

Joana Filipa Macedo Miranda

Mães imigrantes e saúde
— Estudo sobre as brasileiras em Portugal

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2011

Joana Filipa Macedo Miranda

**Mães imigrantes e saúde
— Estudo sobre as brasileiras em Portugal**

**Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2011**

Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Estudos de Minorias.

Resumo

Este estudo desbrucha-se sobre um dos maiores obstáculos que os imigrantes encontram nos países onde procuram uma vida nova: a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. A interrogação central consiste em saber se, no caso da maternidade, a falta de condições socioeconómicas e a falta de documentos legais afasta efectivamente (e de que modo) os imigrantes de um direito fundamental. O estudo baseia-se numa pesquisa de campo realizada na Unidade Maternidade Júlio Dinis (MJD), Porto, Portugal.

Os resultados demonstram que, no caso das imigrantes brasileiras (e das crianças recém-nascidas), existe uma conexão efectiva entre factores sócio-económicos e jurídicos, por um lado, e o seu acesso aos serviços de saúde, pelo outro. O estudo procura explorar, numa secção final, como mudar as práticas do sistema nacional de saúde em Portugal, de forma tornar mais eficiente a integração dos imigrantes igualmente na área da saúde materna e infantil.

Abstract

This study focuses on one of the major problems that immigrant populations, looking for a better life, face in receiving countries: the difficulties in the access to health care. The main question consists in knowing, in the case of maternity, whether the lack of social and economic conditions, and the lack of legal documents, actually constitute – and in what way - a barrier to this access to health services.. The study is based on field research done at the Maternity Unit Júlio Dinis, Oporto, Portugal.

The results demonstrate that, in the case of brasilian female immigrants (and new born children), there is an effective connection between social and legal factors and the lack of access to health services. This work intends to suggest, in a final section, some clues in order to change practices of the National Health System in Portugal. This, in order to turn more effective the integration of immigrants also in the area of maternal and child health.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo o amor e carinho...***Obrigada, Obrigada, Obrigada!***

À minha irmã, pela força, motivação, amizade e por estares sempre presente...***Obrigado por existires.***

Aos meus verdadeiros amigos, pelos bons e grandes momentos, por todo o apoio, paciência e amizade.

Aos meus colegas de curso, pelos bons momentos que passamos durante todos os anos.

A todos os Professores que passaram pelo meu percurso académico por toda a sabedoria que me transmitiram.

Ao Professor Doutor João Casqueira por todo o apoio prestado, incentivo e disponibilidade para a elaboração deste estudo. ***Muito Obrigada!***

As Assistentes Sociais da Unidade Maternidade Júlio Dinis, Dr.^a Rosa Areias, Dr.^a Cândida Reis e Mestre Isabel Lerenó por todo o apoio, paciência, disponibilidade e carinho que demonstraram. E a D. Maria do Céu, assistente administrativa, que sempre se demonstrou disponível. ***Muito Obrigada!***

A todos...

...bem hajam!

ÍNDICE GERAL

	Página
Introdução	1
Capítulo 1. Contextualização teórica	4
1. Enquadramento histórico da imigração em Portugal.....	4
1.1. Tendências da imigração em Portugal.....	4
1.2. Migrações de brasileiras para Portugal.....	7
1.3. Feminização da imigração para Portugal.....	11
2. Problema de saúde materna das imigrantes ilegais brasileira em Portugal.....	16
2.1. Especificidade das imigrantes ilegais brasileiras em Portugal.....	16
2.2. Saúde materna e Sistema de Saúde em Portugal.....	20
2.3. Situação específica dos imigrantes ilegais perante a saúde em Portugal.....	27
Capítulo 2. Estudo empírico	41
1. Metodologia.....	41
1.1. Abordagem do problema.....	41
1.2. Objectivos do estudo.....	42
1.3. Procedimentos e técnicas utilizadas.....	42
2. Interpretação e discussão de resultados.....	45
2.1. Apresentação e análise dos dados.....	45
2.2. Interpretação dos resultados.....	66
2.3. Lições práticas.....	68
Conclusão	74
Bibliografia	76
Anexo	84

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
<i>Quadro 1</i> – Motivos da Imigração brasileira para Portugal	10
<i>Quadro 2</i> – Número de Estrangeiros Residentes em Portugal, por sexo.....	14
<i>Quadro 3</i> – Número de Brasileiros Residentes em Portugal, por sexo.....	15
<i>Quadro 4</i> – Motivos individuais de orientação para o Serviço Social.....	48
<i>Quadro 5</i> – Motivos económicos de orientação para o Serviço Social.....	49
<i>Quadro 6</i> – Motivos de saúde de orientação para o Serviço Social.....	49
<i>Quadro 7</i> – Relação entre o agregado familiar e o motivo de orientação para o Serviço Social.....	52
<i>Quadro 8</i> – Relação entre a legalização e o motivo de orientação para o Serviço Social.....	57
<i>Quadro 9</i> – Relação entre a legalização e a inscrição no Centro de Saúde.....	58
<i>Quadro 10</i> – Problemas individuais identificados pelo Serviço Social.....	61
<i>Quadro 11</i> – Problemas económicos identificados pelo Serviço Social.....	62
<i>Quadro 12</i> – Problemas de saúde identificados pelo Serviço Social.....	62
<i>Quadro 13</i> – Problemas diversos identificados pelo Serviço Social.....	63
<i>Quadro 14</i> – Contactos institucionais.....	63
<i>Quadro 15</i> – Apoios.....	64
<i>Quadro 16</i> – Diligências dentro da Maternidade.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
<i>Gráfico 1</i> – Ano em que foram referenciadas?.....	45
<i>Gráfico 2</i> – Momento de recurso ao Serviço Social.....	46
<i>Gráfico 3</i> – Quem orientou para o Serviço Social.....	46
<i>Gráfico 4</i> – Motivo da orientação para o Serviço Social.....	47
<i>Gráfico 5</i> – Faixa etária (à data da orientação para o Serviço Social).....	50
<i>Gráfico 6</i> – Estado Civil.....	50
<i>Gráfico 7</i> – Com quem vive.....	51
<i>Gráfico 8</i> – Escolaridade.....	53
<i>Gráfico 9</i> – Profissão.....	53
<i>Gráfico 10</i> – Situação profissional.....	54
<i>Gráfico 11</i> – Recursos financeiros.....	55
<i>Gráfico 12</i> – Tempo de permanência em Portugal.....	56
<i>Gráfico 13</i> – Legalização (situação juridicamente regular no território português).....	56
<i>Gráfico 14</i> – Inscrição no Centro de Saúde.....	58
<i>Gráfico 15</i> – Nacionalidade do pai do recém-nascido.....	59
<i>Gráfico 16</i> – Criança com ligação às consultas da Unidade MJD.....	59
<i>Gráfico 17</i> – Problemas identificados pelo Serviço Social.....	60
<i>Gráfico 18</i> – Apoio prestado pelo Serviço Social.....	63

ABREVIATURAS

ACIDI – Alto Comissariado para Imigração e Diálogo Intercultural

AP – Autorização de Permanência

CEE – Comunidade Económica Europeia

CNAI – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

MJD – Maternidade Júlio Dinis

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSCE – Organização para a Segurança e Cooperação na Europa

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PII – II Plano para a Integração dos Imigrantes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

Introdução

Portugal, país tradicionalmente de emigração, passou recentemente a caracterizar-se por ser um país também de imigração. Trata-se de um panorama bem diverso do observado em períodos passados, com a imigração a dominar os movimentos migratórios externos. A evolução do número de estrangeiros residentes em Portugal traduz-se num crescimento contínuo desde 1980 até aos últimos anos, no ano de 2010 o número de imigrantes legais era de 440.277 (SEF, 2011).

A imigração contemporânea em Portugal é caracterizada pelo elevado número de imigrantes em situação irregular. A situação irregular dos imigrantes pode comprometer a sua plena integração no país de acolhimento. A eles são negados os cuidados de saúde, são explorados no local de trabalho, discriminados pela nacionalidade, raça, géneros entre outros. Os imigrantes ilegais deparam-se assim com uma realidade muito precária, pautada pela vulnerabilidade em sectores fundamentais da vida social e da vida *tout court*: o emprego e a saúde. Estas vulnerabilidades são patentes no caso da gravidez ou da maternidade. Neste caso particular, importa aprofundar os pressupostos existentes na prestação efectiva de cuidados de saúde, como modo de realizar uma integração efectiva das pessoas na sociedade portuguesa.

Este estudo foca com particular incidência o caso das mães brasileiras imigrantes que utilizaram a Unidade MJD, no período de Janeiro de 2006 a Dezembro de 2008. O propósito do estudo é verificar quais as problemáticas vividas pelas mulheres/mães brasileiras que recorreram ao Serviço Social da Unidade MJD, nos três anos de referência (2006 a 2008), uma vez que, estas mulheres se encontram fragilizadas, à partida, devido ao momento da maternidade.

O estudo encontra-se organizado em dois capítulos.

O primeiro capítulo divide-se em três momentos:

Num primeiro momento, apresenta-se um breve enquadramento histórico sobre o início da imigração em Portugal, em especial Portugal-Brasil e situando o debate nos motivos, no processo de feminização da imigração e na sua evolução.

Num segundo momento, abordaremos o tema da ilegalidade da presença no território nacional — por ser o que directamente se dirige à maioria das mulheres brasileiras atendidas pelo serviço social da Unidade MJD. De seguida, apresentaremos os conceitos de saúde materna e maternidade, por muitas vezes serem confundidos. Também expomos uma breve explicação do Sistema de Saúde em Portugal e o direito ao acesso aos serviços de saúde.

No terceiro momento, iremos verificar que apesar do pleno direito ao acesso aos cuidados de saúde os imigrantes, independentemente do seu estatuto legal, têm muitas dificuldades em aceder ao que é deles por direito. Iremos também sistematizar alguns dos motivos que levam os imigrantes a não aceder aos serviços de saúde.

O segundo capítulo é composto igualmente por três momentos, iniciando-se pela apresentação da metodologia utilizada no estudo, quais os objectivos definidos, os procedimentos e as técnicas utilizadas.

De seguida, é feita a descrição, a análise e a discussão dos resultados da investigação.

Uma terceira divisão, denominado "Lições Práticas", procura encontrar um conjunto de soluções possíveis aos problemas identificados, de acordo estudo realizado. Pretendemos assim explorar algumas medidas de promoção no acesso aos serviços de saúde de forma a garantir uma maior adesão de imigrantes, legais ou ilegais, aos cuidados de saúde.

Por último, desenvolvemos uma reflexão sobre o percurso desenvolvido ao longo do trabalho e procuramos sistematizar os aspectos que nos pareceram mais importantes nesta investigação. Referimos também as limitações do estudo, avançamos com propostas de novas atitudes na intervenção e sugerimos caminhos para investigações a prosseguir.

Capítulo 1. Contextualização teórica

Uma preocupação que acompanha o dia ao dia do Serviço Social da Unidade MJD é as mães imigrantes. Em causa estava a grande afluência de mulheres/mães imigrantes que recorriam ao Serviço Social, observando-se em grande parte destes casos, situações de ilegalidade aliadas a outro tipo de dificuldades. É com este contexto que procuraremos no presente capítulo problematizar, teoricamente, neste primeiro momento o enquadramento histórico da imigração em Portugal.

1. Enquadramento histórico da imigração em Portugal

1.1. Tendências da imigração em Portugal

Portugal, até finais da década de 60, foi, essencialmente, um país de emigração. No entanto, a partir da descolonização, logo após da Revolução de 1974, a situação inverte-se passando Portugal a ser um país de imigração (Oliveira & Galego, 2005, p. 40). Contudo, Malheiros (2011, p. 8) afirma que fazendo uma análise mais profunda da história observamos que, em vários momentos, a entrada de imigrantes no nosso país foi significativa. O mesmo autor aponta três momentos:

- No século XVI, com a população africana, que incluía escravos e pessoas livres;
- Finais do século XVIII e o início do século XX, com a população galega que permaneceu em Lisboa e na cidade do Porto;

- Ao longo da primeira metade da centúria passada, com migrantes forçados da África do Sul (fugidos da Guerra de 1899-1902), de Espanha (que se afastavam da Guerra Civil) e de vários países da Europa do Central e do Norte (judeus provenientes da Europa ocupada que escapavam do holocausto originado pelo Nazismo).

Malheiros (2011, p. 8) refere que:

Todos estes processos evidenciam um contacto histórico com a chegada de imigrantes, porventura de algum modo coarctada entre finais do século XIX e os anos 60 do século XX, quando, sobretudo durante a ditadura, o país se fechou mais sobre si mesmo e foi incapaz de gerar uma dinâmica económica que, não só se revelava repulsiva para a imigração (por razões políticas, mas, sobretudo, económicas), como nem sequer era suficiente para assegurar emprego e rendimentos para os autóctones.

O mesmo afirma Oliveira & Galego (2005, p. 40) que na primeira metade dos anos 60, Portugal apresentava uma reduzida abertura ao exterior, limitando a entrada de estrangeiros. O Estado demonstrava resistência perante as consequências da industrialização e da urbanização acelerados que se começava a sentir pelo mundo fora.

Na segunda metade da década de 1960, com a entrada de Portugal na Associação Europeia de Comercio Livre (EFTA), a nível económico o país começa a abrir-se ao exterior o que levou à fixação de residentes estrangeiros no país.

Contudo, foi na segunda metade da década de 1970 que a população estrangeira aumentou em Portugal. Principalmente entre 1976 e 1980, com a aceleração dos fluxos migratórios provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), da Europa e da América (Oliveira & Galego, 2005, p. 40).

De acordo com Malheiros (2007, p. 17) é entre os anos 1980 e 1990 que Portugal faz uma trajectória de país de emigração para imigração.

Fonte, 2004 (*cit. in* Oliveira & Galego, 2005) observa que foi na década 90 que se deu o *boom* da imigração em Portugal. Em causa esteve:

- A enorme crise económica que a África e a América Latina passavam nessa época;
- A derrocada da ex - União Soviética, a partir de 1989;
- O desenvolvimento económico que Portugal registava depois da adesão à CEE – Comunidade Económica Europeia – actual União Europeia, em que o crescimento de obras públicas, era motivo de atracção de inúmeros imigrantes.

Com a entrada do novo regime legal das autorizações de permanência¹, AP, em 2001, Portugal deparou-se com um conjunto de mudanças no fenómeno da imigração. No entanto, a mais visível foi o desenvolvimento de um novo fluxo proveniente da Europa de Leste e o aumento dos imigrantes oriundos do Brasil (Pires, 2002, *cit. in* Castro 2008).

Dados do Ministério da Administração Interna comprovam que de 2003 a 2007 houve um aumento gradual destas populações, com a excepção do ano de 2005 em que houve um ligeiro decréscimo, Fonseca *et al.* (2009, p. 7).

Importa mencionar que uma característica da imigração contemporânea em Portugal é o elevado número de imigrantes em situação irregular. Segundo Fonseca & Goracci, 2007

¹. AP – Existem dois tipos de autorização de residência: temporária e permanente. A AP foi um mecanismo legal criado pelo D.L. n.º 4/2001, de 10 de Janeiro, que permitia que fosse autorizada a permanência em Portugal a estrangeiros que se encontravam, não sendo titulares de visto adequado e que reuniam algumas condições (ACIDI, s/data).

(*cit. in Fonseca et al., 2009, p. 7*) nos dias de hoje é difícil de quantificar o número de imigrantes indocumentados a viver no nosso país. Contudo, de acordo com estimativas de diversas instituições, podem existir dezenas de milhares de imigrantes em situação ilegal, principalmente brasileiros, o que deu forma ao contexto actual de imigração em Portugal, cujos eixos caracterizadores passaremos a abordar.

1.2. Migração de brasileiros para Portugal

(...) antigas ligações estabelecidas durante a colonização e especialmente durante o longo período da moderna emigração transatlântica portuguesa, que vai de meados do século XIX até finais dos anos 50 do século XX, a imigração do Brasil para Portugal começou como um movimento limitado de contracorrente (...) (Malheiros, 2007, p.17).

O ritmo da imigração do Brasil para Portugal evoluiu nos anos 80 e 90, devido à sucessão de crises económicas que o Brasil ultrapassava, que levou à diminuição das oportunidades do mercado de trabalho e de mobilidade social, contribuindo para criar a pressão emigratória, quer no sentido Portugal, quer para outros países como o Japão, a Itália ou os EUA, (Bógus, 1995 *cit. in* Malheiros, 2007).

“(...) Actualmente, os brasileiros transformaram-se no maior grupo formal e contabilizado de estrangeiros em Portugal (...)”, é assim que Malheiros (2007, p. 16) caracteriza a imigração brasileira. Refere ainda que a comunidade brasileira no nosso país disputará com os cabo-verdianos e, eventualmente, os angolanos, o primeiro lugar no *ranking* dos grupos étnicos de origem não nacional residentes em Portugal.

Fonseca *et al.* (2009, p.7) afirma que pela primeira vez, a nacionalidade brasileira passa a ser mais representativa, em detrimento da comunidade cabo-verdiana, situação que já era bastante previsível devido à evolução crescente de fluxos de brasileiros para Portugal.

Neste contexto, o ciclo migratório de brasileiros para Portugal é explicado através de duas vagas distintas (Xavier, 2007, p. 79). Numa primeira vaga os imigrantes brasileiros chegaram durante a década de 80 e os primeiros anos de 1990. Patarra (*cit. in* Xavier, 2007) salienta que “(...) nessa altura o Brasil passava a integrar o contexto internacional da emigração, cujo fluxo era formado, na sua maioria, por jovens rumo aos países desenvolvidos (...)”. O Brasil estava a sentir-se dos efeitos da crise da internacionalização crescente e da desigualdade económica.

Esta primeira vaga teve duas fases. Na primeira, que corresponde aos primeiros anos da década de 80, verificou-se o retorno de portugueses imigrados no Brasil e de brasileiros que com quem estes mantinham relações de proximidade.

