



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Famer Rocha, Cristianne Maria; Darsie, Camilo; Costa da Silva, Vivian; Messa Koetz, Ana Paula;
Gama, Ana Filipa; Ferreira Dias, Sónia
Maternidade deslocada: a gravidez, o aborto voluntário e a saúde feminina para mulheres imigrantes
em Portugal
Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 26, núm. 4, outubro-diciembre, 2013, pp. 470-479
Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40831096004>

- 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

MATERNIDADE DESLOCADA: A GRAVIDEZ, O ABORTO VOLUNTÁRIO E A SAÚDE FEMININA PARA MULHERES IMIGRANTES EM PORTUGAL

Displaced maternity: pregnancy, voluntary abortion and women's health for immigrant women in Portugal

Maternidad desplazada: el embarazo, el aborto voluntario y la salud femenina de mujeres inmigrantes en Portugal

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Identificar questões ligadas a temas como maternidade, gravidez, aborto voluntário e saúde feminina a partir da perspectiva de imigrantes brasileiras e africanas que vivem em Portugal. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em Portugal, entre maio e junho de 2008, com 35 mulheres imigrantes (provenientes do Brasil e de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa – PALOP). As informações foram coletadas através de um questionário sociodemográfico e realização de grupo focal. Os dados foram analisados de acordo com o procedimento comum de análise de conteúdo. Emergiram disso duas categorias de análise: 1) Gravidez e Maternidade, e 2) Aborto Voluntário. **Resultados:** Participaram da pesquisa 15 brasileiras e 20 africanas, com idades entre 21 e 45 anos. As participantes brasileiras referem possuir maior nível de escolaridade em relação às mulheres africanas. Ambas, de maneira geral, passam por dificuldades diversas envolvendo gravidez, maternidade e aborto voluntário, principalmente pelas diferenças socioculturais enfrentadas nos países em que vivem. **Conclusão:** É necessária a adoção de um modelo social de saúde positiva, centrado nas demandas dos indivíduos e da população, e, na medida do possível, adaptado às suas especificidades. Nesse sentido, é relevante que sejam desenvolvidos modelos que promovam a participação dos imigrantes na elaboração de ações de promoção da saúde nessa área.

Descritores: Migração Internacional; Saúde da Mulher; Aborto; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify issues related to topics such as maternity, pregnancy, voluntary abortion and women's health from the perspective of Brazilian and African immigrants living in Portugal. **Methods:** This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, held in Portugal between May and June 2008, with 35 immigrant women (from Brazil and the Portuguese-speaking African countries - Lusophone Africa or PALOP). Information was collected through a sociodemographic questionnaire and focus group conduction. Data was analyzed according to the common procedure of content analysis. Two categories of analysis emerged: 1) Pregnancy and Maternity and 2) Voluntary Abortion. **Results:** The research included 15 Brazilian and 20 African, aged between 21 and 45 years. Brazilian participants refer to possess higher educational level compared to African women. In general, both women go through various difficulties regarding issues involving pregnancy, maternity and voluntary abortion, especially sociocultural differences faced by the country in which they live. **Conclusion:** It is necessary the adoption of a social model of positive health, focused on the individuals' and the population needs and, as far as possible, adapted to their specificities. In this sense, it is relevant that models are developed to promote the immigrant participation in the development of actions for health promotion in this area.

Descriptors: Emigration and Immigration; Women's Health; Abortion; Health Promotion.

Cristianne Maria Famer Rocha⁽¹⁾

Camilo Darsie⁽¹⁾

Vivian Costa da Silva⁽¹⁾

Ana Paula Messa Koetz⁽¹⁾

Ana Filipa Gama⁽²⁾

Sónia Ferreira Dias⁽²⁾

1) Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS - Porto Alegre (RS) - Brasil

2) Instituto de Higiene e Medicina Tropical & CMDT - Universidade Nova de Lisboa - Lisboa - Portugal

Recebido em: 28/10/2012

Revisado em: 12/08/2013

Aceito em: 24/10/2013

RESUMEN

Objetivo: Identificar cuestiones con relación a temas como maternidad, embarazo, aborto voluntario y salud femenina a partir de la perspectiva de inmigrantes brasileñas y africanas que viven en Portugal. **Métodos:** Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo de abordaje cualitativo, realizado en Portugal entre mayo y junio de 2008 con 35 mujeres inmigrantes (procedentes de Brasil y países africanos con el portugués como idioma oficial). Las informaciones fueron recogidas a través de un cuestionario socio demográfico y realización de un grupo focal. Los datos fueron analizados según el procedimiento común de análisis de contenido. Surgieron dos categorías de análisis: 1) Embarazo y Maternidad, y 2) Aborto Voluntario. **Resultados:** Participaron de la investigación 15 brasileñas y 20 africanas, con edades entre los 21 y 45 años. Las participantes brasileñas refieren poseer mayor nivel de escolaridad que las mujeres africanas. En general, ambas tienen diversas dificultades acerca del embarazo, maternidad y aborto voluntario, principalmente por las diferencias socio-culturales afrontadas en sus países. **Conclusión:** Es necesaria la adopción de un modelo social de salud positiva centrado en las necesidades de los individuos y de la población y, siempre que posible, adaptado a sus especificidades. En se sentido, es relevante que sean desarrollados modelos de promoción de la participación de los inmigrantes en la elaboración de acciones de promoción de salud en esa área.

