



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Topa, Joana; Neves, Sofia; Nogueira, Conceição

Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde

Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 328-341

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263659006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde

Immigration and health: women immigrants' (in)ability to access health care

Joana Topa

Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Professora Assistente Convidada no Instituto Superior da Maia.

Endereço: Av. Carlos Oliveira Campos, Castelo da Maia, 4475-690, Avioso S. Pedro, Portugal.

E-mail: topajoana@gmail.com

Sofia Neves

Doutorada em Psicologia Social. Professora Auxiliar no Instituto Superior da Maia.

Endereço: Av. Carlos Oliveira Campos, Castelo da Maia, 4475-690, Avioso S. Pedro, Portugal.

E-mail: asneves@docentes.ismai.pt

Conceição Nogueira

Doutorada em Psicologia Social. Professora na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Endereço: Rua Alfredo Allen, 4200-135, Porto, Portugal.

E-mail: cnogueira@fpce.up.pt

Resumo

A utilização dos serviços de saúde pelas populações imigrantes tem vindo a ser considerado um dos mais importantes indicadores da sua integração nas sociedades receptoras (Dias e col., 2009). No entanto, o conhecimento em torno da qualidade e da eficácia do acesso dos/as imigrantes aos cuidados de saúde, especialmente no que respeita às mulheres imigrantes, é ainda escasso em Portugal (Fonseca e col., 2005). Embora os estudos nacionais tenham vindo, nas últimas décadas, a procurar traçar os diferentes perfis sociais das mulheres imigrantes em Portugal, sobretudo no que concerne às suas relações familiares ou laborais (Wall e col., 2005), a investigação no domínio da saúde é ainda parca e exclusora de uma análise centrada no género ou interseccional. Neste texto apresenta-se uma reflexão sobre os determinantes que condicionam a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde, enfatizando-se os fatores que poderão estar a agir no sentido contrário à sua integração neste setor.

Palavras-chave: Mulheres imigrantes; Acessibilidade aos cuidados de saúde.

Abstract

The use of health services by immigrant populations has been considered one of the most important indicators of the integration of these communities (Dias et al., 2009). However, knowledge about the quality and efficacy of this access to care, especially for immigrant women, is still scarce in Portugal (Fonseca et al., 2009). Although domestic studies have, in recent decades, sought to trace the different social profiles of immigrant women in Portugal, especially with regard to family or work relationships (Wall et al., 2005), research on health is still sparse. Gender-centered or intersectorial analysis has not yet been done. This paper presents a reflection on the determinants that influence immigrant women's (in) ability to access health care, emphasizing the factors that may be acting to block integration in this sector.

Keywords: Immigrant Women; Accessibility to Health Care.

Imigração em Portugal: um breve enquadramento histórico-social

O trânsito de pessoas é presentemente, e à escala global, apontado como um dos maiores desafios da Humanidade (Alvarenga, 2002). Tal desafio exige, quer aos países de origem, quer aos países receptores, um esforço constante de reorganização interna, política e social, por forma a responder às necessidades e às expectativas das populações migrantes. Portugal não tem sido imune a este esforço apostando, por força da transformação das realidades migratórias, no desenvolvimento de políticas regulatórias, as quais têm oscilado entre um paradigma de “imigração zero” e um outro menos radical (Baganha, 2005). Prova dessa aposta é a avaliação efetuada no âmbito do Índice das Políticas de Integração (MIPEX III¹), que colocou Portugal, entre 31 países europeus e da América do Norte, na segunda melhor posição no que concerne à integração de imigrantes¹.

Muito embora o número de estrangeiros/as residentes no país tivesse sido restrito até a década de 60 do século XX, a partir da Revolução dos Cravos, ocorrida em 1974, assistiu-se a um incremento substancial dos fluxos migratórios oriundos sobretudo das ex-colônias, nomeadamente de Angola, Moçambique e Guiné. De acordo com Pires (2002), o número de imigrantes em Portugal tem crescido sistematicamente desde 1975, a uma taxa média anual acima dos 7%. De país emigrante, com cidadãos/ãs portugueses/as em praticamente todos os recantos do globo, Portugal passou a ser, nos últimos anos, sobretudo um país de imigrantes (Lages e col., 2006; Peixoto, 2004).

Entre os anos 1970 e os anos 1990, a maioria dos/as imigrantes era proveniente do mundo lusófono, especialmente dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's) e do Brasil (Peixoto, 2004). Nas décadas de 1980 e 1990, observou-se uma maior diversificação no que respeita à proveniência dos/as imigrantes, passando a Europa, a Índia e a China a figurar também, a par do Brasil e dos PALOP's, na lista de países de origem (D'Almeida e Silva, 2007). Segundo o Conselho Superior de Estatística (2006), nos anos 1990, em particular, foi notório o reforço do

1 Cf. http://www.acidi.gov.pt/_cfn/4d6b77b1c7065/live/Ver+relat%C3%B3rio+MIPEX+III

número de imigrantes africanos/as e magrebinos/as, constatando-se igualmente o surgimento de um novo grupo procedente da Europa de Leste.

Atualmente, cerca de 4% da população residente em Portugal é estrangeira (PORDATA, 2012), sendo que o número total de cidadãos/ãs estrangeiros/as residentes em território português era, em dezembro de 2011, de 436.822, dos quais 217.685 eram mulheres e 219.137 eram homens (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2012). Cerca de metade dos/as imigrantes em Portugal é oriunda de países de língua portuguesa (47,9%), destacando-se o Brasil (25,5%), Cabo Verde (10,1%), Angola (4,9%) e Guiné-Bissau (4,2%). Uma percentagem muito significativa das mulheres imigrantes provém do continente americano, sobretudo da América do Sul, sendo este o único caso em que se regista uma maior percentagem de mulheres do que de homens. Na população oriunda de África regista-se uma paridade numérica entre os sexos.