Já na segunda fase, da entrada de Portugal na CEE até aos inícios dos anos 90, a imigração de brasileiros para Portugal foi gradual (Pinho, 2001, *cit. in* Xavier, 2007). Esta primeira vaga, assemelhava-se a uma imigração mais qualificada e posicionada em lugares mais altos nas hierarquias do mercado de trabalho (Machado, 2007). O mesmo autor salienta que esta primeira vaga assemelha-se mais à imigração de europeus do norte, isto é, mais qualificada e posicionada em lugares mais altos nas hierarquias do mercado de trabalho.

A segunda vaga de imigrantes brasileiros decorreu entre 1998 e 2003, fruto das permanentes crises económicas no Brasil. Foi um movimento mais numeroso e dominado pela migração laboral (Malheiros, 2007, p. 22).

De acordo com Malheiros (2007, p. 17) esta vaga agrupa imigrantes ligeiramente mais novos e uma maior percentagem de pessoas vindas da classe média-baixa da sociedade brasileira que entraram no mercado de trabalho português, especialmente no ramo dos serviços, mas também na construção civil.

A segunda vaga assemelha-se às imigrações africanas. As qualificações são mais baixas e os cargos ocupados no mercado de trabalho são no sector primário (Malheiros, 2007).

O mesmo autor ainda refere que podemos observar já nesta altura certa propensão para a feminização da imigração brasileira.

Góis *et al.* (2009, p. 129) salientam que é importante reconhecer se depois da “ (...) “segunda vaga” da imigração (...) se seguiu uma “terceira vaga” (...)” muito mais numerosa e de características diversas, ou se, pelo contrário, foi apenas a segunda vaga que se intensificou durante os últimos anos.

Tal como na segunda vaga, a imigração mais recente é um fluxo de cariz laboral, composto maioritariamente por adultos jovens, que aproveita as oportunidades dos segmentos mais precários do mercado de trabalho. A principal diferença ocorre na maior feminização dos fluxos: a segunda vaga foi composta maioritariamente por indivíduos do sexo masculino, enquanto a vaga mais recente é maioritariamente feminina.

No entanto, “(...) podemos aceitar a hipótese que estamos perante uma intensificação da “segunda vaga”, mais do que um fluxo de novo tipo.” (Góis *et al.*, 2009, p. 130).

— *Motivos da imigração brasileira para Portugal*

Os motivos da imigração brasileira para Portugal são, segundo a literatura consultada, o resultado de vários factores, alguns na década de 1980, outros nos anos 90, contribuíram para fuga de Brasileiros para os diversos cantos do mundo. Vianna (2003) explica o fenómeno da imigração brasileira em Portugal através de alguns factos, tais como os que sistematizamos no quadro 1:

Quadro 1 – Motivos da Imigração brasileira para Portugal

“ (...) a língua comum e da cultura mais próxima”;

“ (...) a oportunidade da obtenção de nacionalidade portuguesa por laços de parentesco e o retorno de um certo número de emigrantes portugueses do Brasil, a partir do início dos anos 90, com as suas famílias brasileiras”;

“ (...) os expressivos investimentos económicos de empresas brasileiras em Portugal, designadamente nos inícios dos anos 90 e, nos últimos 5 anos, de empresas portuguesas no Brasil”;

“ (...) a procura de profissionais brasileiros por parte de alguns sectores profissionais específicos (dentistas, informáticos, publicitários e, nos últimos anos, trabalhadores da restauração, comércio e hotelaria”;

“ (...) a ideia de que Portugal seria uma espécie de “porta de entrada” para a Europa ou passagem para os Estados Unidos e que ofereceria maiores facilidades para os brasileiros”;

“ (...) Os crescentes laços entre os 2 países, fortalecidos nos últimos anos, que aproximaram Portugal do horizonte dos candidatos a emigrantes”.

Fonte: Sistematização da autora, com base em Vianna, 2003, p. 2.

Porém, Góis (2009, p. 121) confirma que dados relativos às razões para emigrar comprovam que, embora a maioria dos imigrantes brasileiros tenha emigrado por razões económicas ou por uma questão de oportunidade profissional, há também quem tenha abandonado o seu país por razões familiares ou pessoais, para o prosseguimento dos estudos, por uma questão de segurança ou excesso de violência no Brasil ou por outras razões.

Assim sendo, ressaltaríamos a questão dos laços de parentesco como incentivo à imigração (Casqueira Cardoso, 2010, p. 279; Casqueira Cardoso, 2007) — e até facilitadores da obtenção da nacionalidade. Pois ultrapassar a ilegalidade é fundamental para qualquer imigrante, uma vez que, acarreta benefícios a nível económico, na busca de uma profissão estável e a obtenção da cidadania plena o que é fundamental para qualquer imigrante.

O certo é que a entrada de brasileiros em Portugal se foi adensando, propiciando também o favorecimento de relações entre os países. Em paralelo, como referido em Baganha e Marques (2001, *cit. in* Castro 2008) este fluxo foi também facilitado por vários acordos, a saber:

- “Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Portuguesa e a República Federativa do Brasil”, assinado em Porto Seguro em 22 de Abril de 2000.
- “Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa sobre a Contratação Recíproca de Nacionais”, assinado em Lisboa a 11 de Julho de 2003;
- “Acordo para a Prevenção e a Repressão do Trafico Ilícito de Migrantes”, assinado em assinado em Lisboa a 11 de Julho de 2003;
- “Acordo sobre a Facilitação de Circulação de Pessoas”, assinado em Lisboa a 11 de Julho de 2003.

Castro (2008, p. 56) reitera a ideia ao afirmar que a emigração de brasileiros para Portugal “ (...) é politicamente incentivada”.

1.3. Feminização da imigração brasileira para Portugal

Nas décadas de 60 e 70 a migração internacional era predominantemente considerada como um fenómeno masculino, assumiu contornos femininos nas décadas posteriores. Actualmente, cerca de metade da população migrante no mundo é do sexo feminino (Organização Internacional para a Imigração, 2005 *cit. in* Dias & Rocha, 2009).

Actualmente, a feminização da migração é um dos fenómenos mais significativos em termos da dinâmica da população actual, segundo Marroni (2007, p. 59). A Organização para a Segurança e Cooperação na Europa (OSCE) afirma que em 2009, cerca de 200 milhões de migrantes são mulheres. A feminização da migração é cada vez mais uma tendência mundial, embora a sua velocidade e intensidade seja diferente nas diversas partes do mundo.

Hoje em dia, a imigração está associada a uma maior visibilidade e participação das mulheres nos movimentos internacionais (Marroni, 2007, p. 60). O mesmo autor explica que o aumento da imigração feminina está relacionado com as mudanças no sistema mundial associados à globalização. Salienta ainda que existem diferentes opiniões sobre o conceito da feminização da imigração. Para alguns autores o conceito não é recente, pois as mulheres sempre desempenharam um papel importante em viagens internacionais, no entanto o seu papel sempre foi minimizado ou ocultado. Para outros, o ênfase sobre o aumento da participação feminina na migração relaciona-se, por sua vez, com as mudanças globais.

No entanto, durante muito tempo “(...) acreditou-se no papel coadjuvante da imigração feminina e julgou-se apenas como um processo de reunificação familiar (...)”, segundo Fernandez (2008, p. 4). Na mesma linha Albuquerque (2005, p. 37) reforça também que, por muito tempo, a imigração feminina era vista como uma migração familiar e não enquanto migração autónoma.

Actualmente, o aumento do número de mulheres que emigram sozinhas está relacionado com as mudanças no mercado de trabalho.

(...) o crescimento da participação da mulher no mercado de trabalho e o seu protagonismo na chefia da família tende a delinear um novo perfil da participação da mulher nas decisões familiares reflectindo assim, na escolha por emigrar (Fernandez, 2008, p. 4).

A Organização Internacional para a Imigração, 2005, afirma que relatórios internacionais apontam para no mesmo sentido, como podemos verificar:

(...) cada vez mais mulheres migram de forma independente devido à intensa procura de trabalho feminino e à crescente aceitação social da sua independência económica e mobilidade (...) (cit. in Dias & Rocha, 2009, p. 23).

Todavia, o relatório *A Passage to Hope – Women and International Migration*, afirma que o número de mulheres migrantes, e que migram sozinhas, tem evoluído significativamente, o que acarreta preocupações, pois frequentemente as migrações no feminino representam maiores riscos e vulnerabilidades (Fundo das Nações Unidas para a População, 2006 cit. in Dias & Gonçalves, 2007, p. 19).

Portugal também não ficou de fora e acompanhou a evolução da feminização da imigração e da participação das mulheres no mundo do trabalho, em decorrência dos processos de globalização, o que sugere que na base dos projectos migratórios de mulheres estão diversos motivos e não apenas o resultado de uma migração familiar (Sertório & Pereira, 2004 cit. in Albuquerque, 2005).

— *Evolução da feminização da imigração em Portugal*

A população imigrante em Portugal é, como nos restantes países, predominantemente masculina (cf. por exemplo, os dados comparativos em: Segal, Elliott & Mayadas, 2010).

Os quadros que se seguem clarificam e reforçam a ideia de que houve uma evolução positiva na feminização da imigração em Portugal. O **quadro 2** dá nota da evolução da feminização da imigração ao nível de todos os estrangeiros residentes em Portugal, entre 1999 e 2010. No entanto, observamos que a evolução é maior no caso dos homens.

O **quadro 3** refere-se ao aumento da feminização da imigração Brasileira para Portugal entre 1999 e 2010, grupo que maioritariamente recorre ao serviço social na Unidade MJD, como tivemos oportunidade de verificar.

Quadro 2 – Número de Estrangeiros Residentes em Portugal, por sexo

<i>Ano</i>	<i>Sexo</i>		
	<i>Total</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>
1999	191143	11004	81139
2000	207587	118271	89316
2001	223997	125958	98039
2002	238929	132663	106266
2003	249995	137607	112388
2004	263322	143319	120003
2005	274631	147980	126651
2006	420189	233095	187094
2007	435736	240096	195640
2008	440277	230555	209722
2009	454191	234412	219779
2010	440277	225564	219698

Fonte: Sistematização da autora, com base nos dados do SEF (2011).

Como podemos verificar, desde 1999 até 2007, houve um aumento progressivo no número de Estrangeiros residentes em Portugal tanto do sexo feminino como do sexo masculino.

No entanto, os dados de 2008 até 2010 revelam que apenas o número de residentes do sexo masculino têm tendência para diminuir mais do que as do sexo feminino. De seguida, podemos observar o número de brasileiros residentes em Portugal desde 1999 até ao ano de 2010.

Quadro 3 – Número de Brasileiros Residentes em Portugal, por sexo

Ano	Sexo		
	Total	Homens	Mulheres
1999	20851	11121	9730
2000	22202	11641	10561
2001	23422	12077	11345
2002	24762	12485	12277
2003	26508	13021	13487
2004	28730	13696	15034
2005	31500	14602	16898
2006	68013	33189	34824
2007	73146	35099	38047
2008	106704	49467	57494
2009	116220	52061	64159
2010	119363	52478	66885

Fonte: Sistematização da autora, com base nos dados do SEF (2011).

De acordo com o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, 2011) o Brasil mantém-se como a comunidade estrangeira mais representativa, com um total de 119.363 residentes, mantendo a tendência de crescimento sustentado, que ocorre desde o início do século.

Relativamente ao número de mulheres brasileiras residentes em Portugal é que já ultrapassou o número de homens brasileiros no nosso país. O mesmo confirma o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, s./d. *cit. in* Wall, Nunes & Matias, 2005) quando refere que as imigrantes brasileiras em Portugal representam quase 50% do total da população de imigrantes Brasileiros legais em Portugal. Padilla (2007, p.123) menciona que em 2003, pela primeira vez, segundo os dados do SEF, eram mais as mulheres brasileiras com estatuto de residente em Portugal do que os homens e que, a partir desse ano, se acentua ainda mais a feminização.

2. Problema de saúde materna das imigrantes ilegais brasileira em Portugal

2.1. Especificidade das imigrantes ilegais brasileiras em Portugal

— *A vivência da ilegalidade*

Antes de iniciar a abordagem ao tema “*viver ilegal*”, por ser o que directamente se dirige à maioria das mulheres brasileiras atendidas pelo serviço social na Unidade MJD, é necessário clarificar o conceito de imigrante ilegal, para depois se compreender o que as faz imigrar (mesmo conscientes de que não iriam estar legais) e como é “*viver ilegal*”. Permitirá compreender alguns factos através de entrevistas e da descrição da situação de mulheres imigrantes ilegais em Portugal, a partir dos trabalhos de Luciana Pontes, (2004), Filipa Pereira e Elsa Sertório (2004) Sónia Dias e Cristianne Rocha (2009) e, por fim, de Beatriz Padilla (2007).

De acordo com a legislação em vigor em Portugal o imigrante ilegal é:

(...) todo o cidadão estrangeiro que: tenha entrado indocumentado ou com documentos falsos e assim permaneça em território nacional; tenha permanecido no país após o termo de validade do respectivo visto de entrada ou título de residência ou após ter sido expulso do território nacional por autoridade competente (...) (Malheiros, 2001, p.1).

Para Pereira e Sertório (2004, p. 19) existe um conjunto de causas que levam as pessoas a emigrar, assim como a procura de uma vida melhor, reagrupamento familiar ou até mesmo por conflitos conjugais. No entanto, a causa mais frequente que leva as mulheres a emigrar é a procura de uma vida melhor, como podemos verificar nas seguintes citações:

(...) vou buscar uma vida melhor (...) no Brasil (...) o salário era muito pouco e eu fui sempre sonhadora. Lá ganhava 340² reais, que aqui são 34 contos. Não se faz nada com aquele dinheiro; eu não pagava renda, mas só dava para comer e para vestir, não sobrava nada (...) Brasileira, 45 anos (Pereira & Sertório, 2004, p. 119).

(...) Emigrei porque o que estava ganhando realmente não dava (...) Escolhi Portugal porque é um país onde a gente fala a mesma língua, um outro país seria mais difícil (...) Brasileira, 40 anos (Pereira & Sertório, 2004, p.126).

No entanto, esta procura por uma vida melhor e a iniciativa de emigrar não é fácil na maior parte das vezes “ (...) o sonho pode virar pesadelo (...)” e depois “ (...) muitas imigrantes colocam as suas frustrações quanto às expectativas e afirmam que se tivessem um conhecimento do que as esperava não teriam migrado (...)” (Diniz, 2005, p.202). Pereira e Sertório (2004, p. 60) indicam igualmente a dificuldade sentida por muitas mulheres imigrantes em obter um título legal não as impediu de viajarem até ao nosso país. No entanto, o facto de estarem ilegais agrava a sua situação como imigrante levando-as muitas vezes à precariedade e vulnerabilidade. Como podemos verificar:

(...) Sofri, comi o pão que o diabo amassou aqui sozinha, mas trabalhei, trabalhava todos os dias das onze e meia da manhã às duas da noite. Todos os dias directo, para juntar dinheiro, eu chegava a atender duzentas ou trezentas pessoas por dia (...). Trabalhei muito, comia pouco, me alimentava difícil (...) Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p.101).

A insegurança do emprego não facilita a aquisição de um contrato de trabalho, o que leva a uma maior dificuldade em obter a legalização. Os contratos parecem ser um círculo vicioso já que a legalização requer um contrato de trabalho e por sua vez o empregador exige empregados com visto (Padilla, 2007, p.123).

². Refira-se que estamos a falar de 2004, sendo que, R\$340,00 correspondem a €145 (em 2011).

Ao serem ilegais as imigrantes ficam sujeitas a uma maior exploração laboral e, apesar de terem noção de que estão a ser violadas nos seus direitos, o facto de serem ilegais faz com que estas se resignem com a situação (Pereira & Sertório, 2004, p.79). Como podemos verificar no depoimento seguinte:

(...) Ana conta que foi dispensada sem nenhum aviso prévio (...) existem casos de trabalhadoras migrantes sem contrato que nunca receberam, pois o empregador desapareceu; e vários casos que não conseguem se legalizar, pois trabalham para um empregador que se recusa a contratá-las (...) (Pontes, 2004, p. 237).

As imigrantes ilegais queixam-se pelo trabalho exercido e acabam por não recebê-lo. No entanto, têm medo da denúncia, do facto de não saberem a quem recorrer, bem como medo de serem expulsas do país. A sua única alternativa é a procura de um novo emprego, onde possam recomeçar (Diniz, 2005, p. 202). Os seguintes depoimentos ajudaram a clarificar esta ideia:

(...) decidi que se não conseguisse emprego noutra lugar, iria embora (...)”, Brasileira, 45 anos (Pereira & Sertório, 2004, p.120).

(...) trabalhei de interna (...) com um salário bem baixo (...) foi uma decepção que eu tive no primeiro emprego (...)”, Brasileira, 40 anos (Pereira & Sertório, 2004, p.126).

É importante reflectirmos sobre o facto de muitas imigrantes, devido à sua invisibilidade e debilidade laboral, poderem ter mais dificuldades no processo de legalização do que os homens. Pois, por um lado as mulheres têm mais dificuldades em aceder a um contrato de trabalho e de os seus ordenados serem geralmente mais baixos que os dos homens, por outro lado, o facto de muitas mulheres terem menos contactos com as redes sociais, que facilitam a circulação de informação, podem limitar o acesso à legalização Padilla (2007, p.123). A mesma autora conclui que a dificuldade na legalização:

(...) pode surgir tanto nos meios legais (contrato, contribuições para a Segurança Social, pagamento de impostos, etc.), como nos meios financeiros (multas e coimas a pagar ao Estado, gastos de deslocação para obtenção do visto, etc.), como ainda na falta de acessibilidade à informação (em relação às redes sociais)(Padilla, 2007, p. 123).