Descriptores: Migración Internacional; Salud de la Mujer; Aborto; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

A migração internacional – considerada um fenômeno predominantemente masculino nas décadas de 1960 e 1970 – vem tomando contornos femininos desde as décadas posteriores. Atualmente, cerca da metade da população migrante no mundo é do sexo feminino⁽¹⁾. Relatórios internacionais têm realçado que, cada vez mais, mulheres migram de forma independente devido à intensa procura de trabalho, à crescente aceitação social da sua independência econômica e de suas condições de mobilidade⁽²⁾. Nessa direção, ao adotar uma abordagem de gênero em relação à migração, reconhece-se a migração feminina como fonte de recursos e de alternativas de desenvolvimento para os países de origem e de acolhimento, mas se considera, também, a existência de discriminação social e econômica em relação a esse grupo social⁽²⁾.

Desse modo, é importante mencionar que a feminização da migração surge simultaneamente a outros processos que afetam as mulheres, como a feminização da pobreza e do trabalho⁽³⁾. Em contextos com níveis extremos de pobreza e reduzido acesso à educação, à saúde, aos recursos financeiros e a redes de informação sobre migração e

emprego, as mulheres podem apresentar baixa autonomia e menor capacidade de decisão sobre a sua mobilidade⁽⁴⁾. Elas tendem, portanto, a ter menor acesso às informações sobre oportunidades de migração e, muitas vezes, acabam por contar com menor preparação para lidar com as condições inerentes ao processo migratório⁽⁵⁾.

Atendendo a essas circunstâncias, colocam-se importantes desafios para a área da saúde, uma vez que, frequentemente, as migrações de mulheres representam maiores riscos e vulnerabilidades, com impacto para a sua saúde. Mais especificamente, o crescente aumento da imigração feminina tem acentuado a preocupação relativamente às questões de saúde sexual e reprodutiva nessa população. A diferença dos papéis sociais de gênero, associada às variáveis socioeconômicas e culturais, reflete-se muitas vezes numa desigual exposição das mulheres a riscos para a saúde, quando comparadas com os homens⁽⁶⁾.

Tendo em vista tais questões, e procurando levantar informações e questionamentos que venham a somar no que se refere aos conhecimentos envolvendo o fenômeno da migração internacional feminina, este texto explora as vivências, angústias e expectativas acerca da maternidade no contexto de mulheres imigrantes – residentes em Portugal – oriundas de países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) e do Brasil.

O estudo tem sua relevância sustentada pela necessidade de informações relacionadas aos pontos de vista dos usuários dos sistemas de saúde, sejam eles brasileiros, africanos ou portugueses. É necessário que discussões dessa ordem sirvam para produzir novas práticas voltadas à promoção da saúde de forma ampla. As questões norteadoras do estudo referem-se aos entendimentos que mulheres brasileiras e africanas possuem acerca da gravidez, da maternidade e do aborto voluntário. Os objetivos, portanto, direcionam-se a identificar questões ligadas a temas como maternidade, gravidez, aborto voluntário e saúde feminina das comunidades imigrantes, em especial, de mulheres, a partir da perspectiva de imigrantes brasileiras e africanas que vivem em Portugal.

MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, em Portugal, entre maio e junho de 2008, com 35 mulheres imigrantes (provenientes do Brasil e de países africanos de língua oficial portuguesa – PALOP).

Em uma fase inicial, o estudo foi apresentado a várias organizações não governamentais, associações, instituições de solidariedade social e centros sociais que desenvolvem trabalho com comunidades imigrantes em Portugal. A essas entidades foi solicitado que colaborassem na sinalização de

potenciais participantes no estudo, atendendo aos critérios de inclusão: mulheres imigrantes (provenientes do Brasil e de PALOP, e cujos pais não tivessem nascido em Portugal), com idades compreendidas entre 18 e 45 anos (mulheres adultas em idade reprodutiva)⁽⁷⁻⁹⁾, residentes em Portugal há mais de 2 anos, com disponibilidade e vontade de participar da investigação. As mulheres imigrantes indicadas foram contactadas pela equipe de pesquisa, que lhes apresentou o estudo de forma sucinta, confirmou os critérios de inclusão e informou sobre as questões logísticas relativas à realização dos grupos (local, horário etc.). As participantes foram incluídas no estudo com base na sua disponibilidade e interesse explícito em participar.

Nos contatos previamente realizados, foi ainda pedido às participantes que indicassem outras mulheres imigrantes para participar no estudo. Na organização dos grupos focais, procurou-se constituir grupos que fossem suficientemente heterogêneos em relação a algumas características sociodemográficas, como idade, profissão, renda, número de filhos (e sem filhos), experiências migratórias diversificadas, entre outros aspectos diferenciadores.

Para coletar os dados, foram utilizados instrumentos elaborados pela equipe de pesquisadores: um questionário individual (dados sociodemográficos) e um roteiro semiestruturado para a realização dos grupos focais.