Imigração feminina e saúde: das teorias explicativas às evidências empíricas

Em Portugal, como aliás no resto do mundo, a presença de mulheres imigrantes tem vindo a crescer nas últimas décadas. A *feminização* (Castles e Miller, 2003) ou a *genderização* das migrações (Yamanaka e Piper, 2006) é hoje uma tendência reconhecida internacionalmente, embora nem sempre devidamente valorizada nos estudos migratórios (Hondagneu-Sotelo, 1999; Morokvasic, 1984; Nolin, 2006; Omelaniuk, 2005).

Ainda que a investigação sobre os perfis sociais das imigrantes em Portugal esteja hoje em franco desenvolvimento, sobretudo nos domínios da família e da atividade laboral (Wall e col., 2005), os estudos realizados sob uma perspetiva de gênero são escassos (Miranda, 2009). As investigações que procuram analisar as questões da saúde por relação à imigração feminina, para além de diminutas, são ainda muito recentes no país contabilizando-se, segundo Machado e Azevedo (2009), entre 2000 e 2008, apenas 45 especificamente sobre Saúde e Doença. Na ótica de Fonseca e colaboradores (2007), Portugal carece de estudos epidemiológicos sobre o estado de saúde das populações imigrantes, assim

como de informação sobre a (in)acessibilidade destas aos cuidados de saúde em geral. Por outro lado, os dados existentes encontram-se dispersos por diferentes organismos ou áreas científicas, o que impossibilita uma análise rigorosa, sistematizada e integrada desta realidade (Dias e Gonçalves, 2007; Peixoto e col., 2006).

A diminuta produção científica nesta área torna-se ainda mais óbvia no que concerne aos estudos efetuados sob uma matriz interseccional, sendo estes quase inexistentes. Assim, as investigações produzidas sobre as mulheres imigrantes em Portugal tendem a favorecer uma homogeneização das suas experiências, ocultando especificidades identitárias geradoras de diferentes formas de opressão. Na realidade, embora as mulheres imigrantes sejam, na generalidade, particularmente vulneráveis à discriminação (Crenshaw, 1991), quando comparadas com os homens imigrantes, algumas mulheres imigrantes são mais vulneráveis do que outras. As pertenças de gênero, aliadas às pertenças étnicas, etárias, de classe, de nacionalidade, entre outras, condicionam diferentes modos de discriminação (Correia e Neves, 2011; Miranda, 2009; Neves, 2010a, 2010b), bem como afetam diferentemente a saúde das mulheres imigrantes (Castaño-López e col., 2006; Pusseti e col., 2009).

Teorias explicativas

A análise das questões relacionadas com a saúde dos/as migrantes depende das características de quem migra, de onde se migra, de quando se migra, para onde se migra e qual o conceito de saúde que está a ser avaliado (Carballo, 2007). A idiosincrasia das experiências migratórias faz com que o seu impacto na saúde dos indivíduos seja umas vezes positivo, outras vezes negativo, outras, ainda, neutro.

De acordo com Im e Yang (2006), existem três grupos de grelhas teóricas que permitem compreender a relação entre as questões da imigração feminina e a saúde. O primeiro grupo, denominado de Migração Seletiva e Saúde, sustenta que a imigração é um tipo de seleção natural e que as imigrantes tendem a ser mulheres saudáveis e resilientes, capazes de responder aos desafios colocados pela experiência migratória. O efeito “migrante saudável” (Abraído-Lanza e col., 1999; Razum e col., 2000 apud Dias e Gonçalves, 2007) enquadra-se no âmbito destas

perspectivas, entendendo-se aqui as migrações como oportunidades de desenvolvimento pessoal e social. Este fenômeno designa os/as imigrantes cuja saúde se revela melhor do que a dos/as autóctones, sendo as experiências migratórias encaradas como um fator protetor da saúde.

O segundo grupo de teorias, intitulado o Efeito Negativo da Imigração na Saúde, assume a imigração como uma experiência geradora de estresse, a qual pode provocar riscos para a saúde. No seio destas perspectivas, os fatores que mais contribuem para uma maior prevalência de doenças físicas e psicológicas são as condições de vida e as doenças endêmicas dos países de origem, as condições sociais, políticas e ambientais subjacentes ao processo migratório e o isolamento social, os conflitos culturais, a pobre integração e assimilação social, as mudanças nos papéis desempenhados e as crises de identidade, bem como o reduzido estatuto socioeconômico e a discriminação racial.

O terceiro e último grupo de teorias designa-se por Aculturação e Saúde. A aculturação tem sido apontada como um resultado esperado do processo migratório, fortemente relacionado com a saúde. Assim, espera-se que as mulheres se integrem nas culturas receptoras, adaptando-se às suas normas e valores, assim como às suas práticas de saúde. Quanto maior for a capacidade de adaptação das imigrantes às culturas receptoras, porventura menos dificuldades terão do ponto de vista da acessibilidade aos cuidados de saúde. Esta adaptação não supõe, contudo, o abandono dos valores e das normas das culturas de origem.

É essencial não esquecer, segundo Huijts e Kraaykampque (2012), que as características dos países de origem dos/as imigrantes também influem determinantemente na saúde que irão ter nos países para os quais migram. Se a saúde dos/as imigrantes nos países de origem é pautada por condições de vulnerabilidade, provavelmente a mesma tendência manifestar-se-á nos países receptores. Por outro lado, a socialização em termos de hábitos de saúde durante a infância afeta os padrões de vida ao longo do desenvolvimento, o que se repercute naturalmente ao nível da saúde. Os hábitos adquiridos durante a infância, moldados pelas normas sociais, culturais e religiosas, acompanham os/as migrantes nas

suas experiências migratórias, tornando-se visíveis nas suas práticas diárias. Finalmente, o nível de opressão política existente nos países de origem condiciona a saúde dos/as seus/suas concidadãos/ãs. Este dado parece confirmar-se no caso dos/as imigrantes de segunda geração (como acontece com as crianças descendentes de sobreviventes do holocausto, as quais revelam elevados índices de vulnerabilidade psicológica) (Major, 1996 apud Huijts e Kraaykampque, 2012).

