

## VIVÊNCIAS DE MULHERES BRASILEIRAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNA

Joana Bessa Topa<sup>1</sup>Conceição Nogueira<sup>2</sup>Sofia Neves<sup>3</sup>

**Resumo:** O número de mulheres a viver a maternidade em contexto multicultural e migratório é, atualmente, uma realidade com uma expressão reconhecida. Todavia, o conhecimento em torno da qualidade e da eficácia do acesso das imigrantes aos cuidados de saúde, é ainda diminuto em Portugal (Fonseca et al., 2007). Situado em pressupostos teóricos e epistemológicos críticos oferecidos pelo construcionismo social, o presente estudo, de natureza qualitativa, pretendeu analisar e caracterizar, através de entrevistas semiestruturadas, os discursos, perceções e vivências de dez mulheres brasileiras que estavam grávidas e/ou foram mães em Portugal acerca dos cuidados de saúde materno-infantis recebidos no país. Como método de análise recorremos à análise temática (Braun e Clarke, 2006) sendo esta complexificada com uma análise em

profundidade auxiliada pela análise crítica do discurso (Willig, 2003, 2008). Os resultados mostram que, apesar de gratuitos, o acesso aos serviços de saúde para vigilância de gravidez são tardios. Para isso contribuem as experiências vivenciadas nos diversos contextos sociais (e.g., discriminação) bem como os múltiplos e diferenciados obstáculos que encontram (e.g., económicos, burocráticas) quando acedem ou tentam aceder aos serviços. Embora a maioria faça uma apreciação positiva dos cuidados recebidos, algumas queixam-se da interpretabilidade da lei e sua usurpação por parte de quem as recebe nos serviços, bem como alertam para a insensibilidade demonstrada pelas/os profissionais face à diversidade cultural e a constante discriminação preconizada. Face às dificuldades que encontram, estas mulheres vão alimentando uma noção de si

<sup>1</sup> Doutorada em Psicologia Social, Assistente Convidada no Instituto Universitário da Maia e investigadora no CIEG-ISCSP/UL. Endereço: Av. Carlos Oliveira Campos - Castelo da Maia -4475-690 Avioso S. Pedro, Portugal. E-mail: [jtopa@ismai.pt](mailto:jtopa@ismai.pt).

<sup>2</sup> Doutorada em Psicologia Social, Professora Associada com Agregação na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (FPCEUP). Endereço: Rua Alfredo Allen- 4200-135 Porto, Portugal. E-mail: [cnogueira@fpce.up.pt](mailto:cnogueira@fpce.up.pt).

<sup>3</sup> Doutorada em Psicologia Social, Professora Auxiliar no Instituto Universitário da Maia e investigadora no CIEG-ISCSP/UL. Endereço: Av. Carlos Oliveira Campos - Castelo da Maia, 4475-690 Avioso S. Pedro, Portugal. E-mail: [asneves@docentes.ismai.pt](mailto:asneves@docentes.ismai.pt).

como pessoas com menos direitos, o que as leva conformarem-se com as práticas ocidentais de cuidado e a silenciar-se face às práticas discriminatórias a que são sujeitas. As estratégias individuais utilizadas parecem não constituir qualquer tipo de ameaça ao grupo hegemônico, contribuindo para a manutenção do *status quo* e da desigualdade (Topa et al., 2013).

**Palavras-chave:** Imigrantes Brasileiras. Serviços de Saúde Materno-Infantis. Vivências. Direitos

**Abstract:** The number of women living motherhood in a multicultural and migratory context is, today, a reality with a recognized expression. However, knowledge about the quality and effectiveness of the access of immigrants to health care is still scarce in Portugal (Fonseca et al., 2007). Located in critical theoretical and epistemological assumptions offered by social constructionism, the present study, of qualitative nature, intended to analyze and characterize, through semi-structured interviews, speeches, perceptions and experiences of ten Brazilian women who were pregnant and / or were mothers in Portugal about the maternal health care received in the country. To analyze the data

we used thematic analysis (Braun e Clarke, 2006) and discourse critical analyses (Willig, 2003; 2008). The results show that, although free, the access to maternal and child health services is made very late. To this contribute the experiences of these women in different social contexts (e.g., discriminatory experiences) as well as multiple and different obstacles that they face (e.g., economic, bureaucratic) when they access or attempt to access the health services. Most of them have a positive assessment of the care received, but some complain about the interpretability of the law and its usurpation, the insensitivity shown by health professionals and the constant discrimination made by them. Given the difficulties experienced these women feed a sense of themselves as people with fewer rights, which leads them to comply with western practices of care and to silence themselves when they face discriminatory practices. This study shows that the individual strategies used by Brazilian women do not constitute any threat to the hegemonic group, contributing to the maintenance of the status quo and inequality (Topa et al., 2013).

**Key-words:** Brazilian Immigrants. Maternal and Child Health Services. Experiences. Rights

## Introdução

Os movimentos migratórios são uma das características mais proeminentes das sociedades contemporâneas (Alvarenga, 2002). Se, por um lado, as migrações patenteiam oportunidades para o desenvolvimento económico, demográfico e sociocultural dos países, por outro lado, acarretam grandes desafios face a diversidade e heterogeneidade que caracterizam estas populações.

Segundo os últimos dados dos Serviços de Estrangeiros e Fronteiras (2014), a população estrangeira residente no país totaliza os 395195 indivíduos, dos quais 203630 são mulheres (51,5%), com idades entre 20 e 39 anos de idade (SEF, 2014). Portugal segue a tendência global de *feminização* (Castels e Miller, 2003) e/ou de *genderização* das migrações (Yamanaka e Piper, 2006), onde as mulheres imigrantes assumem e dão um contributo inequívoco para a economia portuguesa (Miranda, 2009). Seja pela via da reunificação familiar ou da autonomização individual, numa tentativa de alcançar autonomia e independência financeira, educacional e/ou afetiva, estas mulheres perspetivam que através da experiência migratória é possível acumular recursos para se obter uma "vida melhor", tanto no país de destino como no país de origem.

Todavia, apesar da enorme prevalência de mulheres imigrantes a nível mundial e nacional, o estudo das migrações tem sido, em larga medida, indiferente à perspectiva de género (Peixoto et al., 2006), já que não se assume o género como um pilar fundamental de caracterização e análise das migrações. O termo "migrante" teve, durante décadas, uma conotação masculina (Pessar, 1999), fazendo com que as migrações fossem pensadas como um processo predominantemente masculino. Até meados dos anos 70, a imigração feminina foi analisada em termos das imigrações familiares e não enquanto imigração autónoma (Albuquerque, 2005; Fonseca et al., 2005). As mulheres eram relegadas para o espaço privado e a contribuição económica que davam à sociedade era completamente desconhecida (Oso e Catarino, 1997). Era destinado às mulheres um papel de seguidoras, de submissas à decisão do seu marido/companheiro/pai (Zlotnik, 2003), um papel de vítimas (Anthias e Lazaridis, 2000), visão esta sustentada pelas próprias políticas de imigração (Kofman e Sales, 2001) que negligenciavam as mulheres imigrantes não lhes dando relevo nem o devido enfoque.

Hoje sabe-se que o fenómeno imigratório não é um fenómeno neutro.

