pretendem interromper a gravidez, como sejam o recurso à medicação e a práticas tradicionais (“receitas caseiras”).

Nos grupos focais realizados com mulheres africanas foram descritas várias situações em que os parceiros e/ou os pais as pressionam para interromper a gravidez, sendo frequente que, quando elas não aceitam interrompê-la, acabam por ter de assumir sozinhas as responsabilidades inerentes à opção de ter o filho. Assim, o contexto de «vida difícil» e as dificuldades subjacentes a ter mais filhos surgem, por vezes, como justificação para a prática de IVG.

Nos grupos de mulheres africanas, as relações conjugais são descritas muitas vezes como uma forma de sobrevivência económica. As participantes referem que no seu percurso de vida vão tendo diferentes companheiros com o pressuposto de que os mesmos irão ajudá-las a criar os filhos que já têm. Segundo elas, o que frequentemente acontece é que voltam a engravidar e os parceiros não assumem a responsabilidade parental e afastam-se. Tal acaba por perpetuar um ciclo de permanentes dificuldades com consequências a vários níveis para as mulheres.

As participantes africanas descrevem ocorrer, com elevada frequência, situações de violência que acarretam consequências para a saúde física e mental, reiterando estudos existentes que indicam que as mulheres imigrantes encontram-se, muitas vezes, em situações de maior exposição a violência psicológica e física (Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto e Vives-Cases, 2004; Blanco, Ruiz-Jarabo, Vinuesa e Martín-García, 2004; Carballo, 2007; Dias e Gonçalves, 2007; Herrera e Campero, 2002; Cohen e Maclean, 2004). A informação sobre a ocorrência de violência nas comunidades imigrantes em Portugal tem confirmado que este é um fenómeno preocupante (ACIDI¹¹).

Neste contexto, tem vindo a ser reconhecida a necessidade de desenvolver estratégias de prevenção da violência nas

11 <http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1772>.

mulheres, a nível internacional e nacional. A OMS tem reforçado esta necessidade, apontando algumas recomendações, tais como: promoção da igualdade de género e dos direitos das mulheres; desenvolvimento, execução e avaliação de planos de acção multidisciplinares de prevenção da violência; criação de sistemas de recolha de informação que permitam avaliar e monitorizar estas situações, assim como estudar e identificar as atitudes e crenças associadas à violência baseada nas questões de género; e utilização do potencial dos serviços de saúde sexual e reprodutiva como ponto de partida para identificar, encaminhar e apoiar as mulheres que são vítimas de violência (WHO¹²).

4.2. Processo de migração

Ao longo das discussões dos grupos focais, as experiências de chegada e de adaptação ao país de acolhimento foram, na maioria, descritas como difíceis e com possíveis implicações para o estado de saúde. Tal como tem vindo a ser reconhecido, as condições em que a migração se processa podem ser factores de vulnerabilidade em saúde das populações migrantes. Frequentemente, este processo está associado à exposição a diversos factores de risco, como sejam o confronto com um contexto completamente novo a nível estrutural, social e cultural, a ruptura das relações sociais, a ausência de suporte social, as condições socioeconómicas em que muitas vezes vivem os imigrantes associadas à precariedade laboral, a pobreza e a exclusão social (Braveman e Gruskin, 2003; Carballo, 1998; Carballo, 2001; Carballo, Grocutt e Hadzihasanovic, 1996; Dalgard e Thapa, 2007; Dias e Gonçalves, 2007; Kandula, 2004; Lazear, Pires, Isaacs, Chaulk e Huang, 2008; Ormond, 2004; Scheppers *et al.*, 2006; Stampino, 2007).

Os determinantes sociais de saúde, que incluem entre outros, a situação de pobreza, o desemprego, o reduzido nível educacional, os padrões culturais e questões de género, a falta de coesão social e de redes de apoio, e o reduzido acesso aos serviços de saúde têm sido apontados como tendo impacto no estado de saúde das comunidades (CSDH, 2005).

Assim, tem vindo a ser reconhecida a necessidade de actuar ao nível dos vários determinantes sociais de saúde, como forma de reduzir os factores e condições de risco e melhorar a saúde das populações (CSDH, 2007).

¹² http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/recommendations/en/.

Nas discussões dos grupos focais, as dificuldades subjacentes ao facto de serem as mulheres muitas vezes a assumir sozinhas as responsabilidades parentais (nomeadamente as dificuldades financeiras e o facto de não disporem de qualquer apoio familiar) foram bastante enfatizadas. De facto, o reconhecimento de que o contexto de pobreza, de exclusão social e de falta de oportunidades aumenta os riscos e as susceptibilidades face à saúde tem motivado o desenvolvimento de políticas de inclusão social e de luta contra a pobreza. Neste sentido, no âmbito da promoção do direito à protecção social, tem-se assistido à implementação de um conjunto de políticas e intervenções de acção social, no sentido de proteger as famílias ou pessoas em situação de carência e em contextos de encargo familiar, maternidade, doença, desemprego, entre outros (ACIDI, 2008).

A ruptura de relações sociais subjacentes ao processo migratório pode muitas vezes conduzir a uma fragilidade psicológica e ter implicações na saúde mental dos imigrantes. Os resultados do presente estudo corroboram as investigações que indicam que os efeitos da migração na saúde mental dos migrantes estão relacionados com a ruptura nas relações sociais, afectivas e simbólicas, o acumular de referências culturais, por vezes contraditórias, e o aparecimento de sentimentos de isolamento e solidão (Carballo, Grocutt e Hadzihasanovic, 1996; Lechner, 2007). De acordo com alguns estudos, os sentimentos de solidão tornam-se mais intensos quando os indivíduos migram sozinhos, enfrentando sem qualquer apoio social todo o processo de integração no novo país. Por outro lado, estes sentimentos negativos ou depressivos tornam-se mais intensos quando surgem acontecimentos de vida complexos, nomeadamente situações de doença grave, desemprego ou gravidez (Callister e Birkhead, 2002). As mulheres migrantes que deixam os seus filhos no país de origem apresentam ainda um maior risco de depressão do que aquelas que migram com os filhos, como alguns autores apontam (Carballo, Grocutt e Hadzihasanovic, 1996).

Estudos sugerem que, principalmente durante a gravidez e pós-parto, quando a mulher permanece em casa devido às suas responsabilidades maternas, a perda de redes de apoio social e informal (amigos, família) potencia a situação de isolamento vivida no país de acolhimento (Ascoly, Van Halsema e Keysers, 2001; Cuadrado *et al.*, 2004; Kennedy e Murphy-Lawless, 2001; Sword, Watt e Krueger, 2006). Esta situação pode traduzir-se num elevado nível de *stress* para a mãe migrante no período pós-parto (Ny, Plantin,

Karlsson e Dykes, 2007). De facto, alguns estudos indicam que, neste período, o risco de depressão torna-se mais elevado (Munk-Olsen *et al.*, 2006). Nestas circunstâncias, o estabelecimento de relações com outros imigrantes da mesma comunidade ou de um contexto cultural semelhante ao seu pode atenuar as consequências negativas da solidão e isolamento. Os resultados deste estudo apontam no mesmo sentido, tendo sido relatado pelas participantes que o facto de terem alguém conhecido ou familiar a residir em Portugal constituiu um aspecto facilitador do seu processo de adaptação.

Em relação às dificuldades sentidas no país de acolhimento, a discriminação surge como uma das mais referidas pelas participantes dos grupos focais. De acordo com outros estudos, as populações migrantes tendem a ser alvo de atitudes discriminatórias nos países de acolhimento, o que condiciona a sua adaptação e integração social (Scheppers *et al.*, 2006; Stampino, 2007). Os factores associados à discriminação e estereotipia podem influenciar a condição laboral das mulheres migrantes, na medida em que determinam as oportunidades e actividades profissionais que desempenham (Wall, Nunes e Matias, 2005). Os resultados deste estudo apontam ainda para uma vulnerabilidade acrescida das mulheres imigrantes de origem brasileira associada a atitudes discriminatórias e estereótipos de ordem sexual, tal como vários autores sugerem (Padilla, 2005; Diniz, 2004; Piscitelli, 2008; Santos, 2004; Machado, 2007). Esta situação poderá penalizar as mulheres brasileiras pela frequente associação com a prostituição, com consequências a nível laboral, social e relacional (Padilla, 2007).

4.3. Acesso e utilização dos serviços de saúde

Os resultados do estudo sugerem diferentes padrões de utilização dos serviços de saúde, que vão desde a utilização de uma forma regular e preventiva à não utilização. Os dados apontam no sentido da existência de um grupo significativo de imigrantes que tende a recorrer aos serviços de saúde em situações de emergência ou de estado avançado da doença, tal como é descrito por outros autores (Aroian, 2005; Fonseca *et al.*, 2007; Freitas, 2003; Geiger, 2006; Gonçalves *et al.*, 2003; APF, 2006; McMunn *et al.*, 1998). As participantes dos grupos focais descrevem que utilizam diferentes tipos de serviços de saúde de acordo com a percepção que têm sobre os mesmos. Neste sentido, apontam di-

ferentes razões para a sua escolha, como sejam as experiências passadas e o custo associado aos serviços, aspectos também sugeridos em estudos anteriores (Wolff *et al.*, 2008).

No contexto português, alguns dados indicam que os imigrantes residentes no País poderão estar sub-representados entre os utentes dos serviços de saúde e, em particular, nos serviços de saúde sexual e reprodutiva (Dias *et al.*, 2004; Gardete e Antunes, 1997; Gonçalves *et al.*, 2003; Machado *et al.*, 2006). Os resultados obtidos parecem ir ao encontro destes dados pois percebe-se a existência de situações de reduzida utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, esta utilização está maioritariamente associada à vigilância da gravidez, à maternidade e/ou à saúde infantil. Alguns discursos das participantes demonstram ainda a existência de situações de fraca utilização dos serviços de cuidados pré-natais, reafirmando conclusões de um estudo de Machado e colaboradores (2006) que apontam no sentido de que o início da vigilância da gravidez é mais tardio nas mulheres imigrantes em comparação com as mulheres portuguesas.