Evidências empíricas

Apesar de não constituírem, necessariamente, como já vimos, uma ameaça à saúde, as migrações e as condições em que estas se processam podem aumentar a vulnerabilidade dos/as migrantes à doença física e psicológica (Ramos, 2008; United Nations Population Fund, 2006). Fatores como o tipo de migração, as políticas a que os/as migrantes são sujeitos/as nos países receptores, as condições de acesso à educação e ao emprego, o tipo de contacto mantido com o país de origem, a possibilidade de retorno e reintegração, o estatuto de regularidade ou irregularidade (International Organization for Migration, 2010), as rupturas familiares, afetivas, linguísticas e simbólicas, bem como o acumular de referências e experiências culturais contraditórias (Miranda, 2009; Topa e col., 2010) podem afetar sobremaneira a qualidade de vida dos/as migrantes, interferindo negativamente na sua saúde. Assim, as questões estruturais (sociais, culturais e políticas), associadas a questões identitárias, desempenham um papel central no estado de saúde dos/as imigrantes e nos usos que fazem (ou não) dos serviços de saúde (Fonseca e col., 2007).

Os/As trabalhadores/as imigrantes apresentam, em alguns casos, maior risco de desenvolver quadros patológicos, registrando maior incidência de acidentes e de doenças ligadas a atividades laborais (International Organization for Migration, 2005). Alguns estudos indicam que algumas populações imigrantes estão, também, em maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, de ter diabetes, de apresentar uma maior taxa de mortalidade associada a cancro, de contrair doenças infecciosas (tais como a tuberculose, VIH/Sida e hepatites) e de vir a sofrer de doenças mentais (entre as quais a depres-

são, a esquizofrenia e o estresse pós-traumático) (Dias e col., 2009; Rocha e col., 2012).

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

Quando comparadas com as autóctones, as mulheres imigrantes tendem a revelar piores indicadores de saúde (Dias e col., 2009), especialmente ao nível da saúde sexual e reprodutiva (Rademakers e col., 2005). No caso das imigrantes grávidas que enfrentam, dentre a generalidade das mulheres imigrantes, constrangimentos muito particulares, em termos de saúde e de violência (International Organization for Migration, 2004), os estudos têm vindo a concluir que estas apresentam maiores taxas de morbilidade materna, perinatal e infantil (Fonseca e col., 2007), um maior número de complicações durante a gravidez e no pós-parto, uma maior tendência para assumir comportamentos de risco e uma menor predisposição para adotar comportamentos preventivos (Machado e col., 2009; Ramos, 2008; United Nations Population Fund, 2006).

Fatores como a precariedade social, o desemprego, a ausência de suporte social, o acesso diferenciado a direitos e a oportunidades e a exposição à violência têm sido apontados como determinantes no desenvolvimento da doença física e psicológica das mulheres imigrantes grávidas (International Organization for Migration, 2004; Peixoto e col., 2006; Ramos, 2008; Sopa, 2009). Quando estas pertencem a grupos socialmente desfavorecidos ou étnicos têm menor probabilidade de receber o acompanhamento necessário durante a gravidez, o parto e o período pós-parto (Alderliesten e col., 2007 apud Dias e col., 2009).

Os resultados do estudo de Machado e colaboradores (2009) alertam para o fato das mulheres imigrantes grávidas receberem cuidados mais tardios

durante a gravidez, em comparação com as mulheres portuguesas. Por outro lado, as taxas de mortalidade fetal e neonatal são mais elevadas nas populações imigrantes e as mães padecem de um maior número de patologias durante a gravidez, nomeadamente de doenças infecciosas, evidência que pode justificar-se por um início mais tardio das consultas pré-natais (Bragg, 2008). O mesmo se passa com as mulheres grávidas imigrantes indocumentadas, que tendem a iniciar o acompanhamento médico numa fase muito avançada do processo de gravidez (Wolff e col., 2008), por recearem a denúncia às autoridades.

A perda ou a diminuição das redes de apoio e de suporte social (como de amigos/as ou familiares), decorrente da experiência migratória ocasiona, muitas vezes, o isolamento das mulheres imigrantes, o qual pode intensificar-se durante a gravidez e após o parto, fazendo acentuar os níveis de estresse e sofrimento (Estrela, 2009; Franks e Faux, 1990; Sword e col., 2006 apud Dias e col., 2009), bem como os níveis de ansiedade (Peer e col., 2010). Um estudo de Fung e Dennis (2010) indica que no período pós-parto o risco de depressão torna-se mais elevado, dada a complexidade das questões que as mulheres imigrantes enfrentam.

As mulheres imigrantes são também mais vulneráveis à vitimação sexual (Neves, 2010a). No caso do tráfico humano para fins de exploração sexual, as mulheres imigrantes surgem como as principais vítimas. Os efeitos do tráfico na saúde são devastadores, implicando consequências, por vezes irreversíveis, nos domínios mental, físico, sexual, reprodutivo e social (Neves, 2012).

Face ao exposto anteriormente, e tendo em conta que para um grupo considerável de imigrantes a saúde é de fato afetada pela experiência migratória, torna-se imprescindível avaliar o modo como são por eles/as usados os serviços de saúde. São apresentados de seguida alguns dados sobre a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde.

(In)Acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde

Nos países da União Europeia, a cobertura das populações autóctone e imigrante, em termos de acesso aos cuidados de saúde, evoluiu significativamente

desde a década de 1960, de acordo com o princípio da universalidade (Romero-Ortuño, 2004).

Portugal protagonizou, em 2001, um importante passo no sentido da promoção do acesso universal aos serviços de saúde pelas 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). A partir dessa altura passou a ser garantido às populações migrantes o direito de usufruir dos serviços prestados pelos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da nacionalidade, estatuto económico e/ou legal (Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, 2007). No caso dos/as imigrantes em situação irregular, o referido Despacho menciona o direito de acesso aos serviços e estabelecimentos do SNS em função da apresentação, junto dos serviços de saúde da área de residência, do comprovativo de permanência em Portugal por um período superior a noventa dias (Bäckström e col., 2009).

