

MIGRAÇÃO, MATERNIDADE E SAÚDE

MIGRATION, MATERNITÉ ET SANTÉ

MIGRATION, MOTHERHOOD AND HEALTH

Maria Natália Ramos¹

RESUMO: O processo migratório poderá favorecer o desenvolvimento, o bem-estar, a saúde e novas oportunidades identitárias, sociais e económicas como, igualmente, provocar a inadaptação, o disfuncionamento, o sofrimento e a doença. São particularmente as mães e as crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida as mais vulneráveis às rupturas e às transformações resultantes do processo migratório. O texto analisa algumas das principais problemáticas familiares, de género e de saúde que se colocam às mulheres e mães migrantes, alguns dos desafios colocados pela migração ao nível

das identidades, das relações familiares e das práticas de maternidade e sanitárias, assim como, algumas das estratégias e políticas tendo em vista o bem-estar, os direitos, a saúde e o desenvolvimento das mães, crianças e famílias migrantes.

Palavras-chave: Migração. Maternidade. Família Migrante. Mulher Migrante. Saúde.

RÉSUMÉ: Le processus migratoire peut favoriser le développement, le bien-être, la santé et de nouvelles opportunités identitaires, sociales et économiques, comme il peut également, être à l'origine de l'inadaptation, de dysfonctionnements, de souffrances et de la maladie. Les mères et les enfants, surtout dans les premières années de la vie, sont particulièrement vulnérables aux ruptures et aux changements résultant du processus migratoire. Ce texte analyse quelques-unes des principales problématiques familiales, de genre et de santé qui se posent au

¹ Professora Associada da Universidade Aberta, DCSG, Lisboa; Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI). Fundadora e Directora/Coordenadora do Mestrado em Comunicação em Saúde (1997-2011) da Universidade Aberta; Doutorada em Psicologia Clínica Intercultural pela Universidade de Paris V, Sorbonne; Psicóloga.



xfemmes migrantes, quelques-uns des défis posés par la migration au niveau des identités, des relations familiales et des pratiques de maternage et sanitaires, et quelques-unes des stratégies et politiques ayant pour objectif le bien-être, les droits, la santé et le développement des mères et des enfants migrants.

Mots de Clés: Migration. Maternité. Famille Migrante. Femme Migrante. Santé.

ABSTRACT: The migratory process should be able to favor the development, the wellbeing, the health and new social, economic and identity opportunities, as well as, to provoke unsuitableness, lack of development, suffering and illness. Particularly the mothers and the children, mostly in their first years of life are more vulnerable to the ruptures and the results of changes due to the migratory process. The text analyzes some of the main familiar problems such as gender and health faced by the women and migrant mothers and some of the challenges posed by the migration to the level of the identities, the familiar relations, maternity and sanitarian practices as well as, some of political strategies aimed at focusing the wellbeing, their rights, the health and the development of the mothers, the children and the migrant family.

Keywords: Migration. Maternity. Migrant Family. Migrant Woman. Health.

Introdução

Todos os dias é um vai-e-vem
A vida se repete na estação
Tem gente que chega prá ficar
Tem gente que vai

Prá nunca mais..

Tem gente que vem e quer voltar
Tem gente que vai, quer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar
E assim chegar e partir...
São só dois lados
Da mesma viagem
O trem que chega
É o mesmo trem
Da partida...

Milton Nascimento, Encontros e Despedidas.

Na contemporaneidade, as questões da multiinterculturalidade e das migrações são da maior importância no contexto do mundo globalizado, estão no centro das preocupações da maioria dos Estados, nomeadamente da União Europeia e de Portugal, e colocando novos desafios à sociedade e às políticas do século XXI, nos diferentes sectores.

O aumento da globalização e dos fluxos migratórios fez aumentar os contactos interculturais e a coabitação com a diversidade cultural. Esta multiculturalidade faz com que as sociedades, nomeadamente a europeia e portuguesa, os Estados e as diferentes instâncias sociais, sejam confrontadas com uma grande heterogeneidade linguística, cultural e comportamental dos seus utentes, profissionais e cidadãos, o que exige a adoção de práticas, estratégias e políticas adequadas para fazer face a estas novas realidades sociais, culturais, educacionais, comunicacionais e sanitárias, um melhor conhecimento da diversidade cultural, assim como o desenvolvimento de competências para gerir a complexidade das interações entre pessoas e grupos de culturas diferentes.

No mundo aberto e plural de hoje, com a globalização e os novos meios e tecnologias de informação e comunicação, com os media, a internet, as facilidades de deslocação e os meios de transporte rápidos, a diversidade cultural e o Outro têm um outro estatuto e imagem. A diversidade cultural, o Outro, não está longínquo, mas está mais próximo e presente no quotidiano, coabita conosco, nos espaços públicos, nas instituições, e reclama respeito e direitos. Temos uma diversidade cultural que encontramos no seio dos Estados, das cidades, no dia a dia, relacionada à abertura ao mundo, à globalização e à cidadania.