As imigrantes em situação irregular sentem medo de poderem ser denunciadas, o que leva muitas vezes ao receio de falar na rua já que podem ser identificadas pelo sotaque, e esta facilidade de identificação faz com que tenham medo de rugas.

(...) em certos lugares que eu vou, eu até tenho medo de abrir a boca para perguntar alguma coisa, porque na hora que vêm que é brasileiro já muda (...). Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p.104).

Estes casos demonstram o grau de paranóia e medo que as imigrantes ilegais sentem por estarem a morar e trabalhar ilegalmente no nosso país, vendo assim condicionada até uma simples ida à rua ou ao metro, Padilla (2007, p.124). No entanto, apesar das dificuldades sentidas por estas imigrantes ilegais, algumas mencionam que gostam de viver no “*país irmão*” e do povo português.

(...) Só não estou satisfeita por não ter sido legalizada até hoje (...) se tivesse sido legalizada, eu estava muito feliz (...) Cheguei cá há dois anos. Estou adaptada (...) Eu sinto-me como no Brasil (...) conheço portugueses que adoro (...) Brasileira, 45 anos (Pereira & Sertório, 2004, p.121).

(...) A minha vida melhorou, mas espero que melhore mais porque por enquanto não estou legalizada (...)”Brasileira, 40 anos (Pereira & Sertório, 2004, p. 127).

Podemos assim afirmar, que o facto de um imigrante estar em situação irregular dificulta a sua cidadania plena. O facto de as imigrantes estarem em situação regular acarreta benefícios quer a nível material (em termos de ordenados e empregabilidade) mas também

a nível emocional, de acordo com Padilla (2007, p. 124) a situação das imigrantes ilegais melhora a partir do momento em a legalização é possível. Conclui-se assim, que viver ilegalmente num país não se restringe ao facto de não possuir um simples documento. Deparamo-nos assim, com uma realidade muito precária, vulnerável e cheia de obstáculos que se complicará mais com a gravidez ou com a maternidade, como iremos abordar.

2.2. Saúde materna e Sistema de Saúde em Portugal

— *Saúde materna e maternidade*

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde materna como a "saúde das mulheres *durante a gravidez*", o parto e o período pós-parto. Enquanto a maternidade é, muitas vezes, uma experiência positiva e gratificante, não é por si só um elemento harmonioso — antes pelo contrário, para várias mulheres é associado com sofrimento, doença e até mesmo morte (WHO, s/data).

É por isso necessário distinguir os conceitos de gravidez (conceito ligado à problemática da saúde materna) e maternidade, visto que, estes se encontram associados a realidades e vivências bem distintas entre si. O facto de uma mulher estar grávida não significa que esta assegure a realização das tarefas maternas (Canavarro, 2001, p.19). A gravidez representa

(...) o período de mais ou menos 40 semanas, que medeia entre a concepção e o parto. Nesta fase, toda a espectacularidade vai para as alterações físicas. (...) daí que gravidez se constitua como um momento maciço no próprio corpo, na sua imagem (...) (Leal, 2005, p. 11).

Enquanto a maternidade corresponde

(...) a um processo que ultrapassa a gravidez. É um projecto a longo prazo, que quase que nós atreveríamos a dizer um projecto para toda a vida. Embora a maternidade assuma uma maior

visibilidade nos primeiros anos da criança, dada a necessidade de prestação de grande número de cuidados para o seu crescimento harmonioso (...) (Canavarro, 2001, p.19).

É necessário salientar que a experiência da maternidade é heterogénea, pois depende do significado que lhe é atribuído. Assim, o significado atribuído à maternidade depende de diversos factores, muitos deles em constante mudança (Canavarro, 2001, p.21). Como Leal (2005, p. 10) refere:

(...) se muitíssimas gravidezes correspondem a fases felizes da vida da mulher e do homem, que por essa via acendem a uma desejada e socialmente valorizada parentalidade, muitas outras, são tocadas por vivências ou acontecimentos de vida que as marcam como períodos complexos e difíceis (...).

Canavarro (2001,p.38) salienta que aceitar a gravidez não está implícito no próprio processo, pois independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, o reconhecimento que a concepção aconteceu, faz com que a mulher se sinta ambivalente entre o desejo e o medo. Assim, verifica-se na mulher, no período gravítico, enormes transformações quer no campo biológico quer no psicológico, que a vão tornar mais fragilizada.

Para Tobin (1999, *cit. in* Canavarro, 2001), não é através do chamado instinto maternal que conseguimos entender a complexa experiência. Neste ponto de vista:

O comportamento materno não está nos genes. (...). Nascemos sim, se tudo se desenvolveu normalmente, com a capacidade de reprodução. Apenas essa capacidade é biologicamente oferecida, (...) não é o essencial para que a mulher deseje ter uma criança ou seja capaz de ser mãe. (Tobin, 1999, *cit. in* Canavarro, 2001, p. 23).

Assim sendo, a ideia da maternidade como natural e instintiva não contribui para a concepção da maternidade como um processo de decisão, baseado no desenvolvimento pessoal e no auto-conhecimento.

O sentido de normalidade para cada indivíduo deve ser aquilo que o faz sentir-se melhor consigo próprio, na tentativa de desfrutar com qualidade os diversos momentos do ciclo de vida dentro de, com é óbvio, determinados limites morais e éticos (Canavarro, 2001). Como verificamos anteriormente muitas mulheres brasileiras ilegais apresentam vários factores de risco e vulnerabilidades o que se poderá agravar muito mais se a gravidez e a maternidade não for um projecto de vida da mulher. No entanto, ainda neste trabalho trataremos à discussão está problemática.

De seguida, iremos analisar de forma sucinta o sistema saúde em Portugal e como este pode ou não proteger as mulheres/mães ilegais no nosso país.

— *Sistema de Saúde em Portugal e o direito ao acesso aos Serviços de Saúde*

Ao longo dos tempos o sistema de saúde em Portugal sofreu alterações profundas, devido à democratização política e social, adesão à CEE e a entrada na união monetária europeia (Fonseca *et al.*, 2009).

De acordo com o Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde de 2001, até 1971 os serviços de saúde em Portugal eram prestados ao mesmo tempo em diversas entidades públicas e privadas, a saber:

- Misericórdias (Instituições de solidariedade social): geriam grande parte dos hospitais e vários outros serviços de saúde em Portugal;

- Serviços Médico-Sociais: prestavam cuidados médicos as pessoas que beneficiavam da Federação das Caixas de Previdência;
- Serviços de Saúde Pública: estavam direcionados para a protecção da saúde, assim como vacinação, protecção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outros;
- Hospitais estatais, gerais e especializados: encontravam-se nos centros urbanos;
- Serviços privados: estavam vocacionados para os grupos sociais mais favorecidos (Fonseca *et al.*, 2009, p. 26).

O mesmo autor salienta que a primeira grande reforma nos cuidados de saúde foi no ano de 1971, conhecida por Reforma Gonçalves Ferreira, sendo considerada como a primeira tentativa de criação do Serviço Nacional de Saúde. Esta medida reconhecia a responsabilidade do Estado Português em assegurar a universalidade do direito à protecção de saúde a todos portugueses. No entanto, entre 1974 e 1979, com a evolução do contexto político e social em Portugal as políticas de saúde sofreram grandes mudanças.

A principal alteração foi a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) através da Lei 56/79 de 15 de Setembro, como podemos verificar nos artigos 1º. e 2º.:

(...)1 - É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.

2 - O SNS é constituído pela rede de órgãos e serviços prevista neste diploma, que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e actuando de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população. (...) (Lei 56/79 de 15 de Setembro).

A sua concretização só foi efectuada em meados da década de 1990, com a elaboração da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) e a entrada em vigor do SNS (Decreto-lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro, a saber:

- Lei de Bases da Saúde: Capítulo II, Base XII:

“(…) 1 - O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.

2 - O Serviço Nacional de Saúde abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio. (…)”
(Ministério da Saúde, s/data).

- Estatuto do SNS: Artigo 1.º - Aprovação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde:

“(…) É aprovado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, adiante designado por Estatuto, anexo a este diploma, do qual faz parte integrante.(…)” (Ministério da Saúde, s/data).

Fonseca *et al.* (2009, p. 26) referem que, actualmente, em Portugal, os serviços de saúde abrangem três sistemas:

- SNS: constituído por todas as entidades públicas prestadoras de serviços de saúde (hospitais e centros de saúde);
- Seguros Privados de Saúde;
- Subsistemas de saúde públicos e privados: englobam diversos sectores profissionais e que funcionam autonomamente ou através de acordos com os serviços que constituem o SNS.

Salientam ainda que os serviços de saúde não são limitados ao SNS, existindo diferentes entidades privadas e públicas, não dependentes do Ministério da Saúde, que mediante acordo com o SNS, realizam actividades na área da promoção, prevenção, diagnóstico, vigilância e tratamento da saúde.

O SNS após a sua implementação tem vindo a sofrer algumas alterações, procurando “(...) ultrapassar fragilidades (...), todavia as alterações têm que (...) ser encaradas como um processo contínuo de aperfeiçoamento do sistema de saúde(...)” , de acordo com Fonseca *et al.* (2009, p. 29).

Porém, durante o processo de aperfeiçoamento nunca poderão ser esquecidos os direitos das populações e a suas necessidades em relação à saúde.

Em Portugal, é da responsabilidade do Estado assegurar o direito à saúde, em todas as suas vertentes, garantindo a protecção da sua em termos individuais e públicos, bem como igualdade no acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição social, económica, geográfica ou legal.

De acordo com Fonseca *et al.* (2007) em termos legislativos, Portugal começou a permitir o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde após o aumento substancial das entradas de imigrantes no final do século XX.

Desde 2001, é garantido aos cidadãos estrangeiros o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do SNS, independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal. Relativamente aos cidadãos estrangeiros, podemos verificar que as condições de acesso dos ao SNS estão asseguradas no Despacho n.º 25 360/2001 de 16 de Novembro. Segundo o Despacho n.º 25 360/2001 (Ministério da Saúde, s/data), o imigrante em situação regular podem utilizar, tal como os portugueses, os serviços de saúde oficiais e

têm direito aos medicamentos. Para isso, basta obter no Centro de Saúde o cartão de utente que será dado a quem apresente a autorização de permanência ou residência ou o visto de trabalho.

Por sua vez, os cidadãos estrangeiros indocumentados têm acesso a um cartão temporário de utente apresentando um documento da Junta de Freguesia da sua área de residência que certifique que se encontram a residir em Portugal há mais de noventa dias, conforme o disposto no artigo 34º do Decreto-Lei nº 135/99 de 22 de Abril (Ministério da Saúde, s/data).

No que respeito aos direitos dos imigrantes a legislação em vigor, em Portugal, determina que as consultas de planeamento familiar, assim como o material disponibilizado, são gratuitos, independentemente do estatuto legal dos utentes imigrantes (Dias & Rocha, 2009, p. 59).

Está ainda prevista, de acordo com o Decreto-Lei n.º 70/2000, a gratuitidade de todos os exames e consultas médicas efectuadas durante a gravidez e até 60 dias após o parto, bem como o parto hospitalar e qualquer internamento por motivo de gravidez num hospital ou maternidade do SNS.

É fundamental referir, por ser directamente o que dirige à maioria das mulheres brasileiras atendidas pelo serviço social da Unidade MJD, que a saúde materna, planeamento familiar e a saúde infantil estão isentos de pagamentos (ACIDI, 2008 *cit. in* Fonseca *et al.*, 2009).

Aos imigrantes que não efectuem descontos para a Segurança Social são cobradas as despesas efectuadas, de acordo com as tabelas em vigor, com excepção dos casos para as quais os cuidados de saúde são gratuitos:

- Em situação de carência económica;
- Quando alguém do agregado familiar efectua descontos;
- Em situação de perigo para a Saúde Pública;
- No contexto de doenças transmissíveis, saúde materno-infantil, planeamento familiar e vacinação (Dias & Rocha, 2009, p. 55).

Concluimos assim que as mulheres/mães imigrantes estão protegidas pelo SNS em Portugal. No entanto, de seguida iremos verificar que apesar do pleno direito ao acesso aos cuidados de saúde os imigrantes, independentemente do seu estatuto legal, têm muitas dificuldades em aceder ao que é deles por direito. Iremos também sistematizar alguns dos motivos que levam estes imigrantes a não aceder aos serviços de saúde.

2.3. Situação específica dos imigrantes ilegais perante a saúde em Portugal

Migrantes em situação irregular têm direitos reconhecidos e protegidos por tratados internacionais de direitos humanos, mas que são sistematicamente abusados e negligenciados, como iremos abordar de seguida.

Iremos tentar compreender alguns factos através de entrevistas e da descrição da situação de mulheres imigrantes legais ou ilegais em Portugal, a partir dos trabalhos de Sónia Dias e Cristianne Rocha (2009).

— *Migração e saúde*

Antes de iniciarmos a abordagem ao tema é importante clarificar o conceito de saúde. De acordo com a OMS (1948) saúde como um estado de completo bem - estar físico, mental e

social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (*cit. in* Dias & Rocha, 2009, p. 33).

Actualmente a migração internacional é considerada um dos maiores desafios da Saúde Pública a nível mundial, segundo Dias & Gonçalves (2007). O que implica que a relação entre saúde e imigração ganhe destaque nas preocupações dos decisores políticos e dos estudiosos dos processos de integração dos imigrantes nos territórios de acolhimento, de acordo com Fonseca *et al.* (2007, p. 27).

Fonseca *et al.* (2009) mencionam que em Portugal o tema da saúde e imigração é bastante recente o que implica ainda um elevado desconhecimento do acesso dos cidadãos estrangeiros aos serviços de saúde. Salienta ainda que são escasso o número de estudos epidemiológicos sobre este tema.

Contudo, apesar da escassez de informação, as investigações e os indicadores de saúde disponíveis parecem apontar para que os migrantes apresentem uma maior vulnerabilidade a doenças ou a outros problemas de saúde (Carballo *et al.*, 1998; Jansà, 2004 *cit. in* Dias & Gonçalves, 2007).

Segundo Fonseca *et al.* (2009) também em Portugal os imigrantes estão mais susceptíveis a certos problemas de saúde e comportamentos de risco, assim como: insuficiências alimentares, gravidez de risco e/ou precoce, depressão e outras doenças psicológicas.

É importante referir que as mulheres estão mais susceptíveis a problemas de saúde do que os homens, como afirma a OMS (2002):

(...) A diferença dos papéis sociais de género, associada a variáveis socioeconómicas e culturais, reflecte-se muitas vezes numa desigual exposição das mulheres a riscos para a saúde, quando comparadas com os homens. (*cit. in* Dias & Rocha., 2009, p. 41).

Alguns motivos são apontados como maléficos para o estado de saúde dos imigrantes nos países de acolhimento. Um dos motivos que pode influenciar o estado de saúde e bem-estar dos imigrantes é o afastamento e ruptura das relações sociais e familiares ao longo do processo de integração, principalmente quando o imigrante migra sozinho. A quebra dos laços familiares pode levar ao isolamento, como podemos verificar no depoimento:

(...) Eu tive uma depressão pós parto (...) foi a minha mudança aqui em Portugal, não tem sido a melhor, eu lá morava e tinha uma família muito grande, tinha muitas irmãs, se eu tivesse a minha família aqui eu já me tinha familiarizado um pouco mais, mas eu acho que não era bem aquilo que eu pensava. Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p.102).

No mesmo sentido a Organização Internacional para a Imigração (2003) refere que:

(...) o abandono do ambiente familiar e o contacto com um contexto desconhecido e uma sociedade com diferentes valores, percepções e tradições podem constituir importantes desafios à capacidade dos indivíduos para lidarem com a mudança (...) (*cit. in* Dias & Rocha, 2009, p.37).

Acrescenta ainda que tendo em conta o frequente isolamento social das comunidades imigrantes e à opinião pública nos países de destino sobre a imigração, estas populações podem ser vítimas de atitudes discriminatórias relativamente à sua origem étnica, crenças religiosas ou condição de imigrante, o que condiciona a sua adaptação e integração na sociedade de acolhimento, com impacto na sua saúde. A mesma fonte acresce que relativamente às mulheres, este risco pode ser acrescido face a situações de exploração sexual.

Outro motivo apontado é a relação entre imigração e vulnerabilidade em saúde parece com um reduzido acesso e utilização dos serviços de saúde (Dias & Gonçalves, 2007; Politzer *et al.*, 2001; Stronks, Ravelli & Reijneveld, 2001 *cit. in* Dias & Rocha, 2009, p. 37).

No mesmo ponto de vista a OMS (*cit. in* Médicos do Mundo, 2010) afirma que os imigrantes chegam aos países de destino com saúde, mas adoecem devido à falta de condições socioeconômicas, e o acesso à saúde é um dos maiores problemas que os cidadãos estrangeiros têm de enfrentar nos países onde procuram uma vida melhor. E muitas vezes quando as imigrantes procuram os cuidados de saúde queixam-se que estes não estão, muitas vezes, aptos a dar respostas às necessidades sentidas. Como temos a oportunidade de verificar:

Eu passei por uma experiência (...) que eu aí fazer uma inseminação artificial e estou mesmo querendo fazer. E eu disse: (...) «Quero fazer inseminação artificial.» E ela para mim: «Você julga que é assim? Chega, senta, é muito simpática e quer fazer inseminação artificial? Pensa que as coisas são assim? (...) Problemas já eu tenho muitos, não me venha arranjar mais um. Você já tem três [filhos], para que quer mais?» Eu disse: «Mas não sou eu, é ele.» E ela: «Então manda ele arranjar outra mulher que com você já não dá.»?. Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p. 107).

O acesso e a utilização dos serviços de saúde podem ser condicionados por diferentes níveis de barreiras e/ou obstáculos, nomeadamente legislativos, estruturais, económicos e culturais (Dias & Gonçalves, 2007 *cit. in* Dias & Rocha, 2009).