De acordo com Fonseca e colaboradores (2007), o acesso aos cuidados de saúde deve ser perspectivado como um conceito multidimensional que integra, por um lado, os direitos aos cuidados de saúde consagrados na lei e, por outro lado, a capacidade que os/as imigrantes têm de deles fazer uso. Ora em Portugal, como aliás acontece em outros países, parece existir um desfasamento entre aquilo que é a dimensão legal dos direitos dos/as migrantes no setor da saúde e a capacidade real de a reivindicar. Na verdade, apesar dos avanços legais dos últimos anos, o acesso aos cuidados de saúde não é o mesmo para autóctones e imigrantes e, no que a este último grupo diz respeito, não é o mesmo para imigrantes regulares e irregulares. Neste caso, o acesso varia, na prática, em função do estatuto legal, do tempo de residência no país e da nacionalidade de cada um/a, entre outros aspetos (Baleizão, 2010).

Os/as imigrantes, sobretudo aqueles/as que se encontram em situação irregular, parecem evitar recorrer aos serviços de saúde, optando frequentemente pela automedicação (Committee on Community Health Services, 1997) ou, quando recorrem, fazem-no já numa fase muito avançada da doença (World Health Organization, 2003). Esta relutância em fazer uso dos serviços deve-se ao receio da de-

portação, estando os/as imigrantes pouco ou nada informados/as sobre os direitos que lhes assistem.

Alguns estudos têm vindo a reforçar esta evidência de que os/as imigrantes irregulares usam menos os cuidados de saúde dos países de receção do que a restante população. Torres e Sanz (1997 apud Romero-Ortuño, 2004) concluíram, por exemplo, existir uma forte barreira no acesso de imigrantes irregulares doentes aos cuidados de saúde em Espanha, situação que os/as coloca numa posição de grande vulnerabilidade social.

Algumas investigações indicam também que os/as imigrantes com maior grau de alfabetização e cujo tempo de permanência nos países de origem é maior procuram mais os serviços de saúde do que os/as que têm menos escolaridade e estão há menos tempo imigrados/as (Rocha e col., 2012).

Muito embora haja uma pluralidade de fatores que concorre para a (in)acessibilidade dos/as imigrantes aos cuidados de saúde, em geral, Aday (1989) assinalou, como principais indicadores da potencial (in)acessibilidade dos/as imigrantes aos cuidados de saúde, as características da população, do sistema de saúde e do ambiente (Marshall e col., 2005). Desde aspectos de natureza individual a aspectos de índole estrutural, muitos são os determinantes dos usos e dos não usos dos serviços de saúde pelos/as migrantes. Barreiras organizativas, económicas, culturais e linguísticas, assim como humanas (Fonseca e col., 2007; Reijneveld, 1998) parecem condicionar a qualidade e a eficácia do acesso aos serviços de saúde, deixando os/as migrantes, não raras vezes, em situação de risco.

Um estudo levado a cabo junto de 1513 imigrantes em Portugal concluiu que 3,6% dos/as inquiridos/as não sabiam onde dirigir-se caso tivessem um problema de saúde. Cerca de 20% referiram nunca ter usado o SNS. Dentre os/as utentes do SNA, 35,6% recorriam a Centros de Saúde, 12% a Hospitais e 54,4% a ambos. 22,4% referiram estar insatisfeitos/as ou muito insatisfeitos/as com os serviços. A utilização destes estava significativamente associada, no caso dos homens imigrantes, ao tempo de espera, ao estatuto legal e ao país de origem. No caso das mulheres imigrantes, o uso dos serviços estava significativamente relacionado com o tempo de espera e o país de origem (Dias e col., 2008).

O comportamento dos/as profissionais de saúde tem sido igualmente apontado como um dos fatores mais determinantes nos usos ou não usos dos serviços de saúde pelas comunidades imigrantes. Os estudos sugerem que estes/as profissionais apresentam frequentemente um conhecimento limitado da legislação e/ou da sua aplicabilidade e agem, muitas vezes, de acordo com estereótipos sociais (Wolffers e col., 2003 apud Dias e col., 2009), não respondendo assim às necessidades efetivas dos/as utentes. Por outro lado, tendem a não possuir competências culturais adequadas para se relacionar com utentes provenientes de nacionalidades diferentes das suas, desconhecendo as especificidades que as caracterizam (Pusseti e col., 2009).

Lopes (2007) verificou, por exemplo, no seu trabalho com um grupo de grávidas seropositivas imigrantes, utentes da Consulta de Obstetrícia de um Hospital da Região de Lisboa, em Portugal, que os/as profissionais de saúde se revelavam pouco apoiantes no contacto com as utentes, providenciando-lhes muito pouca informação sobre o HIV.

De acordo com Dias e colaboradores (2010), a falta de informação, por parte dos/as técnicos/as de saúde, sobre aspetos culturais relativos ao comportamento sexual e reprodutivo dos/as migrantes, condiciona também a utilização dos cuidados de saúde e a forma como as mulheres, muito em particular, vivem as experiências da gravidez, parto e maternidade. Um estudo publicado por Manuel (2007), sobre as questões do planeamento familiar de mulheres timorenses imigrantes em Portugal, evidenciou que a dimensão cultural, bem como as circunstâncias em que as mulheres timorenses se encontram após terem vindo para Portugal, influem nas suas atitudes sobre a fecundidade.

Um outro estudo, realizado com mães hindus, concluiu que a cultura de origem é reproduzida em Portugal, sendo as práticas relativas à maternidade culturalmente específicas (Monteiro, 2007).

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

Na realidade, fatores culturais e sociais, asso-

ciados aos papéis sociais de gênero, aos costumes, à língua e aos padrões de comunicação podem restringir os usos dos serviços de saúde por parte das mulheres, e das mulheres grávidas em concreto (Dias e col., 2009), fazendo com que os cuidados formais sejam, muitas vezes, substituídos por práticas tradicionais (Gonçalves e col., 2003).