Foram realizados seis grupos focais (três com imigrantes africanas e três com imigrantes brasileiras), com uma amostra intencional de 35 mulheres imigrantes. Os grupos focais foram realizados no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Lisboa, Portugal.

O roteiro semiestruturado para o grupo focal foi elaborado com base em referências⁽¹⁰⁻¹³⁾ e incluiu os principais tópicos a serem explorados nas discussões: conhecimentos, atitudes, práticas e dificuldades vividas relativas a várias temáticas de saúde sexual e reprodutiva, como a maternidade, a gravidez, o aborto e o parto. Esse roteiro não tinha como propósito impor uma estrutura rígida, mas constituir uma forma de contemplar a diversidade de aspectos que se pretendia focar, dar um quadro referencial ao desenvolvimento da discussão e organizar a coleta de informação. O questionário individual serviu para a caracterização da amostra e incluiu questões sociodemográficas (idade, escolaridade, país de origem, nacionalidade, situação legal, situação profissional e tempo de permanência em Portugal).

Todas as sessões de grupos focais foram conduzidas por uma moderadora e uma comoderadora. As sessões duraram em média 1 hora e 30 minutos. Cada sessão foi registrada em áudio pela moderadora, após consentimento prévio das participantes, de forma a maximizar a coleta de dados e permitir a transcrição integral das discussões

realizadas, para posterior análise. No final de cada sessão, foram também registradas as observações consideradas relevantes acerca da dinâmica e das interações ocorridas entre as participantes. Posteriormente, procedeu-se à transcrição integral das discussões dos grupos.

Os dados qualitativos foram analisados de acordo com o procedimento comum da análise de conteúdo, conforme feito na metodologia qualitativa⁽¹⁰⁻¹²⁾. As diferentes respostas foram agrupadas em duas categorias discursivas, de acordo com a regularidade com que determinados elementos apareceram e se repetiram nas discussões, quais sejam: 1) Gravidez e Maternidade, 2) Aborto Voluntário.

A coleta de dados foi realizada após consentimento livre e esclarecido das participantes, às quais foram dadas todas as garantias éticas para a execução da pesquisa, seguindo o previsto na Declaração de Helsinki, de acordo com o preconizado em Portugal, país em que foi realizada a pesquisa. O consentimento informado e voluntário das participantes foi obtido com garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados. O estudo foi previamente aprovado pelo Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Para preservar o anonimato as entrevistadas, elas foram chamadas, aqui, de “participante africana” e “participante brasileira”, sendo numeradas em “participante africana” 1, 2, 3..., “participante brasileira” 1, 2, 3..., e assim sucessivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de serem apresentados os depoimentos associados à discussão, é interessante que se conheça as características das mulheres que participaram da pesquisa.

Características das mulheres pesquisadas

Das 35 mulheres participantes, eram 15 (43%) brasileiras e 20 (57%) africanas. Destas últimas, nove provinham de Cabo Verde, seis de Angola, quatro de São Tomé e Príncipe e uma da Guiné. Efetivamente, os dados oficiais sobre a imigração em Portugal nos últimos anos indicam que grande parte das mulheres imigrantes provêm desses grupos de nacionalidade⁽¹⁴⁾.

As idades das participantes encontram-se compreendidas entre 21 e 45 anos, mas as participantes africanas apresentam idades superiores às brasileiras. Esses dados vão ao encontro do perfil das mulheres imigrantes em Portugal descrito em vários estudos e censos nacionais. As imigrantes africanas, residindo em Portugal por um longo período de tempo, dado o processo de imigração dessas populações ter iniciado nos anos 1960⁽¹⁵⁾, tendem a apresentar idades superiores comparativamente às imigrantes brasileiras, que, na generalidade, residem há

menos tempo no país, fruto do processo de imigração ter iniciado mais tarde, nos anos 1980⁽¹⁶⁾.

Sobre a escolaridade, todas as participantes brasileiras referiram possuir um nível de escolaridade igual ou superior ao ensino médio, enquanto as participantes africanas reportaram possuir níveis de escolaridade mais baixos. De forma semelhante, os dados oficiais indicam que uma maior proporção de imigrantes brasileiras possui o ensino médio e superior (31% e 19%, respectivamente), comparativamente às mulheres provenientes de PALOP (15% e 4%, respectivamente)⁽¹⁴⁾.

No grupo total das participantes, a maioria – 26 mulheres (74%) – vive com os filhos ou com o parceiro e filhos. As africanas referem com maior frequência viver somente com os filhos ou com o parceiro e filhos, enquanto as brasileiras referem viver com os pais e irmãos.

Do total de participantes, quatro encontravam-se grávidas (uma africana e três brasileiras) e 25 (71%) tinham filhos. A maioria das mulheres africanas tinha filhos, ao contrário das participantes brasileiras, cuja maioria referiu não ter. Ainda em relação ao número de filhos, 16 (80%) participantes africanas tinham três ou mais filhos, enquanto apenas duas mulheres brasileiras (13%) referiram ter 3 e 4 filhos. É importante chamar a atenção para o fato de que as africanas relataram ter um número maior de filhos em relação às brasileiras, o que pode, em parte, ser explicado pelas diferenças de idade e de tempo de residência em Portugal entre os dois grupos,

Grande parte das discussões promovidas durante os grupos focais esteve relacionada a temas como a maternidade, a gravidez, o aborto, as experiências ligadas ao parto e a saúde feminina.