Relativamente às barreiras administrativas as imigrantes ilegais queixam-se principalmente do funcionamento dos serviços, na marcação de consultas e no longo tempo de espera por uma consulta. Os seguintes testemunhos ajudaram a clarificar a ideia:

(...) o tempo que você demora a marcar uma consulta é muito, (...) você tem que ir e tirar uma senha, depois você volta, consulta, arranja o exame, depois marca o exame e tem de voltar outro dia (...). Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p. 115).

O funcionamento dos serviços é, por vezes, pouco adaptado às exigências das suas vidas profissionais. O facto de terem de faltar ao trabalho para irem ao médico constitui uma dificuldade na utilização destes serviços:

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

(...) para eu fazer uma consulta qualquer, eu perco um dia de trabalho. Eu tenho dois trabalhos diferentes (...), eu comprometo os dois trabalhos. Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p. 116).

O longo tempo de espera é outro obstáculo frequentemente apontado por estas imigrantes:

(...) para nós, imigrantes, a questão do tempo é uma coisa muito séria. Imigrante Brasileira, (Dias & Rocha, 2009, p. 116).

Os imigrantes deparam-se com um limitado conhecimento da legislação e da sua aplicabilidade, por parte dos profissionais de saúde, que se traduz na exclusão das comunidades imigrantes do sistema de saúde, segundo Dias & Gonçalves (2007, p. 20). Como podemos de verificar:

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

Os médicos aqui são treinados para dizer às mulheres que não têm a documentação, que elas não têm direito de fazer exames (...). Dizem que isso é a nova lei que está aí, só que isso é mentira. Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p. 115).

As imigrantes também se queixam da forma como são atendidas pelo pessoal administrativo:

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

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

(...) eles não são acessíveis, não dão atenção, se viram para o lado, (...) não dão atenção às pessoas que estão ali para serem atendidas. Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p. 117).

No entanto, Fonseca et al. (2009) ainda alerta para o facto de que existem múltiplas e diversas interpretações e procedimentos por parte aqueles que conhecem a legislação em vigor implicando assim barreiras no acesso aos serviços de saúde e exclusão social, como podemos confirmar:

“(...)desconhecimento do funcionamento dos serviços de saúde, dificuldades linguísticas e atitudes discriminatórias por parte dos profissionais de saúde, os imigrantes e minorias étnicas pobres apresentam ainda desvantagens associadas a outras formas de privação e exclusão social(...)”, Fonseca *et al.* (2007, p. 40).

Na mesma linha de ideias Wolffers *et al.* (*cit. in* Dias & Gonçalves, 2007) refere que discriminação e estigmatização, socialmente produzidas e associadas à situação de imigrante, principalmente os ilegais, podem também condicionar o acesso à informação e à utilização dos serviços de saúde. Como podemos verificar nas seguintes citações

Eu acho que aqui tem menos divulgação da saúde feminina, a nível da televisão, por que os meios de divulgação não divulgam nada. Imigrante Brasileira.

Eu senti que a gente tem que perguntar mais aqui. Imigrante Brasileira.

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

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

Lá você vai falar com um pobrezinho, ele sabe, com um rico ele sabe, então eu acho que lá a informação é para todos. E aqui não. Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p. 93).

Aqui mesmo a televisão não faz muita propaganda sobre isso, se a gente reparar, quem tem canais internacionais, a Globo é um canal brasileiro, sempre passa saúde, propagandas e programas educativos que falam das questões da saúde, da prevenção. E aqui não. Você pode ligar a SIC que você só vê propaganda da Super Bock, só isso. Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p. 123).

Dias & Rocha (2009, p. 93) mencionam que as imigrantes brasileiras manifestam algumas queixas quando procuram informação nos serviços de saúde. Os seguintes depoimentos ajudaram a clarificar esta ideia:

Tem uma falta de informação muito grande, enquanto a gente é paciente. Eu (...) fiz uma batalha de exames e nunca tive acesso a eles. Poxa! A gente quer ter acesso a isso. Imigrante Brasileira.

(...) a gente vai ao centro de saúde, não tem aquele guia informativo, cartazes, não tem uma atenção especial. Imigrante Brasileira, (Dias & Rocha, 2009, p. 94).

Perante à dificuldade de obter informação nos serviços de saúde, as imigrantes brasileiras recorrem a várias estratégias:

Eu sou muito sem papas na língua, então eu exploro, às vezes até com os clientes de mesa, que são médicos, enfermeiros (...) eles quase não falam nada, mas para bom entendedor, meia palavra basta e aconselham a procurar o especialista. Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p. 94).

Outra dificuldade sentida pelos imigrantes prende-se com a instabilidade e precariedade situação laboral dos imigrantes. Como já foi referido anteriormente a instabilidade laboral e a situação irregular de muitos imigrantes implica muitas vezes dificuldade em obter protecção social e o custo associado aos cuidados de saúde podem constituir barreiras à utilização dos serviços de saúde por parte destas populações (Dias & Gonçalves, 2007 *cit. in* Dias & Rocha, 2009, p. 38).

Muitas vezes o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde depende do seu estatuto legal, até mesmo a na forma como é tratado pelos profissionais de saúde. Fonseca et al. (2009, p.33) refere que para além dos comportamentos discriminatórios por vezes os imigrantes ilegais são alvo de recusas de assistência em alguns serviços de saúde.

Ao estarem em situação irregular os imigrantes ficam sujeitos a uma maior exploração, afastando os imigrantes de um direito que é de todos. Contudo, muitas vezes existe também por parte dos imigrantes um falta de conhecimento da legislação, bem como dos serviços de saúde disponíveis (Horta & Carvalho, 2007, p.184).

O estatuto legal das imigrantes é um factor determinante para aceder aos serviços de saúde. Neste sentido, as participantes queixam-se das dificuldades sentidas para aceder aos serviços de saúde, como iremos verificar:

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

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

Quando se é ilegal, eles mandam ir para a urgência. Não adianta ir para o posto”. Imigrante Brasileira (Dias & Rocha., 2009, p. 114).

É fulcral referir que é necessário ter em conta as representações que cada imigrante dá a saúde (Horta & Carvalho, 2007, p.184) menciona que também não podemos deixar de referir:

(...) os determinantes culturais, assim como os costumes, crenças e representações acerca de saúde, doença e tratamento, são outro aspecto importante a considerar, pois influenciam os comportamentos em saúde, as práticas de risco e a necessidade percebida de utilizar os serviços de saúde.

Em Portugal, a legislação garante a universalidade do acesso aos serviços, independentemente da sua condição legal no território nacional e origem. Contudo, investigações referem existência de recusas de assistência a imigrantes indocumentados em alguns centros de saúde Fonseca, 2005 (*cit. in* Fonseca, 2007, p. 34). O mesmo autor conclui que a negação do acesso aos cuidados de saúde está relacionada com a fraca capacidade económica de muitas destas pessoas e com a falta de sensibilidade/conhecimento dos profissionais de saúde. Alguns dados sobre os estrangeiros residentes em Portugal mostram que os que têm a sua situação regularizada estão inscritos, com maior frequência, nos centros de saúde do SNS, onde têm acesso a consultas, segundo Fonseca *et al.* (2007, p. 34).

No entanto, outros dados referem famílias imigrantes procuram mais os cuidados hospitalares do que recorrem aos centros de saúde. Os motivos deste comportamento relacionam-se com o facto de muitos não terem um médico de família atribuído no Centro de Saúde, Fonseca *et al.* (2009, p.17).

O mesmo autor refere ainda que devido a percepção da doença, a facilidade de atendimento sem horário e ainda por ser mais fácil ocultar situações de irregularidade, desestruturação familiar e problemas sociais os imigrantes preferem ser atendidos numa consulta de urgência do que numa consulta no centro de saúde. Outra alternativa consiste em consultar um médico particular. Como podemos verificar:

Quando eu estava ilegal – agora estou à espera da boa vontade do SEF –, quando eu precisava, eles não davam nada. Tudo o que eu precisei eu tive de pagar. Tudo particular.” Imigrante Brasileira (Dias & Rocha, 2009, p.114).

Conclui-se assim, que existem vários motivos que são apontados como prejudiciais para o estado de saúde dos imigrantes, bem como existe um conjunto de causas, enunciadas pelos próprios imigrantes, que dificultam a comunicação entre paciente e profissionais da área da saúde. Segundo Fonseca *et al.* (2007) estes factores introduzem obstáculos à promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento, e contribuem para um sentimento de insatisfação por parte do imigrante. Podemos então concluir que todos estes factores contribuem para uma maior dificuldade no processo de integração do imigrante no local de acolhimento.

— *Imigração ilegal, saúde materna e maternidade*

Como já tivemos oportunidade de verificar a fase de gestação e a maternidade é um tempo de vivência de grande instabilidade, stresse, rápidas alterações físicas, sociais e psicológicas às quais a mulher vai ter de se adaptar. À medida que o tempo passa a mulher sente-se cada vez mais ansiosa devido à antecipação do parto e o contacto com novas exigências que o nascimento do bebé acarreta (Canavarro, 2001, p. 38).

É fulcral referir que a gravidez e a maternidade são consideradas um período de desenvolvimento e mudança, estes processos como mudanças que são implicam stresse.

No entanto, não significa que este stresse esteja associado ao sofrimento, mas sim à necessidade de reorganização (Canavarro, 2001, p. 37). No entanto, Ramos (2010) afirma que a situação de migração poderá representar um risco, um trauma e uma fonte de stresse e depressão para a mulher migrante, sobretudo para a mãe, com consequências para a criança, devido às rupturas, ao isolamento, solidão, dúvidas e ansiedade que acompanham esta etapa. Com uma realidade muito precária, vulnerável e cheia de obstáculos que as imigrantes ilegais apresentam o facto de estarem grávidas poderá não lhe facilitar a vida, pois:

(...) Aliado ao stresse e às alterações físicas e psicológicas próprias da gravidez e maternidade está todo o stresse e dificuldades que se experimenta em situação de adaptação e aculturação em contexto de imigração, daí que, a maternidade vivida nestas circunstâncias pode ser sinónimo de sentimentos de angústia e ansiedade (...) (Sopa, 2009, p.67).

(...) O stresse associado a uma gravidez, acrescido das dificuldades inerentes à condição de imigrante, pode tornar algumas mulheres particularmente vulneráveis durante o período da gravidez e pós-parto (Janssens, Bosmans & Temmerman, 2005 *cit. in* Dias & Rocha, 2009, p. 42).

Todo o stresse que envolve o processo da gravidez e da maternidade pode provocar problemas graves na saúde tanto da mulher/mãe imigrante como no nascituro. As mulheres/mães imigrantes têm piores indicadores de saúde comparativamente às mulheres autóctones, no diz respeito, à mortalidade materna, perinatal e infantil, prematuridade e baixo peso à nascença, segundo Dias e Rocha (2009).

No mesmo sentido, Fonseca *et al.* (2009, p. 14) menciona que os descendentes de imigrantes registaram uma maior mortalidade fetal e neonatal enquanto as mães sofreram maior número de doenças associadas à gravidez, facto que se pode relacionar com um início mais tardio das consultas pré-natais.

Deduzimos assim que o início tardio das consultas pré-natais já numa fase tardia da gestação pode levar a resultados desfavoráveis ao nível da saúde das mães e crianças. Como confirma Bragg, (2008, *cit. in* Dias & Rocha, 2009, p. 43) quando menciona que grande parte das mortes maternas, directa ou indirectamente relacionadas com a gravidez, verificam-se em mulheres com acompanhamento reduzido, tardio ou até inexistente, ao nível dos cuidados pré-natais.

Um dos motivos que pode estar relacionado com o início tardio das consultas pré-natais já numa fase tardia da gestação é o estatuto legal das imigrantes. Pois, segundo Freitas (2003, *cit. in* Fonseca *et al.*, 2007, p. 43) alguns estudos efectuados a estrangeiros residentes no nosso país demonstram que os que estão em situação ilegal utilizam menos frequentemente os centros de saúde, recorrendo às urgências dos hospitais quando deparam com uma emergência de saúde. Por sua vez, Fonseca *et al.* (2007) concluíram que por vezes os imigrantes indocumentados usam pseudónimos e moradas falsas para evitar o seguimento posterior da evolução do seu estado de saúde.

Este facto relaciona-se com o desejo dos imigrantes ilegais não serem identificados. Os serviços de urgência são prestados de forma mais anónima, na medida em que o tratamento médico não depende da apresentação de documentos (Fonseca *et al.*, 2007, p 34). Wolff *et al.* (2008, *cit. in* Dias & Rocha, 2009, p. 42) refere que as mulheres grávidas indocumentadas apresentavam um risco mais elevado de iniciação tardia dos cuidados pré-natais, em comparação com as imigrantes documentadas.

No mesmo ponto de vista o ACIDI (2009) afirma que as imigrantes em situação irregular muitas vezes não recorrem a estes tipo de serviços porque têm medo de ser denunciadas logo dificilmente acedem aos médicos. A mesma fonte observa que existem poucas imigrantes grávidas ou com filhos que fazem uma vigilância da sua saúde o que implica que este grupos acabem por não ter acesso aos serviços de saúde adequados às suas necessidades específicas.

A OMS (2003 *cit. in* Dias & Gonçalves, 2007) menciona que as restrições no acesso aos cuidados de saúde impostas aos imigrantes em situação irregular e o receio de denúncia desta condição podem fazer com que estes evitem os serviços de saúde e recorram à auto-medicação, à medicina alternativa e a serviços em que a documentação não é um factor determinante de atendimento – urgências, farmácia, unidades móveis, entre outros. Esta situação pode fazer com que apenas recorram aos serviços de saúde em fase avançada de doença, conduzindo a situações de maior gravidade e custos mais elevados com a saúde, como já havíamos referenciado anteriormente.

Outra causa que poderá ser apontada é a forma como muitos profissionais de saúde tratam os imigrantes, principalmente quando estão em situação irregular. O seguinte depoimento ajuda a verificar a forma como as imigrantes se sentem relativamente aos profissionais de saúde:

Eu acho que, quando estão a estudar para ser médicos, eles devem aprender a tratar todos iguais, para não excluir raça nenhuma não. Todo o ser humano é igual. Imigrante Brasileira (Dias, & Rocha, 2009, p.125).

Para além desta mistura de sentimentos, pela experiência da gravidez e a maternidade, aliada muitas vezes a uma precariedade económica, as mães imigrantes em situação irregular não têm direito a qualquer subsídio de maternidade, porque vivem no nosso país sem qualquer documento.

O que acontece é que estes subsídios são atribuídos apenas a residentes em território nacional, isto é, os cidadãos nacionais que residem em Portugal e os cidadãos estrangeiros com autorização de residência. São considerados equiparados os cidadãos estrangeiros, refugiados ou apátridas que possuam vistos de trabalhos ou título de protecção temporário validos (Decreto-Lei 176/2003 de 2 de Agosto).

No entanto, é importante referir que apesar de as imigrantes serem ilegais estas têm total acesso aos serviços de saúde. Isto é, qualquer imigrante que se encontre em território nacional, se sinta doente e com necessidade de cuidados de saúde, tem o direito a ser assistido num Centro de Saúde ou num Hospital. Estes serviços não podem recusar-se a assisti-lo, mesmo sendo imigrantes em situação irregular (ACIDI, 2009, p.74).

Em nota de conclusão diríamos que através da revisão bibliográfica a situação de ilegalidade, a falta de recursos financeiros, insegurança profissional e a dificuldade no acesso à saúde são as experiências que mais marcam as mulheres/mães imigrantes brasileiras.

O facto de os imigrantes estarem em situação irregular no país de destino implica que muitas vezes os seus direitos sejam violados, mesmo quando estes estão consagrados na lei. Em Portugal, temos como exemplo o acesso aos cuidados de saúde, visto que, todos os imigrantes, independentemente do seu estatuto, têm livre acesso aos serviços saúde e, muitas vezes, vêm o direito a ser violado quando lhe recusam o atendimento. Os diferentes motivos que levam a fraca adesão dos imigrantes aos cuidados de saúde fazem com que as mulheres/mães imigrantes em Portugal tenham acompanhamento reduzido, tardio ou até inexistente, ao nível dos cuidados pré-natais.

De seguida, iremos verificar, à partir da proposição de que o momento da maternidade fragiliza uma mulher, quais as problemáticas vividas pelas mulheres/mães brasileiras que recorrem ao Serviço Social da Unidade MJD, no período de 3 anos (de 2006 a 2008) através de um estudo empírico.

Capítulo 2. Estudo empírico

No capítulo anterior aprofundamos, através de uma revisão bibliográfica, algumas vertentes que consideramos essenciais para o nosso estudo. Este enquadramento alicerçou o nosso estudo empírico, facultando a base para o seu desenvolvimento. Assim, este capítulo é composto por dois momentos. O primeiro dedicado à metodologia, uma vez que para um estudo ser bem sucedido necessita que sejam definidos os métodos, os objectivos, procedimentos, técnicas e a amostra utilizada. No segundo momento, intitulado "Interpretação e Discussão de resultados", apresentaremos todos os dados referentes ao nosso estudo e uma reflexão sobre os mesmos.

1. Metodologia

1.1. Método de abordagem do problema

Antes de iniciar a abordagem a metodologia utilizada, no presente projecto de graduação, iremos clarificar o conceito de método. Assim, de acordo com Marconi e Lakatos (2008, p. 46):

O método é o conjunto de actividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objectivo – conhecimentos válidos e verdadeiros –, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

Assim sendo, para cumprir os objectivos da investigação optamos por uma metodologia quantitativa de recolha de dados. De acordo com Richardson (2008, p.70) o método quantitativo:

(...) caracteriza-se pelo emprego de da quantificação tanto nas modalidades de colecta de informações, quanto no tratamento delas por meio das técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, etc.

Ao longo do estudo, iremos ter a oportunidade de verificar que cumprimos a metodologia quantitativa, pois utilizamos a modalidade de recolha de informação e tratamos a mesma informação através técnicas estatísticas.