O não domínio da língua do país receptor está inclusivamente sinalizado como um dos maiores entraves ao acesso aos cuidados de saúde (Ponce e col., 2006), desmotivando as mulheres imigrantes a solicitar apoio em caso de doença ou gravidez. Não raras vezes, a ausência de um/a intérprete nos serviços de saúde ou o desconhecimento da sua existência obriga as utentes a fazer-se acompanhar pelos seus maridos ou outros elementos masculinos da família, o que as poderá inibir de expor, de uma forma mais aberta, as suas preocupações mais íntimas (United Nations Population Fund, 2006). Por outro lado, em situações de violência familiar, esta dependência pode impedir as vítimas de denunciar os casos às autoridades competentes. Importa salientar que as mulheres grávidas vítimas de violência apresentam mais complicações de saúde do que as não vítimas, especialmente durante o segundo trimestre da gravidez (Morewitz, 2004).

Por outro lado, algumas mulheres imigrantes, devido às normas culturais dos seus países de origem, muito arreigadas ao conservadorismo e ao patriarcado, sentem-se desconfortáveis e até mesmo desrespeitadas com a prática de determinados atos médicos, nomeadamente com o atendimento feito por médicos do sexo masculino, ou com a necessidade de mostrarem partes íntimas do corpo no decurso da observação clínica (Mestheneos e col., 1999 apud Dias e col., 2009). Em alguns casos, a ocidentalização da saúde, a ignorância ou a insensibilidade face às tradições, às preferências e convenções, às dietas específicas, às regras de interação entre homens e mulheres são fatores que limitam o acesso das mulheres aos contextos de saúde.

As representações que as mulheres têm sobre o conceito de saúde e os serviços de saúde interferem nos seus hábitos de vida e, mais concretamente, nos seus cuidados de saúde (Madi e col., 2009). As crenças particulares de cada cultura sobre a saúde e a doença, muitas vezes associadas ao sobrenatural

constituem, muitas vezes, entraves à procura dos serviços de saúde formais.

Em muitas culturas, por exemplo, a concepção ocidental de saúde mental não existe, pelo que as imigrantes só equacionam recorrer a serviços de saúde mental se forem devidamente esclarecidas sobre a sua utilidade e consciencializadas sobre os seus benefícios (United Nations, 2006).

Um estudo realizado por Velho (2012) com 21 mulheres imigrantes grávidas ou que foram mães em Portugal, de diferentes nacionalidades, observou a existência de indicadores de doença psicológica, física e sexual/reprodutiva deveras preocupantes, assim como de níveis elevados de exposição à violência e à discriminação, existindo um padrão recorrente de não reconhecimento da sintomatologia experienciada e, por consequência, de falta de assistência médica. Nesta investigação foi possível identificar uma associação negativa entre as baixas habilitações literárias das participantes e a presença de índices mais elevados de sintomatologia psicopatológica, tal como somatização e sensibilidade interpessoal. Este dado, aliado a outros, sugere que níveis educacionais mais elevados parecem funcionar como fatores protetores da saúde destas mulheres.

As questões culturais refletem-se igualmente nas práticas de prevenção, nomeadamente ao nível da vacinação preventiva, dos *check-up* regulares, do cuidado oral, só para citar alguns exemplos (Fonseca e Malheiros, 2005). Alguns estudos indicam, por exemplo, que as mulheres afro-americanas tendem a procurar cuidados médicos numa fase tardia do cancro da mama, comparativamente às mulheres brancas que tendem a fazê-lo numa fase precoce, o que se reflete nos elevados níveis de mortalidade no primeiro grupo (Brown e col., 2000).

A pertença de gênero tem também uma forte influência indireta em muitos determinantes da saúde. A um nível macro, por exemplo, a alocação de recursos ao setor da saúde faz-se na base de pressupostos culturais relacionados com o gênero e das representações sociais sobre a capacidade das mulheres tomarem decisões (Albrecht e col., 2000 apud Marshall e col., 2005).

A precaridade laboral, a instabilidade ou ausência de proteção social e os custos associados aos cuidados de saúde podem também constituir barreiras à

utilização dos serviços pelas populações imigrantes (Fonseca e col., 2007), aumentando a sua vulnerabilidade à doença. Siddiqi e colaboradores (2009) verificaram que, nos Estados Unidos da América e no Canadá, o seguro de saúde é uma das principais causas das diferenças da acessibilidade aos cuidados de saúde entre imigrantes e não imigrantes.

O *background* económico e social é, na mesma linha, um dos fatores que mais condiciona a acessibilidade à saúde, sabendo-se que imigrantes com menos recursos socioeconómicos são aqueles/as que menos recorrem aos cuidados médicos (Derosé e col., 2007). Este dado é particularmente relevante se se considerar que uma elevada percentagem de imigrantes decide imigrar por razões económicas, experimentando constrangimentos de ordem financeira nos seus países de origem. Um estudo de Coutinho e colaboradores (2012), desenvolvido junto de 499 puérperas imigrantes, internadas, inquiridas 24h após o parto, apontou como principais razões para a imigração para Portugal a procura de melhores condições de vida, a falta de emprego e de dinheiro no país de origem, a maior proximidade com familiares e as referências positivas de Portugal.

Reflexões finais

Portugal tem vindo, nas últimas décadas, a acompanhar a tendência de outros países europeus no que respeita à *feminização* das migrações (Castles e Miller, 2003). O número de mulheres imigrantes no país tem vindo a crescer, sendo hoje muito similar ao dos homens. Embora os estudos sobre migrações privilegiem ainda uma abordagem androcêntrica do fenómeno (Assis, 2003), a presença mais visível das mulheres nos cenários migratórios tem feito com que as suas características e as suas trajetórias surjam, de um modo cada vez mais evidente, descritas na literatura, ainda que raramente sob uma perspetiva de gênero ou interseccional.