1. Gravidez e Maternidade

Na seção que segue, serão tratadas algumas questões que emergiram durante as reuniões, quanto aos temas da gravidez e da maternidade.

As mulheres africanas descreveram maiores dificuldades relacionadas à maternidade em seus países de origem, quando comparadas às dificuldades encontradas em Portugal:

É totalmente diferente de lá e cá. É diferente nos tratamentos. (...) Os aparelhos que aqui tem, lá não tinha. (...) Eram aparelhos que deviam ter para o parto normal, para tudo correr bem. (Participante africana 1)

Por outro lado, as participantes brasileiras relatam um maior número de experiências negativas relacionadas aos cuidados durante a gravidez em Portugal:

Eu passei muito mal na gravidez com relação ao leite. Tive muita febre e eu cheguei a doar. Eu perguntei para a enfermeira se tinha algum banco de leite aqui em Portugal. Ela não sabia e eu fiquei um pouco assustada com relação a isso. (Participante brasileira 1)

No Brasil, eu não sei se é uma questão de amor, de solidariedade, mas aqui falta um pouco de atenção (...). Das minhas amigas, todas que tiveram (...), elas ficaram assim, quase que agonizando (...). (Participante brasileira 2)

Experiências anteriores relacionadas aos cuidados de saúde no país de origem podem explicar essas diferenças. Embora neste estudo não tenham sido exploradas as experiências das participantes africanas e brasileiras nos seus países, tem sido documentado que experiências anteriores influenciam as percepções e expectativas que os indivíduos têm em relação aos cuidados de saúde, bem como a sua satisfação com os serviços de saúde do país de acolhimento⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

De fato, em estudos anteriores conduzidos com imigrantes em Portugal, a percepção de qualidade e satisfação com os cuidados de saúde pareceu estar relacionada com o nível de desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países de origem^(19,20), o que pode ajudar a compreender as diferenças nas experiências relacionadas à maternidade observadas neste estudo.

A partir dos depoimentos apresentados, pode ser observado que a temática da gravidez é associada, também, à necessidade de maior acesso a informações no contexto do país de acolhimento. Além disso, questões relacionadas à prevenção nessa área são igualmente demandadas. Tais situações, de percepções contraditórias, as quais podem ser observadas nos depoimentos das mulheres oriundas de diferentes países de origem, muitas vezes são potencializadas, principalmente por aquilo que diversos autores e documentos oficiais têm apontado como diferenças culturais, envolvendo uma série de elementos que agem de forma articulada, como índices econômicos que afetam as condições de vida em diferentes regiões do mundo, relações socioespaciais e de valoração ligadas aos diferentes gêneros, perfis de relações familiares, entre outros. São essas questões que, invariavelmente, conduzem diferentes qualificações relativas aos países de acolhimento^(1,2,21).

Ainda na mesma direção, algumas mulheres brasileiras salientaram as consequências negativas ocasionadas pela falta de informações, entre elas, a gravidez precoce e/ou não desejada:

Eu acho que acontece muito aqui em Portugal, como no Brasil. Muitas meninas novas que acabam por engravidar. (Participante brasileira 4)

Eu engravidei do meu filho com quinze anos. Pura falta de informação. Porque eu não sabia como era. (Participante brasileira 2)

Tais situações vão ao encontro de estudos que indicam que as mulheres com gravidez indesejada tendem a revelar falta de conhecimento adequado sobre os vários métodos de contracepção⁽⁸⁾.

Tal fato é agravado, ainda, pela ruptura das relações sociais e familiares ao longo do processo migratório (especialmente quando o imigrante se desloca sozinho). A separação da família e dos sistemas de suporte, assim como o isolamento, podem ser potenciais fatores da falta de apoio e de informações nessas populações⁽⁹⁾. Nesse contexto, a falta de mecanismos de apoio social e emocional pode perpetuar a exposição a fatores de risco e favorecer práticas prejudiciais à saúde^(13,22-24).

Em quase todos os casos, o tema da gravidez não planejada foi considerado uma temática bastante relevante. Uma das participantes africanas relatou determinada situação, vivida por ela, decorrente de uma gravidez não planejada:

Lá no meu trabalho, descobriram que eu estava grávida e [me] mandaram embora. Eu [queria] ir para casa [dos pais], [mas] não podia. Com que vou viver? Fui arranjar um hotel e fiquei naquele hotel a morar. (Participante africana 2)

No entanto, um tópico interessante, surgido a partir dos discursos de várias mulheres africanas, é a ideia de que a gravidez não está sob o seu controle:

Eu apanhei esse filho, que não esperava. (Participante africana 3)

Porém, outras africanas realçaram a necessidade de se tomar precauções para evitar a gravidez não desejada:

Se vier, vem. Não tem mais nada para eu fazer. Mas se posso evitar, eu vou evitar isto. (Participante africana 4)