Embora continue a existir uma prevalência da perspectiva macrossocial nestas áreas de estudo (Gonzalez- Gonzalez e Zarco, 2008), na qual as mulheres continuam a ficar perdidas nos números e onde as suas realidades ficam por descobrir (Miranda, 2009; Nogueira, 2001; Padilla, 2007a), reconhecesse que estudar o fenómeno migratório implica necessariamente desenvolver uma abordagem específica para as/os seus/suas protagonistas – mulheres e homens (Albuquerque, 2005; Miranda, 2009; Topa, 2009) quebrando um olhar fragmentado sobre o fenómeno. Sustenta-se, deste modo, a conceptualização das mulheres migrantes como sujeitos sociais ativos (Peixoto et al., 2006).

O género, bem como outras categorias identitárias (e.g. etnia, classe social, orientação sexual, nacionalidade) não só surgem como parte integral no processo da migração, influenciando as decisões acerca de quem migra, como migra e porque migra, como as próprias migrações influenciam as relações de género, acentuando as desigualdades e papéis tradicionais ou desafiando-os (Hondagneu-Sotelo, 1999; La Barbera, 2012; Topa et al., 2010; Nogueira, 2011).

A migração das mulheres pode, assim, representar uma forma de adquirir

segurança económica e um factor de redução das desigualdades de género, levando a que as mulheres obtenham autonomia, independência económica, estatuto social e liberdade (UNFPA, 2006), funcionando a migração como um factor de *empowerment*. Porém, pode também acarretar riscos, uma vez que pela sua vulnerabilidade social estão mais sujeitas a situações de vitimação (Rosário et al., 2011). Estas mulheres 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 (Dias e Gonçalves, 2007). São mais atreitas a situações de desemprego, conhecendo uma maior taxa de desemprego do que os homens estrangeiros residentes em Portugal (Abranches, 2007). O que as expõe muitas vezes a situações de discriminação, violência e exploração sexual (Peixoto, 2005).

Ou seja, não raramente vemos associados à feminização da migração outros processos que afetam 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 uma menor preparação para lidar com as condições inerentes ao processo migratório (UNFPA, 2006).

Estes riscos parecem acentuar-se nos períodos de gravidez e maternidade, onde a vulnerabilidade de desenvolverem problemas de saúde, de serem discriminadas e/ou violentadas aumenta exponencialmente (Dias et al., 2009; Rosário et al., 2011; UNFPA, 2006).

Portugal tem demonstrado empenho em melhorar a integração dos/as imigrantes, através de uma série de políticas inclusivas, favorecedoras da legalização e reunificação familiar, apresentando um enquadramento teórico legal de livre acesso aos cuidados de saúde.

A saúde é tida como um dos mais importantes indicadores de integração das comunidades imigrantes nos países receptores pois, apesar de não ser verdade que as migrações constituem, por si só, processos geradores de vulnerabilidade à doença, há que considerar que para algumas e alguns imigrantes as experiências migratórias são efetivamente experiências de risco, quer no que se refere ao estado de

saúde, quer no que se refere ao acesso e uso dos serviços de saúde (Topa et al., 2013).

No sentido de dar voz à população imigrante, este estudo tenta descortinar as vivências e desafios que mulheres imigrantes brasileiras que estavam grávidas e/ou foram mães em Portugal vivenciaram no acesso e uso dos serviços de saúde materno-infantis.

### **Imigração Brasileira em Portugal**

Dentro do universo feminino migratório nacional, verifica-se que em termos de nacionalidade a maioria é proveniente do Brasil, da Ucrânia e de Cabo Verde (SEF, 2011). Já há muitas décadas que Portugal atrai milhares de mulheres brasileiras. Vários autores/as descrevem que esta escolha ocorre devido à presença de portugueses/as no Brasil, à proximidade histórica entre os dois países que adveio com os Descobrimentos (Malheiros, 2007; Padilla, 2006) e pelo facto de a língua ser a mesma, o que se constitui como um fator facilitador de integração no país recetor (Wall et al., 2005a).

O grande movimento imigratório brasileiro para Portugal deu-se nos anos 80 devido à crise económica que assolava o Brasil e à fase de crescimento económico que caracterizava Portugal devido à sua entrada na Comunidade Económica

Europeia em 1986 (Pires, 2007). Inicialmente esta imigração foi protagonizada por jovens, homens e mulheres qualificadas/os, contudo durante os anos 90 devido às exigências do mercado de trabalho português a imigração e as características da população que imigrava modificou para pessoas menos qualificadas (Wall et al., 2005b), havendo um proletarização do fluxo imigratório (Padilla, 2007a).

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

Em termos geográficos, as mulheres imigrantes brasileiras tendem a residir maioritariamente na região de Lisboa e Vale

do Tejo, seguindo-se a região do Norte e Centro (INE, 2001). São mulheres que tendem a imigrar sozinhas, sendo que a sua maioria trabalha cá enviando parte das suas remunerações para a família no Brasil. Outras imigram tendo por base uma estratégia de migração familiar que nem sempre é liderada pelo pai ou pelo marido (Padilla, 2007a). Têm idades compreendidas na grande maioria entre os 20 e os 39 anos (SEF, 2011).

Estas mulheres têm contribuído para o aumento dos rácios de natalidade no país, de facto, entre 2001 e 2010, os nados vivos de mães de nacionalidade estrangeira e residentes em Portugal duplicaram a sua proporção relativamente ao total de nascimentos de nados vivos de mães autóctones (10.6%) (INE, 2011), sendo inequívoca a contribuição das mães de nacionalidade brasileira, a qual se tornou, desde 2006, a mais representativa (3.8% em 2009) (Carrilho e Patrício, 2010).

Todavia, estas mulheres sofrem muitas discriminações em Portugal, resultantes não só de uma espécie de imaginário nacional que associa as mulheres brasileiras a estereótipos como “sensual” ou “oferecida” e que resultam das imagens que possuímos do Carnaval do Brasil, das próprias novelas, da excessiva associação das mulheres brasileiras a casos

de prostituição, pela responsabilização das mulheres brasileiras pelas alterações que estão a ocorrer nas famílias portuguesas (e.g., aumento do número de divórcios, diversificação dos modelos familiares) (Padilla, 2007a) e pela comunicação social que têm criado uma imagem negativa das brasileiras. Padilla (2007b) destaca o caso das “Mães de Bragança”, que retrata uma publicação da Revista *Times-Europe*, que se repercutiu na comunicação social portuguesa e internacional. Esta apresentava um grupo de mulheres portuguesas que culpavam as prostitutas brasileiras por roubarem os seus maridos em bares de alterne. Neste episódio, as mulheres brasileiras foram representadas como pecadoras, destruidoras do lar, enquanto as portuguesas foram pensadas como as mães e esposas exemplares.

Neste contexto, para além da dimensão violenta e explícita associada à exploração de mulheres brasileiras para fins sexuais, emerge uma outra dimensão, mais subtil mas igualmente perniciosa, que corresponde à generalização do estigma da “prostituta” e “fácil” a todas as mulheres brasileiras (Machado et al., 2007; Padilla, 2007a) que a sociedade vai disseminando e legitimando. Esta imagem acarreta consequências directas e indirectas, no dia-a-dia destas mulheres e nos mais diversos

contextos sociais, não sendo a saúde uma excepção.

### **Saúde Materna como um indicador de integração da população imigrante**

As migrações têm implicações e são claramente um desafio para a Saúde Pública dos países de acolhimento e de origem uma vez que potenciam o aparecimento ou expansão de novas doenças (Fonseca et al., 2007).