Dentre a miríade de questões relacionadas com as comunidades imigrantes, as questões da saúde têm merecido especial interesse por parte dos/as investigadores/as, sendo a saúde muitas vezes tomada como um dos mais importantes indicadores de integração das comunidades não autóctones. Na senda deste pressuposto, a União Europeia salienta

que cada Estado Membro deve providenciar cuidados de saúde de qualidade e adaptados às necessidades dos diferentes grupos da população, incluindo dos/as migrantes, atendendo às condicionantes específicas de cada sistema nacional de saúde (European Commission, 2006).

Da análise do impacto das migrações ao nível da saúde das populações migrantes devem constar critérios de ordem pessoal, mas também de ordem social, cultural, econômica e política. Não sendo verdade que as migrações constituem, por si só, processos geradores de vulnerabilidade à doença, há que considerar que, para alguns e algumas migrantes, as experiências migratórias são efetivamente experiências de risco, quer no que se refere ao estado de saúde, quer no que se refere aos usos dos serviços de saúde.

Os estudos têm vindo a concluir que as mulheres migrantes tendem a ser mais vulneráveis à doença física e psicológica do que os homens migrantes e do que as mulheres autóctones, embora se encontrem diferentes graus de vulnerabilidade em diferentes grupos de mulheres migrantes. Estas evidências reforçam a necessidade de se pensar as migrantes como um universo heterogêneo, com necessidades específicas, nem sempre coincidentes, que deve ser observado em função das particularidades que apresenta (como a idade, a ocupação profissional, a nacionalidade e/ou a orientação sexual). As mulheres jovens, idosas, lésbicas, portadoras de deficiência ou refugiadas são alguns dos grupos de migrantes que tendem a ser negligenciados nos estudos migratórios ou então ocultados pelas identidades de pertença consideradas dominantes (European Commission, 2009).

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

Os resultados das investigações desenvolvidas nesta área apontam no sentido dos/as profissionais de saúde não estarem devidamente preparados/as para atuar junto de populações migrantes,

contribuindo muitas vezes para o reforço dos constrangimentos sentidos. Denotam-se lacunas acentuadas ou ausência completa de formação ao nível das competências multiculturais, podendo estas concorrer para a minimização de algumas das dificuldades mais relatadas pelos/as imigrantes, sobretudo no que respeita à língua. Na verdade, a existência de serviços de assistência linguística e de treino de competências multiculturais parecem contribuir para a diminuição das barreiras entre os/as profissionais e os/as imigrantes, aumentando assim a acessibilidade aos serviços e, em última instância, melhorando a saúde das pessoas mais vulneráveis (Ponce e col., 2006). A pouca ou nenhuma informação sobre as especificidades culturais e a tendência para a adoção de uma visão etnocêntrica da saúde fazem com que, muitas vezes, as mulheres imigrantes se sintam inibidas e discriminadas na procura de apoio, permanecendo na invisibilidade e no isolamento. A falta de suporte social e familiar sentida frequentemente por estas mulheres, aliada às condições de pobreza e precariedade econômica, coloca-as numa posição de grande fragilidade social que, como se sabe, potencia o desenvolvimento de perturbações de cariz psicológico, como estados depressivos e ansiosos e, no limite, ideação suicida.

O acesso limitado ou a inacessibilidade aos cuidados de saúde por parte dos/as imigrantes pode refletir o fracasso de um sistema de saúde que se diz democrático e para todos/as. Mais do que reavaliar as políticas de saúde, há que reavaliar o modo como estas estão a ser aplicadas, junto das populações migrantes, por quem com elas lida quotidianamente. Como bem lembra Bäckström (2009), os/as profissionais de saúde também se confrontam, nas suas práticas profissionais diárias, com novas conceções de saúde e de doença, sobre as quais nem sempre a ação interventiva é linear ou simples. Para além de perscrutar as necessidades dos/as imigrantes, é igualmente preciso ouvir os/as profissionais de saúde e apoiá-los/as nesta aprendizagem que é mútua: entre quem chega e quem está. Os desafios que os/as imigrantes enfrentam colidem, muitas vezes, com os desafios do sistema e das pessoas que lhe dão corpo, pelo que é imperativo que o trabalho de reorganização dos serviços de saúde, no sentido da igualdade e da inclusividade, seja partilhado por todos/as.

Referências

- ALTO COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO E O DIÁLOGO INTERCULTURAL. *Plano para a integração dos imigrantes*. Resolução do Conselho de Ministros nº 63-A/2007. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 2007. Disponível em: <http://www.acidi.gov.pt/docs/PII/PII_public.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2011.
- ADAY, L. *Designing and conducting health surveys: a comprehensive guide*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1989.
- ALMEIDA, L.; CALDAS, J. Ser imigrante, ser mulher, ser mãe: diáspora e integração da mulher são-tomense em Portugal. In: *Atas do Colóquio Internacional São Tomé e Príncipe numa perspetiva interdisciplinar, diacrónica e sincrónica*. Lisboa, 2012, p. 287-302, 2012.
- ALVARENGA, C. 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, 2002. p. 21-28.
- ASSIS, G. De Criciúma para o mundo: género, família e migração. *Campos*, Curitiba, v. 3, p. 31-49, 2003.
- BÄCKSTRÖM, B. *Saúde e imigrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*. Lisboa: ACIDI, 2009.
- BÄCKSTRÖM, B.; CARVALHO, A.; INGLÊS, U. Imigração e saúde - o Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. *Revista Migrações*, Lisboa, n. 4, p. 161-189, 2009.
- BALEIZÃO, A. Equidade na saúde e nos cuidados de saúde: migrantes e não imigrantes na infecção de VIH/SIDA em Portugal. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2010. Disponível em: <<http://run.unl.pt/bitstream/10362/5317/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Andreia%20Baleizao.pdf>>. Acesso em: 30 de jan. 2013.
- BAGANHA, M. Política de imigração: A regulação dos fluxos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, v. 73, p. 29-44, 2005.
- BRAGG, R. Maternal deaths and vulnerable migrants. *Lancet*, London, v. 371, p. 879-81, 2008.
- BROWN, R. et al. *Racial and ethnic disparities in access to health insurance and health care*. Los Angeles: UCLA Center for Health Policy Research, 2000. Disponível em: <<http://escholarship.org/uc/item/4sfop1st>>. Acesso em: 31 jan. 2011.
- CARBALLO, M. *The challenge of migration and health*. Antwerp: International Centre for Migration and Health, 2007.
- CASTAÑO-LÓPEZ, E. et al. Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). *Revista Española Salud Pública*, Madrid, v. 80, p. 705-716, 2006.
- CASTLES, S.; MILLER, M. *The age of migration*. New York: Guilford Press, 2003.
- CONSELHO SUPERIOR DE ESTATÍSTICA. Secção Permanente de Estatísticas Demográficas e Sociais, das Famílias e do Ambiente. Grupo de Trabalho Sobre Estatísticas da Demografia. *Estatísticas dos Movimentos Migratórios*. Lisboa, 2006.
- COUTINHO, E. et al. Grávidas imigrantes em Portugal: porque deixam o seu país? *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, Porto, v. I, n. 1, p. 99-118, 2012. Disponível em: <<http://revista.iohc-pt.org/images/revista/pdf/Coutinho.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2013.
- CORREIA, C.; NEVES, S. Ser brasileira em Portugal - uma abordagem às representações, preconceitos e estereótipos sociais. In: OLIVEIRA, V.; LEANDRO, E.; AMARAL, J. (Org.). *Migração: múltiplos olhares*. São Carlos: Pedro & João Editores/Editora da UNIR-EDUFRO, 2011. p. 157-185.
- CRENSHAW, K. Mapping the margins: intersectionality, identity, politics and violence against women of color. *Stanford Law Review*, Stanford, v. 43, p. 1241-99, 1991.
- COMMITTEE ON COMMUNITY HEALTH SERVICES. Health care for children of immigrant families. *Pediatrics*, Illinois, v. 100, n. 1, p. 153-156, 1997.