1.2. Objectivos do estudo

À partir da proposição de que o momento da maternidade fragiliza uma mulher, temos como objectivo geral verificar quais as problemáticas vividas pelas mulheres/mães brasileiras que recorrem ao Serviço Social da Unidade MJD, no período de 3 anos (de 2006 a 2008). Para melhor compreensão do objectivo geral deste estudo definimos como objectivos específicos:

- Caracterizar e compreender o perfil social das mulheres/mães imigrantes;
- Verificar em que momento que mulher/mãe recorre ao Serviço Social;
- Identificar as dificuldades mais comuns entre as imigrantes brasileiras;
- Identificar o tipo de apoios dados às imigrantes, pelo Serviço Social da Unidade MJD.

1.3. Procedimentos e técnicas utilizadas

O propósito inicial da investigação era de verificar qual o *tipo de apoio pedido pelas mães imigrantes* que passam pelo Serviço Social, e qual o *tipo de intervenção* efectuada pelo serviço social da Unidade MJD.

Com esse objectivo, realizou-se primeiro uma pesquisa preliminar dos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), onde se verificou que existiam dados que comprovavam que o número de filhos de mães imigrantes aumenta de ano para ano em Portugal (*cf.* www.ine.pt). De seguida, recolheu-se informação através dos processos sociais aos quais se teve acesso no âmbito de estágio curricular junto da Unidade MJD — com a autorização prévia da própria Unidade.

Os processos sociais acedidos foram tratados com integral respeito pela Lei da Protecção de Dados Pessoais (Lei n.º 67/98. de 26 de Outubro), tendo em conta — em particular — o absoluto anonimato do dados e do tratamento de dados efectuado, e recomendações éticas relativas ao tratamento de informação sobre saúde (www.cneqv.gov.pt). Os processos sociais que serviram de base ao estudo dizem respeito a todas as mulheres imigrantes que recorreram ao serviço social durante a gravidez, no parto e no pós-parto, nos últimos três anos (2006 a 2008).

Em termos práticos, recorreu-se à base de dados do serviço social da Unidade MJD para averiguar quantos processos sociais de mães imigrantes existiam durante os últimos três anos e proceder ao seu levantamento. Feito o levantamento dos processos sociais, apareceu nitidamente que existia um número elevado de mães imigrantes de diversas nacionalidades que recorreram ao serviço social da Unidade MJD. Apuramos que, entre 2006 e 2008 recorreram ao serviço social 149 mulheres de diversas nacionalidades.

Devido ao elevado número de mães imigrantes que recorreram ao serviço social e à diversidade de nacionalidades, decidiu-se optar pela nacionalidade que mais recorreu ao serviço social, durante os três últimos anos — nomeadamente a nacionalidade brasileira

<i>Nacionalidade</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
Angola	7	7	12
Senegal	1	-	-
Guine	5	-	1
Brasil	10	16	21
China	2	4	1
Gana	2	-	4
Países da Europa	8	3	6
Cabo Verde	6	7	9
Outros	3	11	9
Total	44	48	59

Tabela 1.

Número de Imigrantes que recorreram ao Serviço Social entre 2006 e 2008.

Fonte: Base de Dados da Unidade MJD.

De seguida, iniciamos a elaboração do formulário para facilitar a colheita dos dados. O formulário era constituído por 18 questões, como podemos verificar no **Anexo**. A recolha de dados focou a totalidade dos processos sociais da população nacional estudada, isto é 47 processos sociais. De salientar que existiam dois processos que não continham qualquer tipo de informação, na medida em que as duas utentes, que foram referenciadas inicialmente pelo Internamento de Obstetrícia, recusaram o atendimento. Após a recolha de dados, apurou-se que a maior parte das mães imigrantes que recorriam ao Serviço Social viviam em situação irregular em Portugal, e com dificuldades sócio-económicas.

Assim sendo, e após este processo de busca, decidiu-se alterar o propósito inicial do estudo, para averiguar a *relação entre esta situação de irregularidade de presença no território (e dificuldades sócio-económicas) e a maternidade das mães imigrantes de nacionalidade brasileira.*

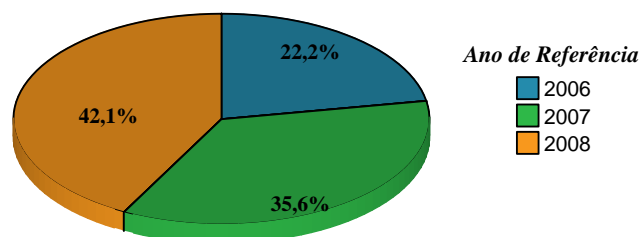
— Quanto às técnicas utilizadas:

Feita a recolha de dados com o objectivo de analisar quais seriam as dificuldades mais sentidas pelas mulheres/mães brasileiras que recorrem ao Serviço Social da Unidade MJD de 2006 a 2008, fizemos um exercício de análise estatística, através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

2. Interpretação e discussão de resultados

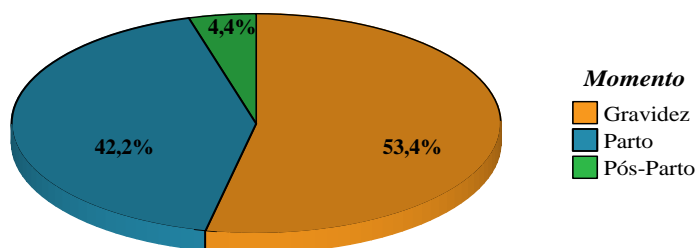
2.1. Apresentação e análise dos dados

Gráfico 1 – Ano em que foram referenciadas?



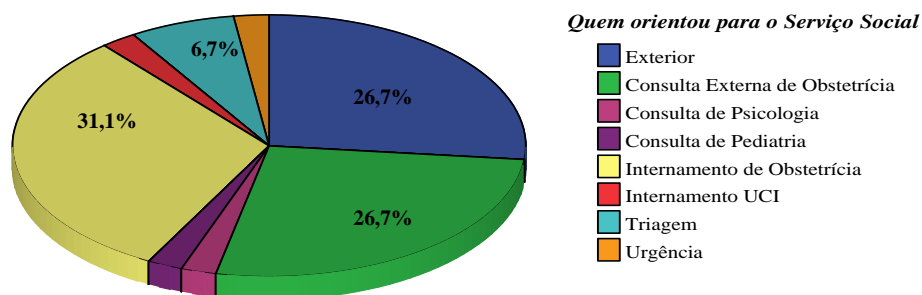
Podemos verificar, através do **gráfico 1**, que as utentes que recorram ao Serviço Social da Unidade MJD aumentaram ao longo dos três anos. Assim em 2006 dirigiram-se ao Serviço Social 10 imigrantes brasileiras, em 2007 recorreram 16 utentes e por fim em 2008 já recorreram 19 utentes imigrantes ao Serviço Social. Este aumento poderá estar relacionado com o aumento progressivo de imigrantes brasileiras para Portugal como já foi mencionado anteriormente (ver **quadro 3**).

Gráfico 2 – Momento de recurso ao Serviço Social



Relativamente ao momento em que as mães brasileiras recorreram ao Serviço Social da Unidade MJD, verificamos que 53,4% das utentes dirigem-se ao Serviço Social no período gravídico, o que corresponde a 24 utentes. De seguida, apuramos que 42,2% das utentes dirigiram-se ao Serviço Social na altura do parto, o que se traduz em 19 utentes. Consideramos o “*altura do parto*” o tempo em que a utente está internada na Unidade MJD até ao dia da alta da utente. Só duas passaram pelo Serviço Social no pós-parto, que corresponde desde o dia que a mãe e a criança têm alta da Unidade MJD. É importante notar que as utentes que mais recorrem ao Serviço Social, da Unidade MJD, ainda estão no tempo de gestação. O facto de as utentes passarem pelo Serviço Social, antes do nascimento do nascituro e conhecerem os seus direitos e quais os apoios que podem usufruir, revela cuidado e preocupação na preparação do nascimento do seu filho. Contudo, iremos verificar, no **gráfico 3**, se a iniciativa de recorrer ao Serviço Social parte das próprias utentes ou de profissionais de outras áreas.

Gráfico 3 – Quem orientou para o Serviço Social

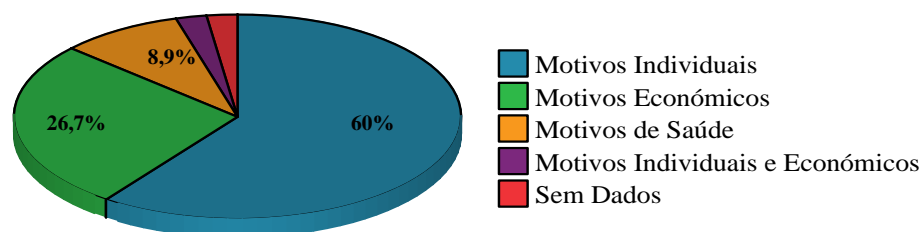


Cerca de 31,1% das utentes foram referenciadas ao Serviço Social pelo Internamento de Obstetrícia, o que corresponde a 14 utentes referenciadas. De seguida, os serviços que mais referenciaram as utentes foram o da Consulta Externa de Obstetrícia e o Exterior com 12 utentes cada um, o que se traduz numa percentagem de 26,7% do total de indivíduos para cada serviço.

É importante referir que consideramos exterior como as próprias utentes ou outro tipo de instituição. Foram referenciadas pela Triage três utentes, o que corresponde a 6,7% da população em estudo. Por fim, a Consulta de Psicologia, Pediatria, o Internamento na Unidade Cuidados Intensivos (UCI) e a Urgência referenciaram, cada serviço, 1 utente, dando origem a 2,2% da população em estudo, para cada serviço.

Em suma, são os profissionais de outras áreas, aqueles que mais referenciam/orientam as utentes ao Serviço Social da Unidade MJD. Contudo, é necessário questionar se as mães não tomarão a iniciativa de procurar o Serviço Social por medo de serem denunciadas, visto que, a maior parte das imigrantes brasileiras que recorrem ao Serviço Social Unidade MJD são ilegais.

Gráfico 4 – Motivos da orientação para o Serviço Social



Sessenta por cento das utentes foram orientadas para o Serviço Social por motivos individuais, a causa que mais levou a esta recorrência foi a gravidez mal vigiada, como podemos verificar no seguinte quadro.

Quadro 4 – Motivos individuais de orientação para o Serviço Social.

<i>Motivo</i>	<i>N.º</i>
<i>Gravidez mal vigiada</i>	10
<i>Imigrante ilegal</i>	5
Interrupção Voluntaria da Gravidez	5
Procura de Informação	3
Exigência de alta	2
Gravidez não planeada	2
Prostituição	2
Conflitos Conjugais	1
Falta às consultas de pediatria	1
Perfilhação	1
Dificuldade de acesso ao Centro de Saúde	1

Como podemos verificar, de entre as causas mais salientes regista-se a gravidez mal vigiada, o que revela que as imigrantes ilegais não recorrem aos serviços de saúde. Como já foi mencionado anteriormente, muitas mães ilegais não se dirigem aos serviços de saúde porque têm medo e dificilmente acedem aos médicos.

Cerca de 26,7% das utentes passaram pelo Serviço Social devido a motivos económicos, o que se traduz em 12 utentes. Carência económica foi o motivo mais enunciado pelas utentes que recorrem ao Serviço Social, como podemos observar no seguinte quadro (*cf. quadro 5*).

Quadro 5 – Motivos económicos de orientação para o Serviço Social.

<i>Motivo</i>	<i>N.º</i>
<i>Carências Económicas (não especificados)</i>	9
Mãe sem enxoval para o bebé	3
Pedido de apoio nas refeições	1
Desemprego	1

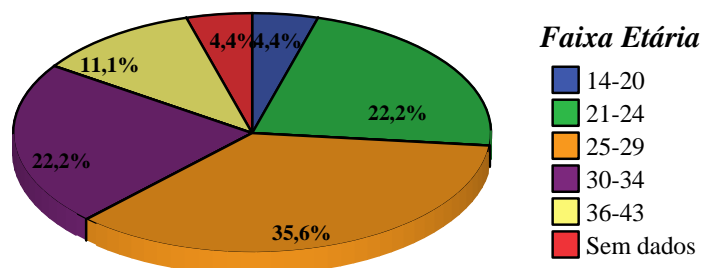
Ao longo da exposição teórica referimos que a causa mais frequente que leva as mulheres a emigrar é a procura de uma vida melhor, no entanto verificamos que nesta amostra o sonho por uma vida melhor não se concretiza. Relativamente aos motivos de saúde que serviram de base para o recurso ao Serviço Social, recolheu-se informação junto de quatro utentes, o que corresponde a 8,9% da população em estudo. Podemos verificar no **quadro 7** que o facto de o recém-nascido estar na UCI é um dos factores que mais se destaca nos motivos de saúde.

Quadro 6 – Motivos de saúde de orientação para o Serviço Social.

<i>Motivo</i>	<i>N.º</i>
<i>Bebé na UCI</i>	3
Doença infecto-contagiosa	2

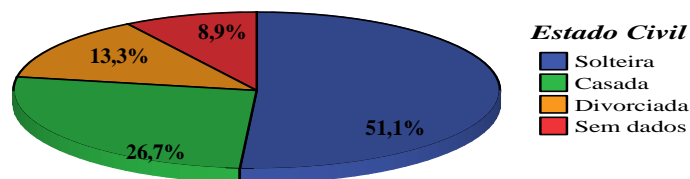
Em relação aos motivos individuais e económicos apenas um utente dirigiu-se ao Serviço Social, o que dá origem a 2,2% da amostra. Não existiam dados referentes ao motivo da orientação para o Serviço Social de 1 utente (2,2%).

Gráfico 5 – Faixa Etária (à data de referencia ao Serviço Social)



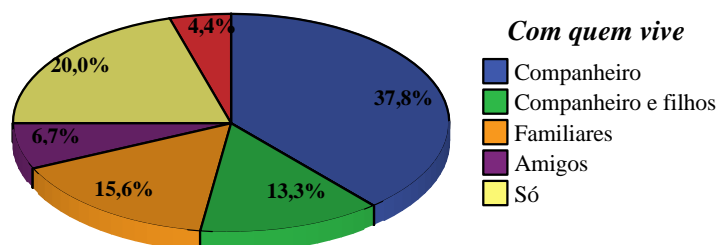
Das utentes em referência, 35,6% têm entre os 25 e os 29 anos, o que corresponde a 16 utentes. De seguida, a faixa etária com maior número de indivíduos é entre os 21 e os 24 anos e os 30 e os 34 anos com 10 utentes, o que se traduz numa percentagem de 22,2% do total dos indivíduos. Constatou-se que 5 indivíduos encontram-se entre os 36 e os 43 anos, dando origem a 11,1% da população em estudo. Por fim, 4,4% da amostra encontra-se entre os 14 e os 20 anos, o que corresponde a duas utentes. Assim sendo, na totalidade dos indivíduos conclui-se que a média de idades é 28,30 anos, traduzindo-se numa idade mínima de 14 anos e 43 como idade máxima. Não são conhecidas as idades de duas utentes (4,4%).

Gráfico 6 – Estado Civil



Em relação ao estado civil das utentes, apuramos que 51,1% são solteiras, o que corresponde a 23 utentes. De seguida, o estado civil com um maior número de indivíduos são as casadas com 12 utentes o que se traduz numa percentagem de 26,7% do total das utentes. No que se refere às utentes divorciadas constatou-se que são 6 utentes, dando origem a 13,3% da população em estudo. É importante referir que não existem dados sobre o estado civil de 4 utentes, correspondente a 8,9% da amostra. No entanto, para além conhecer o estado civil das utentes também é necessário averiguar com quem vivem as utentes para compreender até que ponto estas utentes possuem ou não estruturas de apoio, nesta fase de mudança e desenvolvimento que a maternidade implica (*cf.* Gráfico 7).

Gráfico 7 – Com quem vive



No grupo em referência, 37,8% das utentes vivem com o companheiro, o que corresponde 17 utentes. Existem nove utentes que vivem sós, traduzindo-se numa percentagem de 20,0% do total da população. Seis utentes vivem com familiares, dando origem a 15,6% do total de indivíduos. No que concerne às utentes que vivem com os amigos, estas representam 6,7% das utentes em estudo, o que equivale a três utentes. Mais uma vez, é conveniente mencionar que não existem dados sobre esta questão relativa a duas utentes.

Assim sendo, aferimos que maior parte das utentes vivem acompanhadas por companheiros, filhos, familiares ou mesmo amigos. O que revela que maior parte das utentes possuem estruturas de apoio o que é bastante importante durante toda a gravidez e na maternidade, pois o nascimento de um filho pode provocar nos seus progenitores e

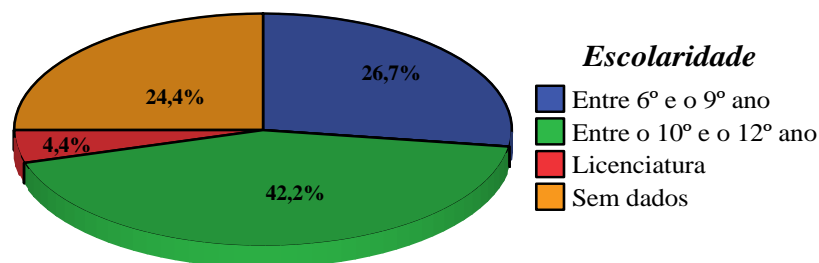
restante família alguma perturbação devido a todas as mudanças que lhe estão associadas (Canavarro & Ramos, 2007, p.400). De seguida iremos verificar se o facto das utentes vivenciarem um contexto familiar fragilizado influencia o motivo porque recorreram ao Serviço Social na Unidade MJD.