Uma questão relevante que sobressaiu nas discussões dos grupos focais foi a associação entre as «más experiências» vividas pelas imigrantes no acesso ou utilização dos serviços e a decisão de não voltar a recorrer novamente aos serviços. No mesmo sentido, as participantes brasileiras realçam que, muitas vezes, os serviços de saúde sexual e reprodutiva não dão resposta às necessidades sentidas. Na opinião destas participantes, ao contrário do que acontece no Brasil, a medicina preventiva em Portugal é pouco valorizada, o que poderá em parte justificar este facto. A informação disponível em outros países da Europa aponta no mesmo sentido, revelando que, por vezes, os serviços de planeamento familiar nestes países são pouco ajustados às necessidades específicas das populações imigrantes (Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005). As participantes brasileiras relatam que, neste contexto, em termos de serviços de saúde sexual e reprodutiva, recorrem frequentemente à medicina privada ou a serviços de saúde no país de origem (consultas ou aconselhamento à distância).

As percepções e atitudes face aos serviços de saúde e à qualidade dos cuidados prestados podem, directa ou indirectamente, condicionar a sua utilização (Dixon *et al.*, 2003; Fenton, 2001). Os resultados deste estudo apontam para diferenças entre as mulheres

africanas e brasileiras relativamente a estas questões. Algumas participantes africanas revelam ter medo ou não gostar de utilizar os serviços de saúde, e alegam que é comum os imigrantes africanos não considerarem importante recorrer a estes serviços, dado corroborado em outras investigações (Gonçalves *et al.*, 2003). Consta-se no entanto que, em relação aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, apesar de algumas participantes reconhecerem que não recorrem frequentemente a tais serviços, nem realizam os exames de rotina com a periodicidade adequada, uma minoria defende a importância dos mesmos.

Por outro lado, as participantes brasileiras demonstram desconfiança em relação aos serviços de saúde e revelam a percepção de pouca qualidade no que respeita aos cuidados prestados. Outros estudos têm referido que algumas populações imigrantes expressam falta de confiança em relação a um sistema de saúde que desconhecem (Ingleby *et al.*, 2005; Manfellotto, 2002). Estas evidências são relevantes pois, como vários estudos sugerem e os resultados deste estudo corroboram, as crenças e as percepções face aos serviços e à prestação de cuidados de saúde podem funcionar como um obstáculo à sua utilização. Embora os resultados do estudo não permitam aprofundar esta questão, é possível considerar que as razões para estas diferenças podem estar relacionadas, entre outros factores, com os diferentes níveis de desenvolvimento dos sistemas de saúde nos países de origem. Neste sentido, imigrantes oriundos de países com lacunas ao nível das estruturas de saúde podem percepcionar os serviços de saúde em Portugal como mais eficientes (Dias, Severo e Barros, 2008).

A literatura aponta diferentes níveis de barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes, tais como as barreiras legislativas, estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas (Dias e Gonçalves, 2007; Fennelly, 2004).

Na opinião das participantes (sobretudo brasileiras), o estatuto legal é um factor determinante do acesso aos serviços de saúde pois, segundo descrevem, são frequentes as situações de impedimento de acesso aos serviços por não possuírem a documentação requerida. Vários estudos têm apontado a situação irregular dos imigrantes como a principal

barreira no acesso aos serviços de saúde, o que conduz a situações de reduzida utilização destes serviços (Dias, Severo e Barros, 2008; Gonçalves *et al.*, 2003; Solorio, Currier e Cunningham, 2004). Associado ao estatuto não legal dos imigrantes está também, muitas vezes, o receio de denúncia dessa situação aos serviços de estrangeiros e fronteiras, por parte dos profissionais de saúde (Carta *et al.*, 2005; CCHS, 1997; Hansen e Krasnik, 2007; Kullgren, 2003; Ingleby *et al.*, 2005; Manfellotto, 2002). Assim, o recurso à auto-medicação e à medicina tradicional e/ou alternativa pode ser, muitas vezes, a solução encontrada pelos imigrantes para os seus problemas de saúde (CCHS, 1997; Fonseca *et al.*, 2007; WHO, 2003). A utilização irregular ou inconsistente dos serviços de saúde pode comprometer as estratégias de prevenção, assistindo-se muitas vezes a intervenções tardias com implicações na eficácia e no custo dos cuidados de saúde.

Tal como em estudos anteriores, as infra-estruturas e o funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente as dificuldades na marcação de consultas, a conciliação do horário de trabalho com o dos serviços e os longos tempos de espera são também referidos neste estudo como factores que podem condicionar a sua utilização (Dias, Severo e Barros, 2008; Gonçalves *et al.*, 2003; Fennelly, 2004).

A maioria das participantes aponta as atitudes de alguns profissionais de saúde como outra barreira. De acordo com alguns estudos, este tipo de atitudes em relação às populações imigrantes pode traduzir uma incapacidade dos profissionais para lidar com a diversidade cultural (Eshiett e Parry, 2003; Fenton, 2001; Maggi e Cattacin, 2003; Scheppers *et al.*, 2006; Yu, Huang e Singh, 2004; Ingleby *et al.*, 2005; Manfellotto, 2002). De facto, inúmeros estudos realizados com profissionais de saúde parecem ser consensuais no que se refere à existência de um atendimento diferenciado dos imigrantes nos cuidados de saúde, que pode levar a sentimentos de discriminação (Campayo *et al.*, 2006; Eshiett e Parry, 2003; Michaelsen, Krasnik, Nielsen, Norredam e Torres, 2004). Na opinião das participantes dos grupos focais, o pessoal administrativo não tem informação suficiente e formação adequada para lidar com populações imigrantes, o que, de acordo com alguns estudos, pode dever-se, entre outros aspectos, ao fraco conhecimento que muitas vezes os profissionais têm do enquadramento legal e da sua aplicabilidade (Dias e Gonçalves, 2007).

Nos seus discursos, as participantes expressam também dificuldades no relacionamento com os médicos, salientando que estes dispensam pouca atenção no atendimento. Vários autores têm sugerido que uma possível justificação para a percepção deste tipo de dificuldades prende-se com o facto de que, se por um lado o imigrante espera ser atendido de acordo com o sistema de valores e padrões de referência do país de origem, por outro lado, o médico presta cuidados de saúde de acordo com os seus valores de referência (Eshiett e Parry, 2003).

Na opinião das participantes, alguns profissionais de saúde são pouco sensíveis às especificidades subjacentes à condição de imigrante, situação que tem vindo a ser referida em alguns estudos que apontam para a necessidade de capacitar os profissionais para dar respostas ajustadas e adequadas a estas especificidades. Neste contexto, assiste-se a uma dificuldade por parte de alguns técnicos de saúde em ter em conta os sistemas de crenças das comunidades imigrantes, que envolvem os comportamentos sexuais e reprodutivos (Dawson e Gifford, 2001). Carrillo e colaboradores (1999) apontam a ausência de sensibilidade dos profissionais de saúde sobre os hábitos e costumes das minorias étnicas como factor influente na utilização dos serviços de saúde.

Em alguns grupos focais foi também referido pelas participantes que, por vezes, os profissionais de saúde possuem um conjunto de estereótipos relativamente às imigrantes, tendo sido descritos episódios em que estas se sentiram discriminadas. Vários autores têm igualmente referido a existência de atitudes discriminatórias e de estereótipos por parte dos profissionais de saúde em relação a populações imigrantes (Carde, 2007; Scheppers *et al.*, 2006). Os comportamentos discriminatórios dos profissionais de saúde face aos migrantes podem caracterizar-se pela falta de simpatia, pela utilização de linguagem discriminatória ou mesmo por atitudes hostis para com os imigrantes (Eshiett e Parry, 2003; Scheppers *et al.*, 2006). Estes factores têm sido apontados por alguns autores como obstáculos à utilização dos serviços, provocando um distanciamento entre os imigrantes e os serviços, o que pode comprometer a continuidade dos cuidados de saúde prestados (Eshiett e Parry, 2003; Ingleby *et al.*, 2005; Manfellotto, 2002; Wolffers, Verghis, e Marin, 2003; Maggi e Cattacin, 2003; Scheppers *et al.*, 2006).

Nos grupos focais foi referido que o desconhecimento dos imigrantes sobre os seus direitos e os procedimentos que são necessários para aceder aos serviços pode condicionar o seu acesso, o que também tem sido sugerido em outros estudos (Carballo, 2004; Ingleby *et al.*, 2005; Manfellotto, 2002).

Apesar das dificuldades relatadas pela maior parte das participantes, um grupo de mulheres (principalmente africanas) sublinha que considera ser fácil o acesso e a utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e relatam experiências positivas quando os utilizam.

4.4. Estratégias para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes

Apesar de vários grupos terem revelado alguma dificuldade em responder à solicitação de estratégias para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes, diversas sugestões foram apresentadas.

Face à falta de informação na área da saúde sexual e reprodutiva que muitas mulheres consideraram existir (muitas reconhecem estar pouco informadas), as participantes expressam a necessidade de haver um maior investimento nas estratégias de informação sobre esta temática. Um outro aspecto a salientar foi a necessidade de reforçar o apoio disponibilizado às mulheres nos períodos pré e pós-parto. As participantes consideram ainda serem prioritários os esforços no sentido de integrar os homens nas questões da saúde sexual e reprodutiva.

Tendo em conta as dificuldades que sentem no acesso e utilização dos serviços de saúde, as participantes referiram a importância de melhorar o atendimento. De acordo com estas mulheres, muitos dos problemas relacionados com o acesso e utilização dos serviços de saúde estão ligados a uma insuficiente formação dos 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 os profissionais de saúde devem ser capacitados para prestar cuidados de saúde que sejam culturalmente adaptados a diferentes comunidades, estratégia que segundo elas poderia aumentar a utilização dos ser-

viços. As participantes reforçaram também a necessidade de melhorar as infra-estruturas dos serviços de saúde e de alargar o horário de funcionamento e a abrangência dos cuidados de saúde prestados em alguns serviços.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo podem contribuir para o desenvolvimento de políticas e estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva em populações imigrantes.

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. Os resultados do estudo confirmam a existência de lacunas importantes no conhecimento de algumas mulheres imigrantes sobre questões de saúde sexual e reprodutiva. Estas evidências são importantes pois um conhecimento adequado pode contribuir, directa ou indirectamente, para práticas de saúde saudáveis.

Segundo as participantes, possuir competências para adoptar práticas seguras na área da saúde sexual e reprodutiva é extremamente importante, sendo contudo de realçar que um grupo de participantes apresentou a percepção de fracas competências nesta área. Assim, este estudo realça a necessidade de implementar intervenções que permitam desenvolver competências de resolução de problemas e tomada de decisão (análise de situação, planeamento, procura de soluções), e competências de comunicação interpessoal (recusa, negociação e afirmação de decisões próprias) que permitam reduzir a frequência do envolvimento em comportamentos de risco.