Eu acho que há meios para se evitar. O centro de saúde dá os comprimidos de graça. (Participante africana 5)

Apesar das manifestações acerca das gestações indesejadas, algumas imigrantes revelaram desejos relacionados a ter filhos (ou mais filhos) e os seus discursos (principalmente os das africanas) demonstraram o quanto o elevado número de filhos é valorizado no contexto cultural dos seus países de origem:

Se não tiver mais filhos, o marido vai lhe deixar. (Participante africana 1)

Na verdade, o valor social e cultural atribuído à reprodução e à maternidade, reforçado pelos papéis tradicionais de gênero culturalmente atribuídos no seio das famílias e associados ao estatuto da mulher, influencia a expectativa e o desejo de ter muitos filhos⁽²⁵⁾. No entanto, no caso das participantes, o fato de viverem em Portugal (e não nos seus países de origem) dificulta a concretização desse desejo:

Mesmo que a gente quer, aqui não dá. Porque a gente tem de pagar ama, quase o ordenado que a gente ganha (...). Se já tem, a gente tem de aguentar isso. Mas, para mim, esses quatro dá, chega e sobra. (Participante africana 3)

Nesse sentido, para as participantes africanas, a gravidez e a tomada de decisão relacionada a ter filhos estão fortemente associadas às dificuldades encontradas no país de acolhimento:

Eu sou mãe solteira, por isso, não quero ter mais filhos. Porque eu, aqui, pensava que encontrava ajuda para organizar a vida dos meus filhos. [Em vez de] ajuda, ainda arranjei mais filho. E eu não queria. (Participante africana 3)

A gravidez indesejada é uma preocupação muito grande, porque, hoje em dia, para sustentar tantos filhos, é um caso sério. (Participante africana 6)

Fatores como o estresse associado à gravidez e as dificuldades inerentes à situação de imigrante têm sido apontados em vários estudos como determinantes das dificuldades que, muitas vezes, as mulheres imigrantes enfrentam nos países de acolhimento durante o período de gestação⁽²³⁾. Em alguns estudos⁽²¹⁻²³⁾, são apontados outros fatores que afetam a gravidez das mulheres migrantes, como o estresse associado a condições precárias de vida e de emprego, trabalhos pesados durante a gravidez e vivência de situações de racismo e discriminação. Algumas mulheres, pelos motivos identificados, podem tornar-se particularmente vulneráveis durante o período da gravidez e pós-parto, com implicações para a saúde da mãe e do bebê⁽²⁰⁾. Além disso, tais questões, muitas vezes, encaminham as decisões das mulheres imigrantes em direção à interrupção da gravidez, pois, de acordo com dados de outras investigações, há uma maior prevalência dessa situação no contexto das populações imigrantes^(24,26).

2. Aborto Voluntário

Na sequência, são apresentados os pontos de vista das participantes no que se refere ao aborto voluntário.

Apesar das dificuldades relatadas, a temática não foi abordada espontaneamente pelas participantes em nenhum dos grupos focais realizados. No entanto, depois de introduzido nas discussões, esse tema tornou-se um dos mais debatidos. Ao longo dos discursos, foi possível observar que a maioria das participantes não concorda com a prática do aborto voluntário. Exemplos disso podem ser ilustrados pelas seguintes falas:

Aborto não gosta. Se eu apanho filho, eu quero que ele tem saúde e também eu com saúde. (Participante africana 1)

Eu acho também que aborto é muito feio. (Participante africana 3)

Eu acho que é um assassinato, porque é uma vida que está em risco. (Participante brasileira 4)

Como forma de endossar as colocações desfavoráveis ao aborto, as participantes, principalmente as brasileiras, também apontaram argumentos associados à religiosidade:

Quando você fala de vida, de aborto, de sexualidade, a gente engloba a questão religiosa (...) e a pessoa pensa duas vezes antes de fazer o aborto, porque ela sabe que tem uma coisa além, que vai cobrar ela no futuro. (Participante brasileira 4)

Eu, com a minha formação religiosa, eu não sei se seria capaz de fazer. Mas eu não sou contra. (Participante brasileira 1)

Na minha opinião, é um grande pecado. (Participante brasileira 5)

No entanto, um grupo de participantes, também brasileiras, mostrou-se favorável à prática do aborto:

Eu não sei o que é pior, se é o aborto ou deixar a criança nascer (...). Quando a criança nasce, começa o sofrimento da mãe, que rejeita a criança, às vezes maltrata, bate, espanca. Tem alguns que morrem de tanto o pai e a mãe espancarem. (Participante brasileira 3)

Nesse mesmo grupo, foi considerado que não é adequado julgar outras mulheres a partir dos valores pessoais:

Não sou contra quem faz, porque cada um sabe de si. Porque é muito fácil dizer: “você não deve fazer

o aborto”. Mas quem tem de decidir isso é você. (Participante brasileira 6)

Eu não sou contra (...), porque a pessoa tem o livre-arbítrio. Ela tem o direito de decidir se ela quer ter o filho, se ela quer ver o filho passar por tudo isso, se ela quer passar por tudo isso. (Participante brasileira 7)

