

# Atas do Seminário | +

Saúde, género e imigração

16 de abril de 2012





## ATAS DO SEMINÁRIO| + SAÚDE, GÉNERO E IMIGRAÇÃO

Auditório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A

16 de Abril de 2012 |10-17h

### ÍNDICE

SESSÃO DE ABERTURA .....	4
Maria Neto da Cruz Leitão .....	4
Maria Natália Cruz .....	5
SAUDAR+ ... SEM RETICÊNCIAS MAS COM MUITOS PONTOS .....	7
Margarida Santos .....	7
Natália Cruz.....	7
Thiago Crepaldi .....	8
Maria Martinha Silva.....	10
Mónica Subtil .....	11
Rute Castela .....	14
Fátima Claro .....	14
Maria da Penha.....	15
DEBATE .....	17
PAINEL SAÚDE E IMIGRANTES EM PORTUGAL.....	22
Ananda Fernandes.....	22
Sandra Silva  .....	22
<i>Desafios e respostas dos serviços públicos de saúde em sociedades multiculturais: o caso do Centro de Saúde da Graça (cidade de Lisboa)</i>	
Dalila Brito  .....	27
<i>Crenças culturais e de saúde dos imigrantes ucranianos na região do Porto</i>	
Fernanda Silva  .....	32
<i>Saúde dos Imigrantes/Enquadramento legal e novos desafios</i>	
DEBATE .....	35
PAINEL IMIGRANTES E SAÚDE MENTAL.....	38

Nataliya Bekh .....	38
Ana Paula Monteiro   .....	39
<i>Saúde Mental e diversidade – um desafio para o século XXI</i>	
Vanessa Viana   .....	45
<i>Considerações sobre Saúde Mental e Qualidade de Vida das brasileiras em Portugal</i>	
Cláudia de Freitas   .....	51
<i>Oportunidades de mudança: uma voz cabo-verdiana nos cuidados de saúde mental holandeses</i>	
DEBATE .....	55
PAINEL SAÚDE DAS MULHERES IMIGRANTES .....	58
Rosa Moreira .....	58
Emília Coutinho   .....	58
<i>Como a vigilância pré-natal se reflete na saúde das grávidas imigrantes</i>	
Beatriz Padilla   .....	66
<i>A saúde materno-infantil: um direito à cidadania em momentos de crise?</i>	
Joana Ruivo   .....	69
<i>Atendimento à mulher imigrante na Unidade de Apoio à Vítima Imigrante e de Discriminação Racial ou Étnica</i>	
SESSÃO DE ENCERRAMENTO .....	76
Natália Cruz .....	76
Manuel Albano .....	76
Fernanda Silva .....	78
Joana Sousa Ribeiro .....	78
NOTAS BIOGRÁFICAS DOS/AS PARTICIPANTES .....	80



## SESSÃO DE ABERTURA

### **Maria Neto da Cruz Leitão**

Em nome da Senhora Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Professora Maria da Conceição Bento - quero dar as boas vindas a todas e a todos e dizer que é com muita alegria que acolhemos este Seminário “+ Saúde, Género e Imigração” organizado pelo Graal.

Queremos felicitar o Graal por todo o trabalho desenvolvido em prol de uma sociedade mais justa, mais igualitária e mais humana. Entre outros projetos queremos salientar o “SauDar” e o “SauDar+” que vimos nascer, que temos acompanhado e pelos quais também nos sentimos corresponsáveis pela parceria que constituímos para a sua concretização.

Tendo presente a nossa missão e os nossos valores - humanismo, cidadania, liberdade, excelência, cooperação e ética - a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra procura uma abertura à comunidade, cooperando com instituições públicas ou privadas e organizações não-governamentais, de modo a podermos construir uma sociedade onde cada pessoa consiga encontrar um lugar favorável ao seu desenvolvimento humano, independentemente da sua nacionalidade, cor, sexo, condição social ou qualquer outra condição ou situação que a caracteriza. Acreditamos que as parcerias com outras organizações que comungam dos mesmos valores nos permitem potencializar os resultados que queremos atingir neste domínio.

A igualdade de género e de oportunidades, a eliminação das violências, a promoção da saúde das mulheres imigrantes – especificamente o direito à educação para a saúde e à prestação de serviços de saúde adequados e diferenciados – objetivos dos projetos “SauDar” e “SauDar+”, assumem-se, em nossa opinião como contributos basilares para a construção de uma sociedade que queremos inclusiva e equitativa. Uma sociedade que ainda que tenha imigrantes não tem estrangeiros, porque “Ninguém é estrangeiro numa sociedade que salvaguarda e vive os direitos humanos”.

Gostaria de partilhar com todas e com todos, que tem sido para nós muito gratificante o trabalho de cooperação que temos desenvolvido com o Graal. Esta parceria tem contribuído para a concretização da missão e dos objetivos da Escola e tem-se concretizado com empenho, compromisso, responsabilidade, amabilidade e proximidade permanentes, potencializadores de um trabalho humano muito enriquecedor e gratificante. Pessoalmente a experiência de trabalho que tenho desenvolvido com o Graal tem-me ajudado a desenvolver a capacidade de cuidar das relações e do mundo, pelo exemplo do que fazem e de como o fazem. Por tudo isto queremos agradecer a toda a equipa do Graal que tem concretizado esta parceria, na pessoa da Dr.ª Natália Cruz.

Queremos desejar a cada um e cada uma de vós um ótimo dia de formação, de partilha e de encontro. Aos que nos visitam pela primeira vez desejamos que vivam uma experiência que vos faça desejar voltar; aos

que já estiveram entre nós felicitamos a agradecemos o vosso regresso e continuamos a esperar por vós em próximas oportunidades.

Em nome de toda a comunidade educativa desejo, a todas e a todos, uma ótima estadia entre nós. Estamos disponíveis para vos ajudar e colaborar no que precisarem.

Bom trabalho, muito bom dia e, acreditem, que temos o maior gosto em vos receber.

Obrigada.

## **Maria Natália Cruz**

Muito bom dia a todas e a todos aqui presentes! As minhas saudações em nome do projeto Saudar+, que vos dá as boas-vindas!

Quero em primeiro lugar saudar a minha companheira de mesa, a nossa muito querida Dr.<sup>a</sup> Maria Neto, por ela, que há anos acompanha o trabalho dos projetos do Graal, e por vir representar a Dr.<sup>a</sup> Conceição Bento, presidente desta Escola, também sempre disponível a apoiar os nossos trabalhos, impedida hoje de aqui estar, por outros compromissos oficiais.

Agradeço de modo especial, à Dr.<sup>a</sup> Maria Neto, as palavras que nos dirigiu e nos comovem, destacando os grandes objetivos do Graal e seus projetos, em particular o SauDar+ sobre o qual vamos falar mais à frente.

Saúdo também de modo especial:

- 👉 as pessoas que vieram de longe e de mais perto para participar nas mesas,
- 👉 as diferentes parcerias,
- 👉 colaboradoras e colaboradores,
- 👉 .... e todas e todos presentes na sala, agora e ao longo do dia.

E, claro, nestas saudações, vai o nosso profundo agradecimento a quem contribuiu para estarmos aqui:

- 👉 à ESEnfC, à sua Presidente, Docentes e Funcionários pela constante abertura a corresponder ao muito que lhes pedimos, também aos alunos com quem já realizámos ou vamos realizar alguns trabalhos
- 👉 à CIG (Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género), nossa entidade tutora, que vai estar representada na mesa de encerramento pelo Dr. Manuel Albano, que representará também a Senhora Secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade, que tutela a CIG
- 👉 às outras entidades parceiras aqui representadas - CLAll, Centro de Acolhimento João Paulo II, ACIDI, Câmara Municipal de Coimbra, ARS, Centros de Saúde Norton de Matos e Fernão de Magalhães, Hospital Pediátrico, Caritas de Coimbra, Serviços Sociais da Universidade de Coimbra,

APEB, SDDH da AAC, Equipa de Intervenção Social Ergue-te, entre outras ..., algumas presentes nas mesas

- ✎ e, claro, a todas as intervenientes convidadas que acederam, a vir dar-nos a conhecer os seus trabalhos de investigação, reflexão e/ou intervenção em boas práticas com comunidades de imigrantes, o que consideramos um privilégio (como podem ver pelas breves notas biográficas constantes das pastas!)
- ✎ às amigas Margarida Santos, Ananda Fernandes, Nataliya Bekh e Rosa Moreira, que aceitaram o papel de moderadoras, e à Joana Ribeiro que vai, de novo, ser a relatora do Seminário
- ✎ a todas e todos que quiseram dar-nos tempo e atenção e para quem estaremos ao dispor na medida das nossas possibilidades.

Como podem ver para além das sessões de abertura e de encerramento, as comunicações estão organizadas em 4 painéis/mesas.

A primeira é da responsabilidade da equipa do SauDar+.

Cada um dos outros painéis tem um tema geral e 3 intervenções com esse tema como chapéu.

Pedimos, para cada uma, um tempo que permita, no final, um debate alargado



## **SAUDAR+ ... SEM RETICÊNCIAS MAS COM MUITOS PONTOS**

### **Margarida Santos**

Bom dia a todas e a todos presentes. Desejo que estes momentos que temos em conjunto para este painel, sejam momentos de aprendizagem e de descoberta de coisas novas. Para aquelas pessoas que já ouviram falar no SauDar+ e para as que ainda não ouviram. Estamos sempre a descobrir coisas novas.

Este é o painel do próprio Projeto, onde a Equipa responsável vai apresentar os seus sonhos e as suas realidades, o que foi feito e o que ainda vai ser feito. Esta Equipa é constituída pela Natália Cruz – Coordenadora, e pelas Técnicas, Rute Castela e Ana Costa. De facto, esta Equipa é alargada por um número indeterminado de pessoas que estão sempre a participar, a ser chamadas, a ser ouvidas, o que significa que há uma movimentação muito grande em torno dos temas ligados à saúde das mulheres imigrantes. Mas, o importante, é ouvir a Natália, a Rute, a Ana e outras pessoas que vão ser chamadas a intervir.

### **Natália Cruz**

Obrigada Margarida! A Margarida Santos vem de Lisboa e tem coordenado vários, muitos Projetos do Graal.

Nós demos o título deste painel SauDar+ ...sem reticências, mas com muitos pontos.

Esperamos que, no final, seja claro o que queremos dizer com este título!

Em Maio de 2011 foi aprovada a continuidade do projeto SauDar: o SauDar+| saúde, género e imigração que, desde junho de 2011 até ao final de 2012 – um período bem mais curto do que o que imaginámos - continua a promover o acesso e a boa prestação de cuidados de saúde às populações imigrantes, em especial mulheres.

Criámos uma imagem que pensamos espelhar o carácter de continuidade, mas também a inovação e alargamento do projeto SauDar+: + públicos-alvo, + temáticas, mais abrangência geográfica. Baseámo-nos na atualização do diagnóstico e investigação sobre os nossos temas de sempre e também, nas novas temáticas do tráfico de seres humanos e da violência de género nas comunidades imigrantes.

Desde o início houve um grande investimento no estabelecimento de colaborações e parcerias como é, aliás, prática do Graal. Para tal, foram realizados contactos com muitas das instituições que trabalham nas áreas da saúde e ação social na zona geográfica do Projeto. Assim, renovaram-se – e reforçaram-se- parcerias:

Com o Centro de Acolhimento João Paulo II, o Centro Local de Apoio à Integração do Imigrante de Coimbra, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a Câmara Municipal de Coimbra, a Administração Regional

de Saúde (ARS Centro), a Maternidade Bissaya Barreto, o Centro de Saúde de Norton de Matos, o Centro Hospitalar de Coimbra (CHC), a Cáritas, ...

Estabeleceram-se novas colaborações:

Com o Hospital Pediátrico de Coimbra, os Serviços Sociais (e Médicos) da Universidade de Coimbra, o Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC), o Centro Local de Apoio à Integração do Imigrante de Aveiro, a Linha SOS Estudante, a Associação de Pesquisadores e Investigadores Brasileiros na U.C., a Secção de Defesa dos Direitos Humanos da AAC e a Equipa de Intervenção Social Ergue-te. Algumas instituições estão aqui presentes e duas vão apresentar o seu testemunho neste momento. O testemunho do Thiago Crepaldi - que vai falar por si e pela Viviane Carrico, que estava no programa inicial, mas teve que se ausentar, em representação de duas instituições a Associação de Pesquisadores e Investigadores Brasileiros e a Secção de Defesa dos Direitos Humanos da Associação Académica, e ainda o testemunho de Maria Martinha que falará pela Equipa de Intervenção Ergue-te.

Temos projetada a fotografia da Viviane que, de longe, nos manda o seu depoimento pelo Thiago.

## **Thiago Crepaldi**

Começo por citar a brochura: "Saudar é um nome feliz para um projeto, se pensarmos que o gesto de saudar é o primeiro passo de se relacionar" Joana Sousa Ribeiro

Muito bom dia. Como foi referido, eu sou o Thiago, sou representante dos estudantes em mobilidade na Universidade de Coimbra, pela Associação de Estudantes e Pesquisadores Brasileiros da Universidade de Coimbra, há dois anos.

Hoje estou aqui com a responsabilidade de representar a Viviane Carrico, nesta mesa com os participantes do projeto.

Desde já agradeço o convite e parabêniso pelo Seminário "+ saúde, género e imigração".

Agora as palavras de Viviane Carrico:

Bom Dia a Todos/as os/as participantes e convidados/as.

Antes de mais quero pedir desculpas pelo fato de não estar presente neste que seria o meu terceiro Seminário (2 do SauDar, 1 do SauDar+) e de não poder cumprir o meu papel como Moderadora, após o carinhoso convite feito há muito tempo atrás por minhas colegas (Rute, Ana e Natália), mas existem algumas oportunidades que não podemos deixar passar.

Neste momento participo em um Encontro que decorre em Struga - Macedónia e, além de representar minhas duas nacionalidades (Portugal e Brasil), tenho a oportunidade de partilhar experiências culturais e Boas Práticas desenvolvidas por Jovens de alguns países como: Kosovo, Sérvia, Alemanha, Macedónia, Hungria, Rússia, Itália, Geórgia, Azerbaijão e Turquia...



Hoje (dia 13/04), tivemos a oportunidade de partilhar experiências práticas das Associações e dos Projetos de que fazemos parte. Assim, demonstrei aos jovens líderes presentes, as boas práticas que temos vindo a desenvolver em parceria (APEB-Coimbra – Associação de Pesquisadores e Estudantes Brasileiros em Coimbra, a SDDH/AAC – Secção de Defesa de Direitos Humanos da Associação Académica de Coimbra e o Projeto SauDar+).

Em termos breves, por exemplo, pude mostrar aos colegas, como no Projeto Saudar e trabalhando em Rede, através da distribuição do Folheto Informativo “É Imigrante, conheça os seus Direitos à Saúde” conseguimos informar os imigrantes (jovens estudantes imigrantes), acerca de seus direitos na Saúde e tirar suas dúvidas (imigrantes indocumentados ou não).

Partilhar o sentimento de participar e colaborar em um Projeto como o Saudar é muito difícil, já que são imensas as partilhas e o que recebemos das pessoas, é sempre mais do que conseguimos dar.

Além do auxílio quanto a dúvidas de cunho jurídico e de participar em alguns *Focus groups*, também tive oportunidade de auxiliar na criação do Folheto Informativo, bem como na Brochura do Projeto SauDar.

Atualmente, no Projeto Saudar Mais, sinto-me realizada em ver as “pontes” e os laços criados com a APEB-Coimbra e SDDH/AAC.

Finalizando, posso dizer que, a Vivi (quebra-galho), conseguiu repassar a mensagem e o Projeto SauDar+, saiu de portas...

Assim nunca podemos deixar passar nossa vontade de continuar a trabalhar em rede!

Parabéns pela organização do Seminário,

Obrigada, Um Grande Abraço e até Breve.

***Viviane Carrico***

Macedónia, 13 de Abril de 2012

**Thiago Crepaldi (cont.)**

Quanto à minha relação com o projeto SauDar+, iniciou-se o ano passado, em Outubro, na Conferência a Brasilidade na Universidade de Coimbra. Na altura moderei a mesa redonda “brasileiros em Portugal direitos, barreiras, violações e proteções, na qual a Dr<sup>a</sup>. Rute deu o seu contributo – como podem ver no blogue do SauDar+. Contribuí com mais um tijolo e mais cimento para a construção da ponte, apresentando o SauDar+ e demonstrando a importância do conhecimento pelos imigrantes, em especial mulheres, dos seus direitos na saúde.

Agradeço e parabenizo pelo seminário.

**Natália Cruz**

Chamamos agora Maria Martinha Silva e Mónica Subtil pela Equipa de Intervenção Social Ergue-te.

## **Maria Martinha Silva**

Bom dia a todas e a todos. Antes de mais queria agradecer este convite, que muito nos honra e dizer-vos que este trabalho em parceria com o SauDar+ tem sido muito importante para nós. De facto, tem sido notável a disponibilidade da Natália, da Ana e da Rute em nos prestar assessoria na área da saúde que é uma das áreas do nosso projeto. Quero ressaltar a acessibilidade, a proximidade e a pronta colaboração no esclarecimento de dúvidas, nomeadamente as relacionadas com a área da saúde de mulheres com quem trabalhamos. Realçamos o trabalho de sensibilização que este projeto fez nos Centros de Saúde, nomeadamente no Centro Fernão Magalhães, que também tem facilitado a nossa intervenção na saúde com as mulheres e homens que acompanhamos.

Por último a Equipa de Intervenção Ergue-te realizou uma candidatura ao Programa EDP Solidária com um projeto que se chama "Preconceitos com Saúde" e tivemos uma colaboração muito significativa do SauDar+ e, se este projeto for aprovado, teremos um trabalho em parceria no futuro. Este projeto prevê acompanhar ao nível da saúde cerca de 150 mulheres em contexto de prostituição, ilegais, durante 18 meses.

Por tudo, muito obrigada ao SauDar+ e às caras amigas Natália, Ana e Rute que muito têm colaborado connosco.

Passamos agora à apresentação da Equipa de Intervenção Social Ergue-te, que é uma resposta social recente. O projeto foi aprovado pela Segurança Social em Novembro de 2009 e estamos a funcionar em pleno desde Janeiro de 2010.

A Equipa de Intervenção Social Ergue-te é uma valência da Instituição Particular de Solidariedade Social Fundação Madre Sacramento, pertencente às Irmãs Adoradoras. Esta IPSS – Fundação Madre Sacramento, tem duas valências neste momento que são a Equipa de Intervenção Social Ergue-te em Coimbra e Lar Jorbalán em Lisboa, que acolhe mulheres vítimas de vários tipos de violência, com ou sem filhos.

A nossa equipa tem por missão melhorar as condições de vida, promover a dignificação, o *empowerment* e combater a discriminação da pessoa – especialmente a mulher – em contexto de prostituição.

As nossas populações-alvo são as pessoas que se prostituem - especialmente mulheres - e exercem esta prática nas ruas, estradas, matas, pensões, apartamentos e em bares/ casas de alterne, respectivos agregados familiares e proxenetas. No ano 2011 tivemos contacto com cerca de 500 pessoas em contexto de prostituição no distrito de Coimbra. Também são nossa população alvo mulheres em situação de vulnerabilidade e/ou exclusão social, algumas com histórico anterior de prostituição.

O âmbito geográfico é todo o distrito de Coimbra- portanto fazemos muitos quilómetros

A nossa visão é que reconhecemos a prostituição como uma grave violação da dignidade e direitos humanos e uma forma de violência contra a integridade da pessoa. Contribuímos para a promoção dos

direitos humanos, para a igualdade de género e de oportunidades, denunciando situações de violência de género e exploração sexual, geradoras de vulnerabilidade e exclusão;

Nós tentamos ser a “Voz” das pessoas que acompanhamos e, de facto, elas dizem-nos muitas vezes que noutras condições, noutras circunstâncias, elas nunca teriam optado por este tipo de vida.

Também contribuímos muito para a denúncia de situações de violência e exploração sexual, nomeadamente tráfico de pessoas. Trabalhamos em estreita colaboração com os órgãos de polícia criminal, nomeadamente a Polícia Judiciária e estamos muito atentos a situações de exploração.

Promovemos, também, a integração pessoal e a inserção social destas pessoas e fazemos um trabalho de sensibilização junto da sociedade civil no que concerne a contribuir para a mudança de mentalidades e na forma como olhamos a prostituição e a exploração sexual.

Nesta parceria com os órgãos policiais e com outras estruturas, denunciámos outras situações que geram vulnerabilidade e exclusão social

Relativamente aos valores e princípios orientadores, assumimos um compromisso com a pessoa, considerando-a protagonista da sua própria história, olhando-a individualmente, respeitando a sua liberdade e dignidade, garantindo a confidencialidade, acolhendo-a e aceitando-a incondicionalmente. Assumimos também um compromisso com a mudança de mentalidade e de comportamentos a nível social. Garantimos a confidencialidade, a competência, adotando e reforçando critérios de gestão e intervenção técnica de qualidade e rigor, que permitam garantir eficácia e eficiência na ação.

Passo a palavra à Mónica, psicóloga da equipa.

## **Mónica Subtil**

Ao nível dos objetivos, nós realizamos o atendimento, acompanhamento, orientação e encaminhamento, para várias estruturas da cidade de Coimbra, de pessoas que se prostituem e suas famílias nas áreas: social, psicológica, profissional, jurídico e de saúde, apoiando na construção e gestão do seu projeto de vida. Ao nível de Saúde fazemos o encaminhamento para o Centro de Saúde Fernão de Magalhães, com quem temos um protocolo informal. Há uma médica de família que atende quatro mulheres por mês que se encontram em situação regular e com número do Sistema Nacional de Saúde. O nosso problema é com as mulheres em situação irregular pois não conseguimos que tenham consultas.

Tentamos com elas/es a construção de um projeto de vida, alternativo à prostituição, sendo este um outro grande objetivo.

Ao nível dos serviços:

Fazemos giros e deslocamo-nos ao local onde a pessoa exerce a prostituição. E fazemos atendimento/acompanhamento social; intervenção em situação de crise e acompanhamento psicológico;

aconselhamento jurídico; encaminhamento para Serviço Nacional de Saúde (SNS) e fornecemos material de informação e prevenção de IST's – com distribuição de preservativos, rastreio do HIV.

Também encaminhamos para formação sócio-laboral – para um projeto da Cáritas - realizamos orientação e inserção laboral e sensibilizamos a sociedade civil para questões de violência de género e exploração sexual.

Ao nível dos recursos humanos, temos uma equipa multidisciplinar, constituída por: assistente social, com funções de direção técnica; psicóloga; educador social; supervisora; jurista; e por um grupo de cerca de 10 colaboradores/as em regime de voluntariado com formação em diferentes áreas.

A multidisciplinaridade da Equipa tem permitido uma visão holística, com diferentes perspetivas sobre as problemáticas, abordagens e tipos de intervenção complementares, sem perder a especificidade característica de cada área de formação.

Para quem não nos conhece, os nossos espaços de ação são: o Gabinete de Atendimento, Sede da Equipa e o Gabinete AB situados na Avenida Fernão de Magalhães nº 136, 3º Z - Edifício Azul mesmo à frente da loja do Cidadão, e ainda, uma unidade móvel adaptada para os "giros" no exterior quando nos deslocamos nas ruas, estradas, pensões, bares e apartamentos conotados com a prática da prostituição, no distrito de Coimbra.

Temos algumas parcerias, formais e informais com o Centro Distrital de Segurança Social de Coimbra, Cáritas Diocesana de Coimbra, Associação Para o Planeamento da Família, Rede Social de Coimbra, Banco Alimentar Contra a Fome, Centro de Saúde Fernão de Magalhães, Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA, Polícia Judiciária, Centro de Aconselhamento e Deteção Precoce de VIH, Câmara Municipal de Coimbra (CMC), Instituto de Emprego e Formação Profissional, Pastelaria "O Tamoeiro", Supermercados SuperCOR – estes últimos apoiam-nos com alimentos que distribuímos e claro o Graal.

Cá temos o nosso logotipo que significa Levanta-te, Ergue-te, Assume a tua condição de Cidadã ou cidadão, Livre e Responsável. De nós terás todo o apoio!

Trabalhamos para que muitas pessoas se possam erguer.

Muito obrigada!

## **Natália Cruz**

Muito obrigada equipa de Intervenção Ergue-te.

Como se pode ver por um dos testemunhos, dos muitos que poderíamos ter aqui, este é um exemplo dos mais públicos, mais temáticas e também significa que qualquer nova colaboração que se estabelece constrói redes com cada vez mais nós.

Continuamos aqui com um vídeo ilustrativo de algumas das atividades de que vamos falando e com a descrição das mesmas.

Com várias instituições ligadas à saúde está-se a desenvolver um levantamento de necessidades, construção de produtos e planeamento de atividades. Este trabalho está em diferentes estádios, numa ainda se está a fazer o alargamento das colaborações, noutras já na fase de concretização de boas práticas. Para a construção das ações de sensibilização/ informação realizadas e a realizar, foram compilados e construídos recursos adaptados a diferentes públicos-alvo e mobilizadas as colaborações estabelecidas.