O presente estudo realça a necessidade de adequar as intervenções de forma a lidar com as diferenças e as necessidades específicas de cada grupo. Segundo as participantes, é necessário adoptar uma abordagem holística da saúde sexual e reprodutiva que contemple as várias dimensões do conceito e o bem-estar das populações. Esta estratégia poderá conduzir a intervenções mais congruentes com desejos, valores e necessidades pessoais, criando maior aceitação por parte das populações imigrantes e, conseqüentemente, ir aumentando a eficácia das acções implementadas.

Pela análise dos dados obtidos considera-se ainda fundamental para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva compreender os diversos factores envolvidos nesta temática e as complexas situações em que as mulheres negociam

o seu comportamento sexual e que podem impedir de agir de forma a proteger ou promover a sua saúde. Neste contexto, a natureza interpessoal subjacente aos comportamentos sexuais e reprodutivos deve ser tida em conta, bem como os papéis tradicionais associados ao género, as diferenças de poder nas relações heterossexuais e a identificação cultural, pois podem facilitar ou limitar a adopção de práticas saudáveis em saúde sexual e reprodutiva.

Outro aspecto realçado nas discussões dos grupos focais refere-se à importância de considerar a população masculina no desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva.

O reconhecimento e a compreensão dos complexos determinantes que envolvem a saúde sexual e reprodutiva poderão contribuir para a construção de programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva mais efectivos. Apesar de o comportamento individual ser determinante da vulnerabilidade a situações de risco, os resultados obtidos sugerem que as decisões não são tomadas na base de uma decisão individual, mas envolvem um complexo contexto ambiental. Tem sido reconhecido que as condições em que a migração se processa têm impacto na saúde das populações, e na saúde sexual e reprodutiva em particular, o que é reforçado pelos dados deste estudo. Neste sentido, tal como os resultados indicam, as opções em saúde sexual e reprodutiva estão muito dependentes dos factores associados ao processo de migração, incluindo os constrangimentos socioculturais, económicos e políticos. Assim, para garantir mudanças comportamentais efectivas e sustentadas é necessário investir na promoção dos recursos individuais (competências cognitivas, emocionais e sociais), mas também na activação dos recursos de apoio ao nível dos contextos ambientais em que as mulheres imigrantes estão inseridas.

Os resultados deste estudo sugerem que o isolamento social das populações imigrantes, muitas vezes reflexo das zonas geográficas de residência e da estigmatização e discriminação quanto à sua condição de imigrante ou origem étnica, condiciona a sua integração na sociedade de acolhimento. Tal isolamento mantém as populações segregadas em grupos, o que pode contribuir para a manutenção ou agravamento das desigualdades sociais e dos factores de risco na área da saúde sexual e reprodutiva. As políticas de imigra-

ção devem promover a inclusão social, reduzir as atitudes discriminatórias e contribuir para a redução dos factores associados à vulnerabilidade das populações imigrantes em saúde sexual e reprodutiva. Se se pretende reduzir as iniquidades em saúde e os factores e condições de risco é necessário intervir nos determinantes sociais, nomeadamente ao nível da criação de condições de acolhimento mais positivas. Os dados obtidos no presente estudo vão ao encontro dos pressupostos do Plano para a Integração dos Imigrantes (PII), na medida em que reconhecem que os recursos socioeconómicos, as condições habitacionais, a protecção social e laboral, e a igualdade de oportunidades na educação e saúde têm um papel determinante na saúde e bem-estar das populações.

A literatura científica sugere que é necessário combinar intervenções multissetoriais que incluam o aumento das redes de suporte destas comunidades, e que permitam uma maior sustentabilidade, de forma a obter ganhos reais em saúde sexual e reprodutiva nas comunidades migrantes. De forma prioritária, em ambientes de maior vulnerabilidade é necessário desenvolver estratégias de nível macrossocial que identifiquem os recursos de cada comunidade, reconheçam fraquezas e necessidades e reorganizem as redes sociais que permitam desenvolver um sistema de apoio mais compreensivo. Neste contexto, a colaboração das ONG é fundamental na medida em que têm um papel determinante na ampliação de redes de apoio destas comunidades e na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das populações imigrantes.

Com base nos resultados torna-se evidente a necessidade de adoptar um modelo social de saúde positiva, centrado nas necessidades dos indivíduos e população, e adaptado às suas especificidades. Isto implica uma abertura à comunidade, permitindo o seu envolvimento no que respeita ao processo de saúde-doença. As comunidades nas quais se pretende intervir devem ser reconhecidas como elementos colaboradores fundamentais durante todo o processo de planeamento, desenvolvimento e implementação de intervenções. Neste sentido, é necessário desenvolver um modelo que permita e promova o envolvimento, a participação e o *empowerment* dos imigrantes e suas comunidades para que possam contribuir com alternativas para a promoção da saúde nesta área. Auscultar a opinião das comunidades imigrantes sobre o planeamento das actividades e programas desenvolvidos na área da saúde sexual e reprodutiva, utilizar os seus recursos específicos e

investir em programas de prevenção, informação e desenvolvimento de competências são estratégias que poderão permitir a estas comunidades tornarem-se participantes activos na melhoria da saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, abordagens inovadoras como o desenvolvimento de programas de educação pelos pares podem constituir estratégias eficazes.

Segundo os discursos registados nos grupos focais, a promoção da saúde sexual e reprodutiva nas populações imigrantes deve ter subjacente a melhoria do acesso e utilização dos serviços de saúde. No decorrer das discussões, as participantes referiram a existência de barreiras administrativas, estruturais, organizativas, socioeconómicas e culturais associadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Neste sentido, e tal como está previsto nas medidas do PII, é necessária uma reorganização dos serviços de saúde, de forma a que estas barreiras sejam removidas ou reduzidas. É importante desenvolver um trabalho com os profissionais de saúde para que estejam sensibilizados e capacitados para lidar com a diversidade cultural, que cada vez mais caracteriza a população utente dos serviços de saúde. Neste sentido, devem ser desenvolvidos e apoiados programas de formação e capacitação continuada junto dos profissionais de saúde que permitam um maior conhecimento e compreensão das populações imigrantes e uma maior sensibilização para lidar com os diferentes factores que têm impacto na tomada de decisão em questões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. Estas estratégias podem contribuir para a redução de assimetrias socioculturais, estereótipos e atitudes discriminatórias associados à condição de imigrante, traduzindo-se numa maior eficácia dos serviços com efectivos ganhos em saúde para os imigrantes e população em geral.

As conclusões deste trabalho devem ser interpretadas tendo em conta as limitações subjacentes ao estudo. As principais limitações prendem-se com as próprias da metodologia qualitativa. A dinâmica de grupo subjacente aos grupos focais pode inibir a revelação individual de opiniões e experiências que não são consistentes com as da maioria e aumenta a probabilidade de que algumas respostas possam estar enviesadas devido à pressão para se conformarem com as normas sociais do grupo ou para se apresentarem de uma forma que seja socialmente desejável. Outra das limitações está relacionada com o facto de se

ter utilizado uma amostra intencional, embora os grupos focais tenham sido realizados em locais diversificados.

Apesar das limitações referidas, os grupos focais conduzidos de forma a que as mulheres fossem as principais intervenientes revelou ser, simultaneamente, um espaço de discussão e reflexão de temas que são do seu interesse e uma técnica que muito lhes agradou.

Muitas questões continuam em aberto, podendo-se equacionar alguns aspectos interessantes a ser desenvolvidos em trabalhos futuros. A metodologia qualitativa, na medida em que valoriza a perspectiva das mulheres sobre a temática da saúde sexual e reprodutiva, poderá contribuir para o planeamento de estratégias e acções nesta área, sensíveis às suas expectativas e, conseqüentemente, mais efectivas. Seria interessante incluir, no desenvolvimento de novos estudos com a utilização da metodologia qualitativa, amostras mais alargadas e com maior diversidade em relação aos participantes, controlando-se variáveis como o nível socioeconómico, o estatuto legal, o nível educacional, entre outras. Seria igualmente pertinente realizar investigações na área da saúde sexual e reprodutiva que incluíssem amostras com homens imigrantes. Outra proposta para investigações futuras prende-se com a organização de um estudo quantitativo que procure generalizar alguns dos resultados encontrados no estudo qualitativo.

O presente estudo realça ainda a pertinência de promover mecanismos de monitorização e avaliação de políticas e programas na área da saúde sexual e reprodutiva, que incluam a perspectiva das comunidades imigrantes.

BIBLIOGRAFIA

ABBOTT, M., WONG, S., WILLIAMS, M., AU, M. e YOUNG, W. (2000), «Recent Chinese migrants' health, adjustment to life in New Zealand and primary health care utilisation», in *Disability and Rehabilitation*, 22: 43-56.

ABRAÍDO-LANZA, A., DOHRENWEND, B., NG-MAK, D., e TURNER, J. (1999), «The Latino mortality paradox: a test of the salmon bias and healthy migrant hypotheses», in *American Journal of Public Health*, 89 (10): 1543-1548.

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (2007), *Plano para a Integração dos Imigrantes* – Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007.

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (2008), *Imigração em Portugal – Informação Útil*, Lisboa: ACIDI, I.P.

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (2005), *Acolher e Integrar: 3 anos ao serviço dos imigrantes e minorias étnicas*, Relatório de Actividades do ACIME (2002/2005), Lisboa: ACIME.

ACKERHANS, M. (2003). «Health issues of ethnic minority and migrant women», in *Entre Nous: The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 55: 12-13.

AHPN – African HIV Policy Network (2006), *Department of Health Action Plan: HIV related stigma and discrimination*, London: AHPN.

ALDERLIESTEN, M., VRIJKOTTE, T., VAN DER WAL, M. e BONSEL, G. (2007), «Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women», in *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114: 1232-1239.

ANDERSON, J. e DOYAL, L. (2004), «Women from Africa living with HIV», in London; a descriptive study, *AIDS Care*, 16 (1): 95-105.