Eu também não acho certo colocar uma criança no mundo a sofrer, por isso, ser contra ou a favor é relativo. A gente não pode julgar e dizer que aquela pessoa fez um aborto e é uma coisa horrorosa. A gente tem de perguntar qual foi a situação que as coisas aconteceram. (Participante brasileira 8)

Muitas participantes relataram experiências relacionadas ao aborto vividas por outras mulheres (em geral, moças jovens) em Portugal:

Eu conhecia uma rapariga, quando morava em Sacavém, havia uma mulher que fazia abortos e iam até lá jovens de 14, 15, 16 anos (...) fazer. (Participante africana 1)

Sinceramente, aqui, neste bairro, é comum. Não é só aqui neste bairro, é em todo o mundo. (Participante brasileira 4)

Mas ainda acontece muito de amigas minhas, uma delas engravidar, ela não querer, nem o namorado, não querer contar para a mãe, e abortarem. (Participante brasileira 2)

As imigrantes africanas afirmaram que a prática de interrupção voluntária da gravidez é, também, bastante comum nos seus países de origem:

Lá, muita gente faz. Fazem escondido. (Participante africana 6)

Lá, fazem, mas é sem anestesia. (Participante africana 4)

Por outro lado, na opinião das imigrantes brasileiras, a prática do aborto voluntário é mais frequentemente aceita pelas mulheres portuguesas. Fato que pode estar diretamente relacionado à despenalização dessa prática em Portugal, aprovada em 2007:

Eu acho que as brasileiras lá não fazem tanto. (Participante brasileira 1)

Agora, com essa lei do aborto, abriu as portas aqui em Portugal. Porque, agora, você pode fazer sem prevenção nenhuma. Engravidar, vai na clínica, aborta e pronto. (Participante brasileira 6)

Tem gente que nem se preocupa em prevenir: “depois vou lá e faço”. (Participante brasileira 10)

Eu conheço uma portuguesa que já fez (...). Eu até me espanto, porque ela já fez aborto duas vezes e ela fala isso como se fosse ali comprar uma bala. Eu acho que aqui está muito facilitado (...). (Participante africana 7)

As consequências da prática do aborto foram fortemente realçadas:

Outro dia, vi uma apresentadora de televisão [que], quando ela tinha dezoito anos, ela fez um aborto. E hoje, que ela tem condição financeira, ela não pode ter filho. (...) Isso é consequência de um aborto que ela fez no passado, mal feito. (...) Porque um aborto também tem consequências (...). Às vezes, uma mulher fica estéril para o resto da vida. (Participante africana 8)

O recurso à pílula do dia seguinte foi referido como prática frequente, tendo sido considerada, por algumas participantes, como um método abortivo:

Se você toma a pílula do dia seguinte, isso também é uma forma de aborto. (Participante brasileira 11)

Além disso, no decorrer dos discursos, as participantes descreveram diferentes práticas que podem ser adotadas quando há a pretensão de se interromper uma gravidez. Tais práticas podem ser divididas em dois grupos. Em primeiro lugar, aquelas que são feitas a partir do uso de medicamentos:

É uma medicação (...) para fazer abortos clandestinos (...). Havia lá uma mulher que vendia esse medicamento. (Participante africana 12)

Só vendem a homens (...). Só que agora já descobriram, já não vende. (Participante africana 11)

Em segundo lugar, os métodos caseiros:

No tempo da minha mãe, há uma coisa que fazem com o vinho e isso também faz o aborto. (Participante africana 12)

Aqui tem aquilo para a tosse. (...) Eucalipto (...). Com o pé, ele sai. (Participante africana 13)

Também café com cerveja tira gravidez. (Participante africana 14).

Nos grupos focais, as participantes ressaltaram que, por vezes, face às dificuldades inerentes a se ter filhos no país de acolhimento, o aborto surge como a única alternativa:

Cá em Portugal, a vida é muito difícil (...). Devemos, também com consciência, tirar a criança, fazer um aborto. (Participante africana 12)

Quem tem que decidir é a pessoa. A vida que você tem, os planos que você tem. Automaticamente, não é que um filho traz problema, mas dificulta mais. (Participante brasileira 12)

Eu conheço uma miúda que foi lá no hospital. A médica meteu-a a ouvir o coraçãozinho, e a miúda chorava a dizer que não podia ter, porque não tinha condições. (Participante africana 15)

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

Quando eu engravidei, eu contei ao pai. Ele não quis aceitar e queria que eu tirasse. Eu disse que não ia tirar. Ele nunca mais falou comigo. (Participante africana 1)

Nesse contexto, descrevem que, quando decidem ter o filho, precisam assumir, sozinhas, a responsabilidade parental:

Às vezes, os homens não querem assumir as responsabilidades (...). De repente, um dia, aparece gravidez. Obviamente, vai dizer: “Ah, agora, aqui, temos que separar porque eu não vou conseguir assumir.”, e a miúda fica sozinha, sem a responsabilidade do namorado. (Participante africana 1)

Tinha possibilidade de fazer aborto, não fiz (...). Passei muito. Já criei os meus filhos, mas sem ajuda de homem. (Participante africana 16)