Até ao momento realizaram-se 6 ações de informação/ sensibilização sobre as áreas temáticas do SauDar+:

- ✦ Primeira ação - A Estudantes da Universidade de Coimbra, Delegados/as nas Residências Universitárias, por onde passam Estudantes de várias nacionalidades, refletindo sobre questões da saúde, género e multiculturalidade.
  
- ✦ Segunda ação - A Profissionais de Saúde do Hospital Pediátrico de Coimbra. Na sequência desta ação e com vista à melhoria de prestação de cuidados a crianças imigrantes e informações aos respectivos pais e mães, traduziu-se para várias línguas o “regulamento de acompanhantes e visitas aos doentes internados do Hospital Pediátrico” – tradução da responsabilidade do SauDar+
  
- ✦ Terceira ação - A Estudantes brasileiros do Programa de Licenciaturas Internacionais da Universidade de Coimbra com enfoque na violência doméstica e no tráfico de seres humanos nas comunidades imigrantes e com a perspetiva de intervenção destes futuros técnicos e técnicas na sociedade de origem.
  
- ✦ Quarta ação - A Profissionais de Saúde do Centro de Saúde Fernão de Magalhães. Neste Centro criou-se um local de referência para imigrantes e profissionais de saúde com materiais disponíveis em várias línguas sedado no Gabinete do Utente.
  
- ✦ Quinta ação - A técnicos/as da Comunidade de Inserção Renascer da Cáritas de Coimbra, no âmbito das comemorações do Dia Internacional da Mulher.
  
- ✦ Sexta ação - A jovens voluntários/as e professoras envolvidas no projeto da ESEnfC: (O)Usar ser Laço Branco.. Com introdução da multiculturalidade nas questões da violência no namoro e assédio sexual e também do tráfico de seres humanos e da mutilação genital feminina.

## **Rute Castela**

Muito bom dia a todos e a todas. Eu venho falar um pouco sobre os grupos de trabalho do nosso SauDar+, das muitas pessoas que têm feito deste projeto também uma causa sua.

Com o objetivo, sempre presente de dar voz e procurar soluções conjuntas com os públicos-alvo do projeto, foram constituídos dois grupos de discussão: um de profissionais de saúde e outro de imigrantes, tendo sido realizados encontros onde, para além da partilha de experiências foram delineadas soluções concretas a implementar para ultrapassar problemas das comunidades imigrantes, em especial das mulheres: como, quando, com que recursos.

Para apresentar este trabalho, parece-nos que a forma mais adequada é novamente recorrer ao testemunho da experiência dos/as próprios/as.

Chamamos assim Fátima Claro, em representação do grupo de profissionais de saúde.

## **Fátima Claro**

### **Testemunho do Grupo de Profissionais de Saúde**

Muito bom dia a todos.

Sou Fátima Claro, enfermeira do ACES Baixo Mondego 2, na Unidade de Cuidados na Comunidade, na Figueira da Foz, e é com enorme prazer que estou aqui, novamente, como representante de um grupo de profissionais de saúde que participa voluntariamente no Projeto Saudar+, este projeto propõe-se a continuar a combater desigualdades no acesso e na prestação de serviços de saúde às populações imigrantes.

Alguns/mas profissionais vêm do início da caminhada do projeto, outros/as integraram nesta segunda fase, mas o que importa é que estamos todos/as ligados/as para delinear estratégias para reduzir as desigualdades no acesso e na prestação de serviços de saúde dos imigrantes.

Vários assuntos chamaram a nossa atenção no final do projeto anterior e surgiram como novas dificuldades que pretendemos dar resposta com a colaboração de todos os intervenientes, grupo dos profissionais, grupo dos imigrantes e toda a equipa da Saudar+.

Algumas das dificuldades encontradas, aquelas que pensamos ser as mais preocupantes de momento são:

- ✦ A pouca flexibilidade em relação a situações de imigrantes, no sistema informático dos Centros de Saúde;
- ✦ A inscrição esporádica não se coaduna com o cumprimento de objetivos e de ficheiros médicos e de enfermagem;
- ✦ As Unidades de Saúde Familiar têm imigrantes, mas não aceitam inscrições esporádicas;
- ✦ As inscrições e o controlo de populações flutuantes;

- ✎ Alunos vindos dos PALOP enfrentam problemas de saúde relacionados com diferenças culturais;
- ✎ Falta redes familiares e de apoio destes/as jovens, com vários casos de gravidez na adolescência e falta de acompanhamento das mesmas.
- ✎ As equipas de saúde escolar e as escolas não-públicas não estão, em geral, sensibilizadas para algumas destas questões;
- ✎ O desconhecimento do Centro de Apoio aos Jovens (CAJ), do Planeamento Familiar e do Plano de Vacinação por parte destas populações.

Gostaríamos de continuar a tentar encontrar soluções, com este Projeto para novos/velhos problemas dos imigrantes.

Destacamos cada um, pelo seu empenho, dedicação do seu tempo livre, apresentando ideias e soluções exequíveis, através de um contributo voluntário na realização do projeto tão bem estruturado e organizado que tem como principal objetivo, ajudar aqueles que estão num país estranho, num país em que encontram grandes dificuldades, como na comunicação, no acesso aos cuidados de saúde, na informação de seus direitos ...

Tenho consciência que dedicamos essa parte do nosso tempo livre e damos o nosso melhor...

**POR AMOR... AMOR À PROFISSÃO**

Pois onde existe amor morrem as diferenças.

Muito Obrigada!

### **Rute Castela**

Muito obrigada Fátima. Passamos então já para a Maria da Penha, que também tem um sotaque doce, representando o nosso grupo de Imigrantes.

### **Maria da Penha**

Sou a Maria da Penha e venho falar em nome de um grupo de imigrantes, mulheres e homens, que se reúnem no Centro Local de Apoio a Imigrantes de Coimbra com a equipa do Saudar+. Temos pessoas do Brasil, Ucrânia, Moldávia, Roménia e Guiné.

Alguns de nós já estiveram no Projeto Saudar e estão agora no projeto Saudar+.

Procuramos saber que problemas existem no acesso aos serviços e cuidados de saúde, tais como:

- ✎ as dificuldades de comunicação, mesmo falando a mesma língua;

- 👉 as informações erradas, distorcidas;
- 👉 o desemprego e as dificuldades económicas;
- 👉 as doenças profissionais e os acidentes de trabalho;
- 👉 a violência doméstica e o tráfico de seres humanos.

Palavra puxa palavra, falamos de outros problemas noutras áreas. Temos problemas iguais aos dos/as portugueses/as e também temos problemas diferentes. A crise toca a todos, mas toca primeiro os que estão em situações mais fracas, como os/as imigrantes!

Depois pensamos em soluções:

- 👉 informar imigrantes dos seus direitos e deveres;
- 👉 informar funcionários da saúde sobre os direitos de imigrantes e sobre a diversidade das culturas;
- 👉 ir aos locais onde se reúnem as comunidades;
- 👉 criar redes de apoio e de partilha.

Vamos às reuniões do SauDar+ porque achamos que é importante para nós e para todos os imigrantes. É partilhar! Quando falarmos em SauDar é uma coisa que vem de dentro. Damos mais, Partilharmos mais!

E toda a gente tem algo para partilhar... um sorriso, dar a mão, olhar nos olhos!

As nossas reuniões são como a vida: com altos e baixos, com passos para a frente e para trás, com tristezas e alegrias!

E o nosso grupo, com toda essa diversidade, toca a vida para a frente!

Eu sou de Minas e lá se diz: Entre troncos e barrancos todos e todas fazemos um pouquinho e conseguimos ultrapassar as dificuldades.

Obrigada a todos/a nós e ao projeto!

### **Rute Castela**

Muito obrigada Maria e Fátima, destes dois grupos muito trabalhadores. Os quadros grandes que se vêm nas fotografias projetadas com problemas e soluções, são resultado desse trabalho árduo.

Além destes dois grupos, continuamos a poder contar com o grupo de acompanhamento, composto por pessoas de diversas formações e múltiplas experiências que nos ajudam a pensar o Projeto.

Não estão representadas com um testemunho, porque o painel é pequeno, mas estão representadas doutra forma, enquanto moderadoras de painéis, no apoio à concretização dos materiais, na escolha dos/as intervenientes, etc.



A próxima etapa será, ainda mais motivadora, já que, pela primeira vez, todos os grupos irão estar juntos naquilo que prevemos ser uma reunião muito animada e, sobretudo, muito produtiva. Mal podemos esperar!

Para a divulgação do projeto, realizámos uma apresentação pública do SauDar+, em Setembro, com a participação das principais parcerias e colaboradores/as e público em geral.

Ainda relativamente a eventos públicos

- ✦ Apresentámos o Projeto na I Conferência: A Brasilidade na Universidade de Coimbra - Criando pontes, organizada pela APEB no dia 7 de Outubro.
- ✦ Distribuíram-se materiais à população da cidade na Feira da Solidariedade, iniciativa da Plataforma ODM na Cidade, em 8 de Outubro em Coimbra.
- ✦ Comemorando o dia do/a imigrante (a 18 de dezembro), foi realizado o lançamento da publicação do Graal internacional "Migration Matters" com artigos de pessoas de vários países onde o Graal tem projetos com comunidades imigrantes.
- ✦ Divulgação de materiais e participação nas "Jornadas da Amizade Mulher Africana", com tertúlia subordinada ao tema " A reinvenção da Mulher na Sociedade de Risco", organizada pela revista Mulher Africana. Trabalho que se pretende continuar com a diáspora feminina africana. Hoje mesmo, temos a presença de uma jornalista desta revista para fazer a cobertura do nosso Seminário.

Relativamente à divulgação, redobrámos os esforços com forte aposta no blogue e nas redes sociais com a criação de uma página institucional de Facebook e um renovado site do Graal.

## **DEBATE**

**Margarida Santos, moderadora**

Compete-me agora abrir o debate, com uma questão que provavelmente se coloca a muitas das pessoas aqui presentes. Qual é o segredo destas 3 mulheres da Equipa do SauDar+? Pergunto à Rute para começar: nesta época, num país em que é tão difícil encontrar soluções duradouras para problemas, como conseguem dinamizar todos estes grupos?

### **Rute Castela**

Na realidade, e como a Natália já disse, a nossa sorte foi termos encontrado um conjunto de pessoas no caminho que reconheceram esta causa como sendo também sua. Por exemplo, quando nós temos uma tradução para fazer, temos pessoas nos nossos grupos que voluntariamente se disponibilizam para as fazer. Porque nos foi solicitada por uma instituição de saúde, é assumida como sendo importante e útil.

Quando temos um contacto importante a fazer, temos sempre este grupo de pessoas disponíveis a quem lançamos o repto. E há pessoas que vêm de muito longe! Estou a ver ali na plateia a Enfa. Dalila e a Enfa. Cláudia que vêm de Vila Nova de Gaia para as nossas reuniões às 18h30! O segredo não é nosso, o segredo é delas. Têm de lhes perguntar a elas qual é o segredo...

Obviamente há altos e baixos e algumas frustrações como devem calcular. Muitas destas frustrações prendem-se com a conjuntura do país e as mudanças nas instituições – fusões, novas direções – que faz com que tudo tenha de ser repensado, reajustado e reconstruído.

### **Margarida Santos**

Passamos, então, para a próxima intervenção.

### **Maria da Anunciação Antunes**

Bom dia, eu sou Maria da Anunciação e venho de Miranda do Corvo. Quero Saudar o SauDar+! É um trabalho fantástico. Ainda há dias tive a visita de 3 pessoas da Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres e eu referi este projeto como sendo extraordinário.

Quero também saudar as pessoas maravilhosas que intervieram neste painel, da equipa de intervenção, e que me fizeram refletir numa proposta de um projeto, de Igualdade de género, que estamos a realizar para Cabo Verde. A proposta é de trabalhar a autonomia pessoal e financeira, através da agricultura, com introdução de rega gota a gota. E pergunto-me de que forma conseguem trabalhar esta autonomia?

### **Maria Martinha Silva**

Isso é uma pergunta difícil. Se não há emprego para as pessoas socialmente inseridas, como há emprego para as pessoas com as quais trabalhamos. De facto, com a nossa parceria com o Centro de Emprego, temos vindo a amadurecer uma ideia que é construir uma empresa de inserção. Porque estas pessoas precisam de uma etapa de transição. Porque há toda uma dinâmica e rotina de vida a ir transformando pouco a pouco e que tem de ir ganhando contornos diferentes. Esta empresa de inserção seria uma plataforma intermédia entre a situação em que a pessoa está atualmente e o mercado de trabalho geral. A ideia é ser um espaço de emprego protegido com um acompanhamento mais sistemático e cuidado, até a pessoa estar em condições para se inserir no mercado de trabalho.

Por exemplo, as pessoas estão habituadas a funcionar de noite e têm de funcionar de dia. O facto de terem de estar 8 horas num local de trabalho a responder... é difícil. O Centro de Emprego está-nos ajudar, mas todas as sugestões são bem-vindas.

### **Teresinha Tavares**

Eu chamo-me Teresinha Tavares e pertenço ao Graal.

Queria fazer um reparo. Apesar de pertencer ao Graal e acompanhar o projeto, não tinha dado conta de ter uma rede tão alargada – e daí parece-me vir o segredo da eficiência. Realmente trabalhar em rede multiplica.

Queria também fazer uma pergunta ao Thiago. Trabalha com estudantes e estes têm uma situação regularizada. Quando chegam cá têm condições que a maior parte dos/as imigrantes não têm. Tem sentido por parte destes/as interesse pelos seus compatriotas que não têm uma situação tão favorável como eles?

### **Thiago Crepaldi**

Essa pergunta é muito interessante. No Brasil, onde há uma realidade de desigualdade a gente sente compaixão pelo outro. A situação que refere é verdade. Há estudantes que vêm com bolsas do governo brasileiro e no período que vivem aqui não têm tantos problemas, mas essa preocupação com os outros brasileiros e outros imigrantes existe. Não só em relação à saúde, como à educação, habitação.

### **Maria da Penha**

Completando o que o Thiago falou, muito bem, o que realmente precisamos, e não só no Brasil é a informação.

No Brasil há muita diversidade, com a tecnologia ajuda a passar a informação. Mas a oportunidade muitas vezes falta por falta da informação e por falta de integração. Na maioria das vezes é pela nossa inércia. Por exemplo, às vezes temos de fazer um trabalho, e nós brasileiros não sabemos o protocolo e, de repente, estamos à frente de um Dr. dizendo você.

Para essa integração temos de buscar a oportunidade. E o emprego, por exemplo é uma coisa séria. Nós temos mesmo de trabalhar. Temos de correr atrás, perceber o que o outro faz.

Por exemplo os estudantes brasileiros são privilegiados, porque agora têm a oportunidade de terem bolsas. Isso não acontecia há 5 anos atrás. E quando não há bolsa não há dinheiro, não há lugar para morar.

A informação, como aqui fazem no SauDar, ajuda muito as pessoas a encontrar o caminho entre as pedras.

A informação é mesmo o mais difícil, porque as situações são muito complexas.

### **Isabel Gonçalves**

Em primeiro lugar quero felicitar o Graal por ter desenvolvido trabalho de grande utilidade e importância aqui na região Centro. Cumprimentar as técnicas que estão no terreno com este projeto tão relevante pela grande afluência de imigrantes ao nosso país e que vai ajudar a integrá-los. Eu faço parte de uma Associação – Mulheres Século XXI – que está sediada em Leiria e que temos a nosso cargo o Centro de Atendimento às Vítimas e temos como Utentes um nº alargado de imigrantes Ucrainianas, Brasileiras, Marroquinas e de outras nacionalidades, em menor escala. Lá no Centro de atendimento integramos as imigrantes que nos procuram vítimas de violência e que vêm para cá enganadas e que estão a ser exploradas sexualmente. Já retirámos duas brasileiras que estavam a ser alvo de exploração sexual. Estão presas, sem documentação, fechadas em casa e à noite são levadas pelos seus “donos” para casas de alterne. Esses casos, mesmo sem estarem regularizadas, nós os apoiamos e as casas abrigo nunca nos levantaram nenhum problema. Elas depois vão tratando da sua documentação e tratando do seu percurso. Há também as outras que têm cá os maridos ou companheiros e são vítimas de violência doméstica e que, no nosso Centro, não têm discriminação no acompanhamento e tratamento em relação às portuguesas. Muitas vezes também damos esse apoio na saúde. Por exemplo, temos agora uma Marroquina que estamos a acompanhar que tem um problema grave nos intestinos e foi necessário solicitar ao Hospital sacos. Foi-lhe dado aí todos os apoios que ela necessitava para tratar da sua saúde.

É muito importante este projeto Saudar+ e é muito importante que as pessoas recorram às instituições. As nossas instituições não discriminam e estão sempre de braços abertos para protegerem e encaminharem as pessoas que estão em situações difíceis.

Muito obrigada!

### **Ananda Fernandes**

Ananda Fernandes, professora aqui na Escola e quero aqui partilhar a minha reflexão sobre a pergunta da Margarida sobre qual é o segredo. A ouvir estes projetos eu sinto que o segredo está dentro de cada pessoa. Quando as pessoas se predispõem a dar de si e a partilhar com outros/as esta responsabilidade social e este desejo de mudar, nós percebemos que, mesmo num país como o nosso onde as estruturas e as políticas são de pouco apoio social, há brechas, mesmo que pequenas, de oportunidade, mas é preciso aproveitá-las. E os exemplos que vimos aqui são disso mesmo.

Cada um e uma de nós conseguem fazer uma pequena diferença. É esse o segredo! Cada um/a fazer algo, dar algo, para que consigamos mudar a vida de quem está à nossa volta.

### **Natália Cruz**

Eu quero só dizer umas últimas considerações sobre as participações neste debate. Tem a ver com o título que demos a esta intervenção. Quando se põem estudantes e não estudantes, mulheres em circunstâncias muito desfavorecidas ou imigrantes de um sítio com mais dificuldades ou menos, há que não fazer reticências a nada. Não há entraves, não há discriminações, não há reticências no dar – não penso se...

Também nos faz encontrar mais pontos, e pontes. Pontos: assuntos, pessoas, projetos.

A pergunta dos estudantes da Teresinha colocou a questão de abrir a mais públicos. Realmente os estudantes em algumas áreas são mais privilegiados, mas nós vemo-los como agentes de transformação também nas suas comunidades imigrantes. Com os que estão cá e com os que estão lá a pensar em imigrar.

Isso é motivador. Uma pequenina coisa ligada a outra pequenina coisa faz milagres.

Muito obrigada.

### **Margarida Santos**

Queria agradecer, em particular às pessoas que deram o seu contributo para este painel e também aquelas pessoas que ouviram e que com a sua escuta ajudaram a criar uma energia muito especial com a qual estamos a iniciar este dia.

As intervenções da equipa alargada do SauDar+ contribuíram não só para dar a conhecer o projeto, mas também para criar um clima de abertura à participação e ao diálogo. É de evidenciar dois dos aspetos que têm marcado este projeto: a abordagem de novos problemas que tendo surgido durante o processo do SauDar, o projeto anterior, foram agarrados no novo projeto, SauDar+ e a multiplicação de contactos com pessoas e entidades preocupadas com a integração de imigrantes e em particular das mulheres imigrantes o que tem permitido o enriquecimento mútuo na reflexão e na ação.

Passamos agora para o intervalo.

## PAINEL SAÚDE E IMIGRANTES EM PORTUGAL

### Ananda Fernandes

Abrimos aqui o painel: Saúde e Imigrantes em Portugal.

Este painel começará com Sandra Silva, licenciada em Sociologia pela Universidade da Beira Interior, Mestre em Geografia Humana pela Universidade de Lisboa desde 2008 e Doutoranda no IGOT - Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa. É assistente de investigação no Centro de Estudos Geográficos (IGOT-UL), no Núcleo MIGRARE – Migrações, Espaços e Sociedades. Trabalhou em vários projetos na área das migrações internacionais destacando-se: “MIGHEALTHNET – Information Network on Good Practice in Health Care for Migrants and Minorities in Europe” e “Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça”, que decorreram em 2008 e 2009, ambos coordenados pela Professora Doutora Maria Lucinda Fonseca.

Em seguida, à minha direita, está a Enfermeira Fernanda Silva e à esquerda a enfermeira Dalila Brito.

### Sandra Silva | Centro de Estudos Geográficos, IUL

#### ***Desafios e respostas dos serviços públicos de saúde em sociedades multiculturais: o caso do Centro de Saúde da Graça (cidade de Lisboa)***

Antes de mais quero agradecer o convite feito à professora Doutora Maria Lucinda Fonseca, que infelizmente, por razões profissionais, não pode estar aqui hoje. Vim eu em representação do projeto que desenvolvemos em conjunto na área da saúde.

Este projeto surge no âmbito de um protocolo com o Instituto de Geografia e Ordenamento do Território e o Alto Comissariado para a Integração e o Diálogo Intercultural. Foi desenvolvido em 2008 e 2009 e os resultados estão publicados no observatório da Imigração. Isto é, o estudo completo está disponível para quem queira consultá-lo na página de internet do observatório. Eu venho aqui falar um pouco do nosso caso de estudo e os resultados que obtivemos. Não vou fazer enquadramentos legais porque isso outras pessoas o farão.

A relevância de realizar estudos na área da saúde e imigração prende-se também com a mobilidade crescente que existe no mundo. Quando as pessoas e os bens se movimentam, também as doenças que estão associadas ao ser humano e a determinados territórios também viajam. É importante perceber o efeito na saúde das populações, não só de quem migra, mas também de quem está nos territórios para onde essas pessoas migram e nos seus territórios de origem. Também é importante perceber o impacto das migrações nos Serviços Nacionais de Saúde e as consequências da mobilidade internacional nos

profissionais de saúde. Estes são três temas que, quando falamos em migração e saúde, têm uma relevância especial.

Temos como objetivo deste estudo, contribuir para um melhor conhecimento das práticas e do estado de saúde dos imigrantes residentes na cidade de Lisboa, bem como das condições de acesso e da capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde às novas procuras resultantes da crescente diversidade étnica e cultural da população residente no País.

A área de influência foi o Centro de Saúde da Graça. Este foi um estudo exploratório, com um orçamento muito reduzido e com um tempo de implementação curto. Assim tentámos cingir a nossa área e os nossos objetivos ao máximo para conseguirmos cumprir aquilo que nos propunhamos. Fizemos então um Estudo de caso, nesta área histórica da Cidade de Lisboa. Alguns dos dados que recolhemos foi ao nível do Concelho, porque fazia sentido fazer uma comparação.

As Freguesias Abrangidas, são da Baixa de Lisboa: Castelo; Graça; Madalena; Santiago; Sé; Socorro; S. Cristóvão/S. Lourenço; S. Estêvão; S. Miguel; S. Nicolau; S. Paulo e S. Vicente de Fora

Ao nível das Características Demográficas representam 4,8 % da população total do concelho, equilibrada ao nível de Género: Mulheres (54,7%) VS Homens (45,4%) e de Estrutura Etária: 21% < 25 anos, 28% com 65 e + anos e 51% com 25 a 64 anos

Relativamente à população estrangeira, residente na área de estudo, representa 8,4 % dos cidadãos estrangeiros residentes na cidade de Lisboa e 15,2% dos imigrantes inscritos nos centros de saúde da cidade de Lisboa.

Ao nível da nacionalidade os grupos que mais se destacam, no concelho de Lisboa, são dos PALOP, maioritariamente de Angola e Cabo Verde, que representam 78% da população estrangeira, mas também cidadãos da União Europeia e do Brasil.

Na nossa área de estudo, estes grupos também são os mais representados mas há, no entanto, uma maior representatividade da União Europeia e das comunidades asiáticas.

No enquadramento do Território em Análise, relativamente à oferta de Serviços de saúde, fizemos um levantamento, não só do serviço nacional de saúde - cuidados diferenciados e cuidados de saúde primários - mas também da Santa Casa da Misericórdia porque ela revelou-se ser bastante importante na prestação de cuidados aos imigrantes. Tentámos perceber a escolha dos imigrantes mas também se existia uma sobreposição, ou não, ao nível de ofertas, quais os públicos destas instituições e se havia alguma diferenciação.

Do Serviço Nacional de Saúde, Cuidados de Saúde Diferenciados existiam 5 unidades hospitalares com natureza de entidade pública empresarial (EPE), 1 hospital privado, 7 unidades hospitalares pertencentes ao sector público (SPA). Dos Cuidados de Saúde Primários, doze ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), três dos quais no concelho de Lisboa.

Da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 7 unidades de Saúde Familiar, 2 Hospitais, 2 Unidades Móveis de Saúde, Serviços Médicos Domiciliários, Programa vocacionado para os jovens, Escola Superior de Saúde e Centro de Avaliação Geriátrica e de Recursos Gerontológicos.

Vou passar a apresentar alguns dos dados, dos 17 Centros de Saúde dos quais recolhemos dados.

Nesta distribuição vemos que o número de imigrantes inscritos corresponde a 5,6% do número total de utentes. Apesar de a proporção ser relativamente baixa comparada com a população estrangeira residente em Lisboa, tem vindo a acompanhar o aumento da população estrangeira no concelho.