Reconhece-se existir uma crescente desigualdade social e crescente assimetria entre diferentes grupos de pessoas em quase todos os países e em diferentes domínios sociais, não sendo a saúde nenhuma excepção (Pusseti et al., 2009). Obviamente o efeito da migração no estado de saúde do/a imigrante, bem como os padrões de morbilidade e mortalidade, dependem de quem está a migrar, quando migra, de onde emigra, para onde migra e quais os parâmetros de saúde que estão a ser avaliados (Carballo, 2007).

O estado de saúde das populações imigrantes têm vindo a ser considerado um indicador de integração destas comunidades (Dias et al., 2009). Contudo, continua a existir um desconhecimento notório a nível do acesso efetivo dos/as imigrantes aos cuidados de saúde (Fonseca et al., 2009)

especialmente no que concerne à mulher imigrante.

Na tentativa de dar respostas adequadas às situações de imigração, Portugal têm tido necessidade de se moldar às novas configurações sociais, alterando as suas políticas de imigração, mas também a generalidade das suas políticas sociais. Esse esforço reflete-se no Índice das Políticas de Integração (MIPEX III<sup>4</sup>). O MIPEX III avaliou vinte e sete Estados-membros da União Europeia (UE), a Noruega, a Suíça, o Canadá e os EUA através de 148 indicadores, divididos por sete áreas de políticas de integração para imigrantes. Aferido numa escala de 100 pontos, o MIPEX III colocou Portugal na segunda posição, logo a seguir à Suécia.

Na área da saúde Portugal tem feito avanços. Em 2001 foi dado um importante passo na promoção do acesso universal aos serviços de saúde das populações imigrantes, com a publicação do Despacho n.º 25.360/2001 (Diário da República, II Série, n.º 286, de 12 de Dezembro de 2001). Tal como vários países da União Europeia (e.g. Inglaterra, Suécia, Espanha), a partir de 2001 passou a ser garantido aos/às cidadãos/ãs estrangeiros/as o direito de

acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal (ACIDI, 2007).

Contudo, verifica-se que apesar de os/as imigrantes que têm a sua situação regularizada estarem, com maior frequência, inscritos/as nos centros de saúde do SNS, onde têm acesso a consultas, esta acessibilidade defronta ainda alguns obstáculos, sendo que os/as imigrantes em situação irregular, evitam muitas vezes os serviços de saúde por medo de serem denunciados e recorrem mais frequentemente à automedicação (WHO, 2003).

Ou seja, apesar dos importantes avanços legislativo ainda existem problemas a nível de barreiras legislativas, estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas assim como dificuldades dos/as próprios/as imigrantes (Fonseca et al, 2007). De facto, o estado de saúde assim como a sua acessibilidade aos cuidados de saúde de uma população é resultado de redes complexas de determinantes que envolvem fatores biológicos, genéticos, psicossociais, estilos

---

<sup>4</sup><http://www.integrationindex.eu/play/map.php>

de vida e comportamentos, meio ambiente físico, socioeconômico e cultural, aspetos relacionados com os sistemas de saúde, e ainda fatores políticos e de nível macrossocial (Reijneveld, 1998).

Obviamente que o crescente aumento da imigração feminina tem acentuado a preocupação relativamente às questões de saúde sexual e reprodutiva nesta população. Estudos demonstram que, por um conjunto complexo de factores, as imigrantes tendem a adoptar menos comportamentos preventivos, a recorrer com menor frequência aos cuidados de saúde e a receber pouca assistência pré-natal, o que as coloca em situação de risco e aumenta a dificuldade e custo do tratamento em caso de doença (UNFPA, 2006).

Os factores culturais, como papéis sociais de género, hábitos tradicionais, linguagem, padrões de comunicação e falta de conhecimento sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis podem condicionar a utilização dos serviços de saúde materna e cuidados pré-natais por parte das mulheres imigrantes (Dias et al., 2009). Deste modo, a ocidentalização da saúde, a insensibilidade para com os costumes, preferências e convenções, dietas específicas, regras de interacção entre homens e mulheres vai afastando ou limitando a sua acessibilidade.

Um caso específico é o das mulheres imigrantes grávidas. Estas enfrentam, de entre a generalidade das mulheres imigrantes, constrangimentos particulares, em termos de saúde e de violência, no contacto com os países recetores (IOM, 2004).

São vários os estudos que 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 infeção perinatal, maior mortalidade materna, perinatal e infantil, prematuridade, baixo peso à nascença, maior taxa de incidência de IST e taxa de prevalência de violência contra as mulheres (IOM, 2004) demonstrando terem piores indicadores de saúde comparativamente às mulheres autóctones. Outros dados têm apontado para uma maior vulnerabilidade em saúde sexual e reprodutiva nas mulheres imigrantes (Rademakers et al., 2005).

Relativamente às questões da maternidade dados indicam que as mulheres de grupos socialmente desfavorecidos, imigrantes e/ou de grupos étnicos devido às profundas transformações sociais a que são submetidas durante a permanência no país recetor, têm menor probabilidade de receberem o acompanhamento necessário durante a gravidez, o parto e o período pós-parto (Dias et al., 2009).

Em Portugal, estudos na área da saúde sexual e reprodutiva e materno-infantil das comunidades imigrantes apontam taxas de mortalidade perinatal e infantis mais elevadas na população imigrante (Fonseca et al, 2007). Todavia, continua a existir falta de reflexões aprofundadas sobre a especificidade e necessidades destes grupos em particular na área da saúde materna, onde continuam a ser reproduzidas atitudes universalistas, organicistas e biomédicas da saúde/doença.

### **Metodologia**

Este estudo surge integrado numa investigação levada a cabo para a realização do projeto doutoral em Psicologia Social na Universidade do Minho que culminou com a escrita da Tese intitulada “Cuidados de saúde materno-infantis à população imigrante residente em Portugal”. Esta investigação teve como objetivo principal analisar e caracterizar os cuidados materno-infantis prestados à população imigrante brasileira, cabo-verdiana e ucraniana residente em Portugal.

Com o intuito de produzir uma visão holística e a compreensão integrada sobre o acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde materno-infantis, optamos pela utilização de metodologias qualitativas para a recolha e análise dos dados. Utilizamos

assim para a recolha dos dados a entrevista semiestruturada, tendo a sua construção sido informada por leituras sobre a temática e pela realização de entrevistas exploratórias com profissionais de várias instituições nacionais, nomeadamente com o Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao/à Imigrante (CNAI) de Lisboa, com o Gabinete de Ação Social do CNAI do Porto, e com dirigentes de Associações de Imigrantes no Grande Porto (e.g., Associação Mais Brasil).

O protocolo de entrevista utilizado compreendeu quatro tópicos de análise: 1) história de vida (e.g. história do processo imigratório); 2) estado de saúde e recurso aos serviços de saúde (e.g., conhecimentos, autoavaliação de saúde); 3) vivências durante a gravidez e respetiva maternidade (e.g., hábitos e estilos de vida, estado de saúde, os cuidados de saúde durante este período) e 4) prevenção e ação social no âmbito da saúde (questionamento das medidas indispensáveis para a melhoria das condições de vida das mulheres imigrantes nos contextos de saúde).

Partimos dos seguintes critérios de inclusão das participantes: mulheres imigrantes provenientes do Brasil, residentes no Grande Porto, residentes em Portugal há mais de 2 anos, que estivessem grávidas ou que tivessem sido mães em

Portugal e que mostrassem disponibilidade e vontade em participar na investigação.