- D'ALMEIDA, A.; SILVA, P. *Impacto da imigração em Portugal nas contas do Estado*. Lisboa: ACIDI, 2007.
- DEROSE, K.; ESCARCE, J.; LURIE, N. Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability. *Health Affairs*, Bethesda, Maryland, US, v. 26, n. 5, p. 1258-1268, 2007.
- DIAS, S.; GAMA, A.; ROCHA, C. Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: insights from a focus group study. *Journal of Public Health*, Oxford, v. 18, n. 5, p. 489-496, 2010.
- DIAS, S.; GONÇALVES, A. Migração e saúde. *Revista Migrações*, Lisboa, v. 1, p. 15-26, 2007.
- DIAS, S., ROCHA, C.; HORTA, R. *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras*. Um estudo qualitativo. Lisboa: ACIDI, 2009. Disponível em: <http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos_OI/OI_32.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.
- DIAS, S.; SEVERO, M.; BARROS, H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, London, v. 8, p. 207, 2008.
- ESTRELA, P. A saúde dos imigrantes em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Lisboa, v. 25, p. 45-55, 2009.
- EUROPEAN COMMISSION. *European migration network - impact of immigration on Europe's societies*, 2006. Luxembourg, 2006. Disponível em: <http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/documents/policies/immigration/pdf/general/emn_immigration_2006_en.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.
- EUROPEAN COMMISSION. *Data and information on women's health in the European Union*, 2009. Dresden, 2009. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/women_report_en.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.
- FONSECA, L.; MALHEIROS, J. *Social integration e mobility: education, housing and health-IMISCOE Cluster B5 State of Art Report*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2005.
- FONSECA, M. et al. *Reunificação familiar e imigração em Portugal*. Lisboa: ACIME, 2005.
- FONSECA, L. et al. *Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política*, 2007. Lisboa, 2007. Disponível em: <<http://www.ceg.ul.pt/migrare/publ/migracoesart.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2011.
- FRANKS, R.; FAUX, S. A. Depression, stress, mastery, and social resources in four ethnocultural women's groups. *Research in Nursing and Health*, New York, v. 13, p. 283-292, 1990.
- FUNG, K.; DENNIS, C. Postpartum depression among immigrant women. *Current opinion in Psychiatry*, Philadelphia, v. 23, n. 4, p. 342-8, 2010.
- GODINHO, M. et al. Existence of probable psychological distress in African and Brazilian immigrants in Portugal. In: CONFERÊNCIA EUROPEIA DE SAÚDE PÚBLICA - EUPHA', 16., 2008, Lisboa. *Poster*. Lisboa, 2008. Disponível em: <http://uepid.wdfiles.com/local-files/projectos-de-investigacao/EUPHA_psychological%20distress.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2011.
- GONÇALVES, A. et al. Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 21, n. 1, p. 55-64, 2003.
- HUIJTS, T.; KRAAYKAMPQUE, G. Immigrants' health in Europe: a cross-classified multilevel approach to examine origin country, destination country, and community effects. *International Migration Review*, New York, v. 46, n. 1, p. 101-137, 2012.
- HONDAGNEU-SOTELO, P. Introduction. Gender and contemporary U.S. immigration. *American Behavioral Scientist*, New Jersey, v. 42, p. 565-576, 1999.
- IM, O.; YANG, C. Theories on immigrant women's health. *Health Care for Women International*, London, v. 27, n. 8, p. 666-681, 2006.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. *Glossary on migration*. Geneva: IOM, 2004.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. *World Migration 2005: costs and benefits of international migration*. Switzerland: IOM, 2005.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. *World Migration Report 2010 - the future of migration: building capacities for change*. Switzerland: IOM, 2010.

LAGES, M. et al. *Os imigrantes e a população portuguesa: imagens recíprocas*. Lisboa: ACIME, 2006.

LOPES, L. *Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa*. Lisboa: ACIDI, 2007.

MACHADO, F.; AZEVEDO, J. A investigação sobre imigração e etnicidade em Portugal: tendências, vazios e propostas. *Revista Migrações*, Lisboa, p. 7-31, 2009.