No agrupamento de Centros de Saúde II, o Centro de Saúde da Graça destaca-se por ter 3 vezes mais utentes imigrantes que a média do Concelho, seguida pelo Centro de Saúde da Penha de França, também muito próximo em termos geográficos. É daí que decidimos escolher este Centro de Saúde como o nosso estudo de caso

Em 2007, o Centro de Saúde da Graça tinha 40.137 utentes inscritos, dos quais 83% portugueses e 17% estrangeiros. Na população portuguesa há mais mulheres que homens e nos estrangeiros mais homens que mulheres. Isto faz sentido uma vez que, apesar da feminização recente dos fluxos migratórios, continuam a ser de homens a percentagem maior dos imigrantes. Se, todavia, comparamos os números da população residente estrangeira com o número de inscritos no Centro de Saúde, a percentagem de mulheres inscritas é maior comparativamente ao número de residentes. Isto é, apesar de existirem mais homens estrangeiros inscritos, em termos proporcionais o peso das mulheres inscritas é maior. Há uma maior preocupação do sexo feminino em ter um acompanhamento médico.

Em relação às nacionalidades, no Centro de Saúde da Graça, há uma predominância de imigrantes originais do Brasil, Angola e Cabo Verde. Das nossas entrevistas vimos que a população brasileira tem uma preocupação superior, comparativamente com as outras nacionalidades, no que concerne a terem um acompanhamento médico.

Neste Centro de Saúde, predominam os utentes com idades entre os 15 e os 44 anos (71,5%) e ¼ da população inscrita está entre os 30 e os 44 anos.

Foram realizadas 12 entrevistas a associações de apoio a imigrantes e 35 entrevistas a imigrantes. Relativamente ao estado de saúde, as principais conclusões que tirámos da perspetiva dos Imigrantes:



- ✎ Não foram identificados problemas graves de saúde: 80% afirmaram que não têm nenhum problema de saúde que necessite de acompanhamento regular; 51% avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom; 37% como razoável.
- ✎ À pergunta se eram mais saudáveis agora ou antes do processo migratório, um pouco mais de 1/3 consideram que eram mais saudáveis no seu país de origem, que pode ter a ver com as condições de trabalho que têm atualmente, com o facto de estarem afastados da família, dos amigos, etc. 20% sentem-se mais saudáveis agora, por terem melhores condições para uma vida mais estável.

Na perspetiva dos técnicos de saúde, em regra, consideram não existir maior incidência de determinados tipos de doenças nas populações imigrantes do que na comunidade portuguesa e os problemas de saúde detetados variam consoante a localização e o grupo migrante. Não existem aqui opiniões unânimes, mas é sempre identificada a relevância das condições socioeconómicas para o estado de saúde.

Em relação às práticas de saúde a opinião é que, no geral, os imigrantes se preocupam com o seu estado de saúde.

Relativamente ao acesso e utilização dos Serviços de Saúde, constatou-se que o problema não é de natureza legal porque a legislação existente, ao contrário de outros países, é bastante favorável.

As dificuldades derivam de barreiras estruturais e institucionais e limitações de natureza pessoal. Os principais problemas são:

A falta de informação sobre direitos/deveres e condições de acesso ao SNS, por parte dos imigrantes e dos prestadores de serviços de saúde, a falta de confiança nos serviços de saúde, as dificuldades de comunicação, a falta de sensibilidade e competência de alguns profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural dos doentes.

Há ainda aspetos comportamentais e culturais relacionados com a perceção da necessidade de recorrer aos serviços de saúde formais, nomeadamente de prevenção da doença; práticas de medicina tradicional; falta de recursos financeiros e dificuldades específicas de alguns doentes presentes no SNS – como as pessoas que requerem cuidados continuados ou os que vêm com protocolos de cooperação médica com outros países.

O acesso é muito variável, dependendo do estatuto jurídico, tempo de permanência em Portugal e país de origem. As escolhas que estes imigrantes fazem, os serviços que procuram variam muito. Por exemplo, quando se está em situação irregular, geralmente procuram-se mais as Urgências Hospitalares, apoio fora do Serviço Nacional de Saúde, ao contrário de quem está legal e que já tem mais acompanhamento ao nível dos Centros de Saúde.

Segundo a perspetiva dos imigrantes, as principais barreiras no Acesso aos Serviços de Saúde são o tempo de espera pela consulta – comum a imigrantes e portugueses, as barreiras linguísticas, as barreiras culturais e a falta de informação. O acesso é especialmente difícil no caso dos imigrantes em situação irregular. Na perspetiva dos profissionais de saúde, as principais barreiras são o domínio da língua/dificuldades de comunicação, a situação legal dos imigrantes, as questões burocráticas, os problemas financeiros, nomeadamente no pagamento de taxas moderadoras e os problemas vividos pelos acompanhantes dos doentes ao abrigo dos protocolos de cooperação com Portugal

As nossas conclusões são que, apesar de um enquadramento legal favorável, identificaram-se diversos constrangimentos que dificultam o acesso dos imigrantes aos serviços públicos de saúde, nomeadamente:

- ✎ estatuto legal
- ✎ fraco domínio da língua Portuguesa/dificuldades de comunicação
- ✎ carências económicas
- ✎ barreiras culturais
- ✎ falta de informação.

As nossas recomendações são:

- ✎ A promoção da saúde deve enquadrar-se em ações integradas que promovam a igualdade de oportunidades dos imigrantes e da população nativa, no acesso a uma vida saudável.
- ✎ A integração é um processo e não um fim, que envolve a adaptação das instituições à diversidade social e cultural dos novos moradores.
- ✎ A redução das diferenças de oportunidades entre imigrantes e nativos, na área de saúde, implica o envolvimento e a cooperação, horizontal e vertical, entre diversas instituições.
- ✎ Devem privilegiar-se as ações de intervenção de proximidade e de saúde comunitária, como aqui o Saudar e o SauDar+, com instituições que estão no terreno, próximas das populações, pois facilita a transmissão da informação e o aproximar dos imigrantes e dos prestadores de cuidados.
- ✎ Devem ser dados incentivos para a criação de mecanismos de monitorização e avaliação que permitam melhorar o processo de decisão e a implementação das políticas.

Muito obrigada, estou disponível para quaisquer questões que queiram colocar.

### **Ananda Fernandes**

Passamos já a palavra à Enfermeira Dalila Brito. Mestre em Ciências de Enfermagem, Especialista em Enfermagem de reabilitação, chefe no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho e presidente da Liga dos Amigos do Centro Hospitalar de Gaia. Investigadora desde 1989, iniciou-se pela temática da imigração

em 2004 num estudo de apoio a grupo de risco, diagnóstico e intervenção na zona Metropolitana do Porto. Frequenta o 5º ano de doutoramento na Universidade Católica do Porto, dedicando-se ao estudo da imigração ucraniana. Também faz parte da equipa de acompanhamento do Projecto SauDar+.

**Dalila Brito | Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia - Espinho/ Universidade Católica - Porto**

### ***Crenças culturais e de saúde dos imigrantes ucranianos na região do Porto***

***(Dalila Brito, Ana Isabel Brito, Cláudia Silva, Idalina Vilela e Carolina Viana)***

Eu quero agradecer à equipa do SauDar+ por este convite. Quando venho ao SauDar não venho trazer nada, é uma busca num lugar de bem-estar. Têm sempre algo para nos dar.

Levo destas reuniões, destes seminários, uma motivação, uma energia para fazer alguma coisa neste tema. Não é fácil, ao fim de 10, 12 horas de trabalho por dia termos capacidade de dar mais. Mas, se nos juntarmos aproveitando estas brechas e os apoios à nossa volta, há muita gente com vontade de fazer algo nesta temática.

Sinto que, no Porto, estão agora a abrir-se as primeiras portas e é neste âmbito que estamos a desenvolver o nosso trabalho.

O tema que trabalho é a Imigração Ucraniana.

Nós sabemos que há mais pessoas fora do seu país do que em qualquer outra época da história. Existem cerca de 214 milhões de imigrantes no mundo, em Portugal 445.262 imigrantes legais (SEF, 2010), fora os em situação ilegal, que são muitos mais.

O número de imigrantes internacionais pode subir 68% por cento para 405 milhões em 2050 (OIM, 2010).

Escolhi os imigrantes ucranianos, porque sentimos na nossa profissão do cuidado que são estes que enfrentam mais problemas na barreira linguística e que quando estão em situação irregular que para além desta barreira, vivem no medo de represálias.

Os imigrantes ucranianos são a 2ª comunidade estrangeira mais representativa: em Portugal, segundo dados do SEF de 2010, são 49.505 e no Porto são 3.748.

As doenças mais frequentes que os imigrantes apresentam são as doenças infecciosas - como a tuberculose, sida; as doenças sexualmente transmissíveis e a diabetes e a hipertensão.

(José Pereira Miguel, 2007; MIGHEALTHNET, 2009)

Estes imigrantes, quando vêm, geralmente são saudáveis, porque vêm para trabalhar.

As maiores dificuldades que sentem os imigrantes e as minorias étnicas são ao nível do acesso aos serviços de saúde europeus, em especial no tratamento e prevenção do HIV/Sida.

(Luís Mendão, 2007; MIGHEALTHNET, 2009)

A prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde, pode ser dificultada pelas crenças individuais, religiosas, espirituais, académicas, comunitárias. Estes são princípios e valores que orientam a atuação dos imigrantes e nas quais acreditam veementemente, que lhe estão arreigadas, independentemente da sua veracidade.

Assim, mais do que nunca, os profissionais de saúde, têm de ter conhecimento da cultura dos indivíduos a quem vão prestar cuidados – desenvolvendo as suas competências culturais.

Os principais obstáculos ao acesso e continuidade nos cuidados de saúde, identificados, são relacionados com o desconhecimento: dos seus direitos, dos locais onde se devem dirigir para receber esses cuidados. Também obstáculos são: o custo dos tratamentos, as dificuldades administrativas, a discriminação, as barreiras linguísticas e culturais e, no caso dos imigrantes em situação irregular, o medo de uma denúncia.(MIGHEALTHNET, 2009).

As razões deste estudo vêm do facto das minhas próprias dificuldades sentidas no cuidar do imigrante ucraniano. Principalmente a comunicar, nem mesmo quando pedimos a tradução do ACIDI, eles se abriam. Sentimos que este grupo é um pouco fechado.

A justificação do estudo, parte de conhecer as necessidades de saúde dos imigrantes ucranianos na região do Porto e definir um plano de intervenção para melhorar a prestação de cuidados, através da análise da influência das crenças culturais e de saúde na procura desses cuidados.

Para o nosso referencial teórico, usámos principalmente duas autoras, que se debruçaram sobre a importância que tem o profissional de saúde de conhecer os domínios da competência cultural.

Leininger, que afirma que mais importante para o enfermeiro é descobrir o significado do cuidado cultural, as práticas específicas de cada cultura. Purnell que define um modelo para a competência cultural com 12 domínios considera no seu modelo cultural que todos os profissionais necessitam de muita informação sobre cultura enquanto marco teórico.

Ao nível da metodologia combinámos questionários com entrevistas porque pensamos que só com questionários, muitas vezes, chegamos apenas aos dados que eles acham que nós queremos.

Então, começámos com entrevistas exploratórias com testemunhas privilegiadas. Elaborámos e enviámos à volta de 1000 questionários. Foi difícil, porque há sempre bastante desconfiança em relação a estes trabalhos, mas como entretanto fomos fazendo contactos com as associações, os líderes religiosos, amigos, através destes conseguimos 212 questionários.

Os dados dos questionários foram tratados com SPSS, das entrevistas com análise de conteúdos e através de uma triangulação de dados. Tivemos em conta todas as implicações éticas necessárias e chegámos a resultados idênticos aos apresentados pela Dra. Sandra anteriormente

Nas entrevistas, a média de idades situa-se nos 48 anos e a moda nos 43 anos, 64% (7) dos imigrantes são do género feminino e 36% (4) masculino. São as mulheres que estão mais preocupadas com a sua saúde, e principalmente dos seus filhos, e essa é a razão principal de serem elas as que mais procuram os serviços de saúde. Em relação ao acesso à informação, estes imigrantes não estão muito preocupados em aceder a essa informação pois o seu objetivo principal é trabalhar e não querem nada ficar doentes. Os dados dizem-nos que a maioria dos imigrantes da nossa amostra, 89,1% (188) têm acesso à informação, mas 10,9% (19) não tem apesar de residirem em Portugal há mais de 6 anos.

46,2% (98) da amostra não adere ou não procura o médico. Quando ficam doentes, uma grande parte automedica-se (36,8%) e um dos itens que mais se salienta é que quando estão doentes só procuram um médico em caso de emergência.

Relativamente à relação entre género e o recurso aos serviços humanos, a proporção de mulheres (60,4%) que recorrem aos serviços de saúde é significativamente superior em relação aos homens (39,6%), mas 22,9% (64) não recorre e 4 não responderam. Através das entrevistas percebe-se que elas vão mais principalmente para dar apoio aos seus filhos.

Relativamente à necessidade de cuidados de higiene, a proporção de homens (75%) que referiram necessitar destes cuidados de higiene é significativamente superior ao das mulheres 25%. Isto deve-se ao facto de mais homens viverem em casas insalubres onde não conseguem fazer a sua higiene. Isso mesmo pode ser constatado nas entrevistas – em algumas casa em que entrei, quando eram de homens muitas não tinham as condições necessárias, quando vivia pelo menos uma mulher a diferença era muito grande.

Em relação às entrevistas trago aqui só algumas unidades de registo, maioritariamente de mulheres imigrantes.

“O enfermeiro e o médico devem perceber o nível de informação e explicar o porquê, é assim e não assim, porque...”(E8;35;fem;c.sup) Isto é muito importante porque estes imigrantes gostam de saber e perceber tudo.

Outro problema é a questão de muitos imigrantes perceberem o português falado, mas não o escrito. “Os ucranianos falam o português, mas têm dificuldade em ler, porque a escrita é elaborada”. (E8;35;fem;c.sup.) ou há má compreensão “Nós podemos compreender ou julgamos compreender e percebemos mal, porque damos uma conotação diferente da palavra.” (E8;35;fem;c.sup.)

Em relação ao planeamento familiar dizem que “As mulheres fazem aborto com facilidade, pois não queremos a pílula, tem substâncias químicas, traz problemas de varizes e as mulheres sentem-se mal com a pílula.” (E8;35;fem;c.sup.) “Na Ucrânia fazia-se aborto com facilidade...” (E11;40;fem:c.sup)

Um médico que entrevistámos diz que as “Doenças na Ucrânia que existem são acidentes vasculares devido ao estilo de vida, álcool e alimentação.” (E6;45; masc, c superior, médico)

Na pergunta sobre o que pensam dos enfermeiros portugueses, gostei das respostas (*risos*). Disseram-nos “Os enfermeiros aqui confrontam mais os médicos, a preparação aqui é melhor.” (E6; 45; masc, c superior, médico), “As minhas amigas gostam mais dos enfermeiros, pois são menos frios.” (E8;35;fem;c.sup.), “Os enfermeiros sabem mais cá que lá. As enfermeiras são especialistas, elas sabem o que fazer.” (E10;42;fem;c.sup) (lá os enfermeiros só estudam dois anos) “Enfermeiros são simpáticos, foi sempre bem atendida. São mais simpáticos, mas não sei o que eles sabem”.(E9;28,fem;c. sup);

O que pensam dos médicos portugueses?

“Quando vou ao médico, sinto a superioridade dos médicos...Não explicam, o ucraniano quer perceber e pergunta ...e se trás alguns conhecimentos, médico não gosta”. (E8;35;fem;c.sup.) “Os médicos usam antibióticos por tudo e por nada”. (E9;28,fem;c. sup) “Os médicos mais velhos acham que são grandes pessoas, de grande letra, têm de ser mais simples, mais humildes e falarem connosco”. (E9;28,fem;c. sup)

Relativamente ao recurso à urgência dizem-nos “Não recorro ao Centro de Saúde, quando é mais grave vou à urgência”. (E8;35;fem;C.sup., “Quando preciso de ir ao médico vou ao hospital. Pois trabalho até tarde”. (E4;31;masc. C médio) ou “Cá no hospital sabem bem, nos Centros de Saúde não sabem bem as coisas, por isso prefiro ir ao hospital”. (E4;31;masc.C médio)

O que pensa o ucraniano do Centro de Saúde? “Aqui é complicado, demora muito tempo.” (E1;54;fem; c.médio); “Nunca fui ao médico de família, já fui ao Centro de Saúde, mas ainda não tem médico. Fui ao Hospital.” (E4;31;C. médio); “Quando doente e preciso ir ao médico, preciso esperar muito, na Ucrânia não. É mais rápido.” (E5;49;masc, C. médio); “Os Centros de Saúde não têm retaguarda, se tiverem dúvida tem de enviar para a Urgência do Hospital e dobra-se a consulta e paga-se outra taxa. Lá, na Ucrânia, está mais organizado.” (E6; 45; masc, C. superior, médico)

Para terminar concluímos:

Grande parte dos imigrantes referiram não ter acesso à informação, e já residem em Portugal há mais de 6 anos.

- ✎ Existe falta de informação sobre direitos e condições de acesso ao SNS dos imigrantes e aos profissionais de saúde.
- ✎ Existe falta de confiança no sistema de saúde, de conhecimentos transculturais e de sensibilidade de alguns profissionais de saúde e a barreira linguística.
- ✎ Há atitudes discriminatórias por parte de alguns profissionais.
- ✎ Há um recurso às práticas tradicionais e medicinas alternativas.
- ✎ Os imigrantes recorrem mais aos serviços de saúde em situações de emergência.

Trazemos como sugestões:

- ✎ Reforçar a divulgação da legislação do acesso do cidadão imigrante ao SNS junto dos profissionais de saúde nas diversas instituições e do imigrante ucraniano, solicitar o apoio ao ACIDI.
- ✎ Criar iniciativas nas IPSS e ONG de forma a desenvolver atividades de auxílio ao imigrante
- ✎ Incentivar horários alargados nos Centros de Saúde para abranger a população trabalhadora autóctone imigrante.
- ✎ Desenvolver programas de formação, nas universidades, no âmbito da saúde e imigração, dirigidas aos professores e estudantes.
- ✎ Incentivar as parcerias de trabalhos de investigação nas áreas de saúde e ciências sociais.
- ✎ Colocar o folheto informativo do SauDar junto de entidades mais procuradas por imigrantes. Nós já o utilizamos no Hospital de Gaia e fez furor! As pessoas dizem que ajuda imenso tanto para imigrantes como para profissionais de saúde.

Termino assim, mostrando que vale a pena trabalhar com este grupo.

Muito obrigada!

### **Bibliografia**

DIAS, S., *et al.* Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização e acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante. s.l. : Acta Médica Portuguesa, (2004). II Série, 17 (3), pp. 211-218.

FONSECA, M.L. e SILVA, S. Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça. Lisboa : Estudos OI, 2010. 40.

MACHADO, *et al.* Iguais ou diferentes? - Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes. Lisboa : laboratórios Bial, 2006.

PURNELL, *et al.* Cultural competence in a changing health care environment. In N.L.Chaska(Ed), The nursing profession-. Tomorrow and beyond. Thousand Oaks, CA: sage Publications. : sage Publications., (2001:451-461). In N.L.Chaska(Ed), The nursing profession-. Tomorrow and beyond. Thousand Oaks, CA.

RUSSO, Helena e SOEIRO, Ana. Imigrantes de Leste-Vivências Diferentes num espaço Comum. Espanha : autonomia, (2007). 27ISBN:978-972-8904-06-7.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Relatório . 2009.

### **Ananda Fernandes**

Muito obrigada Enfermeira Dalila. Eu passava a palavra à Fernanda Silva, enfermeira chefe, especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Tem vasta experiência em intervenção comunitária em franjas de população em situação vulnerável a nível socioeconómico e de exclusão social. Desde 2009, coordena o Gabinete da Saúde no CNAI (Centro Nacional de Apoio ao Imigrante) em Lisboa.

### **Fernanda Silva | Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante Lx**

#### ***Saúde dos Imigrantes/Enquadramento legal e novos desafios***

Em primeiro lugar quero agradecer o convite para estar aqui presente. Obrigada pela oportunidade! Eu venho do Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante de Lisboa. Este Gabinete resulta de um protocolo entre o Ministério da Saúde e o Ministro da Presidência em 2003. É da responsabilidade da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, mas é a representação do Ministério da Saúde no CNAI – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante.

Como sabem existem três CNAI's no País e, infelizmente, só este tem a representação do Ministério da Saúde.

Os objetivos do nosso gabinete são informar os imigrantes dos direitos e deveres no acesso à saúde, bem como da adequada utilização do SNS e desenvolver ações de formação dirigidas aos profissionais de saúde do SNS relacionadas com esta temática. De manhã falaram aqui desta questão da falta de informação, tanto por parte de imigrantes como de profissionais de saúde. O plano de Integração dos imigrantes apresenta duas medidas específicas para a necessidade de desenvolver estas ações de sensibilização junto da população imigrante e também junto aos profissionais de saúde. Nós estamos a fazer isto nos



Agrupamentos de saúde da área de Lisboa, dirigidos em especial aos assistentes e técnicos administrativos e depois também a enfermeiros e médicos.

São também objetivos, identificar os problemas de acesso dos cidadãos estrangeiros ao SNS e desenvolver as diligências necessárias para a sua solução, denunciar eventuais situações de recusa a prestação de cuidados, sensibilizar a comunidade imigrante para hábitos de vida saudáveis e participar em estudos científicos e outras atividades realizadas por instituições académicas. Neste ponto gostaria de deixar uma informação que, para mim, é muito importante. Desde o ano passado estamos a desenvolver e apoiar estágios de médicos e enfermeiros no nosso gabinete. Isto é extremamente importante no sentido de sensibilizar os profissionais para as questões da saúde e da imigração. E, de facto, as pessoas quando lá chegam têm um baque porque, não imaginam que os procedimentos são tão complexos para se conseguir satisfazer uma necessidade de uma pessoa

Trago aqui os dados do relatório do SEF 2010. Do total da população imigrante residente no nosso país, 445.262, que estão em situação regular, houve uma diminuição de < 1.97% relativamente a 2009. Isto pode ser explicado pela situação económica do País, pelas alterações no padrão de emigração de outros países, nomeadamente no Brasil e Angola e pelo aumento do número de imigrantes a quem foi atribuída nacionalidade Portuguesa.

Por ordem, as origens nacionais mais representadas são o Brasil (119.363), a Ucrânia (49.505, Cabo Verde (43.979) e Roménia (36.830) (Relatório do SEF 2010).

O Enquadramento Legal do acesso à saúde do cidadão imigrante começa com a Constituição da República, onde se diz: "*... Todos têm o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover... (Constituição da República, artigo 64º, nº 1), "...Incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação..." (Constituição da República, artigo 64º, nº 3, alínea a) e "...Ninguém pode ser beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual" (Constituição da República Portuguesa, artigo 13º)*

Na Lei de Bases da Saúde também se diz: "*...É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam..." Lei 48/90 (Lei de Bases da Saúde, Base II nº 1, alínea b)*

Relativamente ao despacho 25 360/2001, específico para imigrantes e a Circular Informativa nº 12/DQS/DMD, de 07/05/2009, da Direcção Geral da Saúde diz que os cidadãos em situação regular, i.e., os

que têm autorização de residência, têm os mesmos direitos que os cidadãos nacionais e, também, para os imigrantes que estão em situação irregular, que são estes que mais nos preocupam porque têm mais receio de procurarem os serviços de saúde, têm direitos. Esta lei diz: “os imigrantes que não sejam titulares de uma autorização de residência ou que se encontrem numa situação irregular face à legislação da imigração em vigor, têm acesso ao Serviço Nacional de Saúde 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”. (...)

Os imigrantes que se encontram na situação prevista no número anterior têm acesso a cuidados de saúde nos mesmos termos que a população em geral, nas seguintes situações:

- ✦ Cuidados de saúde urgentes e vitais;
- ✦ Doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública (tuberculose ou sida, por exemplo).
- ✦ Cuidados no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, nomeadamente acesso a consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da mulher durante a gravidez, parto e puerpério e cuidados de saúde prestados aos recém nascidos.
- ✦ Vacinação, conforme o Programa Nacional de Vacinação em vigor.
- ✦ Cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal, nos termos definidos no Decreto-Lei nº 67/2004, de 25 de Março.
- ✦ Cidadãos estrangeiros em situação de Reagrupamento Familiar, quando alguém do seu agregado familiar efectua descontos para a Segurança Social devidamente comprovados.
- ✦ Cidadãos em situação de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada pelos Serviços da Segurança Social.

É relativamente a este último ponto das pessoas com carência económica comprovada pelos serviços de Segurança Social que a legislação alterou. A comprovação da carência económica já não é feita pela Segurança Social como está na Lei. Por outro lado, deparamo-nos aqui com um problema que esperamos ter resposta urgente. O problema tem a ver com o facto do Sistema informático não permitir que estes cidadãos consigam usufruir dos direitos que a legislação lhes atribui uma vez que os cidadãos em situação irregular, quando se inscrevem nos Centro de Saúde só podem fazer uma inscrição esporádica. Levam um comprovativo de morada, um documento de identificação e é lhes feita uma inscrição esporádica, i.e. não lhes é atribuído um número de utente. Antes de sair a Portaria 198/2011 que obriga a prescrições eletrónicas dos meios auxiliares de diagnóstico e de receituário, não havia qualquer problema. No despacho 25 360/2001 e na Circular Informativa nº 12/DQS/DMD, de 07/05/2009 os procedimentos eram claros. O médico devia escrever na credencial ou no receituário ao abrigo do Despacho 25/360. Neste momento isto não é

possível fazer porque é necessário o número do serviço Nacional de Saúde, ou seja, número de Utente para se poder ter a isenção da taxa moderadora.