ANTONOVSKY, A. (1979), *Health, Stress and Coping*, San Francisco: Jossey Bass

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2008). *Estatísticas APAV 2007*. Retirado em 24-07-2008 de http://www.apav.pt/pdf/APAV_Totais_Nacionais_2007.pdf

APF – Associação para o Planeamento da Família (2006). *Migrações Internacionais: Género e Saúde Sexual e Reprodutiva*. Retirado em 23-07-2008 de <http://www.duplaoportunidade.org/IMG/pdf/Migracoes.pdf>

ARCHER, J. (2006), «Cross-cultural differences in physical aggression between partners: a social-role analysis», in *Personality and Social Psychology Review*, 10: 133-153.

AROIAN, K. (2005), «Equity, effectiveness, and efficiency in health care for immigrants and minorities: The essential triad for improving health outcomes», in *Journal of Cultural Diversity*, 12 (3): 99-106.

ASCOLY, N., VAN HALSEMA, I. e KEYSERS, L. (2001), «Refugee Women, Pregnancy and Reproductive Health care in the Netherlands», in *Journal of Refugee Studies*, 14 (4): 372-393.

AYAZ, S. e EFE, S. (2008), «Potentially harmful traditional practices during pregnancy and postpartum», in *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13 (3): 282-288.

BAGANHA, M., FERRÃO, J. e MALHEIROS, J. (1999), «Os imigrantes e o mercado de trabalho: O caso português», in *Análise Social*, 150: 147-173.

BANDYOPADHYAY, M. e THOMAS, J. (2002), «Critical determinants of women migrant worker's vulnerability to HIV infection in Hong Kong», in *Abstract n.º E11646, International Conference on AIDS*, 14.

BARBOUR, R. e KITZINGER, J. (1999), *Developing focus group research: Politics, theory and practice*, London: Sage Publications.

BERGER, E. e GLANZER, E. (2003), «Country Report Austria», in G. BRORING, C. CANTER, N. SCHINAIA e B. TEIXEIRA, *Access to care: Privilege or right? Migration and HIV Vulnerability in Europe*, Woerden: European Project AIDS and Mobility.

BHATTACHARYA, G. (2008), «Acculturating Indian Immigrant Men in New York City: Applying the Social Capital Construct to Understand Their Experiences and Health», in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10: 91-101.

BLANCO, P., RUIZ-JARABO, C., VINUESA, L. e MARTÍN-GARCÍA, M. (2004), «Partner violence and women's health», in *Gaceta Sanitaria*, 18 (1): 182-188.

BLONDEL, B., DUTILH, P., DELOUR, M. e UZAN, S. (1993), «Poor antenatal care and pregnancy outcome», in *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 50: 191-196.

BOLLINI, P., STOTZER, U. e WANNER, P. (2007), «Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study», in *International Journal of Public Health*, 52: 78-86.

BOURHIS, R, MOISE, L, PERREAULT, S. e SÉNECAL, S. (1997), «Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach», in *International Journal of Psychology*, 32 (6): 369-386.

BOYD, M. (2006), «Push Factors Resulting in the Decision for Women to Migrate», in UNFPA/IOM, *Female Migrants: Bridging the Gaps Throughout the Life Cycle*, New York: UNFPA/IOM.

BRAGG, R. (2008), «Maternal deaths and vulnerable migrants», in *Lancet*, 371 (9616): 879-81.

BRAVEMAN, P. e GRUSKIN, S. (2003), «Poverty, equity, human rights and health», in *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7): 539-545.

BRORING, G., CANTER, C., SCHINAIA, N. e TEIXEIRA, B. (2003), *Access to care: Privilege or right? Migration and HIV Vulnerability in Europe*, Woerden: European Project AIDS and Mobility.

BULMAN, K. e McCOURT, C. (2002), «Somali refugee women's experience of maternity care in west London: a case study», in *Critical Public Health*, 12 (4): 365-380.

BURNS, F., FAKOYA, A., COPAS, A. e FRENCH, P. (2001), «Africans in London continue to present with advanced HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy», in *AIDS*, 15 (18): 2453-2455.

BURNS, F., MERCER, C., COPAS, A., JOHNSON, A., MORISON, L., WELLINGS, K., ERENS, B., FIELD, J. e FENTON, K. (2005), «Factors associated with HIV testing among black Africans in Britain», in *Sexually Transmitted Infections*, 81 (6): 494-500.

BURNS, F., IMRIE, J., NAZROO, J., JOHNSON, A. e FENTON, K. (2007), «Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain», in *AIDS Care*, 19 (1): 102-108.

CALADO, B., SILVA, L. e GUERREIRO, D. (1997), «Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal, identificação das barreiras – resultados parcelares», in *Saúde em Números*, 12 (4): 29-31.

CALLISTER, L. e BIRKHEAD, A. (2002), «Acculturation and perinatal outcomes in Mexican immigrant childbearing women: an integrative review», in *Journal Perinatal Neonatal Nurse*, 16 (3): 22-38.

CAMPAYO, J., BROTO, C., BUIL, B., LUENGPO, M., CABALLERO, L. e COLLAZO, F. (2006), «Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión», in *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34 (6): 371-376.

CARBALLO, M., GROCUIT, M. e HADZHISANOVIC, A. (1996), «Women and migration: a public health issue», in *World Health Statistics Quarterly*, 49 (2): 158-164

CARBALLO, M. e NERUKAR, A. (2001), «Migration, refugees and health risks», in *Emerging Infectious Diseases*, 7 (3): 556-560.

CARBALLO, M. (2006), «Female migrants, reproductive health, HIV/AIDS and the rights of women», in UNFPA/IOM, *Female migrants: Bridging the gaps throughout the life cycle*, New York: UNFPA.

CARBALLO, M. (2007), *The challenge of migration and health*, Antwerp: International Centre for Migration and Health.

CARBALLO, M., DIVINO, J. e ZERIC, D. (1998), «Migration and health in the European Union», in *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12): 936-944.

CARDE, E. (2007), «Abstract Access to health care and racial discrimination», in *Santé Publique*, 19 (2): 99-109.

CARRASCO-PORTIÑO, M., VIVES-CASES, C., GIL-GONZÁLEZ, D. e ÁLVAREZ-DARDET, C. (2007), «Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática», in *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22 (1): 55-63.

CARRILLO, J., GREEN, A. e BETANCOURT, J. (1999), «Cross-cultural primary care: a patient-based approach», in *Annals of Internal Medicine*, 130 (10): 829-834.

CARTA, M., BERNAL, M., HARDOY, M. e HARO-ABAD, J. (2005), «Report on the Mental Health in Europe working group. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1)», in *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:13.

CCE – Comissão das Comunidades Europeias (2000), *Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu Relativa a Uma Política da Comunidade em Matéria de Imigração*, Bruxelas: CCE.

CCHS – Committee on Community Health Services (1997), «Health care for children of immigrant families», in *Pediatrics*, 100 (1): 153-156.

CERVANTES, A., KEITH, L. e WYSHAK, G. (1999), «Adverse birth outcomes among native-born and immigrant women: Replicating national evidence regarding Mexicans at the local level», in *Maternal and Child Health Journal*, 3: 99-109.

CHU, C. (2005), «Postnatal experience and health needs of Chinese migrant women in Brisbane, Australia», in *Ethnicity and Health*, 10 (1): 33-56.

CIDM – Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2001), *Sexualidade, Planeamento Familiar e Reprodução*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

COHEN, M. e MACLEAN, H. (2004), «Violence against Canadian Women», in *BMC Women's Health*, 4 (1): S22.

COKER, R. (2003), *Migration, Public Health and compulsory screening for TB and HIV – Asylum and Migration Working Paper 1*, London: IPPR.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2007), *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Third Annual Report on Migration and Integration*, Brussels: COM.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFECÇÃO VIH/SIDA (2007), *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção pelo VIH/Sida – 2007/2010*.

COUNCIL OF EUROPE (2001), *Parliamentary Assembly Recommendation: Health conditions of migrants and refugees in Europe*, Retirado em 26-07-2008 de <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta01/erec1503.htm#1>

COUNCIL OF EUROPE (2004), *Parliamentary Assembly Resolution: European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights*.

CRAWFORD, M., e POPP, D. (2003), «Sexual double standards: a review and methodological critique of two decades of research», in *Journal of Sex Research*, 40 (1): 13-26.

CSDH – Commission on Social Determinants of Health (2005), *Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences*, Geneva: WHO.

CSDH – Commission on Social Determinants of Health (2007), *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes – Interim Statement*, Geneva: CSDH.

CUADRADO, S., ÁVALOS, N., SÁNCHEZ, A., FERNÁNDEZ, Y., ALONSO, C. e BÉRTOLO, J. (2004), «Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos», in *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 60 (1): 3-8.

DALGARD, O. e THAPA, S. (2007), «Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences», in *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3: 24.

DANNECKER, P. (2005), «Transnational Migration and the Transformation of Gender Relations: the Case of Bangladeshi Labour Migrants», in *Current Sociology*, 53 (4): 655-674.

DAWSON, M. e GIFFORD, S. (2001), «Narratives, Culture and sexual health: personal life experiences of Salvadorean and Chilean women living in Melbourne», in *Australia Health*, 5 (4): 403- 423.

DE LA TORRE, J., COLL, C., COLOMA, M., MARTÍN, J., PADRON, E. e GONZÁLEZ, N. (2006), «Antenatal care in immigrants», in *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (1): 49-62.

DECOSAS, J. e ADRIEN, A. (1997), «Migration and HIV», in *AIDS*, 11: 77-84.

DEL AMO, J., BRORING, G., HAMERS, F., INFUSO, A. e FENTON, K. (2004), «Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities», in *AIDS*, 18: 1-7.

DELGADO-RODRIGUEZ, M., GOMEZ-OLMEDO, M., BUENO-CAVANILLAS, A. e GALVEZ-VARGAS, R. (1997), «Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care», in *Preventive Medicine*, 26: 834-838.

DELVAUX, T., BUEKENS, P., GODIN, I. e BOUTSEN, M. (2001), «Barriers to prenatal care in Europe», in *American Journal of Preventive Medicine*, 21: 52-59.

DESMEULES, M., GOLD, J., McDERMOTT, S., CAO, Z., PAYNE, J., LAFRANCE, B., VISSANDJÉE, B., KLIEWER, E. e MAO, Y. (2005), «Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980-1998: Results of a national cohort study», in *Journal of Immigrant Health*, 7 (4): 221-232.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2008), *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar: Orientações Técnicas*, Lisboa: DGS.

DIAS, S. e GONÇALVES, A. (2007), « Migração e Saúde», in *Migrações*, 1: 15-26.