Quadro 7 – Relação entre o agregado familiar e o motivo de orientação para Serviço Social

		<i>Com quem vive</i>						Total
		<i>Companheiro</i>	<i>Companheiro e Filhos</i>	<i>Familiares</i>	<i>Amigos</i>	<i>Só</i>	<i>Sem dados</i>	
<i>Motivo porque foi orientada para o Serviço Social</i>	<i>Motivo Individual</i>	7	3	6	3	6	2	27
	<i>Motivo Económico</i>	8	2	0	0	2	0	12
	<i>Motivo Saúde</i>	1	1	1	0	1	0	4
	<i>Motivo Individual e Económico</i>	1	0	0	0	0	0	1
<i>Total</i>		17	6	7	3	9	2	44

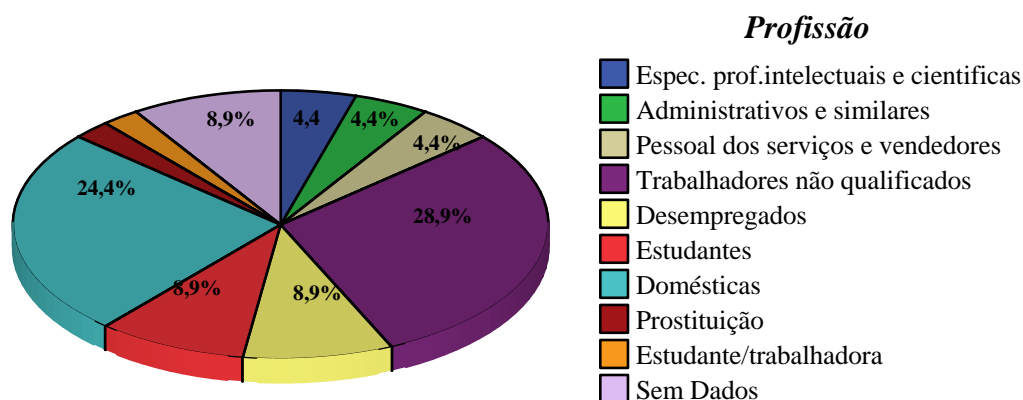
Pela leitura do quadro concluímos que o facto de as utentes viverem sozinhas ou com amigos não faz com que os motivos que as levaram a recorrer ao Serviço Social aumentem, pelo contrário as utentes que vivem só com o companheiro apresentam mais motivos para se dirigirem ao Serviço Social.

Gráfico 8 – Escolaridade



Neste grupo 42,2% das utentes possuem entre 10º e o 12º ano de escolaridade, o que corresponde a 19 utentes. Seguem-se-lhes as utentes que possuem entre o 6º e o 9º ano de escolaridade, com 12 utentes, o que dá origem a 26,7% da população em estudo. No que concerne aos licenciados, nesta amostra existiam duas utentes graduadas. É fundamental referir que não existiam dados sobre esta questão em 11 processos das utentes, o que equivale a 24,4% da amostra. Constatou-se assim que existe uma percentagem significativa de imigrantes brasileiras com qualificações baixas, apesar de existir uma elevada percentagem de processos que não continham informação sobre as habitações literárias das utentes.

Gráfico 9 – Profissão



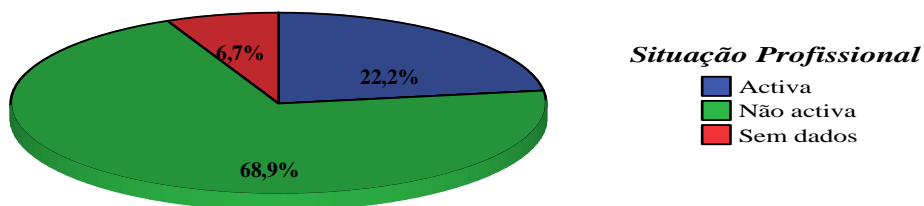
De acordo com Malheiros (2007, p.29) existe um número crescente de mulheres brasileiras envolvidas na prostituição mas a grande maioria trabalha noutros sectores de actividade

como o comércio, a limpeza e a hotelaria, o mesmo acontece na com a população aqui em estudo. Como podemos verificar, neste grupo existe uma grande diversidade de profissões. Cerca de 29% são trabalhadores não qualificados, o que equivale a 13 utentes. A profissão com maior número de indivíduos é as domésticas com 11 utentes 24,4% da população em estudo. Constatou-se que 8,9% da população são estudantes o que corresponde a quatro mulheres, o mesmo acontecendo com as desempregadas. Neste grupo, 4,4% trabalha na área dos serviços e são vendedoras o que corresponde a 8,9% da amostra, o mesmo sucede com os profissionais nos lugares administrativos e em profissões intelectuais e científicas. Seguem-se-lhes as estudantes/trabalhadoras com uma utente (2,2%) e as prostitutas com uma utente (2,2%).

Grande parte deste grupo não é suficientemente qualificada e existe uma grande percentagem de domésticas o que poderá dificultar uma boa integração profissional. Pois ao serem pouco qualificadas não têm tantas hipóteses de conseguirem um emprego e o facto de serem domésticas poderá reduzir os contactos com as redes sociais.

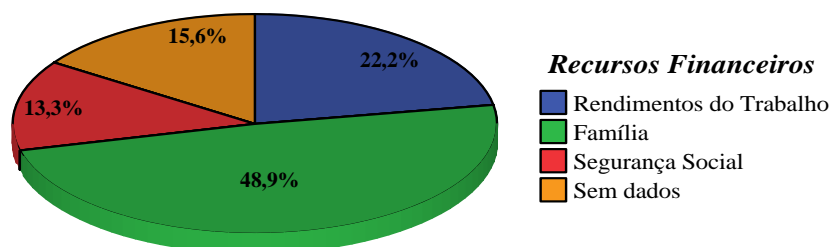
No **gráfico 10** iremos verificar se as utentes, apesar de grande parte estarem integradas no mercado de trabalho, se estas estão activas ou não.

Gráfico 10 – Situação Profissional



Verificamos no **gráfico 10** que 31 utentes do Serviço Social da Unidade MJD não estão activas, o que se traduz numa percentagem de 68,9% das utentes. As restantes 10 continuaram na sua actividade. No entanto, não existem dados sobre quatro utentes relativamente a esta questão. Conclui-se assim que grande parte desta amostra não está integrada no mercado de trabalho. De seguida, iremos verificar quais são os recursos financeiros da população em estudo.

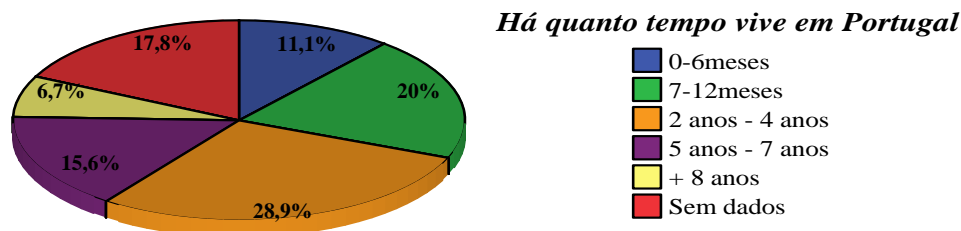
Gráfico 11 – Recursos Financeiros



Como já foi mencionado anteriormente, para Pereira e Sertório (2004, p. 19), existe um conjunto de causas que levam as pessoas a emigrar, assim como a procura de uma vida melhor, reagrupamento familiar ou até mesmo por conflitos conjugais, contudo a causa mais frequente que leva as mulheres a emigrar é a procura de uma vida melhor. Através do **gráfico 11** iremos observar se a busca de uma vida melhor se concretizou. Assim, 48,9% da população em estudo vive das ajudas da família, o que corresponde a 22 utentes. De seguida, 22,2% da amostra vivem do seu próprio rendimento de trabalho, o que se traduz 10 utentes.

Por fim, 13,3% das utentes vivem dos apoios da Segurança Social, o que corresponde a 6 utentes. Não existem dados para esta questão em 15,6% da população em estudo. Verificamos que neste grupo de mulheres/mães imigrantes a melhoria de vida não foi conseguida.

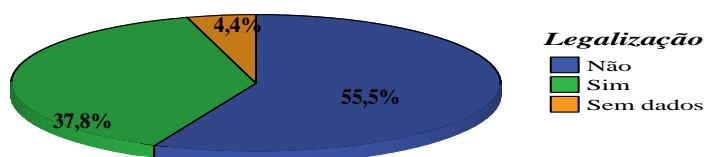
Gráfico 12 – Tempo de permanência em Portugal (há quanto tempo vive em Portugal?)



Saliente-se que 28,9% da amostra vive em Portugal entre os 2 e os 4 anos, correspondendo a 13 utentes. De seguida, 20% das imigrantes brasileiras vivem no nosso país entre os 7 e os 12 meses, com 9 utentes. As imigrantes brasileiras que vivem em Portugal entre 5 e os 7 anos representam 15,6% da amostra em estudo, o que equivale a sete utentes.

Apenas 5 das imigrantes brasileiras vivem em Portugal entre 0 e os 6 meses, o que traduz numa percentagem de 11,1%, da amostra em estudo. Por fim apresentam-se as imigrantes que vivem em Portugal há mais de 8 anos.

Gráfico 13 – Legalização (situação juridicamente regular no território português).



Relativamente a legalização, verificamos 55,5% das imigrantes brasileiras não estão legalizadas ou que não possuem qualquer tipo de visto, o que equivale a 25 utentes. As imigrantes legalizadas representam 37,8% da amostra, o que corresponde a 17 utentes. Das 45 utentes apenas não foi possível verificar esta questão em 2 utentes. No quadro 9 iremos verificar se existe relação entre o facto de as imigrantes estarem em situação irregular e os motivos porque são referenciadas/orientadas ao Serviço Social.

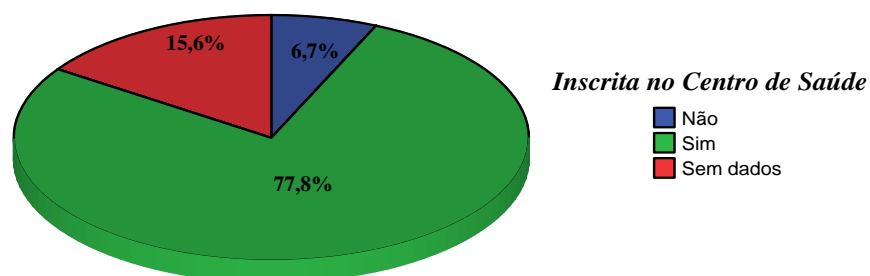
Quadro 8 – Relação entre a legalização e o motivo da orientação ao Serviço Social

		<i>Legalização</i>			<i>Total</i>
		<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Sem dados</i>	
<i>Motivo porque foi orientada para o Serviço Social</i>	<i>Motivo Individual</i>	18	7	2	27
	<i>Motivo Económico</i>	3	9	0	12
	<i>Motivo Saúde</i>	3	1	0	4
	<i>Motivo Individual e Económico</i>	1	0	0	1
<i>Total</i>		25	17	2	44

Através do **quadro 9** podemos observar que as utentes que não estão legalizadas são aquelas que apresentam mais motivos para recorrer ao Serviço Social.

Os motivos individuais são os que mais se evidenciam, como já tínhamos referido a gravidez mal vigiada é o motivo mais comum. O que poderá estar relacionado com o medo da denuncia ao recorrer aos serviços de saúde. Relativamente às imigrantes em situação regular os motivos económicos são as causas mais referidas pelas utentes.

Gráfico 14 – Inscrição no Centro de Saúde



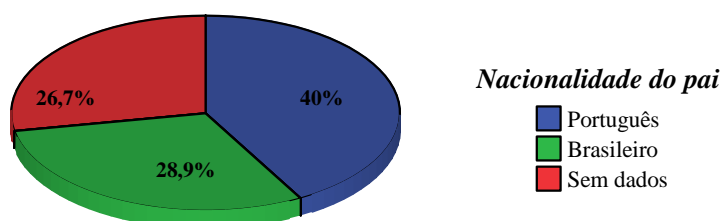
Neste grupo, 77,8% está inscrito no Centro de Saúde — o que corresponde a 35 utentes. Apenas três utentes não estão inscritas. No entanto, das 45 imigrantes, não foi possível obter sete respostas a esta questão. Verificou-se que as imigrantes brasileiras em situação irregular têm consciência dos seus direitos, visto que a maior parte das utentes não legalizadas estão inscritas no Centro de Saúde (e as 17 utentes que estão em situação regular estão todas inscritas nos Centros de Saúde, como podemos observar no quadro 10). Importa questionar-se, então, sobre a razão pela qual, *apesar de estar inscritas no Centro de Saúde*, as imigrantes foram encaminhada para o Serviço Social por problemas de saúde materna (gravidez). Existe factores, como ilegalidade ou legalidade da situação no território, que influencia a ida efectiva aos Centro de Saude?

Quadro 9 – Relação entre a legalização e a inscrição no Centro de Saúde

		Legalização (situação juridicamente regular no território português)			Total
		Não	Sim	Sem dados	
Inscrição no Centro de Saúde	Não	3	0	0	2
	Sim	17	16	2	35
	Sem Dados	5	1	0	6
Total		25	17	2	44

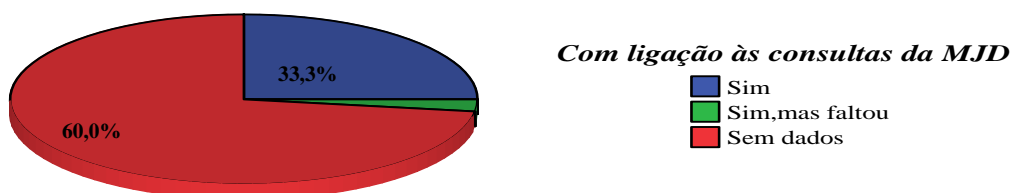
Como já foi referido, as imigrantes — mesmo numa situação irregular no território português — têm direito a aceder ao Serviço Nacional de Saúde, pois basta apresentar um documento da Junta de Freguesia da sua área de residência que certifique que se encontram a residir em Portugal há mais de 90 dias. Mesmo que a imigrante não possua o documento as unidades prestadoras de cuidados de saúde não podem recusar o atendimento (Circular Informativa n.º 12 de Maio de 2009).

Gráfico 15 – Nacionalidade do pai do recém-nascido



Relativamente à nacionalidade do pai do recém-nascido 40% são de nacionalidade portuguesa o que corresponde a 18 indivíduos e apenas 13 dos pais são brasileiros, o que se traduz numa percentagem de 28,9% da população em amostra. No entanto, é necessário mencionar que em 26,7% da população em estudo não existe dados sobre a nacionalidade.

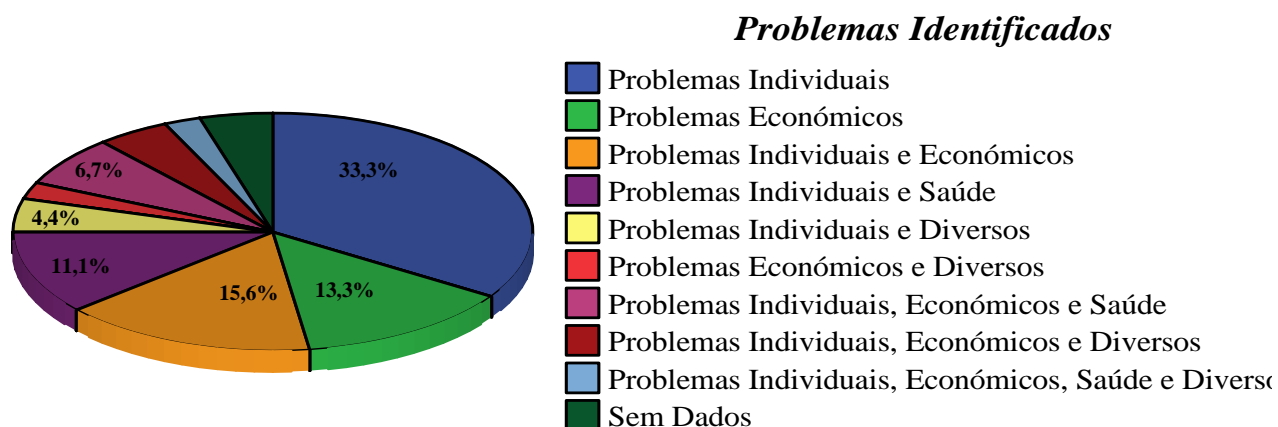
Gráfico 16 – Criança com ligação às consultas da Unidade MJD



Relativamente à ligação da criança às consultas na Unidade MJD, 33,3% das crianças ficaram com ligação às consultas de pediatria da Unidade MJD, o que corresponde a 15 crianças. Apenas duas crianças ficaram com consulta de pediatria marcada e faltaram, o que se traduz em 4,4% da amostra.

Não existe informação sobre 27 crianças teriam ou não ligação as consultas, o que corresponde a 60% da amostra. Este facto deve-se ao elevado número de mulheres que ainda estavam no período gravítico, 53,3% da amostra.

Gráfico 17 – Problemas identificados pelo Serviço Social



Em 33,3% foram identificadas nas utentes problemas individuais, o que corresponde a 15 mulheres imigrantes. Assim sendo, é importante referir dos motivos individuais a causa mais identificada pelo Serviço Social foi a imigração ilegal e a gravidez mal vigiada, como podemos verificar no **quadro 10**.

No **quadro 11** podemos dar conta da diversidade de problemas individuais que são identificados pelo Serviço Social. Muitas vezes os motivos porque as utentes são

encaminhadas ao Serviço Social não corresponde aos problemas que são identificados pelas Assistentes Sociais da Unidade MJD ou porque são identificados mais problemas do que aqueles que são identificados pelas utentes ou pelos profissionais de saúde.

Quadro 10 – Problemas individuais identificados pelo Serviço Social.