No que diz respeito à temática do aborto, constatou-se a existência de atitudes desfavoráveis relativas a essa prática por parte da maioria das participantes dos grupos focais. Várias participantes afirmaram ser uma prática frequente em Portugal e relataram ter conhecimento de várias experiências de interrupção voluntária da gravidez. Dados de outras investigações que buscam analisar o mesmo

tema têm apontado para uma maior prevalência dessa situação na população imigrante, pois, conforme apontado anteriormente, as condições sociais em que esta se encontra, com falta de vínculos e dificuldades de acesso aos sistemas de saúde, colocam-na em situação de vulnerabilidade⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Conforme pôde ser observado nas falas apresentadas, as possíveis consequências da prática de aborto, em nível de saúde física e mental, foram também realçadas, indicando uma espécie de fortalecimento no que diz respeito aos riscos⁽²⁹⁾. Nessa direção, as participantes descrevem várias práticas de potencial risco para a saúde frequentemente adotadas quando as mulheres pretendem interromper a gravidez, e que servem como recursos à medicação e às práticas tradicionais (“receitas caseiras”).

Nos grupos focais realizados com mulheres africanas, foram descritas várias situações nas quais os parceiros e/ou pais as pressionam para interromper a gravidez, sendo frequente que, quando elas não aceitam interrompê-la, acabam por assumir sozinhas as responsabilidades inerentes à opção de ter o filho. Assim, o contexto de “vida difícil e as dificuldades subjacentes a ter mais filhos surgem, por vezes, como justificativa para o aborto^(24,30,31). Cabe ressaltar, nesse contexto, que o aborto não é considerado uma prática positiva e, assim como ocorre em estudos parecidos, com outros grupos de mulheres, estas costumam indicar que ele seria e/ou foi a última alternativa frente às eventuais dificuldades⁽³²⁾.

Tal como observado nos discursos relativos à gravidez e maternidade, também sobre a temática da interrupção voluntária da gravidez houve diferenças de percepção e opinião entre as participantes africanas e brasileiras. Dentre as brasileiras, destaca-se a questão religiosa. Já para as africanas, segundo discursos proferidos, destacam-se as práticas tradicionais e as receitas caseiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, pretendeu-se problematizar questões ligadas a temas como gravidez, maternidade, aborto voluntário e saúde feminina das comunidades imigrantes, em especial, de mulheres, a partir da perspectiva de imigrantes brasileiras e africanas que vivem em Portugal. Os depoimentos aqui trazidos indicam algumas das dificuldades relatadas no que diz respeito às questões que envolvem a maternidade e sua saúde sexual e reprodutiva. A partir do que foi apresentado, é possível refletir sobre a qualidade dos serviços oferecidos a essas mulheres, bem como questionar sobre as necessárias informações às quais elas deveriam ter acesso.

Com base nos resultados apresentados, torna-se evidente a necessidade de se adotar um modelo social de

saúde positiva, centrado nas necessidades dos indivíduos e da população, e, na medida do possível, adaptado às suas especificidades. O fato de se ter observado diferenças de percepção e experiências relativas à gravidez, maternidade e aborto voluntário entre participantes africanas e brasileiras reforça que a população de mulheres imigrantes é um grupo heterogêneo e o seu contexto sociocultural de origem tem um papel importante nos conhecimentos, atitudes e práticas em saúde reprodutiva.

Adotar um modelo social de saúde positiva implica, portanto, em uma abertura à comunidade, permitindo o seu envolvimento no que refere ao processo de saúde-doença. As comunidades, passíveis de intervenções socio sanitárias, devem ser reconhecidas como elementos colaboradores, fundamentais durante todo o processo de planejamento, desenvolvimento e implementação de tais intervenções. Nesse sentido, é necessário que sejam desenvolvidas estratégias permitindo e promovendo o envolvimento, a participação e o empoderamento dos imigrantes, bem como de suas comunidades, para que possam, assim, contribuir com alternativas para a promoção da saúde nesta área.

Valorizar a opinião das comunidades imigrantes sobre o planejamento das atividades e programas desenvolvidos na área da saúde das mulheres, em especial no que se refere à maternidade e à interrupção (voluntária ou não) da gravidez, deverá oportunizar a utilização de recursos próprios, assim como incentivar a criação de programas de prevenção, informação e desenvolvimento de competências. Essas são algumas das estratégias que podem permitir a essas mulheres serem protagonistas na melhoria da própria saúde. Por outro lado, abordagens inovadoras, como o desenvolvimento de programas de educação pelos pares, poderiam constituir estratégias eficazes, principalmente quando relacionadas a temas como a gravidez e a maternidade no contexto das realidades das mulheres imigrantes.

Muitas questões certamente continuam em aberto e poderão ser melhor e mais acuradamente desenvolvidas em trabalhos futuros. A metodologia qualitativa, na medida em que valoriza a perspectiva das mulheres sobre a temática da saúde sexual e reprodutiva, pode contribuir para o planejamento de estratégias e ações nessa área. Seria interessante incluir, no desenvolvimento de novos estudos, amostras mais alargadas e com maior diversidade em relação às participantes, controlando-se variáveis como o nível socioeconômico, a situação legal, o nível educacional, entre outras. Seria igualmente pertinente realizar investigações na área da saúde sexual e reprodutiva que incluíssem amostras com homens imigrantes.