DIAS, S. (2005), *Contribuição para o conhecimento dos comportamentos sexuais nos adolescentes: Promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA* (Tese de Doutoramento), Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

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», in *Acta Médica Portuguesa*, II Série, 17 (3): 211-218.

DIAS, S., GONÇALVES, A. e SILVA, M. (2004), «Género e VIH: A vulnerabilidade da mulher nos países em desenvolvimento», in *4 HIV/AIDS Virtual Congress: A mulher e a infecção pelo HIV/AIDS*.

DIAS, S., MATOS, M. e GONÇALVES, A. (2002), «Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção», in *Psicologia, Saúde e Doença*, 3 (1): 89-102.

DIAS, S., MATOS, M. e GONÇALVES, A. (2006), «AIDS-related stigma and attitudes towards AIDS-infected people among adolescents», in *AIDS Care*, 18 (3): 208-214.

DIAS, S., SEVERO, M. e BARROS, H. (2008), «Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal», in *BMC Health Services Research*, 8: 207.

DINIZ, E. (2004), «A mulher brasileira na imigração em Portugal», in AA. VV. (Ed.), *Imigração e etnicidade: Vivências e trajetórias de mulheres em Portugal* (pp. 199-203), Lisboa: SOS Racismo

DIXON, A., LE GRANDE, J., HENDERSON, J., MURRAY, R. e POTELIAKHOFF, E. (2003), *Is the NHS Equitable? Discussion Paper, 11*, London: LSE.

DORR, S. e FAIST, T. (1997), «Institutional conditions for the integration of immigrants in Welfare states: A comparison of the literature on Germany, France, Great Britain, and Netherlands», in *European Journal of Political Research*, 31 (4): 401-426.

EHRlich, S. e ORGANISTA, K. (2007), «Migrant Latino day laborers and intentions to Test for HIV», in *AIDS Behaviour*, 11: 743-752.

EL-BASSEL, N., GILBERT, L., RAJAH, V. et al. (2000), «Fear and Violence: Raising the HIV stakes», in *AIDS Education and Prevention*, 12 (2): 154-170.

ELWY, A., HART, G., HAWKES, S. e PETTICREW, M. (2002), «Effectiveness of Interventions to Prevent STI/HIV in Heterosexual Men: A Systematic Review», in *Archives of Internal Medicine*, 162: 1818-1830.

EPI-VIH Study Group (2002), «HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain: A comparison with national subjects», in *Sexually Transmitted Infections*, 78: 250-254.

ERWIN, J., MORGAN, M., BRITTEN, N., GRAY, K. e PETERS, B. (2002), «Pathways to HIV testing and care by black African and white patients in London», in *Sexually Transmitted Infections*, 78: 37-39.

ESHETT, M. e PARRY, H. (2003), «Migrants and health: a cultural dilemma», in *Clinical Medicine*, 3 (3): 229-231.

ESSEN, B., HANSON, B., OSTERGREN, P., LINDQUIST, P. e GUDMUNDSSON, S. (2000), «Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden», in *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79 (9): 737-743.

ESSEX, C., COUNSELL, A. e GEDDIS, D. (1992), «The demographic characteristics of early and late attenders for antenatal care», in *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32: 306-308.

EUROPEAN COMMISSION (2004), *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee of the regions. Modernization of the social protection for the development of high quality, accessible and lasting public health care and prolonged care: support to the national strategies through a method of open coordination*, Brussels: COM.

EUROPEAN PARLIAMENT (2002), *Resolution on Sexual and Reproductive Health and Rights*, retirado em 30-10-2008 de <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=//EP//TEXT+REPORT+A5-2002-0223+0+DOC+XML+V0//EN>.

EUROPEAN PROJECT AIDS AND MOBILITY (2000), *Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees in the field of HIV/AIDS*, Amsterdam: European Project AIDS and Mobility.

EUROPEAN WOMEN'S LOBBY (2007), *Equal rights, equal voices: Migrant women in the European Union*, Brussels: European Women's Lobby.

EUROSTAT (2006), *Non-national populations in the EU Member States*, retirado em 13-06-2008 de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-008/EN/KS-NK-06-008-EN.PDF

EUROSTAT (2007), *Eurostat Yearbook 2006-2007*, Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

FARQUHAR, C. (1999), «Are focus groups suitable for “sensitive” topics?», in R. BARBOUR e J. KITZINGER (eds.), *Developing focus group research: politics, theory and practice*, London: Sage Publications.

FENNELLY, K. (2004), *Listening to the Experts: Provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees*, Malmo: Malmo University.

FENTON, K. (2001), «Strategies for improving sexual health in ethnic minorities», in *Current Opinion in Infectious Diseases*, 14 (1): 63-69.

FENTON, K., MERCER, C., McMANUS, S., ERENS, B., WELLINGS, K., MACDOWALL, W., BYRON, C., COPAS, A., NANCHAHAL, K., FIELD, J. e JOHNSON, A. (2005), «Ethnic variations in sexual behaviour in Great Britain and risk of sexually transmitted infections: a probability survey», in *Lancet*, 365 (9466): 1246-1255.

FERN, E. (2001), *Advanced focus group research*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

FERNÁNDEZ, M., PERRINO, T., ROYAL, S., GHANY, D. e BOWEN, G. (2002), «To test or not to test: are Hispanic men at highest risk for HIV getting tested?», in *AIDS Care*, 14 (3): 375-384.

FONGWA, M. (2001), «Exploring quality of care for African Americans», in *Journal of Nursing Care Quality*, 15 (2): 27-49.

FONSECA, M., ESTEVES, A., MCGARRIGLE, J. e SILVA, S. (2007), «Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: Uma perspectiva geográfica e política», in *Migrações*, 1: 27-52.

FOWLER, N. (1998), «Providing primary health care to immigrants and refugees: the North Hamilton experience», in *Canadian Medical Association Journal*, 159 (4): 388-391.

FOX, P., BURNS, K., POPOVICH, J. e ILG, M. (2001), «Depression among immigrant Mexican women and Southeast Asian refugee women in the U.S.», in *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 7 (1): 778-792.

FREITAS, C. (2003), «Identification Study Report on Portugal», in C. WATTERS e D. INGLEBY (coords.), *Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers, Report for the European Commission* (pp. 165-224), Canterbury: University of Kent.

FRITH, H. (2000), «Focusing on Sex: Using focus groups in Sex Research», in *Sexualities*, 3 (3): 275-297.

GARCIA-MORENO, C., JANSEN, H., ELLSBERG, M., HEISE, L. e WATTS, C. (2006), «Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence», in *Lancet*, 368: 1260-1269.

GARDETE, M. e ANTUNES, M. (1997), «Tuberculose em imigrantes», in *Saúde em Números*, 8 (4): 30-32.

GCIM – Global Commission on International Migration (2005), *Migration in an interconnected world: New directions for action*, Switzerland: SRO-Kundig.

GEIGER, H. (2006), «Multicultural medicine and health disparities», in *New England Journal of Medicine*, 355 (2): 216-217.

GLOVER, S., GOTT, C., LOIZILLON, A., PORTES, J., PRICE, R., SPENCER, S., SRINIVASAN, V. e WILLIS, C. (2001), *Migration: an economic and social analysis*, London: RDS.

GOLDMAN, K. e SCHMALZ, K. (2001), «Focus on Focus Groups!», in *Health Promotion Practice*, 2 (1): 14-19.

GONÇALVES, A., DIAS, S., LUCK, M., FERNANDES, J., e CABRAL, J. (2003), «Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1): 55-64.

GORTMAKER, S. (1979), «The effects of prenatal care upon the health of the newborn», in *American Journal of Public Health*, 69: 653-660.

GREEN, J. e THOROGOOD, N. (2004), *Qualitative methods for health research*, London: Sage Publications.

GWYNETH, L., et al. (2001), *Why mothers die 1997-1999: The fifth Report of the UK confidential inquiries into maternal deaths*, London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

HANSEN, A. e KRASNIK, A. (2007), «Access to health care for undocumented immigrants: rights and practice», in *Danish Medical Bulletin*, 54: 50-51.

HARAWA, N., BINGHAM, T., COCHRAN, S., GREENLAND, S. e CUNNINGHAM, W. (2002), «HIV prevalence among foreign-born and US-born clients of public STD clinics», in *American Journal of Public Health*, 92 (12): 1958-1963.

HEMINGWAY, H., SAUNDERS, D. e PARSONS, L. (1997), «Social class, spoken language and pattern of care as determinants of continuity of carer in maternity services in east London», in *Journal of Public Health Medicine*, 19: 156-161.

HERMANSSON, A., TIMPKA, T. e THYBERG, M. (2002), «The mental health of war-wounded refugees: An 8-year follow-up», in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (6): 374-380.

HERRERA, C. e CAMPERO, L. (2002), «The vulnerability and invisibility of women facing HIV/AIDS: constant and changing issues», in *Salud Publica de México*, 44 (6): 554-564.

HOLLANDER, J. (2004). «The social context of focus groups», in *Journal of Contemporary Ethnography*, 33 (5): 602-637.

HOPPE, M., GRAHAM, L., WILSDON, A., WELLS, E., NAHOM, D. e MORRISON, D. (2004), «Teens speak out about HIV/AIDS: Focus group discussions about risk and decision-making», in *Journal of Adolescent Health*, 35 (4): 345-346.

HORTA, R. e CARVALHO, A. (2007), «O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde», in *Migrações*, 1: 179-186.

HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE (2003), *Inequalities in Access to Maternity Services: Eighth Report of Session 2002 – 03 Parliament Health Select Community*, London: House of Commons.

HULSEY, T. (2001), «Association between early prenatal care and mother's intention of and desire for the pregnancy», in *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 30: 275–282.

HUSSAIN, R. e KHAN, A. (2008), «Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health», in *Health Care for Women International*, 29: 468-483.

HYDE, A., HOWLETT, E., BRADY, D. e DRENNAN, J. (2005), «The focus group method: Insights from focus group interviews on sexual health with adolescents», in *Social Science and Medicine*, 61 (12): 2588-2599.

HYMAN, I. (2007), *Immigration and Health: Reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada*, CERIS Working Paper, n.º 55, retirado em 03-05-07, de <http://ceris.metropolis.net/Virtual%20Library/WKPP%20List/>

IBÁÑEZ, I., VÍLCHEZ, M., BLASCO, J. e SIERRA, A. (2006), «Resultados perinatales de las gestantes Inmigrantes», in *Anales de pediatría (Barcelona)*, 64 (6): 550-556.