Uma das principais figuras do Outro e da diversidade cultural é o Migrante, aquele para quem a migração poderá aumentar a liberdade, melhorar as condições de vida, alargar o acesso aos serviços básicos, à escolaridade, à saúde e à participação, e constituir um factor importante de desenvolvimento, se lhe for proporcionado acolhimento e contextos social, educacional, sanitário e político adequados.

O processo migratório não é simplesmente sinónimo de encontro cultural, já que implica uma



adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento, a um meio novo, desconhecido ou hostil. Esta adaptação vai depender de factores múltiplos, relacionados com aspectos específicos da aculturação, e exige muitas mudanças. Algumas destas mudanças poderão ser positivas, especialmente no que se refere à melhoria das condições socioeconómicas, à educação e à saúde; outras poderão originar dificuldades de adaptação, problemas psicológicos e *stress* de aculturação. Muitos migrantes carregam frequentemente uma dupla vulnerabilidade (psicológica e social) e uma dupla exclusão (do país/cultura de origem e do país/cultura de acolhimento).

Muitos migrantes nacionais e internacionais são confrontados com fronteiras de identidade, vulnerabilidade e pobreza, com fronteiras de comunicação, preconceito, estereótipo e racismo, que os conduzem a situações de sofrimento, desilusão, isolamento e exclusão, as quais podem afectar sua integração, saúde mental e física, o acesso aos cuidados de saúde e à prevenção, a capacidade para reclamar e defender os seus direitos e o exercício de cidadania.

Todavia, no mundo globalizado de hoje, os indivíduos continuam a deslocar-se dentro ou fora dos seus territórios, em busca de melhores perspectivas e condições de vida. Os fluxos migratórios são hoje mais numerosos, mais rápidos, mais diversificados e mais complexos que no passado, atingindo todos os continentes, géneros, classes sociais, gerações e os vários domínios da vida pública; estas deslocamentos devendo ser consideradas como um direito humano fundamental, tal como é consagrado no artigo 13º da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, adoptada em 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU).

A migração ocorre, sobretudo no interior dos países, estimando-se que haja aproximadamente 740 milhões de migrantes internos, 224 milhões de migrantes internacionais, em que cerca de 100 milhões são mulheres e 14 milhões de migrantes devido à insegurança, a catástrofes ou a guerras (ONU).

A feminização das migrações internacionais faz parte da nova era das migrações, quer seja no quadro do reagrupamento familiar, quer seja como migrantes autónomas, existindo cada vez mais mulheres que emigram sozinhas com projectos mi-

gratórios independentes da reunificação familiar, prevendo-se um aumento crescente da migração feminina. Cada vez mais, mulheres escolarizadas e provenientes de meios urbanos emigram de forma independente, enquanto trabalhadoras, chefes de família e suporte financeiro e familiar.

Contudo, um terço das migrações internacionais são migrações familiares, a reunificação familiar sendo a principal via de entrada da imigração para a União Europeia e os EUA, verificando-se que 75% dos fluxos migratórios anuais são constituídos por cônjuges, filhos e outros familiares. No contexto europeu actual, a migração feminina representa 53,4% da população imigrante na Europa.

Em Portugal, o INE (2011) regista 443 055 estrangeiros com título de residência válido, a comunidade brasileira constituindo a maior população estrangeira a residir em Portugal, correspondendo a 25% da comunidade estrangeira residente no país, seguida pela população da Ucrânia, Cabo Verde, Roménia e Angola.

A comunidade imigrante está concentrada nas principais cidades: Lisboa, Faro, Setúbal, Porto, Aveiro, Coimbra e Braga. Em Portugal, o número de mulheres estrangeiras aumentou nos últimos anos, face ao número de homens: cerca de 45% da população imigrante a residir em Portugal são do sexo feminino. As mulheres brasileiras são as mais numerosas, seguidas das mulheres originárias de Cabo Verde, Ucrânia e Angola.

Os Censos de 2001 registavam um total de 3, 650.757 famílias em Portugal, 86.140 sendo famílias de origem estrangeira.

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009) destacava que, em 2008, nasceram em Portugal 13.802 crianças em que um, ou ambos os pais eram estrangeiros, reunindo 13% da totalidade dos nascimentos neste ano, sendo os brasileiros os que contribuem com o maior número de crianças e que se mantêm em primeiro lugar na união com portugueses.

A migração implica uma adaptação à cultura de acolhimento, a um ambiente novo, desconhecido ou hostil. Constitui uma experiência de perda, ruptura e mudança, vivenciada pelo indivíduo, de uma forma mais ou menos traumatizante ou harmoniosa, segundo os seus recursos psicológicos e



sociais, as características da sociedade dominante, as condições de acolhimento e as políticas do país receptor, nomeadamente as migratórias.