No CNAI temos situações que nos são reportadas de todo o país, de qualquer das formas se aqui alguém pudesse ter informações sobre esta questão, seria importante para nós.

Queria também informar que as clínicas de diagnóstico, mandam para trás estas credenciais e dizem às pessoas que se quiserem fazer os exames, vão ter de os pagar na totalidade. O que é complicado, por exemplo numa vigilância de gravidez em que os utentes não estão em condições económicas para pagar ecografias e outros exames.

Esta situação já foi reportada superiormente, ao Ministro da Saúde, à DGS, e nós aguardamos uma resposta favorável.

Estou disponível para responder a perguntas.

Muito obrigada.

## **DEBATE**

**Ananda Fernandes** Moderadora | ESEnfC

Eu gostaria de agradecer aos elementos da mesa pela preocupação que tiveram no uso do tempo das suas comunicações, permitindo assim um pequeno espaço de debate.

Abrimos de imediato as questões.

**Dina Amaral**

Boa tarde. Eu sou enfermeira no Centro de Saúde de Aveiro. Nós fazemos as consultas de Saúde Materna e de Planeamento Familiar a utentes imigrantes em situação irregular e neste momento isso está a ser uma grande preocupação porque nós não conseguimos sequer pedir uma citologia. O sistema informático não deixa os médicos tirarem as requisições e neste momento nós não conseguimos fazer uma consulta como deveríamos fazer. Não arranjam forma, nem maneira, de contornar esta situação. Deixamos a consulta pendente, aguardando que as pessoas consigam ter a situação regularizada.

Este é um contributo que gostava de deixar. Damos assistência a grávidas que têm menos de duas consultas durante a gravidez toda, o que nos deixa muitíssimo preocupados ... e nós temos mesmo muitas inscrições esporádicas no Centro de Saúde de Aveiro. E no caso das imigrantes elas preocupam-se realmente em fazer acompanhamento da gravidez, algumas até mais que as portuguesas, e fazerem as vigilâncias. O problema é que nós não lhes conseguimos dar resposta.

### **Fernanda Silva**

Seria importante poderem reportar essa situação ao Gabinete da Saúde. Neste momento nós estamos a fazer a listagem de todas as situações ao nível nacional e a DGS está sempre a pedir-nos esses dados.

Se nós não tivermos conhecimento das situações é menos uma que fica penalizada. Fica aqui o nosso contacto.

### **Rute Castela**

Em primeiro lugar, parabéns às três intervenientes pelas interessantes comunicações. Acrescento só que, aquilo que a Enfermeira Dina descreveu para Aveiro, é um pouco um espelho do que se passa aqui também em Coimbra. Tem-nos sido relatado, em Centros de Saúde por toda a cidade, esse problema, principalmente na prescrição de medicamentos e na realização de meios complementares de diagnóstico.

### **Ananda Fernandes**

Nós tivemos aqui três vertentes da questão, uma que tem a ver com as respostas dos serviços, outra com o que imigrantes e profissionais de saúde pensam e outra do enquadramento legal que permite o acesso e os cuidados de saúde à população imigrante.

Queria também deixar uma pequena nota, Sandra Silva disse que na análise que fizeram muitas semelhanças entre a população portuguesa e a população imigrante, ao nível das dificuldades e necessidades. Claro que o facto de ser imigrante traz outros constrangimentos que agravam. No entanto, é interessante perceber que há problemas que são transversais e que em grande parte derivam da condição socioeconómica das pessoas.

### **Sandra Silva**

Sem dúvida. O que foi claro nas conclusões que retirámos foi que a condição socio-económica é mais importante que o estatuto legal ou as diferenças culturais. Esse é o aspeto, e ainda mais com os problemas que estamos a viver, mais relevante no acesso à saúde e principalmente nos tratamentos. Comprar medicamentos, fazer exames, tudo é mais difícil e tem vindo a agravar-se.

### **Beatriz Padilla**

Bom dia. Sou Beatriz Padilla e aproveitando a presença da Enfermeira Fernanda Silva queria colocar uma questão. Em Portugal, nós sabemos que a legislação é muito boa mas, quem trabalha no terreno ou quem trabalha na investigação, a diferença do que diz a lei e o que acontece na prática é muito marcada. O vosso trabalho é fantástico porque "fazem pontes".

Isto já dura há 10 anos e penso que era altura de arranjar alguma solução para que nos serviços - desde a segurança, aos administrativos e outros profissionais - soubessem que as pessoas têm direitos.

Eu, por princípio, não sou por medidas muito duras, mas acho que os serviços que não cumprem deviam ter multas ou outra coisa punitiva. Preocupa-me muito passarem os anos, com muito boas leis que não são cumpridas.

### **Fernanda Silva**

Eu concordo consigo. Confesso-lhe que, uma coisa que eu não gosto de fazer no Gabinete da Saúde é reportar as situações ao nível superior, para a Inspeção Geral das Atividades da Saúde, etc.

Infelizmente, nos últimos meses já tive de reportar umas 4 ou 5 situações que estão em processo de investigação.

Neste momento estas dificuldades ainda são maiores por causa da mudança que houve com as prescrições eletrónicas e o facto dos sistemas informáticos não estarem preparados para facilitar o cumprimento da lei. Temos estado a tentar resolver caso a caso ... que a maternidade faça os exames. À medida que as situações vão chegando, vamos tentando encontrar algumas soluções. Quando já existem estas dificuldades e os profissionais de saúde fingem que não conhecem as leis torna-se tudo muito mais complicado e até perverso.

Nós, no Gabinete de Saúde não podemos, e não queremos, pactuar com essas situações. Assim, para além de encaminharmos as situações para investigação, para perceber quem tem responsabilidades e em quê, continuamos a acreditar que vale a pena fazer este trabalho de informação e sensibilização junto dos serviços. E continuamos a desmistificar muitas falsas ideias que os profissionais têm. Nós estamos no Gabinete muito atentos a isto.

### **Ananda Fernandes**

Se não há mais perguntas seguimos para o almoço e regressamos às 14h30.

Muito Obrigada.



## PAINEL IMIGRANTES E SAÚDE MENTAL

**Nataliya Bekh** Moderadora |CES/UC

Prezados colegas e membros da mesa, Exmos. Senhores e Exmas. Senhoras!

É com imenso prazer que cumprimento todos os colaboradores e participantes neste Seminário; agradeço, também, o convite para participar neste evento e ser moderadora da mesa do painel “Imigrantes e Saúde Mental”.

Aproveito, desde já, a oportunidade para louvar esta iniciativa promovida pela Associação Graal, não só pela realização deste Seminário, mas também pela atenção que dedica à área de Saúde, bem como pelo seu dinamismo, espírito criativo e de iniciativa noutros campos de intervenção social. Esta iniciativa estabelece como seu objetivo principal melhorar o acesso e a prestação de serviços de saúde aos imigrantes.

O título do painel que vamos apresentar é “Imigrantes e Saúde Mental”.

Prosseguirei com a apresentação dos membros da mesa: Ana Paula Monteiro, Vanessa Viana e Cláudia de Freitas

Os membros da mesa são especialistas reconhecidas na área de saúde e migrações que farão uma breve análise/reflexão sobre os resultados obtidos ao longo do seu trabalho de investigação; as suas apresentações centrar-se-ão nas três comunidades imigrantes mais representativas em Portugal: brasileira, ucraniana (Europa de Leste) e cabo-verdiana.

Os estudos epistemológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais.

Passo então a palavra às especialistas. Em primeiro lugar temos Ana Paula Monteiro – doutorada em Ciências Biomédicas e mestre em Sociologia pela Universidade de Coimbra.

Licenciada em Enfermagem, com a especialidade de Enfermagem e Saúde Mental e Psiquiatria.

Professora-Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

As suas áreas de interesse incluem as temáticas da Saúde Mental em contextos multiculturais, Migrações e Enfermagem Transcultural.

### ***Saúde Mental e diversidade – um desafio para o século XXI***

Muito boa tarde a todos. Queria começar por agradecer o gentil convite do SauDar+ e Saudar todos os presentes que tiraram esta tarde para debater um tema que considero extremamente importante.

Porque é que a saúde mental e a diversidade são um desafio para o século XXI?

As migrações internacionais são parte integrante de um fenómeno mais vasto – o processo de globalização, caracterizado pela exponencial expansão, aceleração e aprofundamento das interconexões à escala mundial de todos os aspetos da vida social contemporânea. A globalização implica uma reconfiguração da organização espacial das relações e transações sociais (definidas em termos da sua extensão, intensidade, velocidade e impacto) que geram fluxos transcontinentais ou intrarregionais, assim como redes de atividades e interação (Held et al, 1999: 16). A globalização e os fenómenos migratórios podem gerar enormes mudanças em termos não apenas sociais, mas subjetivos e na própria mundividência individual orientada para paradigmas globais (Monteiro, 2011). O processo de globalização implica uma reconfiguração espacial (e simbólica) do mundo, que deixa de ser um espaço de locais para passar a ser um espaço de fluxos. Por sua vez as novas tecnologias de informação e a rede global de sistemas de transporte, cada vez mais acessíveis (de que são um exemplo as viagens aéreas a baixo custo) foram fatores decisivos para o exponencial aumento de fluxos de pessoas e fenómenos migratórios nas últimas décadas (Castles & Miller, 2003; Castells, 2004; Castles, 2005).

Mas esta massificação e quase banalização das migrações transnacionais não retiraram o sentido de excecionalidade e alguma fragilidade existencial à experiência de emigrar.

Mesmo nas situações mais favoráveis, o processo migratório constitui uma mudança radical na vida de uma pessoa. Os migrantes atravessam fronteiras não apenas geográficas, mas também culturais, socioeconómicas e interpessoais (Monteiro, 2011).

Embora em alguns casos a migração se traduza numa melhoria da qualidade de vida dos migrantes, permitindo-lhes melhores oportunidades de trabalho, melhores condições de vida e oportunidade de reunião com membros da família de origem, muitas vezes os processos migratórios estão marcados por situações desfavoráveis como guerra, fome ou violação dos direitos humanos (IOM, 2003). Existem atualmente duzentos milhões de imigrantes internacionais. São aproximadamente 3% da população mundial. Segundo dados das Nações Unidas, existem 14 milhões de refugiados, o que corresponde a cerca de 7% dos imigrantes no mundo. Em cada trinta e cinco pessoas no planeta, uma é imigrante internacional (ONU, 2009).

O que faz com que alguém saia do local onde nasceu, se separe da sua família mais próxima, se desligue dos seus amigos e se atire para uma viagem de contornos inesperados, por vezes a milhares de quilómetros de casa? O que há de comum a todos os 200 milhões de pessoas que abandonaram os seus locais de pertença, as suas memórias de infância, a sua língua e a sua história para se aventurarem no desconhecido? Em comum uma única coisa. O sonho. Todos os imigrantes vão em busca de um sonho. Mesmo os imigrantes forçados, vítimas de redes de tráfico de pessoas, foram atraídos a essas teias por causa de um sonho. Mesmo os que embarcam em barcos instáveis e sobrelotados e enfrentam a morte para chegar às praias do sul da Europa. Mesmo os refugiados que fogem de guerras locais ou de catástrofes ambientais e se deslocam em massa para fugir da fome, da violência ou da perseguição política, estão à procura de um sonho. Um projeto migratório que lhes permita a sobrevivência, uma melhor qualidade de vida, um outro futuro para si e para a suas famílias. Ser migrante é por isso, em primeiro lugar, ser um nómada. Mas não um nómada qualquer - é ser o nómada de um sonho. Os migrantes não são apenas sonhadores, ainda que sonhadores desesperados. Além da capacidade de sonhar, os que partem são em geral os que têm a capacidade, o empreendedorismo e os recursos para construir um projeto migratório. Um em cada trinta e cinco. Por isso as teorias das migrações falam da hipótese de seleção (Castles & Miller, 2003; Borjas, 2000). E alguns estudos revelam o “efeito do imigrante saudável” (Hyman, 2001). Ou seja, quem emigra são, em regra, os mais saudáveis, os mais capazes e até os mais ricos (Chiswick, 2000). Mesmo os que fogem das suas aldeias do corno de África em botes instáveis, quase sem recursos, são os mais ricos das suas aldeias, os que puderam pagar um lugar no barco.

Há coisas que todos os imigrantes carregam na bagagem. Um amuleto. Pode ser uma medalha, uma pequena cruz, um artefacto indígena. Todos os imigrantes trazem, algures no corpo no pulso, ao pescoço ou tatuado na pele um amuleto, uma forma qualquer de proteção ou apelo aos deuses da sua terra para pedir boa sorte. Eles bem sabem, que as idas nem sempre significam felizes regressos e que há viagens sem retorno. Ou seja, o processo migratório não é apenas um processo de transição geográfica ou espacial. É um processo de transição existencial, ligado a uma específica consciência de vulnerabilidade. E esta vulnerabilidade existencial tem impactos nas condições globais de saúde e na saúde mental (OMS, 2001; Monteiro, 2011).

Todos os imigrantes carregam um farnel. Comida para a viagem. E quando essa comida acaba buscam nos países onde chegam os cheiros das comidas de casa. Quem nunca andou quilómetros para saborear um pastel de nata ou um caldo verde? Quem nunca sorriu sozinho ao relembrar o cheiro de couve cozida com



molho de xuxu? Quem nunca se reuniu com amigos para fazer uma muamba? Ou seja, o desenraizamento cultural é também um desenraizamento biológico, com impactos na saúde.

Todos os imigrantes buscam centros de identidade em locais que sentem como estrangeiros. Para uns pode ser a casa do Benfica numa rua de Londres, para outros pode ser uma imagem da Senhora da Aparecida numa aldeia do Minho, ou um CD de música pimba. E todos, mas mesmo todos os imigrantes, mesmo as pacatas avozinhas, se transformam em apaixonados *hooligans* quando por acaso joga a seleção nacional quando estão num país estrangeiro. Sendo os contextos migratórios processos de transição, com fortes experiências de ruturas e alterações de papéis sociais, de rotinas e formas de mundivivência (Schlossberg, Waters & Goodman, 1995), é expectável que o contacto com o grupo de pertença, a busca de pontos de identidade cultural e de suporte social sejam fatores decisivos para o bem-estar psicológico dos imigrantes (Monteiro, 2009).

Todos os imigrantes levam na carteira, no telemóvel ou no PC pelo menos uma fotografia.

A fotografia de quem mais amam e deixaram para trás. A rutura e fragilidade das redes familiares e do apoio social mais íntimo fornecido pela conjugalidade é um dos fatores que está correlacionado com risco de patologia psiquiátrica em populações imigrantes

(Monteiro, 2006, 2009).

Todos os imigrantes levam na bagagem a sua língua. E não é coisa de somenos, a língua que falamos. Não pode dizer-se de língua alguma que ela é uma invenção do povo que a fala. O contrário seria mais exato. É ela que o inventa (Eduardo Lourenço, 1999). A minha pátria é a minha língua, dizia Fernando Pessoa. E tinha razão. Por isso ficamos tão aflitos quando estamos num lugar onde ninguém fala a nossa língua. Ninguém nos fala. Ninguém nos entende. Não entendemos ninguém. Somos mudos. Somos apátridas. É a maior aflição de todas. É a maior solidão de todas. É a maior vulnerabilidade de todas. Os estudos empíricos e os achados de investigação em saúde mental corroboram esta vivência subjetiva – a barreira linguística/dificuldades na comunicação é uma das maiores dificuldades na integração dos imigrantes nos países de acolhimento e na acessibilidade aos serviços de saúde mental. Pois como podemos traduzir o sofrimento emocional, se ele se torna indizível?

Ser imigrante é carregar na bagagem situações concretas de desencontro com o outro.

Nalguns casos o desencontro é violento e tem o nome de racismo e xenofobia. Noutros casos a violência é mais subtil – chama-se desconfiança ou medo. Os imigrantes constituem muitas vezes grupos minoritários nas sociedades de acolhimento, estando sujeitos a constrangimentos resultantes de dificuldades de integração. Pesquisas antropológicas e sociológicas demonstraram que o racismo, o preconceito racial e

étnico, a pobreza e o baixo estatuto socioeconómico estão relacionados com maior incidência de perturbações psiquiátricas. As populações migrantes são especialmente vulneráveis a estes fatores de risco e existem grupos específicos dentro destas populações, como as crianças, os refugiados, as mulheres e os idosos que têm um risco acrescido de doenças psiquiátricas (IOM, 2003; OMS, 2004).

Todos os imigrantes se preocupam com o emprego ou o desemprego que vão encontrar no país de acolhimento. Afinal, uma das principais motivações para emigrar são questões económicas. E, por isso, as condições de acesso ao mercado de trabalho, sobretudo quando se é imigrante ilegal ou indocumentado, afetam a saúde mental de muitas e complexas formas que estão evidentes na investigação empírica. As dinâmicas da migração são complexas e o conceito chave para explicar a relação entre migração em contextos de globalização económica e maior incidência de problemas de saúde é a desigualdade (IOM, 2003). Mas um dos mais importantes impactos dos processos de globalização na saúde mental tem a ver com as questões de globalização económica/ financeira. Por exemplo, a Organização Mundial de Saúde prevê que a atual crise financeira à escala mundial vai colocar sérias dificuldades no acompanhamento de pessoas com doença mental grave e aumentar exponencialmente o número de depressões e suicídios (OMS, 2009). Segundo um estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2000), as doenças psiquiátricas são cada vez mais frequentes entre os trabalhadores em idade ativa, devido às mudanças drásticas que a globalização da economia implica no mercado de trabalho. Burnout, *stress* profissional e depressão são os impactos mais visíveis da precariedade laboral, instabilidade e desemprego, tendência que se está acentuar (ILO, 2010).

Alguns imigrantes são crianças quando chegam. Muitos outros nascem nos países de acolhimento. Tornam-se assim crianças transfronteiriças, ponte entre duas culturas e dois mundos. As crianças imigrantes, de primeira e segunda geração são mais vulneráveis em termos de saúde mental e necessitam de apoios específicos (OMS, 2001).

Todos os imigrantes gostam de cantar. Mesmo os mais circunspectos e tímidos, ao fim de alguns meses longe de casa dão por si a cantarolar músicas que se lembram desde que eram pequeninos. Os desafinados também têm coração, como dizem os brasileiros. E quem canta seus males espanta, como dizem os portugueses. E neste “espantamento” da saudade e da nostalgia do que é mais íntimo, nada como a música ou a dança da nossa infância.

Ou seja, os imigrantes, nos seus processos de transição existencial podem experienciar *stress* “biofisiológico”, desenraizamento, *stress* de aculturação, dificuldades com a Língua e inserção comunitária no país de acolhimento ou fatores laborais negativos. Mas, apesar das exigências do processo migratório, os

imigrantes utilizam estratégias de *coping* e têm recursos de resiliência que lhes permitem lidar com estes fatores.

Relativamente ao conhecimento científico sobre a saúde mental de populações imigrantes, há limitações na informação disponível e lacunas no conhecimento sobre a saúde dos imigrantes. É necessária uma maior vigilância epidemiológica e investigação sobre os seus problemas de saúde, com ênfase em populações migrantes específicas; são necessários novos instrumentos de avaliação, que devem ser utilizados para antecipar e ajustar as políticas de outros sectores a potenciais efeitos negativos sobre a saúde dos migrantes (EU, 2008). Por outro lado, a investigação existente tem algumas limitações: a pesquisa/investigação clínica baseia-se em amostras tendencialmente homogéneas, onde são excluídas as especificidades das minorias étnicas e populações imigrantes; os imigrantes tendem a apresentar baixos índices de resposta em inquéritos epidemiológicos ou sociológicos; a monitorização de imigrantes ilegais ou sem documentos é extramente difícil ou mesmo impossível; a linguagem e terminologia estandardizada utilizada nos inquéritos populacionais podem ter diferentes significados para grupos diferentes (Juhász, Ágnes & Taller, 2010). Encontrar respostas concretas para as suas necessidades específicas de integração social, mas também as necessidades específicas de saúde mental ultrapassa as fronteiras dos tradicionais sistemas de saúde locais e implica uma abordagem multisectorial.

Em suma: os fluxos migratórios internacionais têm tendência a aumentar exponencialmente e a diversificar-se, constituindo um desafio para a sociedade portuguesa enquanto sociedade de acolhimento, ponto de chegada e partida de novas diásporas. As formas emergentes de redes de sociabilidade e de criação de identidades num mundo global é uma experiência de desapropriação e da incerteza do encontro de alteridades e de abertura à imprevisibilidade do mistério do outro. As questões da saúde mental num mundo globalizado e num espaço étnico e cultural cada vez mais diversificado constituem um desafio que implica criatividade e capacidade de construir novas metáforas interpretativas.

## Referências

Borjas, G. (2000). Economics of Migration, International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences, Section no. 3.4, Article no. 38.

Castells, M. (2004). A Galáxia Internet. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. Castles, S. (2005). Globalização, transnacionalismo e novos fluxos migratórios – dos trabalhadores convidados às migrações globais. Lisboa: Fim de Século.

Castles, S.; Miller, M. (2003). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. London: Guildford.

Chiswick, B. R. (2000). Are Immigrants favorably self-selected? *Migration Theory*. Brettell, C.; Hollifield, J (edit). New York: Routledge.

Cohen, R. (2005). Globalização, migração internacional e cosmopolitismo quotidiano. In *Globalização e Migrações*. António Barreto (Coord.) Lisboa: ICS.

EU (2008). Conclusões e Recomendações da Conferência Europeia "Saúde e Migrações na EU", 2008. Online [http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/Conclus%C3%B5es\\_PPTUE.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/Conclus%C3%B5es_PPTUE.pdf).  
Acedido a Dezembro de 2011.

Held, D.; McGrew, A.; Goldblatt, D. e Perraton, J. (1999). *Global transformations, Politics, Economics and Culture*. California: Stanford University Press.

Hyman, I. (2001). *Immigration and Health*. Health Policy Working Paper Series. Working paper 01-05. Ottawa, Health Canada, September 2001. Disponível em <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/wpapers1.html>. Acedido em 13/6/2006.

ILO - International Labour Office (2010). *Global employment trends : January 2010*. ILO: Geneva.

International Organization for Migration (2003). *World Migration 2003: Managing Migration - Challenges and responses for people on the move*. IOM, Geneva.

Juhász, J.; Makara, P.; Taller, A. (2010). Possibilities and limitations of comparative research on international migration and health, (PROMINSTAT), Online em [http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/doc1\\_17583\\_823896939.pdf](http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/doc1_17583_823896939.pdf). Acedido em 22 de Março de 2012

Lourenço, E. (1999). *A Nau de Ícaro Seguido de Imagem e Miragem da Lusofonia*. Lisboa: Gradiva.

Monteiro, Ana (2009). *Percepção de apoio social e saúde mental em contextos*

migratórios: imigrantes russófonos a residir em Portugal. Revista Referência, 2, Série II: 35-46.

Monteiro, Ana (2011). Migração e Saúde Mental, 1ª Edição, Viseu: PSICOSOMA.

OMS (2001). Relatório Sobre a Saúde no Mundo - Saúde Mental: nova Concepção, nova Esperança. Lisboa: OMS.

OMS (2004). Report of the 7th Meeting of the European National Counterparts for the WHO Mental Health Programme. Geneve: OMS.

ONU (2009). State of world population 2011- People and possibilities in a world of 7 billion. Geneva: UNFPA.

Schlossberg, N., Waters, E.B., Goodman, J. (1995). Counselling adults in transition: Linking practice with theory (2.ª ed.). New York: Springer Publ.Co.

### **Nataliya Bekh**

Muito obrigada.

É com um enorme prazer que dou agora a palavra a a Vanessa Viana, psicóloga, licenciada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Mestre em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da UNL. Publicou a tese "Saúde Mental, Qualidade de Vida e Acesso aos Cuidados de Saúde na comunidade brasileira de Lisboa". Membro da Casa do Brasil de Lisboa e da Rede Europeia de Mulheres Imigrantes.

### **Vanessa Viana | Casa do Brasil/ Rede Europeia de Mulheres Migrantes**

#### ***Considerações sobre Saúde Mental e Qualidade de Vida das brasileiras em Portugal***

Boa tarde!

Gostaria de agradecer a equipa do Saudar + pelo convite e parabenizar pelo trabalho competente e pertinente que têm realizado e também pelo espírito de partilha e colaboração deste Seminário. Só não posso agradecer a difícil tarefa de apresentar a minha comunicação depois da fantástica apresentação da Ana Paula Monteiro (Risos)

Esta comunicação trará algumas reflexões sobre a Saúde Mental, Qualidade de Vida, Género e Imigração. O estudo que será apresentado foi realizado no âmbito do Mestrado em saúde mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Quem tiver interesse nesta área, pode aceder à tese no *site* do Observatório da Imigração, onde esta foi publicada em 2009.

Vou, primeiro tecer algumas considerações sobre a imigração brasileira em Portugal. Apesar de termos uma História comum há mais de 500 anos, o impulso da imigração brasileira, a partir de 1980, está relacionada com as crises e com a instabilidade da economia brasileira.

É dividida em dois grandes momentos: a 1ª vaga, dos anos 80 até 1998, é caracterizada por uma imigração qualificada e masculina. A 2ª vaga, a partir de 1998, mais diversificada, envolve um número maior de imigrantes de ambos os sexos, com uma predominância das mulheres.

Os fatores de atração foram, principalmente, a proximidade cultural, que também tem as suas diferenças e estranheza, como na música dos Deolinda "Garçonete da casa de fado": "E quando eu escutei cantar aquele chorinho delicado, deu uma vontade de pegar alguém com quem dançar o fado: "Moça, mas ninguém dança o fado, fica quietinha a ouvir!" Puxa, mas no Brasil casa de fado não seria mole assim..."

São também fatores de atração a língua, a possibilidade de obter nacionalidade, os investimentos recíprocos e a conquista de "nichos" específicos e políticas de acordos bilaterais (Vianna, 2001).

Atualmente é a maior comunidade imigrante em Portugal (27% do total) e nas estatísticas oficiais, estes números continuam a aumentar. Claro que isto são os dados oficiais dos imigrantes em situação regular. Algumas associações estimam que o número de cidadãos brasileiros em situação irregular pode chegar entre 30 e 50% mais.

Atualmente, assistimos a um retorno. As estatísticas oficiais ainda não refletem isso, mas o Brasil tem-se debatido com este retorno, não só de Portugal, mas também dos Estados Unidos, Japão e do resto da Europa. Antes se falava da Síndrome de Ulisses hoje se fala do Síndrome do Retorno.

As características principais desta comunidade em Portugal são terem mais mulheres (56%) que homens (44%) e é predominantemente jovem, entre 20 e 39 anos (50,5%).

Os principais sectores onde trabalham é a construção civil, comércio e hotelaria/restauração (Peixoto et al, 2007; Machado, 2007b). As qualificações académicas principais: 27% o ensino básico, 51% o ensino secundário e 10% a licenciatura.

Há ainda que referir que os brasileiros e as brasileiras, nos estudos com a população nacional, são percebidos como os mais parecidos e mais próximos com os portugueses e de mais fácil convivência, mas também são associados a muitos estigmas como a falta de competência, desonestidade, criminalidade, prostituição e outros preconceitos.

Relativamente à saúde mental, vou fazer só algumas considerações, pois já tivemos aqui com a apresentação da Ana Paula Monteiro, um excelente enquadramento. É integrante da saúde geral, não pode ser classificada como uma entidade em separado e reflete a interação entre a pessoa e o meio que a rodeia. Sofre a influência de fatores como: género, idade, estado civil, etnicidade e nível socioeconómico. Para

além disso também a história de vida, desenvolvimento emocional, personalidade da pessoa têm de ser levadas em conta

Classicamente, a saúde mental é dividida em 3 dimensões:

A saúde mental positiva - que engloba, por ex, a autoestima ou o sentimento de coerência; a saúde mental negativa – engloba o chamado “distress psicológico” – são sintomas como a ansiedade e a depressão, comuns e transitórios e influenciáveis pelos eventos de vida e, por fim, temos as perturbações mentais – descritas e classificadas através dos síndromas e têm sintomas persistentes um nível de incapacidade maior e são classificadas. Aqui as classificações mais utilizadas são o DSM-IV e o CID-10.

Para cada uma destas dimensões, existem diferentes instrumentos de medida.

A saúde Mental é uma prioridade para a Saúde pública por causa da prevalência e, principalmente por ser a maior causa de incapacidade no planeta.

Os números são altíssimos. Estima-se que 1 em cada 4 pessoas, sofre de perturbação mental. Há uma frase célebre de Rita Brown que diz: “Pense nos seus 3 melhores amigos, se estão bem então é você.” (*Risos*)

Em relação ao cruzamento entre a saúde mental e a imigração, o que os estudos nos dizem é que o processo migratório é potencialmente traumático, configurando uma situação de crise. Entrar em contacto com outras culturas, coloca em questão aquilo que foi naturalizado e aprendido como certo.

Há variáveis importantes para a saúde mental: idade, se há rede social, se é decisão do sujeito – por exemplo há quem defenda que as crianças devem ser consideradas como refugiados porque não foi decisão delas imigrar. Há também a questão da decisão de imigrar é sentida como reversível, que a pessoa não pode voltar quer por razões concretas como uma guerra ou por orgulho – como eu volto para o meu País?

O e a Imigrante é habitante de dois mundos, ou mais. Vive a realidade concreta no país de destino e mantém laços vivos com o país de origem. Pode ser extramente doloroso se o sentimento for de inadaptação nos dois.

As 7 perdas principais percebidas pelos imigrantes são: 1) família e amigos, 2) língua materna, 3) cultura, 4) terra, 5) perda do estatuto, 6) perda do contacto com o grupo étnico e 7) exposição a riscos físicos (*Health and Consumer Protection Directorate General, 2004*).

Há uma preponderância de estudos que relacionam SQZF e imigrantes. Estes estudos baseiam-se em taxas de internamento e encontram prevalências maiores em alguns grupos de imigrantes.

Estas hipóteses são refutadas porque as taxas encontradas nos países de origem não são mais elevadas e, também, em muitos estudos as taxas são mais elevadas nas segundas gerações (Bhugra, 2000).

As críticas relativamente a estes estudos são: 1) as metodologias utilizadas, que não permitem uma avaliação global dos dados 2) utilização de amostras muito pequenas, e pouco representativas 3) critérios

inespecíficos de inclusão 4) desconsideração pelas diferenças culturais e 5) baseados em estatística hospitalar em vez de entrevistas clínicas (Claassen, Ascoli, Berhe & Priebe, 2005; Bhurga 2000).

O Estudo que realizei é estudo exploratório, descritivo e transversal. Foi baseado nas estatísticas oficiais do SE, na zona de Lisboa, porque 42% do total da população residente brasileira vive nesta zona geográfica. Os critérios de inclusão foram ter nacionalidade brasileira, idade igual ou superior a 17,5 anos, residir em Portugal há pelo menos 1 ano e residir, efetivamente, no distrito de Lisboa. Foram utilizados dois métodos de amostragem: *Snowball* e Conveniência.

Inicialmente, só estava prevista a utilização do método *snowball* -propagação geométrica ou "bola de neve" - amostra intencional em que o investigador pede a cada respondente nomes de outros sujeitos que podem ser igualmente inquiridos. No entanto este método mostrou-se insuficiente, demorado e caro.

O que levou a usar o método de conveniência, onde a seleção dos participantes é dada pela facilidade como são identificados e com um objetivo bem definido (Maroco, 2007), usando como local da recolha o Consulado Geral do Brasil em Lisboa.

Relativamente aos instrumentos utilizados foi utilizado o Inquérito Nacional de Saúde (INS) que é instrumento de medição em saúde que recolhe dados de base populacional, gera estimativas sobre saúde e doença, e estuda a evolução das mesmas ao longo do tempo, cumprindo critérios da OMS.

Em Portugal em 2005/2006 foi realizado o 4º Inquérito, último até à data. É adequado para grandes amostras, mas é limitado quanto ao grau de profundidade do conteúdo recolhido.

As principais áreas que utilizei para o meu estudo foram: caracterização sociodemográfica; informações de saúde; as doenças crónicas; os cuidados médicos; medicamentos; despesas; saúde reprodutiva; saúde mental e qualidade de vida.

Em relação ao instrumento específico da Saúde Mental, usei o MHI 5 – *Mental Health Index 5*, que é recomendado pela OMS. Consta de 5 itens e os resultados são classificados para medir a existência de Provável Sofrimento Psicológico. É breve, fácil de preencher e é validado. Pode ser utilizado isoladamente para pesquisa e prática clínica.

Este instrumento é mais indicativo da ansiedade e depressão, e por isso, para uma análise mais completa da Saúde Mental, é necessário utilizá-lo com outros meios o que no caso do meu estudo não foi possível. Com este instrumento, quanto maior a pontuação melhor será o nível de Saúde Mental, mas 50 a 60% dos casos em Provável Sofrimento Psicológico seriam diagnosticados com 1 ou mais perturbações.

No Estudo foram incluídas 213 pessoas, 54,5% mulheres (de acordo com a feminização dos fluxos), com uma média de idade de 33 anos (85% entre os 18 e 44 anos), 60% referem trabalhar por conta de outrem e



mais da metade estão em irregularidade jurídica. Esta questão foi interessante porque as pessoas trabalham por conta de outrem, mas quando lhe perguntamos pelo estatuto jurídico, não têm.

Em relação à inserção no mercado de trabalho, 60% dos trabalhadores não são qualificados - pessoal dos serviços e vendas, operários e operadores de máquinas, 30% trabalham entre 41 a 60 horas e 4% mais de 61 horas/semana.

Ainda relativamente à caracterização, 60% têm o seu processo regularizado e 35% possuem autorização de residência duração, só 6 pessoas têm, também, a nacionalidade portuguesa. O tempo de residência médio é de 4 anos.

Outra questão interessante é que 55% desejam e 21% não desejam retornar para o Brasil. Os motivos para o retorno são principalmente a família, a saudade, a emigração ser temporária e motivos económicos. Os motivos dados para desejar permanecer em Portugal foram a violência e a falta de estabilidade no Brasil. Neste momento é provável que muitos, daqueles que demonstraram esse desejo, já tenham retornado.

Ao nível da auto-apreciação do estado de saúde atual, 80% consideram-no muito bom ou bom e menos de 1% consideram mau ou muito mau. Claro que temos de perceber o que é para um ou uma brasileiro/a um estado de saúde bom ou muito bom e para um ou uma portuguesa e isso não foi estudado.

No acesso aos cuidados de saúde 34% são beneficiários do SNS e este número aumenta com os anos de residência e 61% não estiveram em consultas nos últimos 3 meses, sendo as mulheres a apresentarem mais consultas. Em relação às consultas de saúde reprodutiva, estas são mais frequentes no grupo em regularidade jurídica. Como ouvimos de manhã, esta situação se está a agravar com as mudanças das prescrições eletrónicas e do sistema informático.

Relativamente aos casos em Provável Sofrimento Psicológico, 23,4% estão em PSP e, na literatura, 50 a 60% destes casos seriam diagnosticados com 1 ou mais perturbações. Os homens apresentam melhores resultados do que as mulheres em relação ao MHI-5 score e nos 5 itens em separado No caso das mulheres 43,5%, entre os 35 e 44 anos, estão em Provável Sofrimento Psicológico.

Quem trabalhava entre 61 a 80 horas/semana apresentou piores resultados no MHI-5 score e também houve correlações significativas entre MHI-5 score e ter doença crónica, autoapreciação do estado de saúde e qualidade de vida.

Comparando comunidade imigrante e população nacional, numa experiência que fiz através do 4º Inquérito Nacional de Saúde, com muitas ressalvas pois o meu Estudo não tem representatividade, para além da questão da idade, a estrutura etária da população em Portugal e a população do Estudo apresentado, que

está toda nas camadas mais jovens, não tem nada de semelhante. Na autoapreciação do estado de saúde atual a proporção de respostas Muito Bom e Bom é maior na comunidade brasileira seja em relação à média de respostas (82% e 53%), seja por classe etária. Em relação à qualidade de vida, em todas as classes etárias, os brasileiros apresentaram valores mais elevados para a qualidade de vida muito boa ou boa. Em ambos os estudos, a proporção dos homens que consideraram como muito boa ou boa a sua qualidade de vida foi superior que a proporção das mulheres.

Com o instrumento MHI-5, estão em provável sofrimento psicológico 27,6% portugueses e 23,4% brasileiros. Os homens, tanto portugueses como brasileiros, apresentam scores melhores no MHI-5 e mais próximos entre si (17%). As mulheres apresentaram, em média, os piores resultados (37% portuguesas e 29% brasileiras), sendo que o pior resultado se encontra no grupo das brasileiras dos 35-44 anos (43,5% da amostra).

Algumas considerações finais:

O risco está na imigração ou na integração (ou falta dela)?

É consistente com a literatura, que as mulheres representam o maior grupo em provável sofrimento psicológico e há três hipóteses levantadas para explicar este fenómeno. A primeira hipótese refere os artefactos metodológicos, i.e., como são as mulheres que procuram mais apoio e expressam mais o seu sofrimento isso é indicador da diferença. Segue-se a causalidade biológica, que está relacionada com os diferentes fatores genéticos e hormonais e que explicariam a diferença de resultados. E por fim a determinação social, estão aqui englobados os eventos de vida, o suporte social, os papéis sociais diferenciados e a sobrecarga e desvantagem da mulher na sociedade. Esta terceira hipótese é, para mim, aquela que tem mais peso na explicação desta diferença.

Termino com uma nota e uma recomendação. Destaco a pertinência de projetos com o Saudar +, esperemos que se realizem mais, mais, mais, e sugiro a existência de mais estudos longitudinais, que incluam origem e destino

Muito obrigada

**Nataliya Bekh**

Agradeço a Vanessa Viana por esta intervenção interativa, pertinente e oportuna. E passamos à apresentação da 3ª oradora da mesa, Cláudia de Freitas, investigadora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES, ISCTE-IUL). Licenciada em Psicologia Clínica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Mestre em Migrações e Estudos Étnicos pela Universidade de Amsterdão e Doutorada em Ciências Sociais pela Universidade de

Utrecht. A apresentação centrar-se-á num projeto internacional na Holanda – que é uma aplicação prática de vários trabalhos científicos nesta área.

**Cláudia de Freitas | ISCTE/CIES-IUL**

### ***Oportunidades de mudança: uma voz cabo-verdiana nos cuidados de saúde mental holandeses***

Boa tarde a todos! Gostaria de começar por agradecer ao Projeto Saudar +, e ao Graal, pelo convite que me foi feito para estar aqui hoje, e também pela vossa presença.

Hoje irei falar-vos de saúde mental e imigração, mas também sobre participação e mudança. O que pretendo fazer é levar-vos numa viagem até à Holanda, mais concretamente até Roterdão, e partilhar convosco a forma pela qual os cabo-verdianos imigrantes nessa cidade passaram de uma posição de invisibilidade social à posição de agentes de mudança dos cuidados de saúde mental holandeses.

Os primeiros imigrantes cabo-verdianos na Holanda começaram a chegar no fim dos anos 50. Eram na sua grande maioria homens que tinham trabalhado na marinha mercante e que encontraram trabalho no porto de Roterdão. Com o tempo, conseguiram reunir as condições necessárias para patrocinar a imigração das suas famílias, que se juntaram a eles. Hoje vivem cerca de 21.000 cabo-verdianos na Holanda, 80% dos quais residem na região de Roterdão (De Freitas, 2012).

Os imigrantes cabo-verdianos na Holanda foram apelidados, durante muito tempo, de imigrantes silenciosos. Eram uma comunidade pacata, trabalhadora, que raramente dava problemas e que fazia poucas ou nenhuma exigências às autoridades holandesas (De Freitas, 2008). Esta imagem perpetuou-se até ao fim dos anos 90 quando alguns investigadores se deram conta de que, apesar da ausência de queixas, muitos cabo-verdianos sofriam de problemas psicossociais (Huiskamp et al., 2000). De facto, os estudos realizados mostraram que muito embora os cabo-verdianos relatassem mal-estar psicológico poucos eram aqueles que recorriam aos cuidados de saúde mental (Dieperink et al., 2002). Estudos posteriores identificaram a estigmatização da doença mental como uma das principais barreiras ao uso de serviços de saúde mental (De Freitas, 2005; 2006).

Ora, como é que os cabo-verdianos passaram desta posição de marginalidade (no sentido de se encontrarem à margem dos cuidados) e passividade para uma posição de agentes implementadores de mudança? E o que é que eles conseguiram mudar através de um exercício mais ativo da sua cidadania?

Como todos sabemos, os serviços de saúde são difíceis de alterar e de reformar. Os cabo-verdianos não reformaram os serviços de saúde mental por completo, mas conseguiram que fosse criado um grupo terapêutico “talhado” para responder às suas necessidades, ou seja, dotado de competência cultural o que, entre outras coisas, significou o uso de uma língua com a qual os cabo-verdianos se sentiam familiarizados

(português) e o emprego de termos menos estigmatizados/estigmatizantes como, por exemplo, o termo "stress" que foi usado pela psicóloga que liderava o grupo como substituto do termo doença mental.

Como vos disse a saúde mental foi, e até certa medida ainda é, um grande tabu no seio da comunidade cabo-verdiana em Roterdão. Foi portanto necessário que se operasse um processo de transformação muito grande entre alguns dos seus elementos para que estes começassem a aceitar a doença mental e pudessem adquirir as competências necessárias para exercer influência sobre os serviços de saúde mental. O grande responsável por esse processo de mudança foi o Projeto Apoio.

O Projeto Apoio foi criado no ano 2000 com o objetivo de promover os direitos dos cabo-verdianos no campo da saúde mental e de resolver o problema identificado pelos estudos que mencionei há pouco, ou seja, o desfasamento verificado entre a necessidade dos cabo-verdianos de acompanhamento psicológico e o uso reduzido aos serviços de saúde mental por parte destes. O Projeto Apoio adoptou desde o início uma ideologia de intervenção pautada pela participação. Isto é, o Projeto procurou, desde logo, envolver os seus membros nas suas atividades. É importante mencionar que a participação de grupos imigrantes na área da saúde é ainda muito reduzida quando comparada com a participação da população autóctone na Holanda e o mesmo acontece noutros países dentro e fora da Europa. O Projeto Apoio constitui, por isso, uma exceção muito positiva e um caso de sucesso no que concerne a promoção de uma cidadania ativa na saúde por parte dos imigrantes (De Freitas, 2011).

O que gostaria de fazer de seguida é partilhar convosco o tipo de estratégias utilizadas pelo Projeto Apoio para promover a participação dos cabo-verdianos no campo da saúde mental. A partir de observações e entrevistas feitas com os cabo-verdianos que participaram no Projeto Apoio e outros informantes chave foi possível identificar 4 estratégias determinantes do sucesso das suas atividades participativas: 1) o recrutamento direto e contínuo; 2) a identificação e respostas às preocupações dos utentes; 3) a capacitação dos utentes; e 4) iniciativas empoderadoras. Vamos ver mais detalhadamente cada uma destas estratégias.

O recrutamento direto de participantes foi uma das primeiras estratégias empregues pelo Projeto Apoio. No entanto, para que esse contato direto pudesse ter lugar foi necessário informar as pessoas sobre a existência do Projeto. Assim, a primeira iniciativa do Projeto consistiu em convidar os cabo-verdianos a tomarem parte na escolha do nome do próprio projeto. Isso foi feito através de um programa na rádio cabo-verdiana em Roterdão, para o qual as pessoas podiam ligar sugerindo nomes que depois foram submetidos a votação. O autor do nome escolhido foi premiado com uma máquina de café. Esta foi uma forma engraçada e não intrusiva de disseminar informação sobre o Projeto Apoio e, ao mesmo tempo, tornou-se numa atividade participativa envolvendo a comunidade num processo importante para a génese e continuidade do Projeto – a escolha do seu nome.

De seguida, a coordenadora do Projeto organizou um grande evento num Hotel em Roterdão durante o qual o Projeto Apoio foi apresentado, formalizando-se a sua inauguração. Assumindo uma preocupação com a competência cultural o evento contou também com música ao vivo e lanche. Os cabo-verdianos apreciam as festas e se se pretende que eles participem num evento este deve contar com música que dê aso ao convívio. Isto é algo que os promotores de saúde holandeses muito dificilmente considerariam enquanto elemento integrante das suas iniciativas de promoção de saúde. Vale a pena ainda mencionar que a coordenadora do Projeto aproveitou este evento para abordar diretamente as pessoas e as convidar a visitar a associação de utentes que acolheu o projeto, usando depois essa visita para as informar e convidar a participar nas suas atividades.

Muitas outras iniciativas foram realizadas durante o curso do Projeto Apoio com o intuito de mobilizar os cabo-verdianos a participarem no projeto. Este tipo de recrutamento direto é fundamental para promover a participação, especialmente quando os potenciais participantes se encontram numa situação de marginalidade e de desempoderamento. Muitas vezes, as pessoas não participam, não porque lhes falte vontade, mas porque não acreditam serem capazes de ter um contributo positivo. Nestes casos, é igualmente essencial que o recrutamento seja contínuo já que leva o seu tempo até que as pessoas se sintam suficientemente empoderadas para avançarem espontaneamente as suas ideias.

Mas o recrutamento não chega para alcançar realmente as pessoas. É igualmente muito importante identificar as suas preocupações e desenvolver iniciativas centradas na resolução desses problemas. Entre as principais preocupações dos cabo-verdianos que se envolveram no Projeto Apoio contam-se a necessidade de diminuir o estigma associado à doença mental, aumentar a inclusão social e melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental. Para dar resposta a estas preocupações o Projeto Apoio criou um Grupo de Ajuda Mútua através do qual os participantes podiam encontrar apoio nos seus companheiros e ajuda para lidar com os seus problemas. Também organizou conferências e debates que foram importantes não só para informar os cabo-verdianos sobre os serviços de saúde mental existentes, mas também para sensibilizar os profissionais de saúde mental para as necessidades específicas da comunidade cabo-verdiana.

Um dos resultados positivos destas iniciativas foi a criação do grupo terapêutico que mencionei no início desta comunicação. Este grupo foi desenvolvido por uma psicóloga com quem o Projeto Apoio foi cultivando uma relação de colaboração e que se tornou sensível ao sofrimento mental e à necessidade de um cuidado específico e especializado dos cabo-verdianos.

Uma terceira estratégia adotada pelo Projeto Apoio para fomentar a participação foi a capacitação dos cabo-verdianos, ou seja, no aumento das suas competências e da sua autoconfiança e empoderamento uma vez que, sem estes recursos, é muito difícil participar e exercer influência sobre os processos de tomada de decisão. Para esse efeito, organizou como eu disse anteriormente debates e conferências centrados na

informação sobre os direitos no campo da saúde. Também procurou envolver os cabo-verdianos na própria organização das conferências como forma de estimular a aquisição de competências organizativas e comunicacionais. Criou ainda cursos de língua Neerlandesa e de informática e uso da Internet com o objetivo de promover o acesso ao conhecimento.

A quarta e última estratégia utilizada pelo Projeto Apoio consistiu na promoção de iniciativas empoderadoras, isto é, que tivessem em conta as preocupações, recursos, limitações e ritmo dos cabo-verdianos. Este tipo de iniciativas são essenciais quando se tenta promover o envolvimento de grupos de imigrantes numa posição de vulnerabilidade em atividades relacionadas com a saúde mental.

Para concluir, gostaria de referir que foram precisos vários anos para que o Projeto Apoio criasse e amadurecesse as suas iniciativas participativas. Isto alerta-nos para a importância do tempo e da perseverança quando se pretende promover a participação de grupos estigmatizados e vulneráveis. Mas a experiência do Projeto Apoio também nos mostra que estes grupos podem ser envolvidos com êxito e que podem inclusive inspirar mudança nos serviços de saúde, contribuindo para que estes se adaptem cada vez mais às suas necessidades. O Projeto Apoio é também um testemunho de que os grupos marginalizados podem participar mais ativamente nas decisões que afetam as suas vidas e que, à medida que vão exigindo mais igualdade de oportunidades e direitos, podem também contribuir para uma maior equidade em saúde. Assim termino a minha apresentação. Obrigada pela vossa atenção e se tiverem comentários ou questões terei muito gosto em ouvi-los e em responder.

## Bibliografia

De Freitas, C. (2005). "Health has no borders': Cape Verdean immigrants in the Netherlands and the transnational quest for health care across Europe", *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 1 (1), pp. 19-36.

De Freitas, C. (2006). *Em busca de um bom médico – Quando "a saúde não tem fronteiras". Percepções dos Cabo-verdianos sobre profissionais de saúde na Holanda*, Lisboa: OI/Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIDI, I.P.).

De Freitas, C. (2008). "Do silêncio à participação: cabo-verdianos e saúde mental na Holanda". In P. Góis (ed.) *Comunidade(s) cabo-verdiana(s): as múltiplas faces da imigração cabo-verdiana*, Lisboa: OI/ Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

De Freitas, C. (2011). *Participation in mental health care by ethnic minority users. Case studies from the Netherlands and Brazil*. Tese de doutoramento. Utrecht: Utrecht University. Disponível HTTP: <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2012-0203-200415/UUindex.html>

De Freitas, C. (forthcoming, 2012). "Cape Verdean migrants in the Netherlands: sócio-demographic profile, identity and integration". In I. Évora (ed.) *Faces da diáspora: estudos sobre a migração cabo-verdiana contemporânea*, Lisboa: CESA, ISEG.

Dieperink, C., Van Dijk, R. e Wierdsma, A.I. (2002). "GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorg in de regio Rotterdam, 1990-1998", *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57: 87-97.

Huiskamp, N., Vis, H., Swart, W., e Voorham, T. (2000). *Gezond in kaart. Allochtonen, gezondheidsproblemen en preventiemogelijkheden in kaart gebracht*, Rotterdam: GGD Rotterdam.

## DEBATE

**Nataliya Bekh** Moderadora | CES/UC

Obrigada, Doutora Cláudia de Freitas, por esta apresentação convincente e elucidativa da sua experiência profissional!

Abro então o debate para todos os que quiserem colocar questões ou fazer comentários

**Teresa Patrício**

Eu gostava de dirigir uma pergunta à Vanessa Viana no sentido de saber se nesse estudo que fez, ou noutro que tenha conhecimento, se têm dados sobre a quantidade de imigrantes brasileiros cujos filhos ficaram no Brasil. Alguns terão já tido os filhos aqui, outros vieram com os pais, mas os que ficaram lá. É uma questão que penso estar muito ligada à saúde mental e á preocupação com os filhos que ficaram longe. Eu trabalho em Alcoologia e temos homens e mulheres com problemas com o álcool, imigrantes de diferentes países, e a ausência dos filhos é ao mesmo tempo muitas vezes razão para imigrar e fonte de grande preocupação.

**Vanessa Viana**

Eu na verdade não tenho dados concretos. Em relação à imigração brasileira há um estudo realizado há uns 5 anos que se estudava a imigração feminina. Se as mulheres vinham sozinhas, se vinham acompanhadas, se traziam ou deixavam os filhos e que se passava é que, geralmente, quem tem filhos vem primeiro para ter

condições para mandar trazer os seus filhos. Esses filhos ficam lá ao cuidado de outras mulheres, das suas avós ou de tias. Quando os filhos ficam é um grande motivo para o retorno. Quando disse que muitas pessoas desejavam regressar, provavelmente estas já o fizeram. Também há muitas pessoas que vêm para ficar e não querem regressar – ficam para a reforma!

### **Ana Paula Monteiro**

Não sei se posso acrescentar alguma coisa em relação a isto. A minha investigação de doutoramento foi sobre a comunidade imigrante da Europa de Leste a residir em Portugal e fiz um questionário a cerca de 566 indivíduos e realmente havia uma correlação significativa entre o facto de as pessoas viverem em Portugal com a sua família e os seus filhos e uma melhor saúde mental. Ou seja, nesta imigração que era maioritariamente masculina, os homens e também as mulheres que tinham cá a sua família tinham melhor saúde mental que as pessoas que sendo casadas e com filhos, estes estavam a residir fora de Portugal. Esta questão da reunificação familiar e das pessoas poderem viver com a sua família de origem é fortemente protetora do ponto de vista da saúde mental, pelo menos nos achados que encontrei.

### **Ezequiel**

Boa tarde gostaria de fazer uma pergunta à Vanessa Viana sobre a correlação existente entre os fluxos migratórios de Portugal para o Brasil e do Brasil para Portugal e quais os fatores de “sucesso” de algumas comunidades. Eu sou professor e tenho lidado muito com imigrantes e, sem grandes dados estatísticos, reconheço que há fatores como a escolaridade dos pais, a existência de redes de apoio de membros da mesma comunidade, que facilitam o sucesso escolar e que podemos fazer um paralelismo com o sucesso profissional das famílias. Outro fator que me lembrei são as condições laborais e de segurança social no país de acolhimento. Gostava de saber se isso, face à degradação das condições sociais e laborais em Portugal tem influência nos brasileiros e nas brasileiras que cá residem. Fiquei muito impressionado com o que disse relativamente às horas de trabalho, das mais de 60h de trabalho por semana.

### **Vanessa Viana**

Concordo com o que disse. Há muitos estudos da Professora Lucinda Fonseca e da Professora Beatriz Padilla que apontam exatamente nesse sentido. É fundamental a integração do e da imigrante no país de acolhimento. Se tem trabalho, que tipo de trabalho. Se tem redes ou não. Tem todo um contexto. São as circunstâncias que vão garantir esse sucesso. Se se entender sucesso desse ponto de vista.

Muito há a dizer sobre isto, mas pela falta de tempo, podemos conversar depois.



**Nataliya Bekh**

Gostaria de expressar a minha satisfação, por ver aqui aprofundado e debatido, um tema de tanta relevância e atualidade como o de Imigrantes e Saúde Mental.

Espero que este evento contribua para a resolução de alguns dos problemas mais gritantes que os imigrantes enfrentam no seu cotidiano.

A todos deixo aqui expresso o meu desejo de bom e profícuo trabalho e que todos saibamos aproveitar no sentido do enriquecimento pessoal e do enriquecimento coletivo, promovendo o bem-estar para todos os cidadãos – tal como sugere Abraham Maslow na sua Teoria de hierarquização das necessidades – desde as necessidades básicas (fisiológicas e de segurança) até às de ordem mais elevada (sociais; do ego e estima; de auto-realização e, as mais altas, do Saber e Compreender).

Assim, os meus sinceros parabéns por tal iniciativa ao Graal!

Muitas felicidades! Muito obrigada!

## **PAINEL SAÚDE DAS MULHERES IMIGRANTES**

**Rosa Moreira** moderadora | ESEnfC

Boa tarde, antes de mais quero dar os parabéns ao SauDar+ e agradecer o convite que me foi dirigido para moderar esta mesa e cumprimentar as palestrantes que irão abordar a saúde das mulheres imigrantes, desde uma perspetiva da saúde durante o período pré-natal onde já aqui durante o dia foram referidos constrangimentos no acesso aos serviços de saúde por parte das mulheres grávidas imigrantes, passando pela saúde materno-infantil e o exercício da cidadania e terminando nas questões de saúde em geral onde a violência doméstica poderá ser um fenómeno relevante, tendo em conta que as mulheres imigrantes são muitas das vezes um grupo vulnerável a este fenómeno.

Passo então a palavra a Emília Coutinho.

**Emília Coutinho | Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde/ Escola Superior de Saúde de Viseu**

### ***Como a vigilância pré-natal se reflete na saúde das grávidas imigrantes***

Boa tarde a todos!

Agradeço o convite da Graal/Saudar+ que me deu a oportunidade de apresentar uma pequena parte do meu projeto de doutoramento, estudo de âmbito nacional, realizado em 30 maternidades/hospitais com maternidade do país, iniciado em meados de 2009 relativo a “Ser mãe imigrante e portuguesa: vivências de cuidados culturais no contexto de saúde português”

Nesta introdução direi que apesar de muitos estudos apresentarem o chamado paradoxo do imigrante saudável (Xirasagar, S., Jung-Chung, F., Jihong, L., Probst, J. C., & Lin, D.-P, 2011), outros demonstram que os imigrantes são um grupo vulnerável do ponto de vista da saúde pública, com os mais baixos escalões económicos, pertencentes aos grupos sociais mais desfavorecidos, que apresentam as piores condições habitacionais e que têm maiores dificuldade no acesso aos cuidados de saúde sendo inegável que estes e outros fatores que se associam à imigração são determinantes na procura de saúde e da saúde das populações, como refere Sampaio (2008), nas notas sobre saúde e migrações. In Vitorino A; Barbosa F; Fonseca ML; Harrison M; Mota I; Nygren-Krug H; Padilla B; Sampaio J. Migrações: oportunidade ou ameaça? A habitação e a saúde na integração dos imigrantes. Cascais: Editora Principia, ou o Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011. UNFPA-

<http://www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Noticias/ArquivoNoticias/Documents/relat%C3%B3rio%20sobre%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Portugal%202011.pdf>

Já em 2007 a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) realça que desde 1970, o número de migrantes internacionais quase triplicou prevendo-se que em 2050 se atinjam 230 milhões. Tal como a própria legislação portuguesa enfatiza Portugal é considerado tradicionalmente um país de emigrantes, mas recentemente viu-se como pólo de atração para muitos imigrantes. E apesar da tendência de abrandamento no que foi muito recentemente um aumento demográfico considerável assiste-se a mudanças sociais, económicas, culturais com ênfase no sector da saúde (OCDE, 2011). Sabemos que a população imigrante dá uma importante contribuição ao crescimento demográfico de muitos países da OCDE. Portugal não é exceção e, se considerarmos que é o país que tem a 2ª taxa de fecundidade mais baixa (1.3) do mundo, como apresenta o Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011, mais seriamente percebemos como necessitamos dos imigrantes. Mas para que os imigrantes se fixem, como tantas vezes já referiu a professora Beatriz Padilha é necessário que eles se sintam integrados e é essa integração dos imigrantes e dos seus filhos a chave da coesão social. E pelas diferentes particularidades culturais torna-se necessário que o país conheça as imigrantes e as suas necessidades em saúde.

Meleis (2009) com a sua teoria da transição ajuda-nos a compreender a problemática de ser mulher imigrante e mãe numa terra estranha e que a mulher enquanto mãe e simultaneamente imigrante vive um duplo processo de transição, sendo que todo e qualquer processo de transição são constituídos por um conjunto de normas e procedimentos e normas conceptuais a adotar como forma de se poder adaptar a uma nova condição ou situação e que, neste caso, será ao país de acolhimento e à maternidade em si. Não é por acaso que as Nações Unidas apelaram para que se consigam concretizar os oito objetivos de desenvolvimento do milénio até 2015 incluindo o 5º que é melhorar a saúde materna nomeadamente no acesso universal à saúde reprodutiva. É que a vigilância pré-natal reflete-se positivamente na saúde das grávidas. Mas em que medida é que existe essa relação? É essa a deixa para justificarmos os objetivos do estudo que aqui apresentamos: Analisar os fatores determinantes da vigilância pré-natal; Identificar as doenças desenvolvidas durante a gravidez pelas grávidas imigrantes.

Relembramos o conceito de cuidados pré-natais como o conjunto de atividades que visam a promoção da saúde das mulheres grávidas e dos recém-nascidos, através do estabelecimento de atividades individualizadas, que assegurem as condições necessárias para uma evolução positiva da gravidez (BARROS, RODRIGUES E LEITE, 1995; COUTINHO et al, 2003 e LOWDERMILK E PERRY, 2008). E com os cuidados pré-natais pretende-se avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos; Detetar precocemente fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto e orientar corretamente cada situação; e promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez (DGS,

1993, p.3). Nem sempre essa vigilância periódica se realiza, e sabemos que a menor utilização dos cuidados pré-natais pelas mulheres imigrantes, o seu acesso mais tardio ou o incumprimento de todos os exames complementares agendados, quer pela falta de informação, pelas diferenças culturais ou pelas barreiras linguísticas, pode ser explicado por fatores psicossociais e problemas sociais (AMUEDO-DORANTES e MUNDRA, 2003; FORNA et al, 2003; IBÁÑEZ et al, 2006; Johnson et al, 2003 citados por MACHADO et al, 2006; ROSS et al, 2007)

E a eficácia dos cuidados pré-natais depende de vários fatores como a precocidade do seu início, nomeadamente que ocorra antes do fim do primeiro trimestre; do número de consultas, que segundo o esquema de consultas da Direção Geral de Saúde (1993) varia de 10 a 12, mas no mínimo 6 e que segundo a OMS (2003) serão 4 consultas no total no caso de mulheres sem complicações da gravidez, patologia médica associada ou fatores de risco relacionados com a saúde. Depende ainda da periodicidade das consultas, mensalmente até às 36 semanas de gestação, quinzenalmente até à 38ª semana e semanalmente até ao fim da gravidez, mas depende também de fatores como a acessibilidade aos cuidados a qualidade dos cuidados e a gestão cuidadosa de cada gestação (CARDOSO,1996, SIKORSKI et al, 1996; COIMBRA et al, 2003). Portanto tanto a qualidade como a quantidade são importantes fatores de influência sobre o prognóstico materno e fetal durante a gravidez (Barros, Rodrigues e Leite, 1995)

A nível metodológico trata-se de um quantitativo transversal descritivo com componente exploratória e analítica em que as questões de investigação são: Quais são os fatores determinantes da vigilância pré-natal? Quais as doenças desenvolvidas durante a gravidez pelas grávidas imigrantes?

Os critérios de inclusão são residir em Portugal há pelo menos 7 meses, ter realizado a vigilância do trabalho de parto e pós-parto num Hospital/Maternidade Português, ter mais de 24h pós-parto, compreender o questionário, aceitar participar no estudo.

Passamos à apresentação dos resultados com a caracterização sociodemográfica da amostra que é constituída por 753 mães imigrantes correspondendo a 31,3%; e por 1654 portuguesas equivalente a 68,7% do total da amostra, composta por 2407 mães.

Quanto às estatísticas relativas à idade podemos dizer que revelam uma idade mínima de 15 anos e uma idade máxima de 45, sendo a média de 29.78 ( $\pm$  5.53). As mulheres portuguesas são em média mais velhas (Média = 29.99  $\pm$  5.42) que as imigrantes (Média = 29.30  $\pm$  5.76) com diferenças estatisticamente significativas (UMW=574176.500;  $p=$  0.002) As idades mínimas e máximas são de 15 e 44 anos e de 16 e 45 anos para as mulheres portuguesas e imigrantes respetivamente. Os coeficientes de variação apresentam uma dispersão moderada para os dois grupos e para o total da amostra e o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov não apresenta uma distribuição normal., embora os valores de assimetria e curtose indiquem curvas sem grandes enviesamentos e achatamentos.

Quanto à idade em função da nacionalidade verifica-se, como seria de esperar, que a maioria das mulheres, quer nacionais quer estrangeiras, se encontra no grupo etário dos 18 aos 35 anos de idade. Preocupante é o número de grávidas com menos de 18 anos, e que nas imigrantes corresponde a 0.9% e nas portuguesas a 1.3%, e o número de grávidas com idade superior a 35 anos o qual nas imigrantes corresponde a 14.6% e nas portuguesas a 15.2% Verifica-se assim que as mulheres portuguesas apresentam valores percentuais ligeiramente superiores nos extremos da vida reprodutiva, contudo os valores de p revelam a não existência de relevância estatística.

No que se refere às habilitações literárias, para as mães portuguesas a percentagem significativa é ao nível do ensino superior com 43,0% e resíduos ajustados de 2,8; e para as mães migrantes é entre o 10º - 12º ano de escolaridade com 35,6% e resíduos ajustados de 3,5. A relação tem significância estatística com um valor de p de 0.001.

O estado civil diverge entre os dois grupos estudados quando comparamos os valores dos resíduos ajustados contudo não existem diferenças significativas entre eles. As mães portuguesas apresentam maior percentagem no item Casada/União de Facto com 67,5% com um valor de resíduos ajustados de 0,3 e as diferenças com as mães imigrantes situam-se no item Solteira/Viúva/Divorciada com 33,2% e valor de resíduos ajustados de 0,3. O valor de p é de 0,389.

A relação é significativa com um  $p < 0,001$  ao nível do local de residência sendo que 41,2% das mães portuguesas que residem na zona rural apresentam um valor de 6,9 de resíduos ajustados, igual valor aos 72,8% das mães imigrantes que residem na zona urbana.

Quanto à profissão atual, para as mães portuguesas a percentagem significativa é ao nível das profissões intelectuais com 21.3% e resíduos ajustados de 8.0; e para as mães migrantes é sem profissão reconhecida com 61.4% e resíduos ajustados de 13,0. A relação é estatisticamente significativa com um valor de  $p < 0.001$ .

As diferentes formas de as mulheres professarem a sua fé é visível na relação estabelecida entre ambos os grupos com significância estatística atendendo a que o valor de p é  $< 0.001$ . Quase dois terços (72,7%) das mães portuguesas são católicas com 15,1 de resíduos ajustados enquanto com um valor de resíduos ajustados de 20,8 as mães migrantes apresentam um valor de 34,1% no item não católica.

Cerca de dois terços das mães portuguesas, 73,6%, encontram-se empregadas com um valor de 11,4 de resíduos ajustados contrastando com mais de metade das mães migrantes, 50,2%, que se encontram desempregadas e 11,4 de resíduos ajustados. A diferença tem significância estatística já que o valor de p é  $< 0.001$ .

Tanto as mães portuguesas como as mães migrantes sentiram dificuldade em encontrar emprego, as primeiras devido à pouca oferta com 75,8% dos casos e 5,0 de resíduos ajustados e as últimas devido a discriminação em 40,1% dos casos com 3,9 de resíduos ajustados. A diferença entre os grupos é

estatisticamente significativa com um valor de  $p < 0,001$ . Mas ambos os grupos em estudo se sentiram discriminados neste processo, as primeiras por formação excessiva em 21,7% dos casos e 2,6 de resíduos ajustados e as últimas por estarem em situação ilegal em 40,9% dos casos com 3,2 de resíduos ajustados. A diferença entre os grupos é estatisticamente significativa com um valor de  $p < 0,001$ .

Perto de dois terços das mães portuguesas (70,3%) com um surpreendente valor de 19,6 de resíduos ajustados residem em habitação própria contrastando com um valor ainda superior, de 72,5%, e também com um valor de 19,6 de resíduos ajustados nas mães imigrantes que vivem em casa arrendada, sendo que esta é uma diferença estatisticamente significativa com um valor de  $p < 0,001$ .

Também o índice de aglomeração revela valores mais favoráveis às mães portuguesas sendo considerado bom para 80,9% deste grupo com uma média de 0,9 pessoas por assoalhada e valores de 9,7 de resíduos ajustados contrariamente às mães imigrantes, em que este índice é considerado mau em 37,5% dos casos com uma média de 1,14 pessoas por assoalhada e também 9,7 de resíduos ajustados. O valor de  $p < 0,001$  revela que a diferença entre os dois grupos tem significância estatística.

Ainda no que se refere à habitação, concretamente quanto às suas condições, há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos com um valor de  $p < 0,001$ . As condições da habitação foram consideradas boas em 91,2% das mães portuguesas com um valor de 6,9 de resíduos ajustados contrastando com 16,7% de mães imigrantes em que as condições são consideradas razoáveis com um valor de 5,9 de resíduos ajustados.

Para concluir esta caracterização sociodemográfica apresentamos as diferenças, também elas estatisticamente significativas com um valor de  $p < 0,001$ , ao nível do rendimento familiar, o qual é  $> 1000$  euros em 62,1% das mães portuguesas com 14,1 de resíduos ajustados quando confrontados com igual valor de resíduos ajustados em 68,9% das mães imigrantes com um rendimento  $\leq 1000$  euros.

No que se refere à caracterização obstétrica da amostra começaremos pela realização de consultas durante a gravidez sendo que se verificam diferenças com significância estatística para um valor de  $p < 0,001$  entre 99,3% de mães portuguesas que realizaram consultas com um valor de resíduos ajustados de 4,6 e 3,1% de mães imigrantes que não realizaram qualquer consulta durante a gravidez com o mesmo valor de resíduos ajustados das mães portuguesas.

O Início das consultas também apresenta diferenças estatisticamente significativas com um valor de  $p < 0,001$  entre os 93,4% de mães portuguesas que iniciaram as consultas no 1º trimestre e os 18,2% de mães imigrantes que só as iniciaram após o 1º trimestre. O valor dos resíduos ajustados é de 8,6 para os dois grupos.

O número de consultas realizadas durante a gravidez também difere substancialmente com um valor de  $p < 0,001$  entre 91,7% das mães portuguesas que realizaram  $\geq 6$  consultas e 16,6% das mães imigrantes que

realizaram <6 consultas durante a gravidez sendo o valor de resíduos ajustados igual para portuguesas e imigrantes com um valor de 5,9.

Atendendo às duas últimas variáveis apresentadas determinamos a vigilância da gravidez caracterizando-a de vigiada ou não vigiada, pelo que 86,8% das mães portuguesas vigiaram a gravidez, valor que difere de forma estatisticamente significativa, resíduos ajustados de 8,9 e  $p < 0,001$ , dos 28,3% de mães imigrantes em que se considera que a gravidez não foi vigiada.

As mulheres imigrantes engravidaram mais vezes do que as portuguesas sendo estatisticamente significativa essa diferença,  $p < 0,001$ , uma vez que 48,0% das mães portuguesas só engravidou uma vez, com 4,1 de resíduos ajustados quando comparados com 28,0% de mães imigrantes que engravidou 3 ou mais vezes com 4,4 de resíduos ajustados.

Igualmente se registam diferenças estatisticamente significativas,  $p < 0,001$  e 2,1 de resíduos ajustados, relativamente ao número de filhos entre portuguesas e imigrantes com um filho em 54,5% das primeiras e 2 ou mais filhos em 50,2% das últimas.

As diferenças entre os dois grupos também se registam de forma estatisticamente significativa,  $p < 0,001$  e 8,7 de resíduos ajustados, ao nível do acompanhamento durante as consultas, em que 88,2% das mães portuguesas teve companhia na ida às consultas contrastando com 26,0% das mães imigrantes que esteve nas consultas sem companhia.

O local onde foram realizadas as consultas também revelou haver diferenças com significado estatisticamente significativo,  $p < 0,001$ , entre 33,5% das mães portuguesas que recorreram ao sistema privado, com 12,6 de resíduos ajustados e 83,3% de mães imigrantes que recorreu ao sistema público com um valor de 15,6 de resíduos ajustados.

Quanto ao ganho ponderal durante a gravidez realça-se que 69,8% das portuguesas registaram aumentos entre os 7-18Kg, com valores de resíduos ajustados de 3,1 e que 14,6% das mães imigrantes registaram um aumento ponderal > 18Kg, com 3,4 de resíduos ajustados sendo esta diferença estatisticamente significativa com  $p < 0,001$ .

Realça-se que 88,8% das mães portuguesas não necessitou de internamento hospitalar durante a gravidez, contrariamente a 12,9% de mães imigrantes que manifestaram essa necessidade, contudo as diferenças entre os grupos não revelam significância estatística,  $p = 0.248$  e resíduos ajustados de 1,2 em ambos os grupos.

Foram várias as doenças apresentadas durante a gravidez por ambos os grupos em estudo com diferenças estatísticas entre eles.

As mães portuguesas apresentaram mais toxoplasmose com 11,6% e 2,9 de resíduos ajustados do que as mães imigrantes 5,2% e -2,9 de resíduos ajustados. O valor de  $p$  é de 0.003. Também apresentaram mais

situações de ameaça abortamento com 12,4% e 2,1 de resíduos ajustados do que as mães imigrantes 7,4% e -2,1 de resíduos ajustados. O valor de  $p$  de 0,032.

Já as mães imigrantes apresentaram mais situações de hiperémese gravídica, de infecções urinárias e de hepatite B com diferenças estatisticamente significativas dadas por valores de  $p$  de 0,030; 0,007 e 0,012 respetivamente. Quanto à hiperémese gravídica as mães portuguesas apresentaram a doença em 13,8% dos casos com -2,2 de resíduos ajustados e as mães imigrantes em 19,7% dos casos com 2,2 de resíduos ajustados. Ao nível das infeções urinárias, 25,5% das mães portuguesas com -2,7 de resíduos ajustados e 34,6% das mães imigrantes com 2,7 de resíduos ajustados contraíram a doença. Também a hepatite B foi revelada em 0,7% das mães portuguesas com -2,5 de resíduos ajustados, e em 3,0% das mães imigrantes com 2,5 de resíduos ajustados.

Outras doenças durante a gravidez foram desenvolvidas pelos grupos em estudo apesar de o valor de  $p$  não revelar significância estatística entre eles. E neste caso as mães portuguesas revelaram mais situações de diabetes, ameaça de parto prematuro e infeções vaginais enquanto as mães imigrantes revelaram mais situações de hipertensão, rubéola e SIDA

Ao nível da diabetes, 18,5% das mães portuguesas com 1,0 de resíduos ajustados revelaram a doença do mesmo modo que 15,6% das imigrantes com -1,0 de resíduos ajustados. A ameaça de parto prematuro foi revelada em 12,7% das mães portuguesas com 1,3 de resíduos ajustados e em 9,7% das mães imigrantes com -1,3 de resíduos ajustados. As infeções vaginais manifestaram-se em 9,8% de mães portuguesas com 0,6 de resíduos ajustados, e em 8,6% das mães imigrante com -0,6 de resíduos ajustados.

A hipertensão foi identificada em 16,0% das mães portuguesas com -0,5 de resíduos ajustados e em 17,5% das mães imigrantes com 0,5 de resíduos ajustados. A rubéola surgiu em 2,0% das mães portuguesas com -0,6 de resíduos ajustados e em 2,6% das mães imigrantes com 0,6 de resíduos ajustados. A SIDA foi detetada em 0,5% das mães portuguesas com -0,3 de resíduos ajustados e em 0,7% das mães imigrantes com 0,3 de resíduos ajustados.

Apresentamos os resultados relativos à vigilância da gravidez e existência de doenças prévias em função da nacionalidade. Apuramos pelos resultados apresentados que cerca de dois terços da totalidade da amostra fez vigilância de gravidez e não tem doenças prévias, contribuindo para este valor os 78,5% de mães portuguesas e 65,3% das imigrantes. Um valor percentual mais baixo (16,9%) respeita às mulheres que não fizeram vigilância da gravidez, facto preocupante, mas que não têm doenças prévias, sendo que o maior percentual recai nas mães imigrantes. De notar ainda que 1,2% apresentavam doenças prévias mas não fizeram vigilância da gravidez. O teste de qui quadrado mostra a existência de significância estatística que se situam de acordo com os resíduos ajustados entre as mães portuguesas com gravidez vigiada e sem doenças prévias e nas mães imigrantes com gravidez não vigiada e sem doenças prévias.



São analisados também os resultados da vigilância da gravidez com a existência de doenças durante a gravidez e verificámos que cerca de metade da totalidade da amostra que fez vigilância da gravidez não desenvolveu doenças durante a mesma. O valor percentual é mais elevado nas mães portuguesas, 57.1%, do que nas imigrantes, 44.5%. É de realçar que perto de um terço da totalidade da amostra vigiou a gravidez e desenvolveu doenças durante a mesma, tendo contribuído para este valor 29.7% das mães portuguesas, e 27.2% das mães imigrantes. Realça-se ainda que 17.9% da totalidade da amostra não vigiou a gravidez, das quais 5.1% desenvolveu doenças (3.5% das portuguesas e 8.5% das imigrantes). O teste de qui quadrado mostra a existência de significância estatística que, de acordo com os resíduos ajustados, se situa entre as mães portuguesas com gravidez vigiada e sem doenças durante a gravidez, e nas mães imigrantes com gravidez não vigiada e sem doenças durante a gravidez.

Estudámos ainda a relação entre a 'vigilância da gravidez' com a existência ou não de 'doenças prévias' e o facto de terem ou não desenvolvido 'doenças durante a gravidez' quer para as mães portuguesas, quer para as mães imigrantes. Das mulheres portuguesas e imigrantes que vigiaram a gravidez, e que não tinham doenças prévias, 31,3% das portuguesas e 35.6% das imigrantes desenvolveram patologia durante a gravidez. Por outro lado, das que vigiaram a gravidez e que já tinham doenças, 61.8% das portuguesas e 62.5% das imigrantes desenvolveram outras doenças durante a gravidez. Quanto às mulheres que não vigiaram a gravidez e que tinham doenças prévias, 36.8% das portuguesas e 57.1% das imigrantes desenvolveram doenças durante a gravidez. Acresce ainda referir que das que não vigiaram a gravidez e não tinham doenças prévias, 26.0% das portuguesas e 29.1% das imigrantes desenvolveram doenças durante a gravidez. Tendo ou não doenças prévias, 57,1% das portuguesas e 44.5% das imigrantes que vigiaram a gravidez não desenvolveram doenças durante a mesma, e das que não vigiaram, (13.3% portuguesas e 28.3% imigrantes), 3.6% das portuguesas e 8.5% das imigrantes desenvolveram doenças durante a gravidez. O teste de qui quadrado mostra a existência de significância estatística entre os grupos. Face aos resultados, apuramos que as mães imigrantes apresentam piores índices de saúde relacionados com a vigilância e a presença de doenças prévias e de doenças durante a gravidez.

Em conclusão, face aos resultados, apuramos que as mães imigrantes apresentam piores índices de saúde relacionados com a vigilância e a presença de doenças prévias e de doenças durante a gravidez.

Revive-se a problemática de ser mãe imigrante numa terra estranha e todos os constrangimentos que lhe estão associados.

O conhecimento das características demográficas, sociais, culturais, educacionais e de saúde de todas as mulheres imigrantes e portuguesas que são alvo do sistema nacional de saúde português ao nível da vigilância da gravidez e dos cuidados pré-natais é essencial para o desenvolvimento de programas que visem a adoção de atitudes adequadas no sentido de ir ao encontro das necessidades de todas e de cada uma tornando a sociedade mais justa e inclusiva.

Agradeço a vossa atenção.

### **Rosa Moreira**

Obrigada Professora Emília pela excelente apresentação que nos trouxe e que se sustentou em dados recentes da sua teses de doutoramento, dados que revelam a situação real que se vive em Portugal onde foi notório a presença de dificuldades que se constituem como fatores de risco para a mulher grávida e para o feto.

Apresento agora a Dr.<sup>a</sup> Beatriz Padilha

### **Beatriz Padilla | ISCTE/ CIES-IUL**

#### ***A saúde materno-infantil: um direito à cidadania em momentos de crise?***

Boa tarde.

Muito obrigada pelo convite. Estou a gostar muito desta partilha, o único problema de falar da parte da tarde é que quase tudo já foi dito.

O que quero trazer é a nossa experiência num projeto que estou a coordenar no ISCTE. O projeto chama-se "Saúde e Cidadania, Disparidades e Necessidades Interculturais e de Atenção Sanitária às Mães Imigrantes". É um projeto de investigação- ação que se desenvolve nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto. Eu vou-me centrar em Lisboa.

Este projeto é focado na cidadania de saúde das mulheres imigrantes, comparando com as mulheres portuguesas, examinando o papel da cultura, o poder e a exclusão, para melhorar o sistema de saúde para todas. Coloca ênfase na competência sociocultural e na qualidade dos serviços

O nosso ponto de partida, penso que é familiar para vocês, é uma boa prática da Catalunha: "mães entre culturas" e nós pretendemos replicar de uma forma um pouco diferente.

A nossa ideia é partir duma avaliação de necessidades para chegar a propostas. Com um ano de investigação, ainda não chegámos às propostas.

Nesta avaliação de necessidades estamos a avaliar o que funciona e não funciona, o que existe e que não existe em termos de serviços, cuidados, etc.

Como estamos a fazer isto? A nossa metodologia é qualitativa. Fazemos sobretudo entrevistas a informantes chaves: Profissionais da saúde (enfermeiros e médicos de hospitais, centro de saúde) e a entidades da sociedade civil, nomeadamente associações de imigrantes, relacionadas com a saúde. Identificámos também, tal como a Sandra Silva no estudo apresentado de manhã, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa como ator importante, sobretudo neste momento de crise e na reorganização do Serviço Nacional de Saúde.

Também pretendemos fazer uma abordagem de *focus group*, de acompanhamento ou de “sombreado” (não sei bem como se traduz) com grávidas, mas ainda não chegámos tão longe.

No nosso título falamos de crise e o que vou relatar são talvez os aspetos mais negativos com que nos temos estado a confrontar, ao nível da metodologia.

Como já referi, o que tínhamos previsto era realizar as entrevistas a informantes-chave, a criação do *focus group* da mulher grávida e, como este é um projeto de investigação ação, a nossa ideia é construir e trabalhar com alianças comunitárias e trabalhando com uma população alvo imigrante e fazer como no “mães entre culturas”, dividindo por grupos étnicos..., mas não funcionou. E não funcionou porque não tinha que funcionar. Se dividísse-mos estaríamos a reproduzir o que já acontece na sociedade, separar e fechar estes grupos, em vez de promover o diálogo. Às vezes é melhor não imitar o que já foi feito.

As entrevistas têm decorrido e com um leque mais alargado de informantes-chave do que tínhamos planeado inicialmente. Mas não tem sido fácil. Conseguir a colaboração das instituições de saúde não tem sido nada fácil. Estamos então a adaptar a metodologia às condições.

Em relação à população-alvo e à temática, o que mudámos em relação ao previsto foi não nos focarmos só nos três grupos pensados. Isto porque em certos bairros de Lisboa existem outros grupos : da Índia, do Bangladesh, do Paquistão e China, que não estavam planificados e considerámos um desperdício não incluir estas populações. Também em relação ao enfoque na mulher imigrante grávida, percebemos através das entrevistas feitas, que há muito mais problemas para além do momento da gravidez. E assim alargámos a questão para a saúde materno-infantil e decidimos incluir os aspetos do planeamento familiar e da Interrupção voluntária da gravidez. Isto tornou o projeto muito mais abrangente.

O que fizemos até agora?

- 👉 32 Entrevistas com informantes chave: profissionais da saúde (enfermeiros e médicos em Centros de saúde e na Santa Casa da Misericórdia) e em associações de imigrantes,
- 👉 4 Entrevistas de grupo com assistentes sociais na Santa Casa da Misericórdia e em alguns Bairros nas creches e jardins-de-infância de forma a chegar às comunidades imigrantes
- 👉 4 Observações participantes em unidades móveis, que atendem portugueses e imigrantes
- 👉 4 Participações formações/ *workshop*
- 👉 2 Participações em reuniões de jovens mães
- 👉 1 Estudo de caso de acompanhamento de uma jovem refugiada
- 👉 3 Entrevistas a grávidas

No diagnóstico realizado percebemos que há uma grande quantidade de intervenções relacionadas com a mulher imigrante, as grávidas e as crianças. Isto significa que a sociedade portuguesa está preocupada. Das iniciativas existentes no âmbito da saúde da mulher ao nível público destacamos as do ACIDI, do ex-Alto Comissariado para a Saúde, Câmaras Municipais, Direcção Geral da Saúde, Ordem dos Enfermeiros, Centros de Saúde, Hospitais Públicos e Santa Casa da Misericórdia.

Ao nível associativo a Ajuda de Mãe, Ajuda de Berço, Banco do Bebê, Ajuda ao Recém-Nascido, Ponto de Apoio à Vida, Associação Casa Seis, Médicos do Mundo, PROSAUDESC, ALCC, O Vigilante, Mum&Kids, AJPAS, entre outras.

Este levantamento fez-nos perceber que o desenvolvimento duma aliança comunitária seria fundamental. E neste momento estamos a identificar propostas que possam ser feitas no futuro.

Deste diagnóstico, realizado principalmente através das entrevistas feitas, surgiram vários problemas/ assuntos identificados:

- ✎ Durante a gravidez, no geral, não se detetam problemas graves. Existem mais preocupações depois de a criança nascer, salvo os casos de gravidezes não vigiadas;
- ✎ Mesmo existindo cursos de preparação para o parto, muitas mulheres não aderem, por falta de tempo, interesse ou desconhecimento;
- ✎ Alguns profissionais de saúde falaram de diferentes graus de literacia das mulheres em relação ao parto e a saúde da mulher. Reproduzindo os discursos de alguns profissionais, eles assinalam pela positiva o caso das mulheres brasileiras conhecerem e estarem bem informadas);
- ✎ O acesso às consultas não é problemático, mas em muitas ocasiões as mulheres mais pobres, imigrantes ou portuguesas, não têm condições de fazer exames complementares de diagnóstico ou mesmo de se deslocar até ao centro de saúde. Isto tem sido especialmente notado na Santa Casa da Misericórdia porque as utentes são as mais pobres das pobres - daí a importância das unidades móveis;
- ✎ Ainda há casos de gravidezes não vigiadas trazendo complicações especialmente às crianças;
- ✎ Saúde infantil é um problema devido à falta de especialistas, no SNS. Os Centros de saúde não têm pediatras. A vacinação é eficiente mas falta melhorar o atendimento do bebé e da criança. Esta é uma das principais preocupações das mães: o filho precisa de óculos, ela não consegue marcar com especialista;
- ✎ Falta de articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital tanto na saúde da mulher como da criança. Há vários problemas organizacionais e de competências/concorrências, especialmente devido às reformas permanentes do SNS, à crise e a reformas antecipadas dos profissionais da saúde.

A crise aparece aqui como protagonista: nos cortes, nas reformas do SNS, nas incertezas, na falta de recursos materiais, no aumento das taxas moderadoras em hospitais e centros de saúde e o fim ou a interrupção de boas práticas, como a suspensão de unidades móveis, mediadores culturais, etc.

Esta crise tem tido também um impacto no projeto e na realidade do estudo, inclusive devido às mudanças a decorrer nas próprias estruturas da saúde (por exemplo, a abertura do Hospital de Loures e o fecho da Maternidade Alfredo da Costa) e o aumento de situações de vulnerabilidade.

Verificámos, principalmente na Santa Casa da Misericórdia, que o estatuto socioeconómico acaba por ser muito mais determinante que a diferença cultural, salvo em questões muito específicas como a alimentação ou a dificuldade de comunicação.

Também há algumas particularidades que se prendem com as mudanças no tipo de serviço/produto disponível, nomeadamente no planeamento familiar, por exemplo com os implantes, e que constitui uma limitação no acesso à cidadania.

Identificámos necessidades complementares da saúde entre o SNS e associações. Por exemplo na formação parental, na maternidade precoce repetida entre gerações, na gravidez desejada ou não desejada e na necessidade de revisão permanente dos programas/serviços.

Deixo-vos então para terminar uma fotografia do cordão humano à volta da Maternidade Alfredo da Costa. Obrigada.

### **Rosa Moreira**

Agradeço Dr.<sup>a</sup> Beatriz a sua comunicação, os alertas que trouxe sobre as barreiras profissionais que encontrou aquando realizou o seu estudo, o qual veio desocultar alguns problemas existentes na rede de cuidados de saúde, e perceber o risco de abandono de algumas boas práticas.

Por fim, apresento a Dr.<sup>a</sup> Joana Ruivo

### **Joana Ruivo | UAVIDRE/ Associação de Apoio à Vítima**

#### ***Atendimento à mulher imigrante na Unidade de Apoio à Vítima Imigrante e de Discriminação Racial ou Étnica***

Muito obrigada.

Vou tentar ser o mais breve possível, mas se algumas dúvidas surgirem na altura do debate terei todo o gosto em responder.

APAV -Associação Portuguesa de Apoio à Vítima é uma Organização Não Governamental, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, que conta já com 22 anos de existência no apoio, de forma

individualizada, qualificada e humanizada, às vítimas de crimes. Apesar da APAV estar muito relacionada com a violência doméstica, apoia todas as vítimas de crime, independentemente do género ou da idade.

A missão da APAV é apoiar as vítimas de crime, suas famílias e amigos, prestando-lhes serviços de qualidade, gratuitos e confidenciais e contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas, sociais e privadas centradas no estatuto da vítima.

Como a APAV está operacionalizada?

Temos 15 Gabinetes de Apoio à Vítima (GAV), incluindo um aqui na cidade de Coimbra (Temos aqui presente no Seminário a Gestora desse gabinete) e temos 3 Gabinetes da Rede UVIDRE, especializados no atendimento a imigrantes. Um está em Vila Real, outro em Lisboa e um terceiro nos Açores. Temos também um projeto financiado pelo POPH que promove o apoio às vítimas imigrantes e às vítimas de tráfico de seres humanos na região do Algarve. Prestamos serviços de apoio emocional e de informação jurídica. Se solicitado, ou se necessário, prestamos apoio psicológico e social. Como cada caso é um caso, nós procuramos estabelecer uma estratégia de intervenção mediante as necessidades das vítimas.

A Unidade de Apoio à vítima imigrante surgiu em 2005 porque a APAV sentiu que os técnicos precisavam de uma especialização no apoio aos imigrantes, porque, como já foi aqui falado, no final dos anos 90 houve um grande *boom* de imigração e muitos imigrantes estavam indocumentados. O que nós poderíamos fazer? Obviamente as pessoas são vítimas de crime independentemente do seu estatuto legal em Portugal. E quando são vítimas de crime e estão em situação de indocumentadas como se pode resolver o apoio judiciário, o apoio social, o apoio hospitalar? Existiam assim uma série de questões técnicas para ir de encontro às necessidades destes imigrantes.

Assim, numa parceria entre a APAV e o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), surgiu a primeira UVIDRE. O enfoque é nas principais problemáticas da população imigrante: exploração sexual, tráfico de seres humanos, mutilação genital feminina, burla relativa a trabalho ou emprego, de extorsão ou subtração de documentos, de não pagamento de salários, de ameaças, de injúrias, de discriminação em arrendamento, etc.

No ano passado tivemos 470 utentes, dos quais 82% foram mulheres. Há um destaque na nacionalidade brasileira, com cerca de 47% da representação. Claro que esta é a nacionalidade também mais representada em Portugal e por isso é normal que o número de utentes na UVIDRE seja mais expressivo.

A maioria da população imigrante, que atendemos, carece de um consistente suporte social. São raros os imigrantes que têm suporte da família, que têm tios, que têm avós ou pais. A maioria cinge-se apenas à família nuclear: mulher, homem ou pai, mãe e 1 ou mais filhos. Se a pessoa está fragilizada porque é vítima de um crime não tem um familiar para ficar ou simplesmente desabafar.

Ao nível dos problemas, o fraco domínio da língua portuguesa e o desconhecimento dos seus direitos em território nacional ou do funcionamento do sistema português (e.g., apoio judiciário, sistema nacional de saúde, etc.) são também fatores de vulnerabilidade.

Na questão do desconhecimento, destaco também a questão da geografia. Por exemplo: a APAV está sediada na zona de Arroios e se eu disser a um imigrante que tem que ir à zona dos Restauradores para apresentar queixa na esquadra de Turismo. Muito provavelmente, a menos que a pessoa já cá esteja há bastante tempo, vai ter muita dificuldade em lá chegar. E este exemplo é de Lisboa, se passarmos para o resto do país o desconhecimento é maior. Por isso temos de ter sempre atenção a estas particularidades.

Muitos imigrantes também não conhecem as instituições de apoio existentes e a que instituições devem recorrer. Por exemplo, o Banco Alimentar que é um excelente recurso para pessoas com grandes carências económicas e que uma grande parte dos imigrantes desconhece. Também, muitos nunca ouviram falar em prestações sociais, rendimento social de inserção, apoio à renda, etc.

Vou terminar com tema que penso que é mais relevante para este Seminário. Dando aqui a voz aos imigrantes que são vítimas de crime, há um aspeto extremamente complicado e complexo que é a questão das situações irregulares, i.e., imigrantes que não têm autorização de residência.

Por exemplo, uma pessoa é vítima de um crime. Tem todo o direito de fazer queixa. No caso de um imigrante ou de uma imigrante em situação irregular, tem todo o direito de fazer a denúncia de um crime, mas quando vai reportar esta situação às autoridades fica automaticamente referenciado perante o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. O SEF sabe que esta pessoa está em Portugal de uma forma irregular. Não nos compete, nem a nós enquanto técnicos, nem enquanto instituição, forçar dizendo à pessoa o que achamos que é melhor para ela. Se a pessoa foi vítima de violência doméstica, de violação, de roubo ou de tráfico de seres humanos não nos compete a nós dizer, apresente queixa, faça a denúncia que é melhor para si. A pessoa é que sabe o que é melhor para a sua vida. O que nós temos de fazer é refletir com a vítima as várias hipóteses, os vários cenários possíveis, para que ela, de uma maneira informada, possa tomar essa decisão. Ponto nº 1 a questão da queixa, ponto nº 2, uma questão fundamental para as vítimas de crime, principalmente quando existe alguma violência física: o relatório clínico das consequências da violência.

No caso dos imigrantes indocumentados, e que também não têm a questão da Segurança Social regulada, também há a questão ao nível da saúde. Se tem uma carência regulada, ou é vítima de crime público podemos jogar por aí. Quando são crimes públicos ou privados e a pessoa precisa, por exemplo, de uma assistência técnica, imaginem que precisa de um raio x e alguns exames, ela vai ter de pagar a totalidade daquela consulta e dos exames.... Imaginem, se a nós já nos custa pagar uma taxa moderadora, a vítima vai ter que pensar, faço ou não faço, vou ou não vou.

Nós já tivemos um caso de uma pessoa que foi uma primeira vez às urgências porque ficou muito magoada e precisou de ir a uma segunda vez e já não foi –e até tinha alguns recursos financeiros.

O que nos vai salvaguardando são os trabalhos em rede, são as parcerias institucionais, formais ou não formais, que vão salvaguardando a integridade física das vítimas de crime.

Temos aqui a Enfermeira Fernanda, e nós, felizmente, temos em Lisboa o Gabinete de Saúde no CNAI, para onde encaminhamos muitas das vítimas imigrantes indocumentadas. E, como o CNAI, também existem outras Organizações Não Governamentais, existem outras instituições que dão este apoio às vítimas e que são uma almofada. Mas vale o que vale, talvez fosse bom pensarmos estratégias paralelas de salvaguardar alguns interesses das vítimas de crime.

Tentei ser o mais breve possível. Muitas outras coisas haveria para dizer.

Se tiverem algumas questões, terei todo o gosto em esclarecer.

Obrigada!

### **Rosa Moreira**

Obrigada Dr.<sup>a</sup> Joana, que nos trouxe uma visão do trabalho da APAV na área dos imigrantes e que de tudo o que disse sobressaiu o trabalho em rede que deve ser fomentado para adequar as intervenções face às necessidades das vítimas.

Agradeço às palestrantes da mesa as suas brilhantes comunicações e dispomos de algum tempo para questões.

### **Ana Paula Monteiro**

Eu gostaria de colocar uma questão sobre os estudos apresentados e os indicadores de saúde materna. Não sei se percebi bem, mas queria questionar se as várias análises estatísticas feitas foram entre as percentagens de imigrantes e não imigrantes consideradas em termos “bruto” ou se houve, alguma elaboração com grupos de controlo, com alguma homogeneidade, para se poderem tirar essas inferências estatísticas.

Queria colocar outra questão, que é mais uma reflexão pessoal, sobre a última intervenção, que considerei também muitíssimo interessante sobre as vítimas. Parece-me que cada vez mais, nesta questão das pessoas terem ou não acesso à saúde, justiça e cidadania, não é tanto o facto de serem, ou não, imigrantes. É o facto de serem ou não pobres. Terem ou não possibilidades reais, e materiais, de acesso a esses recursos. Parece-me que um cidadão português que ganhe 700 € por mês está exatamente nas mesmas condições, circunstâncias de fragilidade e vulnerabilidade e de dificuldade de aceder aos serviços de saúde. A grande questão tem a ver com isto, as possibilidades de igualdade que as pessoas têm.

Obrigada!



### **Maria Emília Coutinho**

Boa tarde. Penso que a pergunta é para mim. Valores brutos ou grupos homogéneos.

Foram grupos homogéneos. Só não foram utilizados grupos homogéneos na idade. Na idade porquê? Por causa da idade reprodutiva. Temos grupos de até aos 17 anos, entre os 18 e os 35 e mais de 35. É a idade reprodutiva – 18-35 – e os extremos da vida reprodutiva abaixo e acima disso. E não era possível ter grupos homogéneos aí, daí que o p também não era significativo. Estão agrupados pelo grupo etário que faz sentido analisar em termos da saúde materna e obstetrícia, o da idade reprodutiva. Realmente poderia ter tido grupos homogéneos, e até fiz esse trabalho para ver, e teria até aos 22 ou 23, daí até aos 27 e superior. Mas que considerações poderia tirar daí? ... nenhuma, por isso só nesta questão da idade não me interessavam os grupos homogéneos, nos outros sim. Claro que não conseguiria os resultados sem os grupos homogéneos.

### **Joana Ruivo**

Eu vou só fazer uma consideração. Isso que disse é verdade, mas ainda assim, como devem saber, o Estado Português dá apoios. Por exemplo, apoio judicial a quem não pode pagar, mas para portugueses e imigrantes em situação regular. Os imigrantes em situação irregular não podem usufruir desse apoio. Existem outras soluções, mas é bastante mais complicado.

### **Ananda Fernandes**

Eu gostaria de felicitar as participantes da mesa. Pela qualidade dos dois estudos apresentados e pelo interesse deste trabalho realizado pela APAV com imigrantes. Gostaria de perguntar se os dois trabalhos apresentados aqui, bem como o da Sandra Silva desta manhã, já estão publicados e se há forma de aceder a eles. É material importante para nós em termos de ensino.

A minha outra pergunta é em relação à APAV é uma curiosidade. Como chegam as pessoas à APAV? Vêm referenciadas, vão diretamente?

### **Beatriz Padilla**

Em relação aos trabalhos, vou tomar a liberdade de responder pela Sandra. Esse trabalho, feito com a Professora Lucinda está publicado no Observatório da Imigração e está disponível *on-line*. Em relação ao projeto que vim aqui apresentar, ainda não está publicados, porque está a decorrer mas esperamos publicar. No próximo número da Revista Fórum Sociológico vão ser publicados vários trabalhos sobre saúde materna infantil, saúde da mulher imigrante. Nessa revista vamos ter um artigo sobre boas práticas aplicadas à saúde materno-infantil.

### **Emília Coutinho**

Foi apresentado no Porto e publicado a parte do trabalho que refere o motivo para a vinda para Portugal. Este aqui ainda não. Acabei-o às 5 da manhã para trazer para aqui. Tinha-o feito como um estudo piloto, mas com a amostra total é a primeira vez que o estou a apresentar. Faz parte da minha tese de doutoramento que tenho de entregar até ao dia 1 de julho.

### **Joana Ruivo**

Como as pessoas chegam à APAV. Muitas, a maioria, vêm por sua própria iniciativa. Vêm os contactos, a morada, vêm o gabinete que está mais próximo da sua área de residência ou trabalho. Muitas outras por alguma referência de outras instituições, de órgão de polícia criminal. Nos Açores estamos a fazer um projeto-piloto de referência formal com a Polícia de Segurança Pública. Quando a vítima faz uma denúncia de um crime tem um *flyer* com algumas informações e se a pessoa quiser ser contactada preenche os seus dados e a polícia transmite-nos esse contacto. Essa é a única altura, neste projeto-piloto, em que a APAV estabelece um contacto direto com a vítima. Contactamos por e:mail ou telefone, mas, claro que o melhor é haver um contacto presencial.

### **Teresa Barreto Xavier**

Queria agradecer o contributo de todos os trabalhos que ouvi e queria fazer uma pergunta à Dr.ª. Joana Ruivo. Como é feito o acompanhamento das pessoas imigrantes que chegam sem uma situação juridicamente regularizada? Por exemplo, quando optam por não apresentar queixa, como fazem o acompanhamento jurídico?

### **Joana Ruivo**

Cada caso é um caso. Isto tem de ser sempre o nosso ponto de partida. A nossa equipa tem juristas e nos casos de carência económica, e noutras situações se a pessoa assim o entender, a nossa equipa faz esse acompanhamento desde que não seja necessário uma representação jurídica: um pedido de medida de coação, iniciar uma regulação das responsabilidades parentais. No caso em que é necessário um apoio judicial a situação complica-se bastante porque a grande maioria dos utentes quando chega até nós tem uma situação financeira complicada. O que nós tentamos fazer, ainda que não possamos referenciar o utente para sociedades particulares, porque não é ético, é uma pesquisa com a vítima para algum advogado pro bono e, em último recurso, sempre com o consentimento da direção da APAV, tentamos articular com algum recurso humano afeto à casa, mas isto são situações excecionais. Nós tentamos sempre que a pessoa se autonomize, que não fique dependente da organização.

Quando uma pessoa é vítima de um crime, ainda que façamos com ela um plano de segurança, uma estratégia de intervenção e que esta estratégia passa pela apresentação de queixa, por exemplo nos casos de violência doméstica em que a mulher fica com o estatuto de vítima e em muitas casas abrigo é necessário que a mulher tenha esse estatuto de vítima. O que nós sabemos, e isto é um grande parêntesis, o ano passado tivemos muitas situações em que algumas casas abrigo, que são financiadas pela Segurança Social, não aceitaram mulheres imigrantes vítimas de violência doméstica indocumentadas. E as casas abrigo são sempre o último recurso, quando há uma avaliação de grau de risco muito elevado. É uma grande transformação na vida das pessoas.

A nós não nos interessa o estatuto da pessoa em Portugal e só perguntamos quando estamos a fazer o plano de segurança, mas temos o conhecimento que algumas instituições privadas não estão a aceitar mulheres e homens indocumentados. Isto é muito grave.

Não aceitam porque as vítimas não pagam por estar lá. Alguém tem de pagar essa despesa. Geralmente as instituições fazem protocolos com a Segurança Social que paga "à cabeça". Se a instituição não apresenta documentos da pessoa não há o retorno dessa despesa.

### **Beatriz Padilha**

Este tema do e da imigrante indocumentada é muito importante. Não sei se percebi bem, mas têm de pagar por exemplo as despesas do Hospital. Isto é um tema que deve ser alvo de intervenção. Deixo aqui a sugestão para as organizadoras.

### **Rosa Moreira**

Ficamos então com esta achega, quem sabe para um próximo Seminário.

Dado o adiantado da hora, agradeço às palestrantes desta mesa pelos contributos que trouxeram e a todos os presentes.



## SESSÃO DE ENCERRAMENTO

### **Natália Cruz | Graal**

Boa tarde de novo. Estou aqui novamente, em representação do Graal uma vez que a Ana Oom – que estava no programa - teve um contratempo de última hora.

Vou de imediato dar a palavra aos participantes desta mesa, agradecendo desde já os seus preciosos contributos e o esforço de estarem aqui a esta hora.

À minha esquerda, Dr. Manuel Albano, numa dupla representação, da Secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e Igualdade e da Presidente Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

Temos novamente a Enfermeira Fernanda Silva, agora em representação da Alta Comissária para a Imigração e o Diálogo Intercultural.

A ambos os nossos agradecimentos, pessoal e em nome das instituições que representam.

Como relatora do nosso seminário temos Joana Sousa Ribeiro, participante da nossa equipa de acompanhamento.

### **Manuel Albano | SEAPI/CIG**

Muito obrigado. Boa tarde a todos e a todas. Não é esforço nenhum estar em Coimbra. Estive aqui no início do projeto. É um grande gosto.

Antes de mais, quero dizer que é muito importante estar aqui e também ouvir algumas das coisas que foram ditas porque me ajudaram a estruturar este meu contributo. Conheço bem o projeto, tenho acompanhado desde o SauDar. É um projeto financiado no âmbito da medida 7.3, que a CIG gere. E que, como disse no lançamento do projeto, tem aqui fatores muito importantes que podem, e estão, a contribuir como podemos ver por este Seminário, para ver o que é trabalhar em rede, o que é trabalhar consistentemente e depois como é trabalhar com conhecimento científico que depois permite de alguma forma fazer intervenções mais acertadas.

Eu acho que este projeto - não porque é bonito dizer num Seminário, mas porque é o que eu sinto, é muito importante. Nos seus objetivos coincide com três planos nacionais. O IV Plano para a Igualdade, o II contra o Tráfico de Seres Humanos e também o IV contra a Violência Doméstica incluindo aqui também o II Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina. Estamos a falar em intervenção na saúde por isso toda esta capacitação, tanto por parte dos profissionais de saúde como dos utentes que recorrem aos serviços é importante fazê-la.

Acho que é importante, quando nós advogamos o trabalho em rede temos que o potenciar e trabalhar efetivamente em rede. Eu sou o maior defensor desta causa.

A Dr.<sup>a</sup> Joana disse coisas que tem toda a razão. Por vezes os recursos que nós temos, ou os recursos que as pessoas procuram são lhes negados, mas são lhes negados muitas vezes por falta de informação. Sei que a Dr.<sup>a</sup> Joana relatou uma situação que acontece, mas não é verdade que as casa abrigo de vítimas de violência se possam recusar a acolher uma vítima pelo facto de ela estar indocumentada. Agradeço que estas situações sejam reportadas à CIG, que é umas das entidades responsáveis por esta matéria em Portugal, para que se possa tomar medidas e perceber o que se está a passar. Isto não pode acontecer. Não é por acaso que estamos em 2º lugar nas políticas de apoio e acolhimento a imigrantes. É necessário que nós tenhamos conhecimentos destes casos para agir.

Claro que há bons e maus profissionais, boas e más práticas em todo o lado. A Enfermeira Fernanda, em nome do ACIDI, pode falar melhor sobre este assunto, mas penso que oficialmente não é negado nenhum cuidado ou serviço de saúde a um imigrante por estar indocumentado. Nós advogamos uma política de direitos humanos. Nas práticas é que está o problema, por isso este projeto é tão importante por trabalhar com os profissionais de saúde e com alguns serviços no seu empoderamento e no conhecimento sobre o que devem fazer. Não digo que não acontece, não pretendo branquear nada, mas formalmente não pode acontecer. Existem as instituições que tem responsabilidade na fiscalização destas matérias, mas para agir têm de conhecer as situações.

Este projeto também tem esta responsabilidade acrescida de informar e empoderar, no sentido do conhecimento.

As más práticas comunicadas pela Dr.<sup>a</sup> Joana têm de ser reportadas. Tenho a certeza que a nossa Secretária de Estado da Igualdade e dos Assuntos Parlamentares, tendo o conhecimento de uma prática destas, agirá em conformidade. Tanto mais que, como sabem na área da Violência Doméstica está a ser revista a própria legislação em termos de imigração: é permitido um pedido de reagrupamento familiar se houver vítimas de VD. Há aqui um conjunto de medidas de ação positiva relativamente à proteção das migrantes que estão contidas na lei. Nessa matéria estamos uns pontos à frente, mas é verdade que a lei nem sempre se reproduz na realidade.

A CIG, como responsável por estas matérias, tem trabalhado para que a igualdade seja uma realidade. Ainda ontem lançou a Campanha Coração Azul, contra o Tráfico de Seres Humanos – esta é a primeira instituição a receber os cartazes e os *flyers* em primeira mão. A CIG associou-se às Nações Unidas, naquilo que é mais um caminho no sentido de, numa área que é tão específica como o Tráfico de Seres Humanos em que eu tenho o prazer de ser o Relator Nacional, exista mais prevenção, mais conhecimento e mais direitos.

E, neste sentido, também o SauDar+, na sua ação, tem dado este contributo e têm-no feito muito bem: em nome da CIG quero agradecer assim muito o trabalho que tem vindo a desenvolver.

Muito obrigada!

### **Fernanda Silva | ACIDI**

Cá estou eu novamente, agora com outro papel, a Senhora Alta Comissária pediu-me para representar o ACIDI, dada a impossibilidade de poder esta aqui presente.

No que aqui foi dito em relação aos imigrantes em situação irregular, não há dúvida nenhuma que Portugal está em lugares de topo no que concerne às políticas de integração. E não está na lei discriminar os imigrantes. Mas, o que acontece neste momento é que estamos a viver algumas situações de mudança e algumas alterações que são feitas precisam de ser aferidas. E vão ser aferidas com certeza. As situações são reportadas superiormente e, por certo, vão ser resolvidas para esta população não ser prejudicada. Lembro a questão que foi falada do número de utente, nada foi revogado na legislação que protege o imigrante em situação irregular no acesso à saúde. Aquilo que aconteceu foi uma alteração, inclusivamente do sistema informático, e de outras legislações em particular a da prescrição eletrónica que não está a permitir que os imigrantes possam usufruir dos direitos que a legislação lhes confere.

Em nome da Senhora Alta Comissária agradeço o convite que foi feito para estarmos presentes neste Seminário. É uma riqueza muito grande. Esta apresentação de estudos, de experiências, a troca de saberes, faz-nos enriquecer e facilita a promoção de políticas que tornem mais eficaz a integração dos imigrantes em Portugal. Agradeço, em nome do ACIDI, ao Graal e ao projeto SauDar+ esta oportunidade.

Obrigada.

### **Joana Sousa Ribeiro** Relatora do Seminário | CES/ UC

Gostaria de começar por agradecer o convite, mais uma vez, para estar aqui presente e testemunhar a acumulação de saberes/experiências que têm sido feitas ao longo de todo este Projeto que começou pelo SauDar e se prolongou pelo SauDar+. Relativamente ao SauDar, o SauDar+, como foi hoje aqui salientado, tem mais abrangência geográfica, mais temáticas, mais públicos-alvo, mais parcerias, e poderia acrescentar, mais pontos de contacto, mais abordagens. Como aqui foi, também, salientado, mais pontos do que reticências. Mas foi por causa das tais reticências que este projeto se consolidou. Que reticências? E se um imigrante irregular for a uma Urgência? E se uma mulher imigrante grávida for a um Centro de Saúde? E se uma criança imigrante não receber os cuidados de saúde que precisa? Foi por causa destas reticências e resistências, deste encontro entre serviços e utentes ou mesmo desencontro entre serviços e utentes que surgiu esta preocupação que norteou o projeto. Para que este encontro entre saúde e doença não se transforme em desencontro e tendo em conta que a imigração já produz várias perdas, como foi aqui

salientado, perdas das redes sociais, de contatos de suportes sociais de apoio, no fundo, de bem-estar geral e da própria saúde mental. Para que estas perdas não se transformem em faltas. Que faltas? Faltas de informação, de interação social, de sensibilidade e interação cultural e social. Falta de correspondência entre práticas sociais e legais que levaram à necessidade de constituir este projeto. Aproveitaram-se as oportunidades, esteve-se atenta a elas, oportunidades que se efetivaram em informação/formação transcultural, em divulgação de informação, promoção de iniciativas e trabalho em rede. Das quais foram aqui salientados iniciativas como o projeto APOIO em Roterdão, um projeto na Catalunha, um projeto da APAV, do gabinete de Saúde do CNAI Lx, que são iniciativas de pontos de vista de navegação no sistema. Porque é que são necessários estes pontos de navegação? Porque, como foi aqui dito, a linguagem do sofrimento é marcada culturalmente. Portanto, é necessário estar atenta a estas oportunidades que constituem também oportunidades de mudança. Mudança nos serviços, dos profissionais de saúde. Mudança dos próprios imigrantes em contribuir para a mudança do sistema. Transformar os serviços, em serviços de saúde culturalmente e linguisticamente sensíveis.---- as necessidades de quem, das pessoas. Parece óbvio, mas nem sempre é. Não tenhamos dúvidas cada vez que um serviço de saúde nega uma resposta sensível às necessidades, produz um contexto de discriminação, se não mesmo de exclusão. Estamos, pois, perante um problema de acesso, de justiça redistributiva, de cidadania. Este Projeto efetivou um dos artigos da Constituição da República Portuguesa, hoje aqui salientado: todos têm direito à proteção de saúde e também o dever de a promover. O SauDar + promoveu este direito, por isso precisamos de mais Saudar de partilhar mais, de valorizar mais, de capacitar mais, de disseminar mais, de dar mais voz às diferentes necessidades. Só nos resta perguntar, uma pergunta que também ficou aqui hoje no ar. Enquanto cidadão de um país cuja saúde económica e financeira já teve melhores dias, não serão necessários mais projetos como este que tenham atenção às diferentes necessidades dos utentes dos serviços de saúde? Porque há diferenças culturais, mas também socioeconómicas, como foi aqui salientado, que podem comprometer o direito ao acesso a cuidados de saúde. Porque é, precisamente, em tempos de crise que não podemos esquecer a cultura do cuidado. A cultura do cuidar. Cuidar significa olhar para, entregar-se a, e a quem nos estamos a entregar? Às pessoas com diferentes necessidades, necessidades linguísticas, culturais e socioeconómicas. Para aqueles que têm dúvidas, o SauDar+, mostrou que é possível. É possível transformar os pontos das reticências em pontos de resiliência, em pontos com nós.

### **Natália Cruz**

Muito obrigada a todos os participantes da mesa e a todos e todas presentes, que ainda resistem, o estar, o interesse, a participação, as informações e o debate. Tudo aquilo que nos fez aprender ...mais!



## NOTAS BIOGRÁFICAS DOS/AS PARTICIPANTES

**NATÁLIA CRUZ** | Coordenadora do Projecto SauDar+, Graal.

**MARIA LUCINDA FONSECA** | Professora Catedrática do Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa (IGOT-UL), Coordenadora Científica do Núcleo de Investigação Migrare – Migrações, Espaços e Sociedades, do Centro de Estudos Geográficos do IGOT-UL e Coordenadora do Programa de Doutoramento em Migrações da Universidade de Lisboa. Participa em vários projetos e redes de investigação internacionais na área das migrações e da integração de imigrantes e tem uma vasta obra publicada sobre estas matérias. Entre as publicações mais recentes, sobre migrações e saúde, salienta-se: “Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça”, 2010 (com Sandra Silva).

**SANDRA SILVA** | Licenciada em Sociologia pela Universidade da Beira Interior desde 2003 e Mestre em Geografia Humana pela Universidade de Lisboa desde 2008. Doutoranda no IGOT - Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa (IGOT-UL) e, desde 2004, assistente de investigação no Centro de Estudos Geográficos (IGOT-UL), no Núcleo MIGRARE – Migrações, Espaços e Sociedades. Trabalhou em vários projetos na área das migrações internacionais destacando-se: “MIGHEALTHNET – Information Network on Good Practice in Health Care for Migrants and Minorities in Europe” e “Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça”, que decorreram em 2008 e 2009, ambos coordenados pela Professora Doutora Maria Lucinda Fonseca. Desde 2004 foram publicados vários artigos e relatórios em que é co-autora.

**DALILA BRITO** | Mestre em Ciências de Enfermagem, Especialista em Enfermagem de reabilitação, chefe no CHVNG/Espinho e presidente da liga dos amigos do CHGaia. Investigadora desde 1989, iniciou-se pela temática da imigração em 2004 num estudo de apoio a grupo de risco, diagnóstico e intervenção na zona Metropolitana do Porto. Frequenta o 5º ano de doutoramento -U. Católica do Porto – tese sobre a imigração ucraniana. Faz parte da equipa de acompanhamento do Projecto SauDar+.

**FERNANDA SILVA** | enfermeira chefe, especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Vasta experiência em intervenção comunitária em franjas de população em situação vulnerável a nível socioeconómico e de exclusão social.

Desde 2009, coordena o Gabinete da Saúde no CNAI (Centro Nacional de Apoio ao Imigrante), em Lisboa.

**ANANDA FERNANDES** | Enfermeira e Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, especialista em enfermagem infantil e pediátrica. Colaboradora e coordenadora, em Portugal, de um “Seminário Europeu de Enfermagem Transcultural” destinado a desenvolver a sensibilidade cultural das/os Estudantes



de Enfermagem. Faz parte das equipas de acompanhamento e de profissionais de saúde do Projecto SauDar+.

**ANA PAULA MONTEIRO** | Doutorada em Ciências Biomédicas e mestre em Sociologia, pela Universidade de Coimbra. Licenciada em Enfermagem, com a especialidade de Enfermagem e Saúde Mental e Psiquiatria, atualmente é Professora-Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. As suas áreas de interesse incluem as temáticas da Saúde Mental em contextos multiculturais, Migrações e Enfermagem Transcultural. Faz parte da equipa de acompanhamento do Projecto SauDar+.

**VANESSA VIANA** | Psicóloga, licenciada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Mestre em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Publicou a tese "Saúde Mental, Qualidade de Vida e Acesso aos Cuidados de Saúde na comunidade brasileira de Lisboa". Membro da Casa do Brasil de Lisboa e da Rede Europeia de Mulheres Imigrantes.

**CLÁUDIA DE FREITAS** | Investigadora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES, ISCTE-IUL). Licenciada em Psicologia Clínica pela FPCEUC, é Mestre em Migrações e Estudos Étnicos pela Universidade de Amsterdão e Doutorada em Ciências Sociais pela Universidade de Utrecht. A sua investigação centra-se em questões relacionadas com saúde e migrações, cidadania e governança, participação de utentes em saúde e políticas sociais. Interessa-se ainda por temas como a procura transnacional de cuidados de saúde, o acesso dos imigrantes e minorias étnicas aos serviços de saúde e abordagens psicossociais à saúde mental.

**NATALIYA BEKH** | Mestre em Administração Pública de Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (2009-2011, Portugal). Investigadora do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra; Projeto de Investigação "Pesquisa das migrações e abordagem biográfica: construindo um trabalho em colaboração no contexto português", coordenado por Dra. Elsa Lechner e financiado pela FCT. Directora Regional da Associação de Imigrantes dos Países de Leste "Edinstvo" ("Unicidade"). Parceira do Conselho Local de Acção Social de Coimbra (CLAS/C), inserido na Rede Social da Câmara Municipal de Coimbra. Sócia Efectiva da Associação de Direito e Economia Europeia (ADEE) da Universidade de Coimbra. Faz parte do grupo de imigrantes do SauDar+.

**EMÍLIA COUTINHO** | Professora na Escola Superior de Saúde de Viseu, Unidade científico-pedagógica de saúde materna obstetrícia e ginecologia; Enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstetrícia pela Escola de Coimbra, Mestre em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto; Doutoranda em Ciências da Saúde e Tecnologias na Universidade de Aveiro; Orientadora de pesquisas realizadas no âmbito da Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia em Cursos de Mestrado, Cursos de Pós-Licenciatura, sobre

temáticas como a imigração e maternidade, cuidados culturais no parto, vigilância da gravidez, a presença do pai na sala de partos, relação precoce mãe-filho, prematuridade, vivências de mulheres mastectomizadas, qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária; violência doméstica em grávidas imigrantes e portuguesas, a vivência da amamentação enquanto fenómeno cultural, entre outros. Apresentou várias comunicações em congressos nacionais e internacionais e publicou vários artigos nas temáticas descritas anteriormente em revistas nacionais e internacionais.

**Beatriz Padilla** | Doutorada em Sociologia, Universidade de Illinois, em 2001. Mestrado em Sociologia, Universidade de Illinois, em 1998. Mestrado em Políticas Públicas, Universidade do Texas, em 1995. Licenciatura em Ciências Políticas, Universidade Nacional de Cuyo, em 1990. Professora e Investigadora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES, ISCTE-IUL).

Coordenadora dos projetos "Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes e Culturas de Convivência e Super-diversidade" (2010-2012). Participante no projeto "Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professionals" (PsySPOCUC) (2011-2013)

Domínios de Investigação: Sociologia, Migrações, Desigualdade; Género, América Latina, Políticas Públicas, Saúde e Migrações, Integração, Relações inter-étnicas e raciais.

**JOANA RUIVO** | Licenciada em Psicologia e com Mestrado em Psicologia Clínica. Iniciou o seu percurso na APAV em 2008, no âmbito do estágio curricular no Gabinete de Apoio à Vítima de Lisboa. Após findada essa etapa académica em 2009, permaneceu no GAV de Lisboa a exercer funções, como voluntária, de Técnica de Apoio à Vítima.

Em 2010, foi integrada na equipa técnica da Unidade de Apoio à Vítima Imigrante e de Discriminação Racial ou Étnica (UAVIDRE) exercendo funções de Psicóloga.

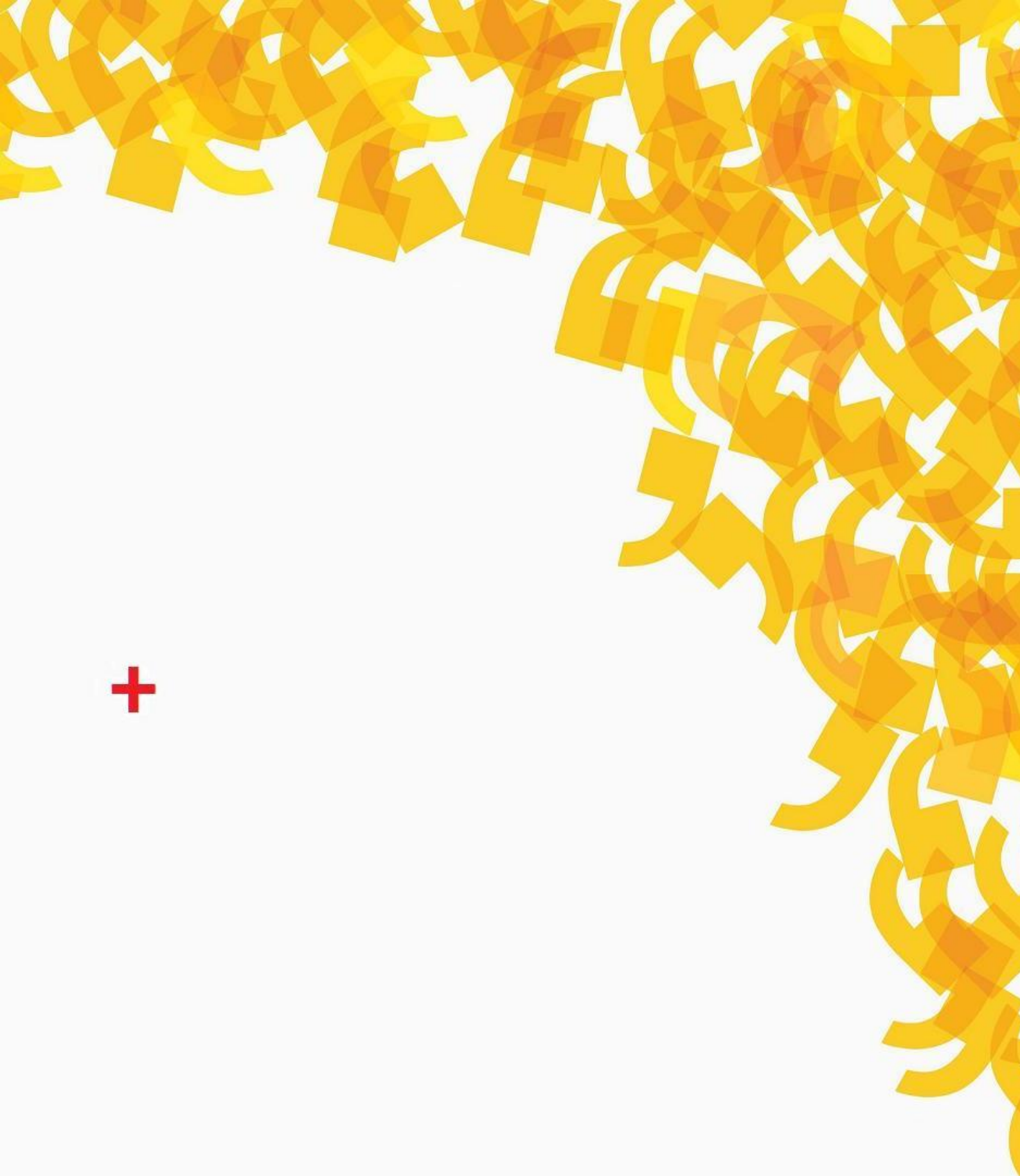
Em 2011, ficou responsável pela gestão da UAVIDRE onde permanece até à data.

**ROSA MOREIRA** | Licenciada em Enfermagem - Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mestrado em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS-UP, Doutoranda em Enfermagem no ICS - UCP. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC). Colaboradora no "Projeto Europeu de Enfermagem Transcultural" que pretende desenvolver a sensibilidade cultural dos estudantes de Enfermagem. Membro do Gabinete de Relações Nacionais e Internacionais da ESEnFC. Autora de artigos e comunicações nacionais e internacionais, os interesses na Investigação são: Saúde Materna e Obstétrica, Saúde da Mulher, Violência por parceiro íntimo durante a gravidez, Preparação para o Parto e Parentalidade. Faz parte da equipa de acompanhamento do Projeto SauDar+..

**MANUEL ALBANO** | Representante da Secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade e da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

**FERNANDA SILVA** | Representante da Alta Comissária para a Imigração e o Diálogo Intercultural.

**JOANA SOUSA RIBEIRO** | Investigadora do Centro de Estudos Sociais e doutoranda em Sociologia na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, sendo a sua tese sobre processos de desqualificação e requalificação profissional de imigrantes no sector da saúde. Os seus interesses de investigação centram-se em questões relacionadas com a mobilidade sócio-profissional de imigrantes, os estudos longitudinais, os estudos interculturais e cidadania. Das suas publicações destacam-se, em 2007, com Maria Ioannis Baganha, "Imigração qualificada no sector da saúde – as oportunidades do mercado laboral português", *Migrações*, nº 1 e, em 2008, "Migration and 'Occupational integration': foreign health professionals in Portugal", in Saks, M. and Kuhlmann, E. (ed.), "Rethinking professional governance: International directions in health care". Bristol: The Policy Press.



+