ILO – International Labour Office (2005), *Immigration, Discrimination and Integration in Europe: Policy Options for Europe in the 21st Century*, retirado em 23-08-07, de http://ec.europa.eu/employment_social/events/2005/demographic_change/taran_txt_en.pdf

INE – Instituto Nacional de Estatística (2001), *XIV Recenseamento Geral da População*.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2002), *Resultados definitivos: A mortalidade infantil em Portugal*, retirado em 2008-09-23 de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=71169&DESTAQUESTema=Qualquer&DESTAQUESmodo=2.

INGHAM, R., VANWESENBEECK, I. e KIRKLAND, D. (1999), «Interviewing on sensitive topics», in A. MEMON e R. BULL (eds.), *Handbook of the Psychology of Interviewing* (pp. 145-164), Michigan: John Wiley & Sons Ltd.

INGLEBY, D., et al., (2005), *The Role of Health in Integration. Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health – IMISCOE Cluster B5, State of the Art Report*, n.º 67 (pp. 101-137), Lisboa: Centro de Estudos Geográficos: Estudos para o Planeamento Regional e Urbano.

IOM – International Organization for Migration (2003), *World Migration 2003: Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move*, Switzerland: IOM.

IOM – International Organization for Migration (2004a), *Migration Health Report*, retirado em 15-03-07, de <http://www.iom.int/iomwebsite/Publication/ServletSearchPublication?event=detail&id=4494>

IOM – International Organization for Migration (2004b), *Glossary on Migration*, Geneva: IOM.

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

IPPF – International Planned Parenthood Federation (1997), *IPPF Charter Guidelines on Sexual and Reproductive Rights*, UK: IPPF.

IPPF – International Planned Parenthood Federation (2003), *Annual Programme Review 2003-2004*, London: IPPF.

JANSENS, 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*, Brighton: Bridge/Institute of Development Studies.

JONES, M. e BOND, M. (1999), «Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women», in *Journal of Nursing Care Quality*, 14: 56-62.

KANDULA, N., KERSEY, M. e LURIE, N. (2004), «Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us», in *Annual Review of Public Health*, 25: 357-376.

KELLY, J., MURPHY, D., SIKKEMA, K. e KALICHAMAN, S. (1993), «Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS», in *American Psychologist*, 48: 1023-1034.

KENNEDY, P. e MURPHY-LAWLESS, J. (2001), *The Maternity Care Needs of Refugee and Asylum seeking Women: A summary of research by Patricia Kennedy and Jo Murphy-Lawless*, Dublin: Social Science Research Centre.

KENNEDY, P. e MURPHY-LAWLESS, J. (2002), *The Maternity Care Needs of Refugee and Asylum seeking Women: A Research Study conducted for the Women's Health Unit, Northern Area Health Board*, Dublin: Eastern Regional Health Authority.

KEYES, E. (2000), «Mental health status in refugees: An integrative review of current research», in *Issues in Mental Health Nursing*, 21 (4): 397-410.

KIDD, P. e PARSHALL, M. (2000), «Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research», in *Qualitative Health Research*, 10: 293-308.

KING, R. e ZONTINI, E. (2000), «The role of gender in the South European immigration Model», in *Revista de Sociologia – Universidade Aberta de Barcelona*, 60: 35-52.

KITZINGER, J. (2000), «Focus groups with users and providers of health care», in *Qualitative research in health care* (2nd ed.), London: British Medical Association.

KNUIST, M. (1998), *Pregnancy Induced Hypertension in a Low-Risk Population*, Amsterdam: Department of Obstetrics and Gynaecology, Academic Medical Centre.

KRUEGER, R. e CASEY, M. (2000), *Focus groups: A practical guide for applied Research* (3rd ed.), Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

KULLGREN, J. (2003), «Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: The public health implications of welfare reform», in *American Journal of Public Health*, 93 (10): 1630-1633.

KUPEK, E., PETROU, S., VAUSE, S. e MARESH, M. (2002), «Clinical, provider and sociodemographic predictors of late initiation of antenatal care in England and Wales», in *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109: 265–273.

LAST, J. e WALLACE, R. (1992), *Public Health and Preventive Medicine* (13th edition), Norwalk, CT: Appleton and Lange.

LAUBY, J., SEMAAN, S., O'CONNELL, A., PERSON, B. e VOGEL, A. (2001), «Factors related to self-efficacy for use of condoms and birth control among women at risk for HIV infection», in *Women and Health*, 34 (3), 71-91.

LAWRENCE, J., ELDERIDGE, G., REITMAN, D., LITTLE C., SHELBY, M. e BRASFIELD, T. (1998), «Factors Influencing Condom Use Among African American Women: Implications for Risk Reduction Interventions», in *American Journal of Community Psychology*, 26 (1): 7-28.

LAZARUS, J., HIMEDAN, M., OSTERGAARD, L. e LILJESTRAND, J. (2006), «HIV/AIDS Knowledge and condom use among Somali and Sudanese immigrants in Denmark», in *Scandinavian Journal of Public Health*, 34 (1): 92-99.

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», in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10: 127-133.

LECHNER, E. (2007), «Imigração e saúde mental», in *Migrações*, 1: 79-101.

LEIGH, H. e REISER, M. (1980), *The patient: biological, psychological and social dimensions of medical practice*, New York: Plenum.

LEVY, V., PRENTISS, D., BALMAS, G., CHEN, S., ISRAELSKI, D., KATZENSTEIN, D. e PAGE-SHAFER, K. (2007), «Factors in the delayed HIV presentation of immigrants in Northern Carolina: Implications for voluntary counselling and testing programs», in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9: 49-54.

LEYE, E., GITHAIGA, A. e TEMMERMAN, M. (1999), *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*, ICRH Publications, n. 4.

LINDSTROM, D. e HERNÁNDEZ, C. (2006), «Internal Migration and Contraceptive Knowledge and Use in Guatemala», in *International Family Planning Perspectives*, 32 (3): 146-153.

LINHORST, D. (2002), «A review of the use and potential of focus groups in social work research», in *Qualitative Social Work*, 1 (2): 208-228.

LOBDELL, D., GILBOA, S., MENDOLA, P. e HESSE, B. (2005), «Use of focus groups for the environmental health researcher», in *Journal of Environmental Health*, 67 (9): 36-42.

LONDON, A. e ROBLES, A. (2000), «The co-occurrence of correct and incorrect HIV transmission knowledge and perceived risk for HIV among women of childbearing age in El Salvador», in *Social Science and Medicine*, 51 (8): 1267-1278.

LUCK, M., FERREIRA, R., PATRÍCIO, A., SIMÕES, G., HORTA, R. e MAGALHÃES, E. (1999), «Vigilância da gravidez numa comunidade imigrante africana: necessidades elevadas, baixa utilização», in *Saúde em Números*, 14 (1): 1-4.

LUGALLA, J., EMMELIN, M., MUTEMBEI, A., SIMA, M., KWESIGABO, G., KILLEWO, J. e DAHLGREN, L. (2004), «Social, cultural and sexual behavioural determinants of observed decline in HIV infection trends: lessons from the Kagera Region, Tanzania», in *Social Science and Medicine*, 59 (1): 185-198.

MACHADO, I. (2007), «Reflexões sobre as identidades brasileiras em Portugal», in J. M. MALHEIROS (ed.), *Imigração brasileira em Portugal* (pp. 171-190), Lisboa: ACIDI.

MACHADO, M. C., SANTANA, P., CARREIRO, M., NOGUEIRA, H., BARROSO, M. e DIAS, A. (2006), *Iguais ou diferentes? Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*, Lisboa: Bial.

MADDERN, S. (2004), «Post-traumatic stress disorder in asylum seekers», in *Nursing Standard*, 18 (18): 36-39.

MAGGI, J. e CATTACIN, S. (2003), *Needed Basic Research in Migration and Health: 2002-2006*, Neuchâtel: SFM.

MALHEIROS, J. (2002), *Portugal seeks balance of emigration, immigration. Country Profiles Information Source*, Washington DC: Migratory Policy.

MANFELLOTTI, D. (2002), *Case Study 5: From Misinformation and Ignorance to Recognition and Care: Immigrants and Homeless in Rome, Italy in Health Systems Confront Poverty*, Geneva: WHO Regional Office for Europe.

MANN, J. (1992), *AIDS in the World: A global epidemic out of control?*, Cambridge, MA: Harvard University School of Public Health.

MANUEL, H. (2007), *Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses Residentes em Portugal*, Lisboa: ACIDI.

MARCELL, A., RAINE, T. e EYRE, S. (2003), «Where does reproductive health fit into the lives of adolescent males?», in *Perspectives on Sexual Reproductive Health*, 35 (4): 180-186.

MARSTON, C. e KING, E. (2006), «Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review», in *Lancet*, 368: 1581-1586.

MCDONALD, T. e COBURN, A. (1988), «Predictors of prenatal care utilization», in *Social Science and Medicine*, 27: 167-172.

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.

McMICHAEL, C., WATERS, E., e VOLMINK, J. (2005), «Evidence-based public health: what does it offer developing countries?», in *Journal of Public Health*, 27 (2): 215-221.

McMUNN, A., MWANJE, R., PAINE, K. e POZNIAK, A. (1998), «Health service utilization in London's African migrant communities: Implications for HIV prevention», in *AIDS Care*, 10 (4): 453-462.

MEADOWS, L., THURSTON, W. e MELTON, C. (2001), «Immigrant women's health», in *Social Science Medicine*, 52 (9): 1451-1458.

MEHLER, P., SCOTT, J., PINES, I., GIFFORD, N., BIGGERSTAFF, S. e HIATT, W. (2001), «Russian immigrant cardiovascular risk assessment», in *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 12 (2): 224-235.

MESTHENEOS, E., GAUNT, S. e IOANNADI, E. (1999), *Bridges and Fences: Refugee Perceptions of Integration in the European Union*, Brussels: ECRE Task Force on Integration.

MICHAELSEN, J., KRASNIK, A., NIELSEN, A., NORREDAM, M. e TORRES, A. (2004), «Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital», in *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(4): 287-295.

MOLLIKA, R., SARAJLIC, N., CHERNOFF, M., LAVELLE, J., VUKOVIC, I. e MASSAGLI, M. (2001), «Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees», in *Journal of the American Medical Association*, 286 (5): 546-554.

MOREAU, C., BAJOS, N. e TRUSSELL, J. (2006), «The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France», in *Contraception*, 73: 602-608.

MORGAN, D. (2001), «Focus Group Interviewing», in J. F. GUBRIUM e J. A. HOLSTEIN (eds.), *Handbook of interview research: context and method*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

MUENNIG, P. e FAHS, M. (2002), «Health Status and Hospital Utilization among Immigrants to New York City», in *Preventive Medicine*, 35: 225-232.

MUNK-OLSEN, T., LAURSEN, T., PEDERSON, C., MORES, O. e MORTENSEN, P. (2006), «New parents and mental disorders», in *Journal of the American Medical Association*, 296 (21): 2582-2589.

NARAYANAN, S. e LAI, Y. (2005), «The causes and consequences of immigrant labour in the construction sector in Malaysia», in *International Migration*, 43 (5): 31-57.

NDIRANGU, E. e EVANS, C. (2008), «Experiences of African Immigrant Women Living with HIV in the U.K.: Implications for Health Professionals», in *Journal of Immigrant and Minority Health*, retirado em 23-09-2008 de <http://www.springerlink.com/content/n23460w660761445/fulltext.pdf>

NEALE, A., NGEOW, J., SKULL, S. e BIGGS, B. (2007), «Health services utilization and barriers for settlers from the Horn of Africa», in *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31 (4): 333-335.

NG, E., WILKINS, R., GENDRON, F. e BERTHELOT, J. (2005), *Dynamics of Immigrants' Health in Canada: Evidence from the National Population Health Survey*, retirado em 17-04-07, de <http://www.statcan.ca/english/research/82-618-MIE/2005002/pdf/82-618-MIE2005002.pdf>

NOH, S. e KASPAR, V. (2003), *Diversity and Immigrant Health*, Toronto: University of Toronto.

NORMAN, L. e GEBRE, Y. (2005), «Prevalence and correlates of HIV testing: An analysis of university students in Jamaica», in *Medscape General Medicine*, 7: 70.

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

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», in *Reproductive Health*, 4: 9.

OMELANIUK, I. (2005), *Gender, Poverty Reduction and Migration*, Washington, DC: The World Bank.

OMS – Organização Mundial de Saúde (1986), *Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: Carta de Ottawa*.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2005), *Relatório Mundial de Saúde 2005. Para que todas as mães e crianças contem*, Genebra: OMS.

ORMOND, M. (2004), *Barriers to Immigrant Health Care in Portugal*, presentation at the 1st IMISCOE workshop of Cluster B5 on Social Integration and Mobility, Housing, Education and Health, Lisbon 16-17 July.

PADILLA, B. (2005), *Integration of Brazilian immigrants in Portuguese Society: Problems and possibilities*, Lisboa: ISEG

PADILLA, B. (2007), «A imigrante brasileira em Portugal: Considerando o género na análise», in J. M. MALHEIROS (ed.), *Imigração brasileira em Portugal* (pp. 113-134), Lisboa: ACIDI.

PAGNINI, D. e REICHMAN, N. (2000), «Psychosocial factors and the timing of prenatal care among women in New Jersey's Health Start program», in *Family Planning Perspectives*, 32: 56-64.

PALLITTO, C. e O'CAMPO, P. (2004), «The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia», in *International Family Planning Perspectives*, 30: 165-173.

PARKER, R., EASTON, D. e KLEIN, C. (2000), «Structural barriers and facilitators in HIV prevention: A review of international research», in *AIDS*, 14 (Suppl 1): S22-32.

PARLAMENTO EUROPEU (2003), *Annual Report on human rights in the world*, retirado em 16-12-06 de http://ec.europa.eu/comm/external_relations/human_rights/doc/report03.htm.

PATTON, M. (2002), *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.), Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

PÉCOUD, A. e GUCHTENEIRE, P. (2004), *Migration, human rights and the United Nations: an investigation into the low ratification record of the UN Migrant Workers Convention*, Geneva: Global Commission on International Migration.

PEIXOTO, J. (2006), *Mulheres migrantes: Percursos laborais e modos de inserção socioeconómica das imigrantes em Portugal*, Lisboa: ISEG.

PETERSON-SWEENEY, K. (2005), «The use of focus groups in pediatric and adolescent research», in *Journal of Pediatric Health Care*, 19 (2): 104-110.

PISCITELLI, A. (2008), «Looking for new worlds: Brazilian women as international migrants», in *Signs*, 33 (4), 784-793.

POLITZER, R., YOON, J., SHI, L., HUGHES, R., REGAN, J. e GASTON, M. (2001), «Inequality in America: The contribution of health centres in reducing and eliminating disparities en access to care», in *Medical Research Review*, 58 (2): 234-248.

PUMARIEGA, A., ROTHE, E. e PUMARIEGA, J. (2005), «Mental Health of Immigrants and Refugees», in *Community Mental Health Journal*, 41 (5): 581-597.

PURKAYASTHA, B. (2005), «Skilled migration and cumulative disadvantage: The case of highly qualified Asian Indian immigrant women in the US», in *Geoforum*, 36: 181-196.

PUTTER, J. (ed.) (1998), *AIDS and STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups: The State of Affairs in Europe*, Woerden: European Project AIDS and Mobility.

QUICK, J., GREENLICK, M. e ROGHMANN, K. (1981), «Prenatal care and pregnancy outcome in an HMO and general population: a multivariate cohort analysis», in *American Journal of Public Health*, 71: 381-390.

RADEMAKERS, J., MOUTHAAAN, I. e DE NEEF, M. (2005), «Diversity in sexual health: Problems and dilemmas», in *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10 (4): 207-211.

RAZUM, O., ZEEB, H. e ROHRMANN, S. (2000), «The healthy migrant effect'-not merely a fallacy of inaccurate denominator figures», in *International Journal Epidemiology*, 29 (1): 191-192.

REIJNEVELD, S. (1998), «Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?», in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52 (5): 298-304.

RICH, M. e GINSBURG, K. (1999), «The reason and rhyme of qualitative research: Why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health», in *Journal of Adolescent Health*, 25: 371-378.

ROWE, R. e GARCIA, J. (2003), «Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review», in *Journal of Public Health Medicine*, 25: 113-119.

RUBIA, M., MARCOS, I. e MUENNIG, P. (2002), «Increased risk of heart disease and stroke among foreign-born females residing in the United States», in *American Journal of Preventive Medicine*, 22 (1): 30-35.

RUIZ-PÉREZ, I., BLANCO-PRIETO, P. e VIVES-CASES, C. (2004), «Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias», in *Gaceta Sanitaria*, 18 (2): 4-12.

RYAN, G., SWEENEY, P. e SOLOLA, A. (1980), «Prenatal care and pregnancy outcome», in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 137: 876-881.

SALAMA, P., e DONDERO, T. (2001), «HIV Surveillance in complex emergencies», in *AIDS*, 15 (Supp 3): S4-S12.

SANTOS, C. (2004), «Mulheres imigrantes na imprensa portuguesa: Resenha da análise do ano de 2003», in AA. VV. (ed.), *Imigração e etnicidade: Vivências e trajetórias de mulheres em Portugal* (pp. 51-62), Lisboa: SOS Racismo.

SARACINO, A., EL-HAMAD, I., PRATO, R., CIBELLI, D., TARTAGLIA, A., PALUMBO, E., PEZZOLI, M., ANGARANO, G. e SCOTTO, G. (2005), «Access to HAART in HIV-Infected immigrants: A retrospective multicenter Italian study», in *AIDS Patient Care and STD's*, 19 (9): 599-606.

SCHIPPERS, E., DONGEN, E., DEKKER, J., GEERTZEN, J. e DEKKER, J. (2006), «Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review», in *Family Practice*, 23 (3): 325-348.

SCHULPEN, T. (1996), *Mortality Differences Between Migrant and Native Dutch Children in the Netherlands*, Utrecht: Centre for Migration and Child Health.

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2006), *Relatório de Actividades 2006 – Imigração, Fronteiras e Asilo*, Lisboa: Departamento de Planeamento e Formação do SEF.

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2007), *Relatório de Actividades 2007 – Imigração, Fronteiras e Asilo*, Lisboa: Departamento de Planeamento e Formação do SEF.

SHEDLIN, M. e SHULMAN, L. (2004), «Qualitative needs assessment of HIV services among Dominican, Mexican and Central American immigrant populations living in the New York City area», in *AIDS Care*, 16: 434-445.

SINGH, G. e SIAHPUSH, M. (2001), «All-Cause and Cause-Specific Mortality of Immigrants and Native Born in the United States», in *American Journal of Public Health*, 91 (3): 392-399.

SMITH, G., CHATURVEDI, N., HARDING, S., NAZROO, J. e WILLIAMS, R. (2000), «Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence», in *Critical Public Health*, 10 (4): 375-408.

SOLORIO, M., CURRIER, J. e CUNNINGHAM, W. (2004), «HIV health care services for Mexican migrants», in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37: S240-S51.

SONIS, J. (1998), «Association between duration of residence and access to ambulatory care among Caribbean immigrant adolescents», in *American Journal of Public Health*, 88: 964-966.

SORMATI, M., PEREIRA, L., EL-BASSEL, N., WITTE, S. e GILBERT, L. (2001), «The role of community consultants in designing an HIV prevention intervention», in *AIDS Education and Prevention*, 13 (4): 311-328.

STAMPINO, V. (2007), «Improving Access to multilingual health information for newcomers to Canada», in *Journal of the Canadian Health Libraries Association*, 28: 15-18.

STEEL, J., HERLITZ, C., MATTHEWS, J., SNYDER, W., MAZZAFERRO, K., BAUM, A. e THEORELL, T. (2003), «Pre-migration trauma and HIV-risk behaviour», in *Transcultural Psychiatry*, 40 (1): 91-108.

STEEL, Z. e SILOVE, D. (2001), «The mental health implications of detaining asylum seekers», in *The Medical Journal of Australia*, 175 (11-12): 596-599.

STEFFAN, E., KERSCHL, V. e SOKOLOWSKI, S. (2005), «Immigration and HIV/AIDS prevention in Germany – an interdisciplinary challenge», in *Eurosurveillance*, 10 (1): 58-59.

STRONKS, K., RAVELLI, C. e REIJNEVELD, A. (2001), «Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs?», in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (10): 701-707.