Com efeito, o acolhimento, a integração e a saúde dos migrantes, nas sociedades receptoras, estão relacionados com um conjunto complexo e variado de factores, onde se destacam factores psicológicos, sociais, económicos, culturais e políticos, que reenviam ao estatuto social, económico e jurídico do indivíduo e família migrantes na sociedade de acolhimento, às suas redes sociais e de suporte, às atitudes da sociedade de acolhimento e às políticas dos governos e dos Estados.

As migrações têm colocado a nível internacional e nacional, aos diversos países, organizações e governos, nomeadamente, à União Europeia e a Portugal, numerosos desafios e conduzido à implementação de muitos programas e políticas para responder às necessidades destas populações e aos profissionais que lidam com diferentes grupos étnico-culturais.

Políticas de Integração e de Saúde dos Migrantes

A migração constitui um desafio importante para os Estados, nomeadamente ao nível da ordem jurídica, assumindo particular importância a definição dos direitos dos trabalhadores migrantes e de suas famílias. É neste contexto que foi adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução nº 45/158, de 18 de Dezembro de 1990) a “*Convenção Internacional sobre a Protecção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias*”, que entrou em vigor em 2003. Esta Convenção tem como objectivo a protecção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas que emigram e de suas famílias, através da implementação de legislação adequada e boas práticas nacionais. Entre os direitos defendidos nesta Convenção, está o direito de receber cuidados médicos em situação de igualdade com os nacionais do Estado de residência, estes cuidados médicos urgentes não podendo ser recusados mesmo em situação irregular de permanência (Artº 28).

As questões dos direitos e da saúde das populações migrantes estão no centro das preocupações dos Estados, em particular da União Europeia e de

Portugal. Neste contexto, várias estratégias e políticas têm sido desenvolvidas tendo em vista a protecção, a defesa dos direitos e a integração das populações migrantes, nomeadamente, a promoção da saúde e bem-estar das famílias e das mulheres migrantes. Com efeito, o direito à saúde constitui um direito fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos.

No contexto europeu, a *Convenção Europeia de Assistência Social e Médica e a Carta Social Europeia* (2006), constituem instrumentos fundamentais para a garantia dos direitos de protecção social e de saúde, em situação de igualdade com os nacionais, da população estrangeira residente nos Estados membros do Conselho da Europa.

Ao nível europeu foi desenvolvido o Projecto *Migrants – Friendly Hospitals – MFH (2002-2005)*, tendo como objectivo identificar áreas de intervenção neste domínio com vistas a facilitar o acesso à saúde dos migrantes, a reduzir as barreiras linguísticas e a iliteracia dos utentes e a promover cuidados de saúde culturalmente competentes (SCHULZE, 2002).

Um dos produtos deste projecto europeu foi a *Declaração de Amsterdã para Hospitais Amigos dos Migrantes numa Europa Etnoculturalmente Diversificada* (WHO, 2004), onde são feitas recomendações para uma política de saúde de acolhimento às populações migrantes e onde foram seleccionadas três áreas de intervenção prioritárias: melhoria da interpretação e tradução na comunicação clínica; produção de informação amigável do migrante e formação em cuidados materno-infantis; formação dos profissionais de saúde para a aquisição de competências culturais, de modo a capacitar os profissionais para uma melhor gestão da interculturalidade, nomeadamente em contexto hospitalar.

Em Portugal, a legislação garante aos migrantes o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do *Serviço Nacional de Saúde* (SNS), independentemente da sua nacionalidade, estatuto legal e nível económico (Despacho 25.360/2001, do Ministério da Saúde).

O *Alto Comissariado Para a Imigração e Diálogo Intercultural* – ACIDI, integrou, ao *Plano para a Integração dos Imigrantes* (PCM/ACIDI IP, 2010), várias Medidas tendo em vista a promoção da saúde das populações migrantes, bem como as necessidades

dos profissionais que cuidam destes grupos, tais como: promoção do acesso dos imigrantes ao SNS; plano de formação para a interculturalidade dos profissionais do SNS; implementação de um programa de serviços de saúde amigos dos imigrantes; desenvolvimento de parcerias e institucionalização de procedimentos com vistas a uma melhor gestão dos Acordos de Saúde; e investimento na promoção da saúde mental dos imigrantes.

O ACIDI integrou, também, neste *Plano para a Integração dos Imigrantes*, várias medidas, tendo em vista a promoção das questões de género e os direitos das mulheres migrantes, nomeadamente: reforço do *mainstreaming* de género no acolhimento e integração de imigrantes; divulgação, junto às mulheres imigrantes, de informação sobre os seus direitos e deveres específicos enquanto mulheres; formação dos agentes de mediação intercultural, no atendimento em serviços públicos, em questões de género e na área da violência doméstica; prevenção da violência doméstica e da violência de género, junto aos homens e mulheres migrantes; e promoção da participação das mulheres imigrantes no movimento associativo e na área do empreendedorismo

Os estudos sobre a saúde dos migrantes acentuam que as dificuldades mais frequentes ao acesso e à continuidade dos cuidados de saúde desta população dizem respeito ao desconhecimento dos seus direitos e dos locais para onde se devem deslocar para aceder a esses direitos, às dificuldades administrativas e diligências a realizar, aos custos dos tratamentos, à discriminação e exclusão social, ao medo de serem denunciados, em caso de clandestinidade, à precariedade das condições económicas, habitacionais e laborais e às barreiras culturais, linguísticas e comunicacionais (RAMOS, 2004; 2006; 2007; 2008; 2009b). Com efeito, na saúde dos migrantes e minorias, o direito e acesso aos cuidados de saúde constituem apenas uma das dimensões, havendo outros factores que influenciam fortemente a saúde, como sejam os estilos de vida, a pobreza, a exclusão social, o desemprego, a discriminação, o isolamento, a falta de informação e a baixa escolaridade.

A falta de informação e de conhecimentos da legislação e dos direitos, por parte das populações migrantes e dos prestadores de cuidados nas uni-

dades de saúde, poderá conduzir a um inadequado acesso à saúde e a processos de discriminação, atraso e recusa de atendimento da parte dos profissionais de saúde. Também a falta de formação adequada para trabalhar com este grupo populacional poderá conduzir a dificuldades no acolhimento, comunicação, diagnóstico e cuidados prestados.

No caso dos imigrantes, é necessário conhecer as experiências antes da migração e após migração, o contexto social, cultural e familiar e as relações com os cuidados de saúde, relativamente ao país de origem e ao país de acolhimento, de modo a prevenir e a identificar adequadamente o tipo de cuidados de saúde necessários. É importante ter em conta que, no seio da população imigrante, existem grupos particularmente vulneráveis ao nível da saúde, nomeadamente os imigrantes recém-chegados, os que não dominam ou apresentam dificuldades de expressão na língua do país de acolhimento, os que nunca tiveram contacto com os serviços públicos de saúde, os que vivem em situação de irregularidade/clandestinidade ou em situações de precariedade e exclusão. É igualmente necessário ter em conta que os imigrantes adoptam menos medidas de saúde preventivas, recorrendo sobretudo aos médicos e hospitais, em caso de emergência ou em estado avançado de doença, e que uma grande parte das doenças graves a que estão mais expostos (por exemplo: doenças infecciosas como a tuberculose, a hepatite B e C, o HIV-SIDA) podem ser prevenidas ou tratadas.

Famílias e Mães Entre Culturas – Processos Psicossociais e de Saúde

A inclusão e o desenvolvimento das famílias e crianças migrantes reflectem as modalidades de integração, na sociedade, das famílias e dos adultos e os processos de socialização, sendo, igualmente, determinantes as atitudes e os comportamentos da população de acolhimento, assim como as políticas da sociedade receptora em relação a estes grupos e à sua cultura de origem.

Em relação às famílias e crianças migrantes, vários estudos mostram que quanto mais as famílias são excluídas, maiores são as dificuldades de integração e escolares das crianças e maiores são as suas necessidades de cuidados pediátricos, pedop-



siquiátricos e psicológicos.

Quanto às mulheres migrantes, estas se movem entre espaços sociais e culturais diversos, constituem objecto e agente de mudança no país de acolhimento e no país de origem, mantêm múltiplas pertenças e redes transnacionais, desenvolvem novas formas de relações sociais, familiares e interculturais, novas práticas de cidadania e conquistaram novas identidades e direitos. Elas enfrentam, também, novos problemas de saúde, de discriminação e de violência, novas problemáticas familiares e identitárias.

O processo migratório origina identidades plúrais (WOODWARD, 2001) e identidades abandonadas, segundo os contextos e os objectivos em curso (BUTLER, 2003; LEWIN, 2001). Em situação migratória, as mulheres desenvolvem estratégias identitárias, que variam segundo as suas trajectórias individuais, sociais, culturais e familiares. Muitas mulheres migrantes vivem identidades *contestadas* e *conflituosas* e memórias silenciadas e traumáticas, marcadas pelo preconceito, discriminação, exploração, assédio sexual, tráfico e violência.

A feminização das migrações está associada a problemas que afectam as mulheres, nomeadamente a feminização do trabalho e da pobreza, podendo as mulheres, em contextos de reduzido acesso à educação, à saúde e a redes de informação, em situação de precariedade socioeconómica, isolamento social e situação jurídico-legal irregular, possuírem menor capacidade de autonomia e menor poder de decisão sobre a sua mobilidade e sobre a defesa dos seus direitos.

Verifica-se em contexto migratório mudanças e, por vezes, conflitos nos papéis e na dinâmica familiar, onde as mulheres adquirem maior poder decisório e autonomia. A migração significa, em geral, capacitação e autoconfiança nas relações conjugais e familiares devido a uma maior igualdade dos papéis na esfera económica e da conquista da independência económica. Contudo, esta independência e capacitação das mulheres, nos âmbitos familiar e profissional, não exclui as desigualdades, pois elas continuam, frequentemente, a receber tratamento diferenciado.

A mobilidade feminina e a feminização das migrações traz oportunidades e desafios para a mulher, ao nível identitário, social, familiar, laboral e

económico, implicando, todavia, alguns problemas, riscos e vulnerabilidades, nomeadamente de saúde e familiares, particularmente para as mães e as crianças, mas, igualmente, para os migrantes em geral (RAMOS, 1993; 2004; 2008; 2009a; 2010).

Em contexto migratório, é importante ter em conta os factores de aculturação, o nível de integração e as reacções de adaptação dos migrantes às novas condições espaciais, sociais e culturais. É igualmente importante analisar as características da sociedade de acolhimento, nomeadamente as condições sociais, económicas e políticas dominantes, e factores como a xenofobia, a discriminação e o preconceito, os quais podem contribuir para o desencadear e a manutenção da exclusão, da situação de risco, de stress psicológico e social e afectar o bem-estar, a qualidade de vida e o acesso aos cuidados de saúde (SCHEPPERS et al., 2006; STAMPINO, 2007; RAMOS, 2004; 2006; 2008).

A situação de migração poderá representar uma fonte de stress e depressão para a mulher migrante, sobretudo para a mãe, com consequências para a criança, devido às rupturas, desenraizamento cultural, isolamento, solidão, dúvidas e ansiedade que acompanham os processos migratório e de maternidade. Com efeito, são particularmente as mães e as crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida, as mais vulneráveis ao stress, às rupturas, às transformações e às dificuldades resultantes do processo migratório e de aculturação (RAMOS, 1993; 2004; 2008; 2009a ; 2010; 2011).

Muitas mulheres migrantes são obrigadas a deixar seus filhos no país de origem, ao cuidado de outros familiares, sobretudo mulheres (mães, irmãs, tias...), para cuidarem de outras pessoas, sobretudo crianças e idosos, nos países de acolhimento, o que alguns autores designam de *maternagem transnacional* (HONDAGEU-SOTELLO; ÁVILA, 1997) e de *cadeias globais de assistência ou de cadeias globais de cuidados* (HOCHSCHID, 2000; EHRENREICH; HOCHSCHID, 2002). Esta situação tem implicações psicológicas, familiares e sociais importantes, particularmente para as mães e as crianças.

Em contexto migratório, o nascimento, momento de ruptura do envelope materno – psíquico e físico – reactiva, em geral, o sofrimento e a dor do exílio e da separação. A migração vem complicar e vulnerabilizar a situação de gravidez e maternida-

de e as primeiras interações com a criança, pelos condicionalismos impostos pela migração: a aculturação, a solidão/isolamento e o individualismo.

O nascimento em situação migratória favorece e acentua distúrbios culturais e psicológicos que são, igualmente, verificados nas mulheres autóctones das sociedades ocidentais, distúrbios fortemente ligados ao isolamento e solidão das mães e à cultura do individualismo, valor fundamental da sociedade ocidental actual.

Para as mães migrantes, esta situação poderá constituir-se traumática e ser fonte de grande sofrimento, sobretudo para as mães que vêm de meios tradicionais, onde a mãe e a criança são fonte de cuidados de toda a família e da comunidade envolvente, e de cuidados aprendidos e transmitidos na sua cultura e família, de geração em geração.

Tradicionalmente, a gravidez constitui um processo iniciático onde a futura mãe tem o apoio e o acompanhamento das mulheres da família e do grupo. A migração origina numerosas rupturas neste processo de partilha e de construção de sentido: perda de acompanhamento pelo grupo, falta de suporte familiar, social e cultural, e impossibilidade em dar um sentido culturalmente aceitável a disfuncionamentos, tais como a tristeza e o sofrimento da mãe, o sentimento de incapacidade e as interações mãe-criança desarmoniosas.

Em contexto migratório, a família separa-se da vida comunitária tradicional, reduz-se a uma família nuclear ou monoparental, a qual deverá assegurar sozinha as responsabilidades partilhadas até aqui pela família alargada e pela comunidade.

A perda dos laços culturais, comunitários e familiares, significa a perda da protecção física, psicológica e da tradição. Quando a cultura, o grupo, desaparece como fonte de transmissão, nomeadamente ao nível das práticas de *maternagem*, as competências da mãe são fortemente solicitadas, tendo esta de fazer face às exigências da sociedade em ser, não só, uma boa mãe, como ao choque cultural, à adaptação ao novo meio e ao trabalho de ruptura e luto.

Para algumas mulheres, dar à luz, ser mãe, longe da cultura materna, da família, sobretudo para as que vêm de sociedades onde estes elementos são fundamentais nos cuidados e na transmissão, este luto e afastamento provoca conflitos no papel ma-

terno, devido ao desequilíbrio entre as representações maternas e a realidade vivenciada (RAMOS, 1993; 2008; 2010).

Na nova sociedade, exigências culturais contraditórias ou incompreensíveis podem conduzir a família, particularmente a mãe, a ter dificuldades em decidir sobre os comportamentos a adoptar, em relação ao modo de lidar com os seus filhos, às práticas e cuidados de maternagem, à incapacidade de agir em caso de mal-estar ou de doença.

A mãe migrante, transplantada de uma cultura para outra, isolada, desenraizada, corre o risco de não saber com a mesma segurança quais os gestos e os comportamentos a adoptar, pois as referências culturais não são as mesmas e o sistema referencial vacila. A situação de conflito cultural, a insegurança e ansiedade daí resultantes estão na origem de “*conflitos maternos*” muito prejudiciais para a relação mãe/criança, para as interações familiares e para a qualidade dos cuidados (STORK, 1986; RAMOS, 1993; 2004; 2009; 2010; MONTEIRO, 2005).

Algumas mães migrantes em situação de “*desaculturação*”, isoladas, desenraizadas, deprimidas, faltando-lhes referências tradicionais sobre as quais se apoiarem, por vezes, mães muito jovens ou que não tiveram contacto com as práticas e tradições de maternagem no seu país de origem, não encontram, nelas mesmas, nem no meio familiar e social, os recursos necessários para se adaptarem a um novo meio e cultura e para cuidarem dos seus filhos.

Verificamos neste grupo uma maior vulnerabilidade da mãe e da criança, mais situações de risco, mais depressões e psicoses, nomeadamente pós-parto, mais distúrbios psicossomáticos, tais como vômitos na gravidez, insónias, sobretudo nas primíparas, menor vigilância pré-natal, mais problemas de identidade, assim como mais distúrbios funcionais do bebé, nomeadamente problemas de sono e alimentação.

As investigações sobre a saúde das mulheres migrantes, nomeadamente na União Europeia, na América do Norte, na América Latina e na Ásia, assinalam, sobretudo, problemas de saúde reprodutiva, apontando piores indicadores de saúde e maior risco e vulnerabilidade associados a esta população. As mulheres migrantes utilizam, em geral, menos frequentemente os serviços de saúde reprodutiva do que as mulheres não migrantes, apresen-



tam menor vigilância pré-natal (frequentemente não recebendo cuidados pré-natais ou recebendo de modo inadequado ou tardio), apresentam uma menor utilização de métodos contraceptivos, registam mais gravidezes indesejadas, mais distúrbios psicossomáticos, tais como vômitos na gravidez e insónias, sobretudo nas primíparas, mais depressão pós-parto, taxas mais elevadas de nados mortos, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade perinatal e infantil (RAMOS, 1993; 2004; 2008; 2009a; BOLLINI; SIEM, 1995; ESSEN et al., 2000; THORP, 2003; MOSHER et al., 2004; MACHADO et al., 2006; LOPES, 2008; BRAGG, 2008; MANUEL, 2008).

Outros estudos vão neste sentido, nomeadamente na Holanda, as taxas de mortalidade perinatal e infantil são mais elevadas na população imigrante do que na população holandesa (TROE, 2008); no Reino Unido, as taxas de mortalidade infantil são cerca de 1,5 vez superior em filhos de mulheres migrantes do que em crianças inglesas (SMITH et al., 2000); na Noruega, constatou-se um número mais elevado de bebés com baixo peso à nascença nas mães imigrantes, comparativamente às mães autóctones (VANGEN et al., 2002); em Portugal, dos registos de nascimento entre 1995 e 2006, destaca-se a maternidade em idades mais jovens e maior frequência de nascimentos prematuros de baixo peso nas mulheres imigrantes africanas, comparativamente às mulheres portuguesas (HARDING et al., 2006).

Em situação de migração, a gravidez e o parto podem ser vivenciados com algumas dificuldades e sofrimento, pois existe um conjunto de rituais que desaparecem e que desempenhavam um papel protector e uma função psicológica importante. O universo anónimo, isolado, tecnológico e estranho das instituições de saúde e práticas médicas, consideradas pelas mães, violentas, traumatizantes e impúdicas, não respeitando modos de protecção tradicionais, vêm aumentar a vulnerabilidade, reforçar a situação de isolamento, de stress e de angústia para a mulher originária de outro universo cultural.

A mulher migrante, sobretudo aquela que é mãe pela primeira vez, vive, muitas vezes, com medo, ansiedade e muito *stress* este período, devido ao isolamento e às grandes diferenças entre o meio cultural, familiar e protector de origem e o

universo anónimo, distante, tecnológico e incompreensível com o qual se vê confrontada. Esta situação “estranha”, de stress e vulnerabilidade poderá ter consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebé, influenciar na comunicação com os profissionais de saúde e na adesão e utilização dos serviços de saúde e, ainda, desencadear nos profissionais de saúde comportamentos inadequados e agressivos, atitudes de rejeição, problemas de comunicação e dificuldades de diagnóstico (RAMOS, 2004; 2007; 2008; BULMAN; MCCOURT, 2002; CUADRADO, 2004; FLORES, 2006).

Considerações Finais

É importante reconhecer as migrações e as culturas de origem como fonte de criatividade e de desenvolvimento para os indivíduos, como para os países de origem e de acolhimento, reconhecendo, ao mesmo tempo, a discriminação social e económica e a vulnerabilidade a que as populações vindas de outros universos culturais estão, frequentemente, sujeitas.

As políticas migratórias têm de ter em conta as questões culturais e de género, analisar e dar importância aos problemas e necessidades das mulheres e homens migrantes, assim como às desigualdades de género.

Deverão criar-se condições que facilitem e promovam o acesso dos migrantes aos serviços sociais, psicológicos e de saúde, nomeadamente, informar e capacitar sobre a consciencialização dos seus direitos e deveres e o recurso aos diferentes serviços.

O desenvolvimento de programas de saúde eficazes, nomeadamente de saúde sexual e reprodutiva, exige a tomada em conta das realidades sociais, económicas e culturais das comunidades e grupos, as dinâmicas familiares migratórias, assim como o respeito pela cultura, representações, crenças, atitudes e comportamentos relacionados com o corpo, a sexualidade, a reprodução e a maternidade, nas comunidades migrantes oriundas de diversos universos culturais.

É necessário promover o acesso ao planeamento familiar, melhorar a vigilância pré-natal e os cuidados perinatais das mulheres migrantes, intervir ao nível materno-infantil, saber escutar as mães,

aprender a reconhecer o seu sofrimento e problemas e favorecer a partilha das suas vivências e dificuldades com outras mães na mesma situação.

Importa acentuar que as problemáticas sociais, culturais, educacionais e sanitárias decorrentes das migrações, exigem novos modelos conceituais e metodológicos e novas políticas e estratégias de intervenção, capazes de gerir a diversidade cultural e de promover e harmonizar os direitos culturais e cívicos e a igualdade de oportunidades, com a participação, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar de todos os indivíduos, nacionais ou migrantes.

Em contexto de formação e de prestação de cuidados de saúde, torna-se necessária a construção de um cuidado de saúde culturalmente competente, que passa pelo desenvolvimento de competências individuais, comunicacionais, interculturais e de cidadania.

É importante a integração de conhecimentos psicológicos, antropológicos, sociológicos e comunicacionais, na formação dos profissionais de saúde, os quais poderão ajudar a melhorar a comunicação e a combater os preconceitos, os estereótipos e a discriminação, evidenciando e ajudando na compreensão dos processos de comunicação e das lógicas individuais e culturais dos comportamentos, segundo as idades, as gerações, os géneros, os estatutos sociais e as culturas.

A informação, comunicação e cidadania na saúde, particularmente em situação de diversidade cultural, deverá ser promovida, tendo em conta os contextos e uma comunicação culturalmente adaptada, ser desenvolvida em cooperação com o indivíduo, o grupo e a comunidade, e numa perspectiva sistémica, integrativa e interacionista, tendo em vista prevenir a doença e diminuir vulnerabilidades e riscos para a saúde, promover estilos de vida saudáveis e igualdade de oportunidades na saúde e desenvolver ambientes, organizações e cidades que promovam a saúde, o bem-estar e as relações interculturais.

A formação e a pesquisa na área da interculturalidade é fundamental para o conjunto dos intervenientes sanitários, sociais, educativos, políticos e dos media, particularmente para os diferentes profissionais que trabalham nos vários sectores da saúde em contexto multicultural, ao nível nacional, como ao nível da cooperação internacional e da ajuda humanitária.

REFERÊNCIAS

- BOLLINI, P.; SIEM, H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science & Medicine*, 1995, 41 (6), p. 819-828.
- BRAGG, R. Maternal deaths and vulnerable migrants. *Lancet*. 2008, p. 879- 881.
- BULMAN, K.; MCCOURT, C. Somali refugee women's experience of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health*, 2002, 12 (4), p. 365-380.
- BUTLER, J. *Problemas de género: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CUADRADO, S. et al. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *Anales de Pediatría*, 2004, 60 (1), p. 3-8.
- EHRENREICH, B.; HOCHSCHILD, A. R. (Eds.). *Global women: nannies, maids and sexworkers in the new economy*. Nova Iorque: Henry Holt and Company, 2002.
- ESSEN, B.; HANSON, B.; OSTERGREN, P. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 2000, (79), p. 737-742.
- FLORES, G. Language barriers to health care in the United States. *N. England J. Med.*, 2006, 355 (3), p. 229-231.
- HARDING, S. et al. Birth Weights of Black African Babies os Migrant and Non-Migrant Mothers Compared With Those of Babies of European Mothers in Portugal in Portugal. *Annals of Epidemiology*, 2006, 16 (7), p. 572-579.
- HOCHSCHILD, A. Global care chains and emotional surplus value. In: HUTTON, W.; GIDDENS, A. (Eds). *On the edge: living with global capitalism*. New York: Free Press, 2000..
- HONDANGNEU-SOTELO, P.; AVILA, E. "I'm here but I'm there". The meanings of Latina transnational motherhood. *Gender and society*, 1997, 11 (5), p. 548-571.
- KENNEDY, P.; MURPHY-LAWLESS, J. The maternity care needs of refugee and Asylum seeking women: A research study conducted for the women's Health Unit. *Northern area health board*, Dublin: Eastern Regional Health Authority, 2002.



- LEWIN, F. A. Identity crisis and integration: The divergent attitudes of Iranian immigrant men and women towards integration into Swedish society. *International Migration*, 2001, 39 (3), p. 121-135.
- LOPES, L. C. Gravidez em contexto de seropositividade num grupo de migrantes da região de Lisboa. In: RAMOS, N. (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EDUEPB, 2008. p. 311-347.
- MACHADO, M. C. et al. *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Bial, 2006.
- MANUEL, H. Mulheres Timorenses em Portugal: Representações e práticas sobre planeamento familiar. In: RAMOS, N. (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EDUEPB, 2008. p. 261-310.
- MONTEIRO, I. *Ser mãe na cultura hindu. Maternidade e cuidados à criança na comunidade hindu de Lisboa*. 2005. Dissertação. (Mestrado em Comunicação em Saúde) – Universidade Aberta de Lisboa, 2005.
- MOSHER, W. et al. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. *Advance Data*, 2004, (350), 1-36.
- PCM/ACIDI, IP. *II Plano para a Integração dos Imigrantes, 2010-2013*. Lisboa: ACIDI, IP, 2010.
- RAMOS, N. *Maternage en milieu portugais autochtone et im-migré*. 1993. Tese (Doutorado em Psicologia) – Paris V, Universidade René Descartes, Sorbonne, Paris, 1993.
- RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- _____. Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*, 2006, 4, p. 329-350
- _____. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 2007, 45, p. 147-169.
- RAMOS, N. (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EDUEPB, 2008.
- _____. Mulheres portuguesas na diáspora – Maternidade, aculturação e saúde. In: SEABRA, L.; ESPADINHA A. (Orgs). *A vez e a voz da mulher portuguesa na diáspora – Macau e outros lugares*. Macau: Universidade de Macau, 2009a. p. 163-188.
- _____. Saúde, Migração e Direitos Humanos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 2009b, 17 (1), p. 1-11.
- _____. Género e Migração. Questionando Dinâmicas, Vulnerabilidades e Políticas de Integração e Saúde da Mulher Migrante. In: FAZENDO GÊNERO, 9. DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, Florianópolis. *Anais Eletrônicos*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 1278173824_ARQUIVO.http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/site/anaiscomplementares
- _____. Género e Migração: Dinâmicas e políticas sociais, familiares e de saúde. In: BOSCHILLA, R.; ANDREAZZA, M. L. *Portuguesas na diáspora*. Histórias e sensibilidades. Curitiba: EDUEPR, 2011. p. 263-282.
- SCHEPPEERS, E. et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 2006, 23 (3), p. 325-348.
- SCHULZE, B. et al. *Migrant friendly Hospitals. A European Initiative to Promote the Health and Health Literacy of Migrants and Ethnic Minorities*. 2002, Project-Summary. Disponível em: <www.mfh-eu.net>.
- SMITH, G. et al. Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. *Critical Public Health*, 2000, 10 (4), p. 375-408.
- STAMPINO, V. Improving access to multilingual health information for newcomers to Canada. *Journal of the Canadian Health Libraries Association*, 2007, (28), p. 15-18.
- STORK, H. *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Le Centurion, 1986.
- TROE, E. *Ethnic differences in fetal growth, birth weight and infant mortality*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008.
- THORP, S. Born Equal. *Health Development Today*, 2003, (18), p. 21-23.
- VANGEN, S. et al. The heavier the better? Birthweight and perinatal mortality in different ethnic groups. *International Journal of Epidemiology*, 2002, (3), p. 654-660.
- WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.
- WHO. *The Amsterdam Declaration: Towards Migrant Friendly Hospitals in An Ethniculturally Diverse Europe*. MFH, Task Force, 2004.