No primeiro contacto, todas as entrevistadas foram devidamente informadas dos objetivos e finalidade do estudo, e foram consideradas e respeitadas, as normas éticas e deontológicas que necessariamente fazem parte da elaboração de um estudo de investigação-consentimento informado, confidencialidade, privacidade e responsabilidade (Shaw, 2003) pela divulgação das interpretações realizadas, assumindo a nossa não neutralidade. Este consentimento informado foi sempre formalizado pela assinatura da entrevistada/o e da entrevistadora, em dois documentos, ficando um na posse de cada participante e o outro com a investigadora. No dia das entrevistas, foram novamente revalidados os propósitos do estudo, junto das/os participantes. Foi-lhes também, solicitada a possibilidade de gravar a entrevista, garantindo sempre a confidencialidade e o anonimato. Todas as entrevistadas acederam às solicitações tendo cada entrevista a duração média de 1h30. As entrevistas foram realizadas em Associações, no domicílio ou no local de trabalho das entrevistadas de acordo com as suas disponibilidades.

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

Para a análise dos dados recorremos à análise temática, seguindo a proposta de Braun e Clarke (2006) de modo a conseguir identificar, analisar e reportar os temas, padrões ou categorias emergentes dos dados. Depois de encontrados os temas e subtemas dominantes do material de análise, seguimos a possibilidade que Braun e Clarke (2006) nos dão para analisar e refletir sobre os resultados de um modo mais interpretativo. Deste modo, recorremos a uma possibilidade de análise mais próxima da análise crítica do discurso, nomeadamente da proposta de Carla Willig (2008). Esta análise serviu-nos para um aprofundamento e complexificação da análise que se pretendia neste estudo não só

em termos de reflexão, inferência e atribuição de sentido, mas, também, com o intuito de intervir nos problemas sociais e políticos inerentes à imigração feminina. Toda a esta análise foi informada por uma grelha interseccional, considerando que a formação destes discursos, subjetivações e identidades ocorre imbuída num contexto social, é condicionado por este mas, também, pelas diferentes pertenças identitárias das pessoas.

## Resultados

Participaram neste estudo 10 mulheres imigrantes de nacionalidade brasileira, com idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos que estavam grávidas e ou foram mães em Portugal e que eram residentes na área metropolitana do Porto.

As participantes apresentam uma grande variedade de pertenças identitárias. Oriundas de diferentes meios estas mulheres tinham habilitações literárias que variavam entre o 6º ano e o Ensino Superior. A nível ocupacional, a situação de empregabilidade assume maior relevo (7) entre as entrevistadas. Em termos de orientação sexual, todas se apresentaram como heterossexuais. Ao considerar-se o estado civil, observa-se que a maioria se encontra casada (7), duas estão divorciadas, e uma é solteira. Todas tiveram um/a filho/a

em Portugal estando uma delas grávida aquando a realização da entrevista. Seis das entrevistadas imigraram autonomamente para Portugal e as restantes por reunificação familiar. No grupo total das participantes, a maioria vive com as/os filhos ou com o parceiro e filhas/os. Relativamente ao tempo de permanência em Portugal, este varia entre os 6 e os 13 anos, estando todas com a situação regularizada em Portugal.

Verifica-se que se as mulheres que vieram autonomamente para Portugal imigram numa tentativa de fuga à pobreza, ao desemprego, ou a problemas relacionais íntimos (e.g., violência doméstica, violação), procurando novas oportunidades laborais, educacionais e sociais. As que vieram por reunificação familiar vieram por amor e pela preservação da união familiar. A escolha de Portugal como país migratório ocorre por uma maior familiaridade com portuguesas/es que vivem no Brasil, proximidade histórica entre os dois países, pelo facto de a língua ser a mesma (fator facilitador de adaptação no país recetor), pela imagem que lhes é criada através de pessoas conhecidas e por amor (E8- “*Eu tenho uma história muito comum. Aquilo foi uma história, um continho de fadas, foi uma história de amor*”).

Mulheres que tinham habilitações académicas superiores e que vinham com

expectativas muito elevadas de grandes ordenados e de uma melhoria substancial de qualidade de vida ficaram desiludidas tendo de se dedicar a outras profissões para conseguirem sobreviver (E4- “*Eu fiz o curso superior de nutrição e dietética e fiz o curso de gestão empresarial, mas ... eu estou aqui trabalhando na restauração*”). Muitas das participantes sofreram perda de *status* social quando emigraram para Portugal uma vez que se inseriram em ocupações, socialmente abaixo das que exerciam no seu país de origem, muitas delas em economias laborais subterrâneas e paralelas. A maioria das brasileiras entrevistadas indicou ser trabalhadora por conta de outrem e trabalhadora do setor terciário, desempenhando funções predominantemente na restauração e no atendimento ao público, bem como em áreas de entretenimento.

Do universo de entrevistas realizadas vemos que a maioria se confronta no seu dia-a-dia com atitudes hostis e discriminatórias assente numa imagem estereotipada da mulher brasileira exótica e sensual, como prostituta, como oportunista, como “ladra” de homens portugueses (E4- “*você acha que é só servir ao balcão? as brasileiras procuram trabalho é para servir os homens*”).

Estas mulheres sofrem discriminação baseada em questões de gênero, raciais, étnicas e de classe social nos mais variados contextos sociais (E1- “*Sim por ser brasileira por ser mestiça negra é o costume... a família dele nunca aceitou tinham frases deste gênero: és a ovelha negra*”). O serem mulheres, imigrantes e brasileiras coloca-as em situações de clara opressão que desrespeita a sua dignidade, como se o ser imigrante e brasileiras lhes conferisse um estatuto de cidadãos de segunda categoria onde todas as conquistas e desafios são mais difíceis.

Estas situações discriminatórias levam-nas a redefinir a ideia pré-concebida que traziam da população portuguesa e a adquirir algumas estratégias de proteção que passam muitas vezes por negar a sua verdadeira nacionalidade, distanciando-se do seu endogrupo com o receio de serem discriminadas (E1- “*não sabiam que eu era brasileira porque eu falo português como quero (sotaque)*”). Deste modo, assimilando as normas e valores do contexto social onde vivem, vão categorizando outras conterrâneas agindo sobre elas com preconceitos. Este posicionamento de julgamento, responsabilizando algumas/alguns conterrâneas/os pela falta de aceitação manifestada pela sociedade, retira a força de resistência face a práticas

discriminatórias, o que vai minando a sua integração em Portugal (**E6-** “*a mulher brasileira lá é vista como prostituta e eu não tinha essa noção! Eu falei ah mas deve ser aquelas mulheres lá que têm cara de prostituta, eu não tenho cara de prostituta!*”).

Contudo, ao longo do tempo, e pelo número de vezes que sofrem práticas discriminatórias, algumas vão reagindo de forma agressiva recorrendo a uma réplica de práticas discriminatórias não assentes na questão da nacionalidade mas sim na classe social de modo a fazerem valer os seus direitos (**E6-** “*eu já criei uma proteção, então é assim, se alguém me trata mal eu reajo. Se precisar de falar que eu sou engenheira, que eu faço isto, para a pessoa se colocar no lugar dela, eu falo!*”).