SWERDLOW, A., COOKE, K., SKEGG, D. e WILKINSON, J. (1995), «Cancer incidence in England and Wales and New Zealand and in migrants between the two countries», in *British Journal of Cancer*, 72: 236–243.

SWORD, W., WATT, S. e KRUEGER, P. (2006), «Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women», in *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35 (6): 717-727.

THOMPSON, J. (2005), «International policies for achieving safe motherhood: Women's lives in the balance», in *Health Care for Women International*, 26: 472-483.

THORP, S. (2003), «Born Equal», in *Health development Today*, 18: 21-23.

TONES, K. e GREEN, J. (2004), *Health Promotion: Planning and Strategies*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

TONG, C., CHEN, J. e CHENG, L. (1999), «Survey on causes of induced abortion in Shanghai», in *Shanghai Medical Journal*, 22 (6): 345-353.

TOWER, M. (2007), «Intimate partner violence and the health care response: A postmodern critique», in *Health Care for Women International*, 28: 438-452.

TROE, E. (2008), *Ethnic differences in fetal growth, birth weight and infant mortality*, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

UN – United Nations (1948), *Universal Declaration of the Human Rights*.

UN – United Nations (1994), *Report of the International Conference on Population and Development (Cairo): Programme of Action*, New York: UN.

UN – United Nations (1995), *Beijing Declaration and Platform for Action*, New York: UN.

UN – United Nations (2003), *Report on the World Social Situation 2003. Social Vulnerability: Sources and Challenges*, New York: UN.

UN – United Nations (2004a), *Women and International Migration: World Survey on the Role of Women in Development*, retirado em 26-05-07, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/Review/documents/pressreleases/WorldSurvey-Women&Migration.pdf>

UN – United Nations (2005), *Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision*, Geneva: UN.

UN – United Nations (2006), *Trends in total migrant stock: The 2005 revision*, retirado em 15-06-2008 de http://www.un.org/esa/population/publications/migration/UN_Migrant_Stock_Documentation_2005.pdf

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2004), *2004 Report on the Global AIDS epidemic: 4th Global Report*.

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2006), *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*.

UNAIDS/IOM (2001), *Migrants' Right to Health*, Geneva: UNAIDS.

UNFPA – United Nations Population Fund (1996), *Programme of Action of the international Conference on Population and development*, Cairo, 5-13 September, 1994, New York: United Nations Population Found.

UNFPA – United Nations Population Fund (2005), *A situação da população mundial 2005. A promessa de igualdade: Equidade em matéria de género, Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*, Nova Iorque: Fundo das Nações Unidas para a População.

UNFPA – United Nations Population Fund (2006), *A state of the world population: A passage to hope*, retirado em 06-08-2008 de <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/sowp06-en.pdf>

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2003), *Sexual and Gender-based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response. UNHCR Report*.

UNHCR/WHO/UNAIDS (1995), *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*, Geneva: UNAIDS.

UNFPA/IOM (2006), *Female Migrants: Bridging the Gaps throughout the Life Cycle*, New York: UNFPA/IOM.

VALLADARES, E., PENA, R., PERSSON, L. e HOGBERG, U. (2005), «Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua», in *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112 (9): 1243-1248.

VALLI, M. (2003), *Les migrants sans permis de séjour à Lausanne*, Municipalité de Lausanne.

VAN ENK, A., BUITENDIJK, S., VAN DER PAL, K., VAN ENK, W. e SCHULPEN, T. (1998), «Perinatal death in ethnic minorities in the Netherlands», in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 735-9.

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», in *International Journal of Epidemiology*, 3: 654-60.

VERMA, R. e COLLUMBIEN, M. (2003), «Wife beating and the link with poor sexual health and risk behavior among men in urban slums in India», in *Journal of Comparative Family Studies*, 34 (1): 61.

VON HERTZEN, H., PIAGGIO, G., DING, J., CHEN, J., SONG, S., BÁRTFAI, G., *et al.* (2002), «Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial», in *Lancet*, 360 (9348): 1803-1810.

WALL, K., NUNES, C. e MATIAS, A. (2005), *Immigrant women in Portugal: Migration trajectories, main problems and policies*, Lisboa: ICS.

WALTON-MOSS, B. e CAMPBELL, J. (2002), «Intimate partner violence: Implications for nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 7, (1): 6, retirado em 27-08-2008, de <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume72002/No1Jan2002/IntimatePartnerViolence.aspx>

WARR, D. (2005), «“It was fun... but we don't usually talk about these things”: Analyzing sociable interaction in focus groups», in *Qualitative Inquiry*, 11 (2): 200-226.

WEEKS, R., SCHENSUL, J., WILLIAMS, S., SINGER, M. e GRIER, M. (1995), «AIDS prevention for African American and Latina women: Building culturally and gender appropriate intervention», in *AIDS Education and Prevention*, 7: 251-263.

WHO – World Health Organization (1948), *Constitution of the World Health Organization*.

WHO – World Health Organization (1975), *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Technical Report Series, No. 572*, Geneva: WHO.

WHO – World Health Organization (2000), *Woman and HIV/AIDS*, Fact Sheet N.º 242, June 2000, retirado em 06-06-2003 de www.who.int/inf-fs/en/fact_242.html

WHO – World Health Organization (2002), *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Geneva: WHO.

WHO – World Health Organization (2003a), *International Migration, Health and Human Rights*, Health and Human Rights Publication Series.

WHO – World Health Organization (2003b), *Gender and HIV/AIDS*, retirado em 03-07-07 de http://www.who.int/gender/hiv_aids/en/

WHO – World Health Organization (2006), *Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health*, Geneva: WHO.

WHO – World Health Organization (2007), *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*, retirado em 23-07-2008 de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf

WIEDERMAN, M. e WHITLEY, B. (eds.) (2002), *Handbook for Conducting Research on Human Sexuality*, London: Lawrence Erlbaum Associates.

WILLIAMS, S., GARDOS, P., ORTIZ-TORRES, B., TOSS, S. e EHRHARDT, A. (2001), «Urban Women's negotiation strategies for safer sex with their male partners», in *Women and Health*, 33 (3-4): 133-148.

WINGOOD, G. e DICLEMENTE, R. (2000), «Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women», in *Health Education and Behavior*, 27 (5): 539-565.

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», in *BMC Public Health*, 8: 93-103.

WOLFFERS, I., VERGHIS, S. e MARIN, M. (2003), «Migration, human rights, and health», in *Lancet*, 362 (9400): 2019-2020.

WONG, F., CAMPSMITH, M., NAKAMURA, G., CREPAZ, N. e BEGLEY, E. (2004), «HIV testing and awareness of care-related services among a group of HIV-positive Asian Americans and Pacific Islanders in the United States: Findings from a supplemental HIV/AIDS surveillance project», in *AIDS Education and Prevention*, 16: 440-447.

WONG, W., TAMBIS, J., HERNANDEZ, M., CHAW, J. e KLAUSNER, J. (2003), «Prevalence of sexually transmitted diseases among Latino immigrant day laborers in an urban setting-San Francisco», in *Sexually Transmitted Diseases*, 30: 661-663.

WOOLLETT, A., MARSHALL, H. e STENNER, P. (1998), «Young women's accounts of sexual activity and sexual/reproductive health», in *Journal of Health Psychology*, 3 (3): 369-381.

WORLD BANK (2001), *Engendering development: Thought gender equality in rights, resources and voice*, New York: Oxford University Press/World Bank.

WORTHINGTON, C. e MYERS, T. (2003), «Factors underlying anxiety in HIV testing: Risk perceptions, stigma, and the patient-provider power dynamic», in *Qualitative Health Research*, 13: 636-655.

YANG, X. (2006), «Gender, migration, risky sex, and HIV infection in China», in *Studies in Family Planning*, 37 (4): 241-250.

ZACHAROULI, E. e MAVRAKI, A. (2003), «Country Report Greece», in G. BRORING, C. CANTER, N. SCHINAIA e B. TEIXEIRA (2003), *Access to care: Privilege or right? Migration and HIV Vulnerability in Europe*, Woerden: European Project AIDS and Mobility.

ZEITLIN, J., BUCOURT, M., RIVERA, L., TOPUZ, B. e PAPIERNIK, E. (2004), «Preterm birth and maternal country of birth in a French district with a multiethnic population», in *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111: 849-55.

ZHAO, D., ZHENG, Z., ZHANG, L., *et al.* (2002), «Status and needs of sexual health among women migrant workers in Taiyuan», in E. GAO, C. LOU, X. TU e S. IQBAL (eds.), *Status, perspective and strategy of reproductive health among adolescents and unmarried youth* (pp.231-243), Shanghai: The Second Military Medical University Press.

ZHENG, Z., ZHOU, Y., ZHENG, L., YANG, Y., ZHAO, D., LOU, C. e ZHAO, S. (2001), «Sexual behaviour and contraceptive use among unmarried, young women migrant workers in five cities in China», in *Reproductive Health Matters*, 9 (17): 118-127.

ZWANE, I.T., MNGADI, P.T., e NXUMALO, M.P. (2004), «Adolescents' views on decision-making regarding risky sexual behaviour», in *International Nursing Review*, 51 (1): 15-22.

ANEXO – GUIÃO UTILIZADO PARA A CONDUÇÃO DOS GRUPOS SOCIAIS

Introdução

- Breve introdução ao estudo
- Objectivos da discussão de grupo
- Apresentação dos participantes
- Introdução ao tema com a definição geral do conceito de saúde sexual e reprodutiva
- Actividade de «quebra-gelo»

Temáticas de saúde sexual e reprodutiva

- Temas mais relevantes em saúde sexual e reprodutiva
- Conhecimentos, atitudes e práticas
- Dificuldades nas diversas áreas da saúde sexual e reprodutiva
- Consequências dessas dificuldades
- Estratégias para ultrapassar as dificuldades

Processo de Migração

- Experiências e caracterização dos processos migratórios
- Dificuldades e facilidades no país de acolhimento

Acesso e utilização dos serviços de saúde

- Padrões de utilização dos serviços de saúde
- Percepção sobre os serviços de saúde
- Comparação entre a prestação dos cuidados de saúde no país de origem e no de acolhimento (Portugal)
- Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde
- Facilidade no acesso e utilização dos serviços de saúde

Estratégias para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes



acidi

Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I. P.

www.oi.acidi.gov.pt

CO-FINANCIAMENTO DO FUNDO SOCIAL EUROPEU