MACHADO, M. et al. *Maternal and child healthcare for immigrant populations*. Bruxelas: International Organization for Migration, 2009. Disponível em: <[http://www.migrant-health-europe.org/files/Maternal%20and%20Child%20Care_Background%20Paper\(1\).pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/Maternal%20and%20Child%20Care_Background%20Paper(1).pdf)>. Acesso em: 1 fev. 2011.

MADI, M.; CASSANTI, A.; OLIVEIRA, C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, p. 67-71. 2009. Suplemento 2.

MANUEL, H. *Conhecimentos, atitudes e práticas sobre planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal*. Lisboa: ACIDI, 2007.

MARSHALL, K. et al. Health status and access to health care of documented and undocumented immigrant latino women. *Health Care for Women International*, London, v. 26, p. 916-936, 2005.

MIRANDA, J. *Mulheres imigrantes em Portugal: memórias, dificuldades de integração e projectos de vida*. Lisboa: ACIDI, 2009.

MONTEIRO, I. *Ser mãe hindu: práticas e rituais relativos à maternidade e aos cuidados à criança na cultura hindu em contexto de imigração*. Lisboa: ACIDI, 2007.

MOREWITZ, S. J. *Domestic violence and maternal and child health: new patterns of trauma, treatment, and criminal justice responses*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.

MOROKVASIC, M. Birds os passage are also women. *International Migration Review*, New York, v. 18, n. 4, p. 886-907, 1984.

NETO, F. *Estudos de psicologia intercultural - nós e os outros*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

NEVES, S. Tráfico de mulheres brasileiras para fins de exploração sexual em Portugal e Interseccionalidade: um estudo de caso. *Psicologia*, Lisboa, v. 2(XXIV), p. 177-196, 2010a.

NEVES, S. Sonhos traficados (escravaturas modernas?): tráfico de mulheres para fins de exploração sexual em Portugal. In: NEVES, S.; FÁVERO, M. (Coord.). *Vitimologia: ciência e activismo*. Coimbra: Almedina, 2010b. p. 195-226.

NEVES, S. Intervenção psicológica com mulheres adultas vítimas de tráfico humano para fins de exploração sexual. In: Neves, S. (Coord.) *Intervenção psicológica e social com vítimas*. Volume 2. Coimbra: Almedina, 2012. p. 143-166.

NOLIN, C. *Transnational ruptures: gender and forced migration*. Aldershot: Ashgate, 2006.

OMELANIUK, I. *Gender, poverty reduction and migration*. Washington, DC: The World Bank, 2005.

PEER, M. et al. Does perceived stress in pregnant immigrant women predispose their infants to allergic disease development? - a work-in-progress. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, London, v. 26, n. 35, 2010.

PEIXOTO, J. *País de emigração ou país de imigração? Mudança e continuidade no regime migratório em Portugal*. Lisboa: SOCIUS, 2004. Disponível em: <<http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/wp200402.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

PEIXOTO, J. et al. *Mulheres migrantes: percursos laborais e modos de inserção socioeconómica das imigrantes em Portugal*. Lisboa: SOCIUS, 2006.

PIRES, R. Mudanças na imigração: uma análise das estatísticas sobre a população estrangeira em Portugal, 1998-2001. *Sociologia: Problemas e Práticas*, Lisboa, v. 39, p. 151-166, 2002.

PONCE, N.; HAYS, R.; CUNNINGHAM, W. Linguistic disparities in health care access and health status among older adults. *Journal of General Internal Medicine*, New Jersey, v. 21, p. 786-791, 2006

PORDATA. *População estrangeira em % da população residente na Europa*. Lisboa, 2012. Disponível em: <<http://www.pordata.pt/Europa/Populacao+estrangeira+em+percentagem+da+populacao+residente-1624>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

PUSSETI, C. et al. *Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural*. Lisboa: ACIDI, 2009.

RADEMAKERS, J.; MOUTHAN, I.; DE NEEF, M. Diversity in sexual health: problems and dilemmas. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, London, v. 10, n. 4, p. 207-211, 2005.

RAMOS, N. *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2008.

REIJNEVELD, S. 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*, London, v. 52, n. 5, p. 298-304, 1998.

ROCHA, C. et al. Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, MG, v. 8 n.15, p. 190-200, 2012.

ROMERO-ORTUÑO, R. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *European Journal of Health Law*, Boston, v. 11, p. 245-272, 2004.

SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS. *Relatório de imigração*. Fronteiras e asilo, 2011. Oeiras, jun. 2012. Disponível em: <http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2011.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2013.

SIDDIQI, A.; ZUBERI, D.; NGUYEN, K. The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: comparing the united states to Canada. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 69, p. 1452-1459, 2009.

SOPA, M. *Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório*, 2009. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1343/1/Representa%C3%A7%C3%B5es%20e%20Pr%C3%A1ticas%20da%20Maternidade%20em%20Contexto%20Multicu.pdf>>. Acesso em: 26 Fev. 2011.

TOPA, J.; NOGUEIRA, C.; NEVES, S. Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico. *PSICO*, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 366-373, 2010.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. *State of world population 2006*. A passage to hope: women and international migration. New York: UNFPA, 2006. Disponível em: <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/650_filename_sowpo6-en.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2008.

UNITED NATIONS. *2004 world survey on the role of women in development- women and international migration*. New York: United Nations, 2006.

VELHO, H. *Violências de género contra um grupo de mulheres grávidas imigrantes em Portugal: impactos ao nível da saúde psicológica, física e sexual/reprodutiva*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - ISMAI, Castelo da Maia.

WALL, K.; NUNES, C.; MATIAS, A. *Immigrant women in Portugal: migration trajectories, main problems and policies*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2005.

WOLFF, H. et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, London, 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/93>>. Acesso em: 9 fev. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International migration, health and human rights, health and human rights publication series*. Geneva: WHO, 2003.

YAMANAKA, K.; PIPER, N. *Feminized migration in east and Southeast Asia: policies, actions and empowerment*. UNRISD Occasional Paper. 11. Geneva: UNRISD, 2006.

Recebido em: 28/01/2012

Reapresentado em: 06/02/2013

Aprovado em: 26/03/2013