<i>Problemas</i>	<i>N.º</i>
<i>Imigrante ilegal</i>	22
<i>Gravidez mal vigiada</i>	9
Filhos anteriores ao cuidado de terceiros	7
Interrupção Voluntaria da Gravidez	4
Prostituição	3
Gravidez não desejada	3
Conflitos conjugais	2
Isolamento familiar	2
Violência doméstica	2
Carência de informação	2
Recém-nascido de risco	2
Falta de preparação para o parto	1
Filhos anteriores maltratados	1
Toxicodependente	1
Exigência de alta	1
Multiparidade	1
Abandono escolar	1

Das utentes que passaram pelo Serviço Social, foram identificados problemas económicos a 13,3%, 12 utentes. A dificuldade económica foi sem dúvida o problema que mais se evidenciou.

Quadro 11 – Problemas económicos identificados pelo Serviço Social.

<i>Problemas</i>	<i>N.º</i>
<i>Dificuldades económicas diversas</i>	22
Dependência de terceiros	1
Desemprego	1

Relativamente aos problemas de saúde recorreram ao Serviço Social, regista-se quatro utentes, o que corresponde a 8,9% da população em estudo. Podemos verificar no **quadro 13** que a saúde da utente é a causa que mais se destaca nos motivos de saúde.

Quadro 12 – Problemas de saúde identificados pelo Serviço Social.

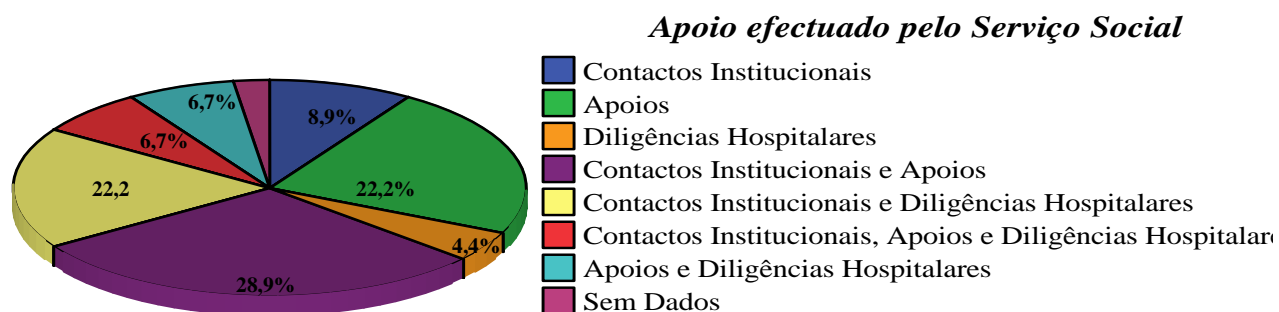
<i>Problemas</i>	<i>N.º</i>
<i>Saúde da Utente</i>	5
Bebé prematuro	4
Doença infecto-contagiosa	1

De observar que a causa mais identificada foi a dificuldade de acesso ao Centro de Saúde, o que poderá estar relacionada com a gravidez mal vigiada, a saúde da utente e com a situação irregular das imigrantes.

Quadro 13 – Problemas diversos identificados pelo Serviço Social.

Problemas	N.º
Dificuldades de acesso aos serviços do Centro de Saúde	4
Habitacionais	3
Dificuldades de inserção escolar	1

Gráfico 18 – Apoio prestado pelo Serviço Social



Em 28,9% das utentes a intervenção prestada passou pelos contactos com outras instituições como podemos verificar no **quadro 15**.

Quadro 14 – Contactos institucionais.

Instituições contactadas	Número de contactos
Contacto com o Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI)	14
Contacto com o Centro de Saúde	11
Contacto com Instituto da Segurança Social	3
Contacto com familiares	3
Contacto com Fundação FILOS (*)	2
Contacto com Albergue	1
Contacto com a Comissão de Protecção Crianças e Jovens	1
Contacto com Tribunal de Família e Menores	1
Contacto com o Departamento Central de Investigação e Acção Penal (DIAP)	1
Contacto com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)	1
Contacto com Associação Católica Internacional ao Serviço da Juventude Feminina (ACISJF)	1

(*) FILOS: A Fundação Filos é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, de iniciativa da Congregação dos Missionários Claretianos, constituída no dia 10 de Fevereiro de 1995 (FILOS, 2005).

O contacto com o Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) e com o Centro de Saúde foram os mais efectuados, o que mais uma vez estão relacionados com os motivos e problemas individuais. Como podemos verificar pelo **gráfico 18**, 22,2, % da intervenção das Assistentes Sociais passou pelos apoios. O apoio informativo e o apoio material foram os apoios mais prestados pelas Assistentes Sociais, da Unidade MJD.

Quadro 15 – Apoios

<i>Apoios</i>	<i>N.º</i>
<i>Apoio informativo</i>	24
<i>Apoio material</i>	17
Apoio psicossocial	6
Apoio senhas para refeição	2
Apoio em senhas para transporte	1

A intervenção por parte do Serviço Social passou, em 4,4% dos casos pelas diligências dentro da Maternidade, o que passa pelo acompanhamento, nas consultas de pediatria ou nas consultas de orientação para o planeamento familiar.

Quadro 16 – Diligências dentro da Maternidade

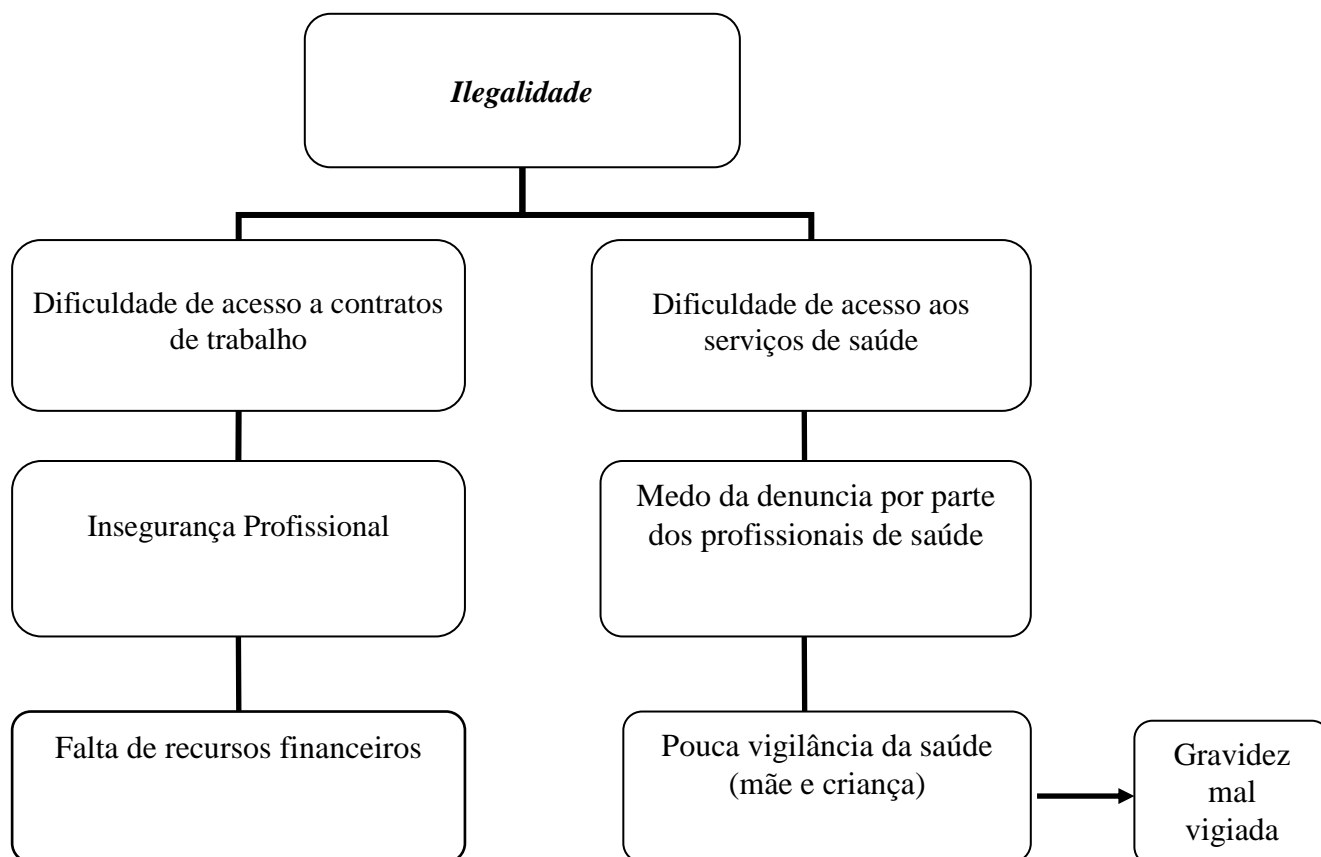
<i>Apoios</i>	<i>N.º</i>
<i>Acompanhamento nas consultas de pediatria</i>	5
<i>Orientação para o planeamento familiar</i>	5
Registo de Nascimento (no "Nascer Cidadão"(*))	2
Orientação para o Espaço Jovem	1
Orientação consulta de psicologia	1
Acompanhamento nas consultas de Psicologia	1
Encaminhamento para urgência	1
Expor ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	1

(*) Nascer Cidadão: O Programa "Nascer Cidadão" permite que os bebés possam ser registados nas Maternidades, logo após o nascimento e até ao momento da alta, via electronic (Unidade MJD, s/data).

Em suma, como podemos observar ao longo da apresentação dos dados, que as experiências que mais marcam a vida da população aqui em estudo são a ilegalidade, gravidez mal vigiada, dificuldades económicas, problemas de saúde da utente e dificuldades de acesso ao Centro de Saúde.

No entanto, o facto das mulheres/mães imigrantes estarem em situação irregular faz com que surjam estes e outros problemas. No diagrama 1, esquematizamos os problemas sentidos pela amostra em estudo:

Diagrama 1 – Sistematização dos problemas identificados



Wolffers *et al.* (2003, *cit. in* Dias & Gonçalves, 2007, p. 18) menciona que os imigrantes apresentam muitas vezes menor autonomia laboral e negligência nos mecanismos de protecção no trabalho, na protecção social e nos cuidados de saúde. Estas situações estão muitas vezes associadas a um estatuto irregular, que torna os imigrantes mais vulneráveis à exploração laboral e limita a capacidade para exercerem os seus direitos. Como, por exemplo, o livre acesso aos cuidados de saúde.

2.2. Interpretação dos resultados

De acordo com a população em estudo verificamos que de ano para ano tem aumentado o número de mulheres/mães imigrantes que se dirigem ao Serviço Social da Unidade MJD. Recorrem, sobretudo, no período gravítico apesar de grande parte ser orientada por outros profissionais (como médicos, enfermeiras, entre outros).

Observamos que a amostra já se encontra na fase adulta, entre os 25 e os 29 anos e é solteira, vive com um companheiro ou com familiares e apenas seis utentes vivem sós. A população em estudo não é suficientemente qualificada e, apesar de ter uma profissão, mais de metade das utentes não estão integradas no mercado de trabalho. Mais: são poucas a que vivem de rendimento próprio, o que se enquadra perfeitamente nas características da segunda vaga da imigração brasileira para Portugal.

Das 45 imigrantes brasileiras que passaram pelo Serviço Social durante os três anos, 25 não estão em situação legal em Portugal apesar de muitas já viverem no nosso país entre 2 e 4 anos. Relativamente à nacionalidade do pai do recém-nascido verificamos que na maior parte dos casos são portugueses.

Os motivos porque as utentes são referenciadas ao Serviço Social vão de encontro aos problemas identificados pelas Assistentes Sociais da Unidade MJD, caracterizados,

embora, pela diversidade. Falamos da situação de ilegalidade, da gravidez mal vigiada, de dificuldades económicas, de problemas de saúde da utente e de dificuldades de acesso ao Centro de Saúde. Questionamo-nos se o facto de estar em situação irregular não pesará, de facto, para a ocorrência destes problemas nas imigrantes brasileiras.

A intervenção feita pelas Assistentes Sociais a estas imigrantes passa, principalmente, pelo contacto com o CNAI, visto que é um espaço dedicado ao acolhimento e informação, criados para dar resposta aos problemas dos imigrantes, como a saúde e o emprego. A intervenção necessária para estas imigrantes não é simples, por grande parte delas estar ilegal, o que dificulta a resposta, tendo em conta a sua complexidade.

No entanto, é mais do que necessário criar respostas. Estas têm que ser adequadas às necessidades destas imigrantes, nomeadamente na sua integração. Verificamos que nesta amostra, não existe uma integração plena das imigrantes, quer nos serviços de saúde quer no emprego (ver **diagrama 1**).

Precisamos assim, de conhecer quais as suas necessidades e os seus problemas para poder melhorar o processo de integração desta população, contribuindo para a minimização das dificuldades inerentes ao seu processo integração.

Assim, a intervenção do Assistente Social da Unidade MJD deverá ir além do apoio psico-social, informativo, material e do encaminhamento para o CNAI e assumir uma posição de mediação. Isto é: propiciar a que estas mulheres tomem consciência crítica sobre a sua situação, numa perspectiva de auto-empoderamento (*self-empowerment*).

Nesta perspectiva, o apoio psico-social é, *prima facie*, fundamental porque se dirige aos problemas concretos que as pessoas enfrentam. O que é central à razão de ter de lidar com esses problemas é a dificuldade da pessoa enfrentar e resolver ela própria a situação de

vida que lhe causa esse problema que ela não se sente em condições de resolver por si (Silva, 2001, p. 26).

O apoio informativo é importante para dissipar as dúvidas e esclarecer questões. No CNAI o imigrante encontra, num mesmo espaço, as instituições/gabinetes que lidam com seus problemas e procuram dar resposta a todas as questões trazidas pelos imigrantes, nomeadamente:

- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI);
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF);
- Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT);
- Segurança Social;
- Conservatória dos Registos Centrais (IRN);
- Ministério da Educação;
- Ministério da Saúde (ACIDI, 2009, p. 301).

Assim, o CNAI funciona como uma “*Loja do Cidadão*” para o imigrante.

2.3. Lições Práticas

A situação de ilegalidade, a falta de recursos financeiros, insegurança profissional e a dificuldade no acesso à saúde são as experiências que mais marcam as mulheres/mães

imigrantes brasileiras. O facto dos imigrantes estarem indocumentados no nosso país faz com que muitas vezes os seus direitos sejam violados, mesmo quando estes estão consagrados na lei, como já tivemos a oportunidade de demonstrar. Diversos motivos são apontados como causadores da fraca adesão dos imigrantes aos cuidados de saúde em Portugal.

Como sobressai do estudo empírico efectuado na Unidade MJD, a situação de ilegalidade, da gravidez mal vigiada, de problemas de saúde da utente e de dificuldades de acesso ao Centro de Saúde são problemas que as mulheres/mães imigrantes têm que lidar no seu dia-a-dia em Portugal. Os diferentes motivos que levam a fraca adesão dos imigrantes aos serviços de saúde fazem com que as mulheres/mães imigrantes em Portugal tenham acompanhamento reduzido, tardio ou até inexistente.

Daí surgir a necessidade de criar um conjunto de soluções possíveis aos problemas identificados, mais precisamente, para a fraca adesão dos imigrantes aos cuidados de saúde. De forma a contribuir para que os imigrantes tenham pleno acesso ao que em cada país está estatuído, é também importante que estes sejam informados sobre os seus direitos.

Como Fonseca *et al.*, (2009, p.5) refere para combater, com êxito, as necessidades relacionadas com a saúde dos imigrantes e das minorias étnicas, e para salvaguardar a saúde pública, numa população cada vez mais multicultural, é fundamental promover as boas práticas e o intercâmbio de informações.

De acordo com Fonseca *et al.* (2007) os serviços de saúde devem disponibilizar meios para limitar as barreiras e dar respostas ajustadas e sensíveis às especificidades destas populações. Em suma, é necessária uma reorganização dos serviços de saúde que permita um maior ajustamento e adaptação a esta realidade. Todavia, não podemos deixar de referir todos os esforços que se tem feito para combater a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes em Portugal. A Direcção-Geral de Saúde com o objectivo

de informar e capacitar os serviços de saúde sobre as condições de acesso destes cidadãos ao SNS emite regularmente circulares e notas informativas, a saber:

- Circular Informativa n.º 14 DSPCS de 02/04/2002;
- Circular Informativa n.º 48 DSPCS de 30/10/2002;
- Circular Informativa n.º 65 DSPCS de 26/11/2004;
- Circular Informativa n.º 12 de Maio de 2009.

O II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010-2013 (PII) tem como finalidade promover a coesão social e a igualdade de oportunidades e favorecer a integração dos imigrantes na sociedade portuguesas. No campo da saúde o PII prevê um conjunto de medidas para promover o acesso aos cuidados de saúde, um plano de formação para interculturalidade dos profissionais do SNS, a implementação de um programa de serviços de saúde amigos do imigrante, o desenvolvimento de parcerias com vista a promoção do acesso dos imigrantes com diferentes actores sociais, entre outras medidas.

Através de um protocolo com o Ministério da Saúde, assinado em Dezembro de 2003, foi criado o Gabinete de Saúde do CNAI. Os objectivos deste gabinete passam por identificar os problemas de acesso aos cuidados de saúde, informar sobre os direitos e deveres dos imigrantes, desbloquear situações de acesso em articulação com centros de saúde, hospitais e/ou instituições promotoras de saúde e acompanhar e encaminhar utentes em situações de carência social e de cuidados de saúde (Horta & Carvalho, 2007, p. 181). É também importante salientar as diversas iniciativas que são promovidas por entidades não governamentais cuja sua finalidade passa por assegurar a plena integração dos imigrantes.

No entanto, todas estas iniciativas parecem ser insuficientes para combater a dificuldade que os imigrantes sentem em aceder aos serviços de saúde em Portugal. Segundo Dias & Gonçalves (2007) é fundamental reconhecer ao nível dos responsáveis políticos, que não basta que o sistema prestador esteja disponível, mas é necessário que seja acessível.