Todavia, poucas são as entrevistadas que têm um discurso de resistência e agem legalmente contra as práticas discriminatórias que ocorrem efetivando queixas formais nos diversos contextos sociais (**E9-** “*me faltou com o respeito e assim como qualquer cidadão, eu mereço respeito. Eu não lhe dou o direito de olhar para mim, da forma como olhou e muito menos de fazer comentários... anotei a placa do carro, anotei o nome que vinha no crachá dele, fui para a esquadra e apresentei uma queixa*”).

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

Relativamente aos contextos de saúde, verificou-se que estas mulheres evidenciam uma ausência de medicina preventiva que não é apenas referenciada perante a situação de gravidez mas em toda e qualquer situação. Todavia, a maioria das entrevistadas mal teve a confirmação de que se encontrava grávida operou de imediato mudanças pessoais nomeadamente a nível do seu estilo de vida, aniquilando toda e qualquer tipo de substância que pudesse ser maléfica para o desenvolvimento do feto.

Depois de integrarem os contextos de saúde e de iniciarem a vigilância da sua gravidez, denota-se que a maioria esforçou-se em seguir todas as indicações da medicina ocidental, acreditando que esta lhes traria benefícios para o desenvolvimento das suas crianças (**E1-**

*“Segui sempre a medicação daqui nunca utilizei outro tipo de medicina”*).

Paralelamente ao apoio médico, estas mulheres caracterizam como fundamental o apoio da sua rede social, familiares e/ou amigas/os, bem como da religião. Para estas mulheres as instituições religiosas desempenharam um papel de extrema importância no sentido de um apoio emocional, o que corrobora os resultados do estudo de Ramalho e Trovão (2010) de que ser crente e praticante implica uma fonte de apoio e/ou de resolução de problemas sociais por parte destas mulheres.

Estas mulheres evidenciam nos seus discursos uma clara falta de informação sobre o funcionamento dos serviços e sobre os seus direitos e deveres a nível da saúde bem como a nível de outros serviços sociais. Algumas de modo a suprirem essas dificuldades/necessidades, recorrem a múltiplas ferramentas: internet, amigas/os, colegas de trabalho ou pessoas conhecidas que já viviam em Portugal sendo que em última instância recorrem a entidades públicas (e.g., CNAI, CLAI) e a associações. De facto, foram vários os problemas sociais que assolaram as participantes durante o período gravítico e durante toda a maternidade. Três das participantes manifestaram viver grandes problemas socioeconómicos. O ser mães

solteiras remeteu-lhes toda a responsabilidade económica e parental da educação e cuidado das suas crianças o que as levou a passarem por muitas necessidades, privações e a fazerem grandes os sacrifícios que garantissem a sua subsistência principalmente a nível profissional. Deste modo, muitas foram renegadas a trabalhos em setores desregulados e segregados da economia onde a exploração estava bastante patente (E1- *“Eu estava a fazer de rececionista, era uma faz tudo, era polivalente, tinha de fazer tudo. Fazia muitas horas de trabalho, 13 horas de trabalho por dia de 2<sup>a</sup> a 6<sup>ª</sup>”*).

De facto, os baixos salários, as dificuldades habitacionais, os empregos precários e o isolamento social pareciam contribuir para este cenário de grande vulnerabilidade.

No caso da entrevistada 1 a violência conjugal foi o cenário presente durante toda a gravidez (E1- *“Ele queria obrigar as médicas a abortar... ele atirava-me contra as coisas eu ficava toda roxa, ...ele proibia-me literalmente (ir à igreja) mesmo não tendo poder sobre mim porque eu não sou mulher dele, não sou nada, apenas carrego um filho dele na barriga”*).

A situação abortiva da entrevistada 9 e 10 e o confronto com o diagnóstico de deficiência do seu filho por parte da

entrevistada 1 foram outras, das muitas, situações problemáticas vivenciadas por estas mulheres.

Quando questionadas sobre o uso dos serviços de saúde, verificamos que face às dificuldades socioeconômicas que pontuam as suas vidas, as participantes recorreram ao SNS público. De facto, pelos rendimentos que auferem vêm-se impossibilitadas de recorrer ao sistema de saúde privado e de recorrer a consultas de especialidade, o que corrobora dados encontrados no estudo de Bárbara Bäckström (2009). As participantes descrevem que a escolha preferencial de serviços de saúde recaiu nos Centros de Saúde da sua zona de residência e/ou o hospital de referência.

Todavia, o primeiro acesso a estes serviços não foi fácil para algumas das entrevistadas. Segundo elas são inúmeras as barreiras que constroem a sua acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: barreiras legislativas, informativas, económicas, culturais e comunicacionais. A principal e primeira barreira com a qual se deparam recaí sobre a sua situação administrativa em Portugal. O não estar numa situação regularizada na altura levou a que no primeiro acesso tivessem sido colocados vários entraves no sentido de conseguirem uma primeira consulta (E1- “*No começo era um bocado assim e eu*

*compreendo essas pessoas também era por causa da falta de documentos de residência”). Ou seja, mesmo estando grávidas confrontaram-se com problemas de aceder aos serviços devido à sua situação de irregularidade, o que vai contra os seus direitos bem explícitos na lei portuguesa face à acessibilidade (Despacho n.º 25.360/2001) e à gratuidade dos serviços de mulheres imigrantes grávidas (Decreto-Lei n.º 173/2003). Perante estas situações, as participantes evidenciaram falta de informação sobre o modo como podiam contestar tal situação, mostrando um desconhecimento sobre quais as entidades onde poderiam realizar formalmente as suas queixas (e.g., gabinete da/o utente do centro de saúde ou do hospital).*

Durante a gravidez o recurso aos cuidados de saúde foi feito tardiamente, sendo que para muitas foi nessa altura que tiveram o primeiro contacto com os sistemas de saúde nacionais.

Dentro dos serviços, algumas consideraram que usufruíram de um bom serviço em termos de qualidade comparativamente aos serviços de saúde do Brasil, realizando os exames recomendados pelo Ministério da Saúde (E9- “*Eu fui no centro de saúde como é que eu fazia e tudo o mais, por acaso Barão do Corvo foi fantástico também”). A maioria teve acesso*

a um/uma médico/a de família no centro de saúde onde estava a ser seguida (E5- *“Sim. Foi uma coisa assim, que nós conseguimos. Na primeira semana que estávamos, aqui eu já consegui médica de família”*). Apesar de terem médica/o de família verifica-se uma despersonalização e impessoalidade no tratamento da/o técnica/o. Ou seja, de forma geral estas mulheres não sabem o nome da/o profissional que lhes prestou e/ou ainda presta cuidados. Todavia, para outras o direito de ter um/a médico/a de família não se efetivou.

Quando indagadas sobre as interações que tiveram com as/os profissionais de saúde revelam que, não raramente, as atitudes de alguns e algumas profissionais de saúde podem constituir uma barreira que pode ser determinante no uso dos serviços. Algumas vivenciaram situações bastante desagradáveis (E6- *“Eu passei muito. Muito preconceito no hospital público, principalmente. Tanto é que mal eu pude eu fiz um seguro de saúde, para começar a ser atendida num hospital particular ...você paga, você pode exigir!”*).

O contacto com os serviços de saúde é pautado, segundo elas por desconfiança e por uma perceção de fraca qualidade no que respeita aos cuidados de saúde prestados. Estas mulheres são confrontadas não raras as vezes com situações discriminatórias

genderizadas e classicistas que evocam a ideia de uma gravidez por interesses secundários (e.g., regularização) sendo questionadas sobre a nacionalidade dos pais da criança (E3- *“o pai é brasileiro ou português?”*).

Simultaneamente são confrontadas com questões sobre a atividade profissional que executam ou são confrontadas com insinuações que as remetem para a prática de prostituição. Ou seja, confrontam-se com experiências marcadas por uma linguagem desrespeitosa e comportamentos ofensivos de algumas e alguns profissionais de saúde, que no caso de uma das entrevistadas chegou mesmo a uma situação de assédio (E6- *“uma vez eu lembro que eu fui no médico, num dermatologista...lembro que estava com uma mancha no rosto e ele foi e veio colocou a mão na cintura, sabe, e eu saí nervosa”*). Estes dados sublinham os resultados encontrados por Joana Miranda (2009) de que as brasileiras continuam a enfrentar a questão do assédio sexual e do preconceito da sociedade portuguesa, explanado aqui nos contextos de saúde primários.

Simultaneamente, confrontam-se com comportamentos discriminatórios por causa das diferenças linguísticas (E8- *“a mulher olhava para mim e fingia que não entendia... e eu falei: boa tarde, eu vim*

*tirar. A senhora veio... ah levantar uma ecografia?”).*

A entrevistada 9, perante a situação de aborto espontâneo que teve, descreve o atendimento realizado como o momento mais cruel que viveu em Portugal (**E9**- “... não adianta nada estar aqui a chorar! Enxuga lá essas lágrimas, que o choro aqui não resolve nada, aliás piora o seu estado dizia a médica”).

A entrevistada 10 perante uma necessidade de realizar um aborto por motivos de deficiência do feto sofreu imenso pelo atendimento preconizado pelas enfermeiras de serviço (**E10**- “quando dei entrada para o quarto por volta da meia-noite estava lá duas enfermeiras que me deram uns comprimidos porque eu já estava de cinco meses e fiz um parto normal... Eu tinha que fazer força que era para o feto sair mas não conseguia e estava a ter muitas dores e mesmo assim as enfermeiras gozavam, diziam que eu parecia estar a tomar banhos de sol no Brasil. A minha sorte depois de tanto sofrer foi que veio uma médica e ajudou”).

As participantes que passaram por experiências negativas elegem as/os administrativas/os e enfermeiras/os como aquelas/es que mais discriminam e que são menos atenciosas/os. Todavia, a maioria das entrevistadas revela que apesar de

alguns constrangimentos gostou dos serviços prestados durante o período de gravidez tanto a nível dos cuidados prestados a nível dos centros de saúde como a nível hospitalar (**E5**- “*Todo o processo, o acompanhamento foi muito bom, não tenho queixas*”).

Perante as situações discriminatórias vivenciadas, estas mulheres evidenciam estratégias de resolução de problemas diferenciadas. Umam ignoram simplesmente as situações tentando evitar qualquer tipo de retaliação futura (**E4**- “*tento levar na boa, achar piada, ... não adianta bater de frente!*”), mas outras confrontam-se verbalmente com as/os agentes da discriminação (**E9**- “*a senhora não é pessoa para tratar nem animal o que fará de ser humano*”). Contudo, denota-se claramente uma apatia comportamental de resistência direta para com a/o agente discriminatória/o não tendo sido realizada nenhuma queixa formal.

### **Discussão de Resultados**

As mulheres brasileiras revelaram que quando chegaram a Portugal, padeceram de algumas dificuldades de integração no país recetor, dificuldades estas que ao longo do tempo tendem a desaparecer e a ficar diluídas. As participantes enunciam como fatores

facilitadores desse processo a aquisição da nacionalidade (tempo de permanência em Portugal) e adoção gradual da cultura e costumes da sociedade portuguesa.

Na sua movimentação no mundo social, estas mulheres contactam com discursos hegemônicos: os discursos de gênero, os discursos midiáticos, os discursos científicos e os discursos do Estado. Estes discursos, veiculados sobretudo pela comunicação social continuam a reforçar estereótipos levando a opinião pública portuguesa a reforçar sentimentos de rejeição e xenofobia pela população imigrante (Rosário et al., 2011). Estas relações de privilégio e de opressão que os discursos midiáticos vão perpetuando leva à continuidade de uma lógica simbólica de dominação por parte da população autóctone levando a um silenciamento por parte destas mulheres.

Este posicionamento “silencioso” tem impacto não só na forma como estas mulheres expressam as suas necessidades mas também no modo como reivindicam os seus direitos e lidam com situações que sabem ser claramente discriminatórias e injustas, ou seja, este silenciamento parece interferir na forma como orientam as suas ações, práticas e subjetividades (Willig, 2008) bem como no modo como conceptualizam situações de mudança,

empoderamento e de emancipação das mulheres imigrantes.

Quando direcionamos o nosso olhar para os contextos de saúde materno-infantil verificamos que esta construção discursiva tem efeitos não só a nível da acessibilidade destas mulheres aos serviços de saúde, a nível da sua adesão às práticas de cuidado e no modo como lidam com a discriminação que é preconizada sobre elas. Perante situações discriminatórias estas mulheres reagem através de confrontos verbais de questionamento, contudo não conseguem que esses discursos se tornem oficializados em queixas formais contra o sistema social vigente, uma vez que muitas vezes não saem de discussões momentâneas como a/o agente que propicia a discriminação. Por outro lado, evidenciam uma regulação conformista da sua posição na sociedade, assumindo os mesmos macro discursos que legitimam essas mesmas representações sociais, ou seja, consideram que as atitudes e comportamentos das “outras” brasileiras que estão em Portugal (endogrupo) são em grande parte responsáveis pelas representações negativas que a população portuguesa tem.

Assim, a adopção maioritária de um discurso essencialista não possibilita mudanças efetivas naquilo que consideram ser pontos menos positivos dentro dos

sistemas de saúde. Se isto lhes trás algum apaziguamento numa tentativa de uma regulação social e de evitamento da discriminação proporcionando mobilidade social e um relativo bem-estar psicológico, levando a uma falsa noção de “integração” no país recetor uma vez que está sempre subjacente uma penalização de si mesmas, por outro lado, não favorece o desenvolvimento de uma consciência de grupo que permita o reconhecimento da necessidade de realização de ações coletivas para fazer frente às situações de opressão que enfrentam (Wal, 2009), levando a um constrangimento de escolhas, restringindo os campos de atuação social, como se ser mulher, e posteriormente imigrante significasse não poder fugir a um destino de vitimação/discriminação (Neves, 2010a, 2010b) que se expressa nos cuidados de saúde durante a gravidez e maternidade.

De facto, muitas das entrevistadas conceptualizam que o seu estatuto de imigrante, a sua classe social, idade, etnia e o seu sexo lhes possibilitou o acesso a certas posições sociais e como tal não questionam as ideologias e o sistema, impedindo-as de encetar qualquer mudança social. Não aceitando um determinado saber como válido, inquestionado e como intersubjetivamente vinculante. Deste modo, os seus discursos claramente

genderizados e classicistas, vão legitimando a sua submissão pelo facto de serem imigrantes levando ou a uma não reivindicação dos seus direitos, ou a uma posição de maior resistência que não prevalece no tempo e que leva consequentemente a uma permanência neste tipo de situação, não capacitando nenhuma mudança efectiva.

Estes dados parecem corroborar a perspectiva de Asch (1951) sobre a conformidade, onde o poder exercido por maiorias subverte posições minoritárias incorporando-as nas normas maioritárias (apud Vala e Monteiro, 2006). De facto, os estereótipos sociais vão sendo apropriados, disseminados e naturalizados não só por toda a sociedade mas também pelas mulheres imigrantes o que nos leva a refletir que o seu silenciamento e conformismo repercute-se na hegemonia de um sentido (Lechner, 2012). Assim, este silenciamento e conformismo assemelhava-se mais a um posicionamento construído por força das opressões/violências vivenciadas ao longo de toda a sua vida.

### **Reflexões Finais**

Portugal assiste, desde o início do século XXI, a um novo ordenamento dos fluxos migratórios. Se num passado recente, os fluxos migratórios de entrada foram

muito expressivos, conduzindo a um aumento significativo da população estrangeira residente entre os anos de 2000 e 2010, a partir de 2008, com o acréscimo assinalável dos fluxos migratórios de saída, o saldo migratório apresenta uma diminuição considerável o que levanta sérios desafios ao país.

A diminuição do índice de fecundidade, que em 2013 foi de 1,21 filhos/as por mulher (abaixo da média da União Europeia), a diminuição dos saldos migratórios (-3,6%), e o aumento da esperança média de vida, acompanhando a tendência verificada em outros Estados-membros, induz ao reforço do envelhecimento demográfico e à sobre representação de idosos/as. Segundo os últimos dados do PRODATA (2012) o índice de envelhecimento populacional ronda os 129.4%.

Atendendo a que, segundo um estudo do EUROSTAT, a partir de 2015 se prevê que o crescimento populacional dos Estados-membros se consiga apenas com saldos migratórios positivos, Portugal encontra-se numa situação de fragilidade demográfica. Neste sentido, as tendências migratórias, atendendo a necessidades específicas do mercado de trabalho e à retoma do desenvolvimento económico, demográfico e cultural, representam

oportunidades de evolução incontestáveis para Portugal que devem ser pensadas e devidamente refletidas.

Neste sentido, os fluxos migratórios e as imigrações desempenham um importante papel contrariando o envelhecimento demográfico nacional (Padilha e Miguel, 2009; Padilha et. al, 2009). Entre 2001 e 2010, os nados vivos de mães de nacionalidade estrangeira e residentes em Portugal duplicaram a sua proporção relativamente ao total de nascimentos de nados vivos de mães autóctones (10.6%) (INE, 2011).

O Plano Nacional Estratégico para as Migrações (2015-2020) reconhece que as migrações pela importância que têm, requerem uma importante análise política e social.

No âmbito dos cuidados de saúde, Portugal, está obrigado pela CEDAW (2008) e comprometido pela Plataforma de Acção de Pequim a instituir uma ampla variedade de medidas relativas à prestação de serviços de saúde, a fim de garantir que homens e mulheres sejam igualmente beneficiados.

Este estudo, exploratório e localizado, mostra que apesar de Portugal ter demonstrado um forte compromisso com a melhoria da integração dos/as imigrantes a nível da saúde por meio de uma legislação

abrangente e que garante o livre acesso aos cuidados de saúde para as mulheres grávidas e novas mães verificam-se uma série de lacunas entre a lei e a realidade no terreno que contribuem para sistematicamente para que estas mulheres apresentem piores indicadores de saúde.

A noção clara que estas mulheres, por serem imigrantes se vão confrontando com inúmeros e diferenciados obstáculos no acesso, utilização e avaliação dos cuidados de saúde informa que apesar de a questão estar, no foro formal devidamente salvaguardada pela legislação em vigor, reclama ainda o aparecimento e implementação de outras medidas e ações concretas que promovam a integração pessoal, social, profissional e cívica, a fim de garantir o acesso de direito a uma cidadania comum de todos/as imigrantes.

É, assim, premente o desenvolvimento de políticas e investigações que se centrem na análise das relações sociais de género assumindo uma perspectiva do que é ser mulher polissémica e não homogénea. Só desse modo, se poderá ultrapassar a abordagem individual do fenómeno saúde e doença e aprofundar a discussão em relação às várias dimensões envolvidas na saúde ajustando práticas e políticas relativas à mulher imigrante. Só desse modo, será possível assegurar a promoção e protecção

dos direitos humanos a todos/as os/as cidadãos/ãs.

### **Referências Bibliográficas**

- Abranches, Maria (2007), *Pertenças Fechadas em Espaços Abertos. Estratégias de (Re)Construção Identitária de Mulheres Muçulmanas em Portugal*. Lisboa: ACIDI.
- ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2007), *Plano para a Integração dos Imigrantes. Resolução do Conselho de Ministros nº 63-A/2007*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Albuquerque, Rosana (2005), “Para uma análise multidimensional da situação das mulheres: as relações entre género, classe e etnicidade”, in *SOS RACISMO* (Eds.), *Imigração e Etnicidade- Vivências e trajectórias de mulheres em Portugal*. Lisboa: SOS Racismo, 37-49.
- Alvarenga, Carlos (2002), “Reflexão sobre a História e a Migração em Portugal”, in *SOS RACISMO* (ed.), *A Imigração em Portugal- Os movimentos humanos e culturais em Portugal*. Lisboa: SOS Racismo, 21-28.
- Anthias, Floya (1983/2000), “Metaphors of Home: Gendering New Migrations in Southern Europe”, in F. Anthias & G. Lazaridis (Eds.), *Gender and Migration in*

- Southern Europe: Women on the Move. New York: Berg, 17-49.
- Bäckström, Bárbara (2009), Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa. Lisboa: ACIDI.
- Boyd, Monica (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.
- Braun, Virginia & Clarke, Victoria (2006), “Using thematic analysis in psychology”. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Carballo, Manuel (2007), The challenge of migration and health. Antwerp: International Centre for Migration and Health.
- Carrilho, Maria, & Patrício, Lurdes (2010). “A Situação Demográfica Recente em Portugal”, *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 101-146.
- Castles, Stephen; Miller, Mark (2003), *The Age of Migration*. New York: Guilford Press.
- CEDAW (2008). Observações finais do Comité para a Eliminação da discriminação contra as mulheres. Consultado a 02.03.2016, em <http://plataformamulheres.org.pt/docs/42cedaw/Observacoes-finais-CEDAW-PT.pdf>
- Diário da República (2001). Despacho n.º 25.360/2001, de 12 de dezembro. Lisboa: Diário da República.
- Diário da República (2003). Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto. Lisboa: Diário da República.
- Dias, Sónia; Gonçalves, Aldina (2007), “Migração e Saúde”, *Migrações*, 1, 15-26.
- Dias, Sónia et al. (2009), *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras- Um estudo qualitativo*. Lisboa: ACIDI.
- Fonseca, Maria et al. (2005), *Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*. Lisboa: ACIME.
- Fonseca, Lucinda et al. (2007), *Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política*. Consultado a 22.01.2014, em <http://www.ceg.ul.pt/mcm/migracoesart.pdf>.
- Fonseca, Lucinda et al. (2009), *Country Report on National Data Collection Systems and Practices in Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa.
- González-González, J., & Zarco, V. (2008), “Immigration and Femininity in Southern Europe: A gender-based psychosocial analysis”, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18, 440-457.

- Hondagneu-sotelo, Pierrette (1999), “Introduction: Gender and Contemporary U.S. Immigration”, *American Behavioral Scientist*, 42, 565-576.
- INE- Instituto Nacional de Estatística (2001). *XIV Recenseamento Geral da População*. Consultado a 03.02.2015, em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos\\_historia\\_pt\\_2001](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001)
- INE (2011). Estatísticas. Consultado a 03.02.2015, em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadoreseindOcorrCod=0003665econtexto=bdeselTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadoreseindOcorrCod=0003665econtexto=bdeselTab=tab2)
- IOM – International Organization for Migration (2004), *Glossary on Migration*. Geneva: IOM.
- Kofman, Eleanore, & Sales, Rosemary (2001), “Migrant Women and Exclusion in Europe”, in J. Fink, G. Lewis & J. Clarke (Eds.), *Rethinking European Welfare: Transformations of Europe and Social Policy*. London: SAGE, 96-109.
- La Barbera, MariaCaterina (2012), “Intersectional-Gender and the Locationality of women “in transit”, in G. Bonifacio (Eds.), *Feminism and Migration: Cross-Cultural Engagements*. Canada: Springer, 17-31.
- Machado, Maria et al. (2007), “Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes”, in S. Dias (Eds.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*. Lisboa: ACIDI, 103-127.
- Malheiros, Jorge (2007), *Imigração brasileira em Portugal*. Lisboa: ACIDI.
- Miranda, Joana (2009), *Mulheres Imigrantes em Portugal: Memórias, Dificuldades de Integração e Projectos de Vida*. Lisboa: ACIDI.
- Morokvasic, Mirjana (1984), “Birds os passage are also women”, *International Migration Review*, 18, 886-907.
- Neves, Sofia (2010a), “Tráfico de mulheres brasileiras para fins de exploração sexual em Portugal e Interseccionalidade: Um estudo de caso”, *Psicologia*. 2(XXIV).
- Neves, Sofia (2010b), “Sonhos traficados (escravaturas modernas?): Tráfico de mulheres para fins de exploração sexual em Portugal”, in Neves, S. e Fávero, M. (Coord.), *Vitimologia: Ciência e Activismo*. Coimbra: Almedina, 195-226.
- Nogueira, Conceição (2001), *Um Novo Olhar sobre as Relações Sociais de Género. Perspectiva feminista Crítica na Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nogueira, Conceição (2011), “Introdução à teoria da Interseccionalidade nos Estudos de Género”, in S. Neves (Eds.), *Género e Ciências Sociais*. Maia: Edições ISMAI, 57-78.

- Oso, Laura, & Catarino, Christine (1997), “Femmes chefs de famille et migration”, in J. Bisilliat (Eds.), *Femmes du Sud, chefs de famille*. Paris: Karthala, 73-77.
- Padilla, Beatriz (2006), “Redes sociales de los brasileiros recién llegados a Portugal: ¿solidaridad étnica o empatía étnica?” *Revista Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 49-61.
- Padilla, Beatriz (2007a), “A imigrante brasileira em Portugal: Considerando o género na análise”, in J. Malheiros (Eds.), *Imigração Brasileira em Portugal*. Lisboa: ACIDI, 113-134.
- Padilla, Beatriz (2007b), “Brasileiras en Portugal: de la transformación de las diversas identidades a la exotización”, *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*, 14.
- Peixoto, João (2005), *O Tráfico de Migrantes em Portugal. Perspectivas Sociológicas, Jurídicas e Política.*, Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- Peixoto, João et al. (2006), *Mulheres Migrantes: Percursos Laborais e Modos de Inserção Socioeconómica das Imigrantes em Portugal*. Lisboa: SOCIUS.
- Pessar, Patricia (1999), “The role of gender, households and social networks in the migration process: A review and appraisal”, in C. Hirschman, P. Kasinitz & J. Dewind (Eds.), *The Handbook of International Migration: The American Experience*. New York: Russell Sage Foundation, 51-70.
- Pires, Rui (2007), “Fluxos Migratórios- Dinâmicas e Modos de Gestão”, in A. Vitorino (Eds.), *Imigração: Oportunidade ou Ameaça?*. Estoril: Principia, 45-62.
- Plano Estratégico para as Migrações (2015-2020). Consultado em 28.03.2016, em [http://www.acm.gov.pt/documents/10181/42225/Plano+Estrat%C3%A9gico+para+as+Migra%C3%A7%C3%B5es+\(PEM\)\\_RC\\_M.pdf/b6375f51-53e2-4d88-9783-81cf1c7bb91c](http://www.acm.gov.pt/documents/10181/42225/Plano+Estrat%C3%A9gico+para+as+Migra%C3%A7%C3%B5es+(PEM)_RC_M.pdf/b6375f51-53e2-4d88-9783-81cf1c7bb91c)
- PRODATA (2012) Consultado a 25.03.2016, em <http://www.pordata.pt/Portugal>
- Pusseti, Chiara, et al. (2009), *Migrantes e saúde Mental- a construção da competência cultural*. Lisboa: ACIDI.
- Rademakers, J. et al. (2005), “Diversity in sexual health: Problems and dilemmas”, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10, 207-211.
- Reijneveld, S. A. (1998), “Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2, 298-304.

- Rosário, Edite et al. (2011), Discursos do Racismo em Portugal: essencialização e inferiorização nas trocas coloquiais sobre categorias minoritárias. Lisboa: ACIDI.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2011). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Consultado a 01.04.2016 em [http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\\_2011.pdf](http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2011.pdf)
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2014). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Consultado a 01.04.2016, em [http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\\_2014.pdf](http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf).
- Shaw, Ian (2003), “Ethics in Qualitative Research and Evaluation”, *Journal of Social Work*, 3, 9-29.
- Topa, Joana (2009), Ser mulher, ser imigrante: emergência de novas identificações femininas. (Tese de Mestrado). ISMAI, Castêlo da Maia.
- Topa, Joana et al. (2010), “Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico”, *PSICO*, 41, 366-373.
- Topa, Joana et al. (2013), “Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde”, *Saúde e Sociedade*, 22(2).
- UNFPA (2006), State of World Population 2006. A Passage to Hope: Women and International Migration. Consultado a 06.03.2015, em <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sowp06-en.pdf>
- Vala, Jorge & Monteiro, Maria (2006), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wall, Karin et al. (2005a), Immigrant Women In Portugal: migration trajectories, main problems and policies. Institute of Social Sciences: University of Lisbon.
- Wall, Karin et al. (2005b), Mulheres imigrantes e novas trajetórias de migração: um croché transnacional de serviços e cuidados no feminino. Versão eletrónica, consultada em 16.03.2016, em <http://www.ics.ul.pt/rdonweb-docs/Karin%20Wall%20-%20Publica%C3%A7%C3%B5es%202008%20n%C2%BA3.pdf>
- WHO– World Health Organization (2003), International Migration, Health and Human Rights, Health and Human Rights Publication Series. Geneva: WHO.
- Willig, Carla (2003), “Discourse analysis”, in J. Smith (Eds.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 159-183.
- Willig, Carla (2008), “Foucauldian Discourse Analysis”, in C. Willig (Eds.), *Introducing Qualitative Research in Psychology*. London: Open University Press, 112-131.

Yamanaka, Keiko.; Piper, Nicola (2006),  
Feminised Migration in East and Southeast  
Asia: Policies, Actions and Empowerment.  
UNRISD Occasional Paper. 11. Geneva:  
UNRISD.