Ao encerrar este texto, reitera-se a pertinência de se promover mecanismos de monitoramento e avaliação das políticas e dos programas na área da saúde sexual

e reprodutiva, para que incluam a perspectiva das comunidades imigrantes.

REFERÊNCIAS

1. International Organization for Migration World Migration – IOM. Costs and Benefits of International Migration. Switzerland: IOM; 2005.
2. United Nations Population Fund - UNFPA. A situação da população mundial 2005: a promessa de igualdade: equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio. Nova Iorque: UNFPA; 2006.
3. Boyd M. 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; 2006.
4. Omelaniuk I. Gender, Poverty Reduction and Migration. Washington: The World Bank; 2005.
5. World Health Organization - WHO. World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
6. Dias S, Gonçalves A. Migração e Saúde. Migrações. 2008;1;15-26.
7. Oliveira R, Redorat R, Ziehe G, Mansur V, Conceição F. Hipertensão arterial e perfil metabólico em pacientes com síndrome dos ovários policísticos. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(1):21-6.
8. Weisman CS, Hillemeier MM, Chase GA, Dyer AM, Baker SA, Feinberg M, et al. Preconceptional health: risks of adverse pregnancy outcomes by reproductive life stage in the Central Pennsylvania Women's Health Study (CePAWHS). Womens Health Issues. 2006;16(4):216-24.
9. Strong M, Peché W, Scaife C. Incidence of fertility counseling of women of child-bearing age before treatment for colorectal cancer. Am J Surg. 2007;194(6):765-7.
10. Fern E. Advanced focus group research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
11. Hollander J. The social context of focus groups. JCE. 2004;33(5):602-37.
12. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. London: Sage Publications; 2004.
13. Morgan D. Focus. Handbook of interview research: context and method. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
14. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Relatório de Imigração, fronteiras e asilo 2012. Lisboa: SEF/Gabinete de Estudos, Planeamento e Formação; 2013.
15. Malheiros J. Portugal seeks balance of emigration, immigration: Country Profiles Information Source. Washington: Migratory Policy; 2004.
16. Diniz E. A mulher brasileira na imigração em Portugal. In AA. VV. (Ed.), Imigração e etnicidade: Vivências e trajetórias de mulheres em Portugal (pp. 199-203). Lisboa: SOS Racismo, 2004.
17. Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J. Task force on community preventive services culturally competent healthcare systems: a systematic review. Am J Prev Med. 2003;24(3):68-77.
18. Kwok C, Sullivan G. Health seeking behaviours among Chinese-Australian women: implications for health promotion programmes. Health. 2011;11:401-15.
19. Dias S, Gama A, Cortes M, Sousa B. Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. Heal Soc Care Community. 2012;9(5):514-21.
20. Gurman TA, Becker D. Factors affecting Latina immigrants' perceptions of maternal health care: findings from a qualitative study. Health Care Women Int. 2008;29 (5):507-26.
21. Bollini P, Stotzer U, Wanner P. Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. Int J Public Health. 2007; 52(2):78-86.
22. Wolff H, Epiney M, Lourenço AP, Constanza MP, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health. 2008; 8:93-103.
23. Janssens K, Bosmans M, Temmerman M. Sexual and reproductive health and rights of refugee women in Europe. Ghent: ICRH; 2005.
24. Bollini P, Stotzer U, Wanner P. Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. Int J Public Health. 2007;52(2):78-86.
25. Maternowska C, Estrada F, Campero L, Herrera C, Brindis CD, Meredith MV. Gender, culture and reproductive decision-making among recent Mexican migrants in California. Cult Health Sex. 2010;12(1):29-43
26. Brag R. Maternal deaths and vulnerable migrants. Lancet. 2008;371(9616):879-81.
27. Lazear K, Pires S, Isaacs M, Chaulk P, Huang L. Depression among low-income women of colour:

-
- Qualitative findings from cross-cultural focus groups. JIMH. 2008;10(2):127-33.
28. Stampino V. Improving Access to multilingual health information for newcomers to Canada. JCH Libraries. 2007;28:15-8.
 29. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Report on the Global AIDS Epidemic. Nova Iorque: Fundo das Nações Unidas para a População; 2006.
 30. Carballo M, Nerukar A. Migration, refugees and health risks. Emerg Infect Dis. 2006;7(3):556-60.
 31. Valli M. Les migrants sans permis de séjour à Lausanne.. Lausanne: Municipalité de Lausanne; 2003.
 32. Menezes TCV, Lima FET, Rolim KMC. Conhecimentos e sentimentos de mulheres que vivenciaram um processo de abortamento. Rev Bras Promoç Saúde. 2008;21(2):144-50
- Endereço para correspondência:**
 Cristianne Maria Famer Rocha
 Rua Irmão José Otão, 170/905
 CEP: 90035-060 - Porto Alegre - RS - Brasil
 E-mail: cristianne.rocha@terra.com.br