Após a revisão bibliográfica, anteriormente efectuada, foi-nos possível perceber que um dos motivos que impedem o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde é a falta de informação que por parte dos profissionais de saúde como por parte dos imigrantes. Assim sendo, a capacitação dos profissionais de saúde é um campo essencial para a integração nos serviços de saúde dos imigrantes. Como afirmam Fonseca *et al.* (2007, p. 39) desconhecimento dos direitos dos imigrantes por parte de alguns profissionais de saúde, ou a negação arbitrária da prestação de tratamento médico a imigrantes indocumentados, sugerem que devem ser criados mecanismos mais fortes, a nível local, de implementação das leis vigentes.

Assim recomendamos que os serviços de saúde em Portugal promovam acções de formação sobre os direitos e deveres na área da saúde dos imigrantes para todos os profissionais que trabalham na área da saúde. Como confirma Fonseca *et al.* (2009) onde refere que o conhecimento da diversidade cultural deve merecer a atenção dos responsáveis através da organização de acções de formação que abranjam todos os níveis hierárquicos dos profissionais de saúde. Contudo, é fundamental também o envolvimento das comunidades imigrantes no processo de informação sobre os seus direitos e deveres, pois o desconhecimento da legislação não parte apenas dos profissionais de saúde. Por isso, aconselhamos que os imigrantes tenham um maior acompanhamento por parte dos serviços sociais da área da saúde.

Como já foi mencionado, o trabalho realizado pelas Assistentes Sociais da Unidade MJD passa maioritariamente pelo apoio informativo e pelo contacto com o CNAI e com os serviços de saúde. O que faz com que as imigrantes estejam mais familiarizadas com os

seus direitos e que os outros serviços prestam apoio no campo da saúde estejam mais sensíveis aos problemas apresentados pelas utentes.

Outra medida que se poderia adoptar era descentralização do Gabinete de Saúde do CNAI para os principais centros de saúde e hospitais centrais. As utentes iriam ser atendidas por mediadoras socioculturais, o que é importante como factor de acolhimento e de proximidade. O facto de os mediadores falarem a mesma língua, conhecerem as diferentes culturas e, muitas vezes, terem vivido experiências migratórias idênticas a quem os procura é um critério bastante importante para o acolhimento dos utentes nos serviços de saúde. Esta medida iria contribuir para a difusão da informação, que é, maior parte das vezes, apontada como factor determinante para a fraca adesão aos cuidados de saúde dos imigrantes por parte dos imigrantes, quer nos imigrantes como nos profissionais de saúde.

Este gabinete, situado nos serviços de saúde iria fazer com que fosse garantido o acesso dos imigrantes a cuidados de saúde, melhorassem a sensibilidade cultural, incluindo os meios para ultrapassar as barreiras linguísticas, promoção da compreensão das diferentes religiões de modo a providenciar sempre que possível médicos do mesmo sexo do paciente, entre outras.

Outro aspecto positivo desta medida é que a partir de uma melhor compreensão dos determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde na população imigrante poderá ser de grande utilidade para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde mais adequados, que contribuam de forma efectiva para minimizar os seus problemas de saúde (Dias & Gonçalves, 2007).

A comunicação entre diferentes parceiros sociais e os serviços de saúde também é fundamental para a adesão dos imigrantes aos cuidados de saúde. Outras entidades, onde os imigrantes sejam acompanhados, devem também garantir que estes também tenham os seus direitos assegurados. Como já referimos anteriormente, devemos assumir uma posição

de mediação para com os imigrantes, isto é, propiciar a que estas mulheres tomem consciência crítica sobre a sua situação, numa perspectiva de auto-empoderamento.

Neste contexto, deve-se também incentivar a participação e empowerment destas comunidades para que adoptem um papel activo na melhoria da sua saúde. A um nível mais abrangente é importante a promoção de parcerias comunitárias que facilitem a identificação dos principais problemas e das soluções mais adequadas (Dias & Gonçalves, 2007, p. 22).

Conclusão

Com a realização deste trabalho, pretendeu-se compreender quais as experiências que marcam a vida das mulheres/mães brasileiras que recorrem ao Serviço Social da Unidade MJD, no período de três anos (de 2006 a 2008), uma vez que, estas mulheres encontram-se fragilizadas, à partida, devido ao momento da maternidade. Foi possível perceber que existem conjunto de causas que levam as pessoas a emigrar, assim como a procura de uma vida melhor, reagrupamento familiar ou até mesmo por conflitos conjugais.

Muitas imigrantes sentem dificuldades em conseguir um título legal, que, no entanto, as não impediu de viajarem até ao nosso país. O facto de estarem ilegais agrava a sua situação como imigrante levando-as muitas vezes a situações de precariedade e vulnerabilidade. Estas imigrantes sentem dificuldades em conseguir um contrato de trabalho o que faz com que sintam dificuldades em ser pelo trabalho exercido. Têm medo da denúncia, do não sabem a quem recorrer, por recearem virem a ser expulsas do país. Deparamo-nos assim, com uma realidade muito precária, vulnerável e cheia de obstáculos que se complicará mais com a gravidez ou com a maternidade.

De acordo com a literatura consultada, verifica-se que o acesso aos cuidados de saúde é um dos maiores obstáculos que os imigrantes enfrentam nos países de acolhimento. Contudo, o direito à saúde constitui um direito humano fundamental, independentemente da nacionalidade, língua, religião ou convicções políticas, que está regulamentado na lei portuguesa. Portanto, todos os imigrantes têm o direito e o dever de protecção da sua saúde em Portugal

Nesta vertente as dificuldades dos imigrantes prendem-se essencialmente com a falta de informação, tanto dos imigrantes como dos próprios serviços de saúde, em relação aos direitos e deveres dos imigrantes no SNS.

Devido ao estado vulnerável em que se encontram as mulheres/mães imigrantes ilegais é necessário garantir algumas condições que estão consagradas na legislação Portuguesa.

Sendo assim, é necessário identificar prioridades de intervenção, avaliar necessidades específicas e estabelecer políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas, que produzam efeitos reais na redução de riscos e vulnerabilidades e permitam obter ganhos efectivos de saúde nestas comunidades, assim como nas comunidades de acolhimento (Grove, 2006, *cit. in* Dias & Gonçalves, 2007).

Uma das limitações deste estudo é o facto de não ter sido possível contactar directamente com estas imigrantes, para que nos pudessem responder a questões, por elas vividas, às quais nos era impossível obter resposta. Por exemplo, o *motivo* da imigração (*push/pull factors*), visto que o processo social das utentes não continha essa informação.

Para um próximo estudo sugerimos o contacto com estas mulheres/mães imigrantes, que passem por situações de ilegalidade, ou mesmo com as famílias destas imigrantes que são suportes fundamentais para estruturar uma boa intervenção. Se pensarmos neste tipo de famílias, fará todo o sentido uma intervenção com toda a família desta imigrante para, de alguma forma, tentar entender o tipo de dificuldades com que se deparam.

Por outro lado, dever-se-á ultrapassar a perspectiva do apoio, e assumir espaços de mediação. Como acima referimos, propiciar a que estas mulheres tomem consciência crítica sobre a sua situação, numa perspectiva de auto-empoderamento, para a resolução sustentada da sua situação. Acreditamos que desta forma será possível equacionar uma intervenção social mais ajustada às reais necessidades das distintas situações.

Bibliografia

ACIDI. (2009). É fundamental dizer aos imigrantes que têm o direito de aceder aos serviços de saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=2714>>. [Consultado em 12/06/09].

ACIDI. (s/data). Imigração em Portugal Enquadramento Legal – Folheto Informativo. [Em linha]. Disponível em <<http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/rm/Brochuras/enquadramento.pdf>>. [Consultado em 12/05/09].

ACIDI. IP. (2011). Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.acidi.gov.pt/noticias/visualizar-noticia/4e2d85774d29e/relatorio-de-imigracao-fronteiras-e-asilo-rifa-2010->>. [Consultado em 25/07/2011].

ACIDI. (2009). *Imigração em Portugal – Informação Útil*. Lisboa, Edições Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), pp. 74 - 301.

Albuquerque, R. (2005). Para uma Análise Multidimensional da Situação das Mulheres: As Relações de Género, Classe e Etnicidade. In: SOS Racismo. *Imigração e Etnicidade – Vivências e Trajectórias de Mulheres em Portugal*. Lisboa, SOS Racismo, pp. 37 – 48.

Casqueira Cardoso, J. (2007). Immigration to Portugal, *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, Volume 4, Issue 4, pp. 3-18.

Casqueira Cardoso, J. (2010). Portugal, In: Segal, U., Elliott, D., Mayadas, N., *Immigration Worldwide — Policies, Practices, and Trends*, Oxford, Oxford University Press, pp. 274-285.

Canavarro, M.C. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In: Canavarro, M. C. (ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, Quarteto Editora, pp.17 – 50.

Canavarro, M.C., Ramos, M. M. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a07.pdf>>. [Consultado em 29/04/09].

Castro, F. V. de (2008). *A Europa do Outro – A Imigração em Portugal no início do Século XXI – Estudo do caso dos imigrantes da Europa de Leste no concelho de Vila Viçosa*. Lisboa, Edições Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), pp. 56 -151.

Decreto-Lei 176/2003 de 2 de Agosto. [Em linha]. Disponível em <http://www.cga.pt/Legislacao/DL_20030802176.pdf>. [Consultado em 12/06/09].

Decreto-Lei n.º 70/2000 de 4 de Maio. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.fc.up.pt/leis/DL.70.2000.PDF>>. [Consultado em 25/08/11].

Dias, S., Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. In: Dias, S. *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007*. Lisboa, Edições Alto Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural (ACIDI, IP), pp.15-26.

Dias, S. F., Rocha, F. C. (2009). *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras – Um Estudo Qualitativo*. Lisboa, Edições Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, IP), pp. 23-125.

Direcção-Geral da Saúde. (2009). Circular Informativa nº 12 de Maio de 2009. [Em linha]. Disponível em <www.portint/noticias/dgs12.pdf>. [Consultado em 12/06/09].

Diniz, E.C. (2005). A Mulher Brasileira na Imigração em Portugal. *In: SOS Racismo. Imigração e Etnicidade – Vivências e Trajectórias de Mulheres em Portugal*. Lisboa, SOS Racismo, pp. 199 – 203.

Fernandez, G. (2008). Viver e conviver Além-Mar: A simpatia de imigrantes brasileiras em Lisboa. [Em linha]. Disponível em <<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/381.pdf>>. [Consultado em 29/04/09].

FILOS (2005). Caracterização da Fundação FILOS. [Em linha]. Disponível em <<http://www.filos.com.pt/noticias/index.php?id=1>>. [Consultado em 29/04/11].

Fonseca, M.L. *et al.* (2009). Mighealthnet – Relatório sobre o Estado de Arte em Portugal. [EmLinha]. Disponível em <http://www.ceg.ul.pt/mcm/PDFs/MighealthnetSOAR_por.pdf>. [Consultado em 08/06/2010].

Fonseca, M. L. *et al.* (2007), Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *In: Dias, S.. Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007*. Lisboa, Edições Alto Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural (ACIDI, IP), pp. 27-43.

Góis, P. *et al.* (2009). Segunda ou terceira vaga? As características da imigração brasileira recente em Portugal. *In: Padilla, B. & Xavier, M. Revista Migrações - Número Temático Migrações entre Portugal e América Latina*. Lisboa, Edições Alto Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural (ACIDI, IP), pp. 19 – 121.

Horta, R., Carvalho, A. (2007), O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. *In: Dias, S., Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*. Lisboa, Edições Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), pp. 179-186.

Leal, I. (2005). Da Psicologia da Gravidez à Psicologia da Parentalidade. *In: Leal, I. (Ed.). Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa, Edições Fim de Século, pp. 9 – 22.

Machado, I. J. R. (2007). Reflexões sobre a imigração brasileira em Portugal. [Em linha]. Disponível em <<http://nuevomundo.revues.org/index5889.html>>. [Consultado em 12/05/09].

Marconi, M. A., Lakatos, E. M. (2008). *Metodologia Científica*, 5ª ed.. São Paulo, Editora Atlas S.A..p. 46.

Malheiros, J. (2007). Os Brasileiros em Portugal – a síntese do que sabemos. *In: Malheiros, J. Imigração Brasileira em Portugal*. Lisboa, Edições Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), pp.11 – 38.

Malheiros, J., Baganha, M. I. (2001). Imigração ilegal em Portugal: padrões emergentes em inícios do séc. XXI. [Em linha]. Disponível em <<http://www.casadobrasil.info/UserFiles/File/pdfs/imigracao-ilegal-pt.pdf>>.[Consultado em 12/05/09].

Malheiros, J.M. (2011). *Promoção da Interculturalidade e da Integração de Proximidade*. Lisboa, Edições Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, IP).

Marroni, M. G. (2007). La diáspora femenina latinoamericana: entre Europa y Estados Unidos. In: *Cadernos de Estudos Latino-Americanos – Las nuevas diásporas*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa, pp. 59 - 62.

Médicos do Mundo (2010). Dia Internacional dos Migrantes. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.medicosdomundo.pt/index.jsp?page=news&lang=pt&newsId=518>>. [Consultado em 08/06/2010].

Ministério da Saúde (s/data). Decreto-lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/estatuto+do+sns/estatuto+sns.htm>>. [Consultado em 08/05/2011].

Ministério da Saúde (s/data). Despacho n.º 25 360/2001. [Em Linha]. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/docs/desp_25_360_01_imi.pdf>. [Consultado em 08/05/2011].

Ministério da Saúde (s/data). Lei de Bases da Saúde. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>>. [Consultado em 08/05/2011].

Ministério da Saúde (s/data). Lei n.º 59/79 de 15 de Setembro. [Em Linha]. Disponível em <http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Lei_n.%C2%BA_56/79_de_15_de_Setembro>. [Consultado em 08/05/2011].

Ministério da Saúde (s/data). Decreto-lei 135/99 de 22 de Abril. [Em Linha]. Disponível em <http://intranet.uminho.pt/Arquivo/Legislacao/CienciaTecnologia/DL_135_99.pdf>. [Consultado em 08/05/2011].

Oliveira, A., Galego C. (2005). *A Mediação Sócio-Cultural: Um Puzzle em Construção*. Lisboa, ACIME, pp. 39 – 47.

OSCE (Organization for Security and Cooperation in Europe) (2009). Guide on Gender-Sensitive Labour Migration Policies. [Em Linha]. Disponível em <http://www.osce.org/publications/eea/2009/05/37689_1289_en.pdf>. [Consultado em 29.05.09].

Padilla, B. (2007). A Imigrante Brasileira em Portugal: Considerando o Género na Análise. *In: Malheiros, J. Imigração Brasileira em Portugal*. Lisboa, Edições Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), pp. 113 – 134.

Pereira, F.S., Sertório, E. (2004). *Mulheres Imigrantes*. Lisboa, Edições Ela por ela, pp. 19 -126.

Pontes, L. (2004). Mulheres brasileiras na mídia portuguesa. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n23/n23a08.pdf>>. [Consultado em 29.05.09].

Ramos, N. (2010). Género e Migração – Questionando Dinâmicas, Vulnerabilidades e Políticas de Integração e Saúde da Mulher Migrante. [Em Linha]. Disponível em <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278173824_ARQUIVO_NataliaRamosFG9.pdf>. [Consultado em 08/06/2010].

Richardson, R.J. (2008). *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*, 3ª ed.. São Paulo, Editora Atlas S.A., p.46.

SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) (2011). Estatísticas. [Em linha]. Disponível em < <http://sefstat.sef.pt/distritos.aspx> >. [Consultado em 20.06.11].

Silva, L.F. da (2001). *Intervenção Psico-Social*. Lisboa, Universidade Aberta, p. 26.

Sopa, M.J.P. (2009). Representações e Práticas da Maternidade em Contexto Multicultural e Migratório. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1343>>. [Consultado em 12.06.09].

Unidade Maternidade Júlio Dinis (s/data). Nacer Cidadão. [Em linha]. Disponível em <<http://www.mjd.min-saude.pt/Nascercid.htm>>. [Consultado em 12.06.11].

Vianna, C. (2003). A Comunidade Brasileira Em Portugal. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.casado brasil.info/UserFiles/File/pdfs/art-comunidade-brasileira.pdf>>. [Consultado em 25.03.09].

Xavier, M. (2007). Redescobrimo o Brasil – Processos Identitários de Brasileiros em Portugal. Lisboa, Edições Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (Acidi, I.P.), pp. 79 – 80

Wall, K., Nunes, C. & Matias, A.R. (2005). Female Migration Vision - Immigrant Women in Portugal: migration trajectories, main problems and policies. [Em linha]. Disponível em <http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2005/wp2005_7.pdf>. [Consultado em 08.06.09].

WHO (World Health Organization) (s/data). Maternal Health. [Em Linha]. Disponível em <http://www.who.int/topics/maternal_health/en/>. [Consultado em 08/06/2010].

ANEXO

Questionário (Estudo empírico)

Ficha de Caracterização Social

Identificação

1. Processo social n°

2. Processo obstetrícia n°

Referência ao S.S.:

Momento:

Motivo (pedido que foi feito):

Idade (à data da referencia ao S.S.):

Escolaridade:

Estado Civil:

Legalização:

Há quantos anos vive em Portugal:

Com quem vive:

Tipo de agregado:

Profissão:

3. Situação profissional:

Recursos financeiros:

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
<i>Trabalho</i>		
<i>Família</i>		
<i>Segurança Social</i>		
<i>RSI</i>		
<i>Outros</i>		

Inscrita no Centro de Saúde:

Sim Não

Com medico de família:

Sim Não

Recém-nascido:

Data de nascimento:

Naturalidade do pai:

Com ligação às consultas da MJD:

Problemas identificados pelo Serviço Social:

Apoio efectuado pelo Serviço Social:

Observações: