



## **GÊNERO E MIGRAÇÃO – QUESTIONANDO DINÂMICAS, VULNERABILIDADES E POLÍTICAS DE INTEGRAÇÃO E SAÚDE DA MULHER MIGRANTE**

Natália Ramos<sup>1</sup>

As preocupações da diversidade cultural e das migrações, nomeadamente femininas, estão no centro das preocupações da maioria dos Estados e são da maior actualidade. No mundo globalizado de hoje, os indivíduos continuam a migrar, para dentro ou para fora dos seus territórios, em busca de melhores perspectivas e condições de vida. Estas deslocações estão em aumento crescente e deverão ser consideradas como um direito humano, tal como é consagrado no artigo 13º da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, adoptada em 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU)

Todo o indivíduo tem o direito de circular livremente e escolher a sua residência no interior de um Estado. Todo o indivíduo tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país.

As migrações ocorrem, sobretudo, no interior dos países, estimando-se que haja aproximadamente 740 milhões de migrantes internos e 200 milhões de homens e mulheres migrantes internacionais. Os que migram devido à insegurança, catástrofes ou guerra são cerca de 14 milhões e representam 7% dos migrantes no mundo (ONU). A feminização das migrações internacionais faz parte da nova era das migrações, quer seja no quadro do reagrupamento familiar, quer seja como migrantes autónomas. A reunificação familiar é a principal via de entrada da imigração para a União Europeia, verificando-se que 75% dos fluxos migratórios anuais são constituídos por cônjuges, filhos e outros familiares. Segundo a OCDE as migrações familiares atingem 70% nos EUA e constituem um terço das migrações permanentes no Japão e no Reino Unido. Todavia, existem cada vez mais mulheres que emigram sozinhas com projectos migratórios independentes da reunificação familiar. Segundo a ONU dos 200 milhões de indivíduos que vivem actualmente fora dos seus países de origem, cerca de 100 milhões são mulheres. No contexto europeu a migração feminina representa 53,4% da população imigrante na Europa e 45% da população imigrante em Portugal. Este país, sobretudo dos anos 70 este viu-se confrontado com o

---

<sup>1</sup> Professora Associada da Universidade Aberta, Lisboa; Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI), onde coordena o grupo de pesquisa: *Saúde, Cultura e Desenvolvimento*; Coordenadora do Mestrado em Comunicação em Saúde, Univ. Aberta; Doutorada em Psicologia Clínica Intercultural pela Universidade de Paris V, Sorbonne. natalia@univ-ab.pt



fenómeno da imigração, a população imigrante em Portugal representando em 2007 perto de 5% da população residente (435.000 estrangeiros). A comunidade estrangeira mais numerosa em Portugal é a brasileira (66.354) seguida das seguintes comunidades: cabo-verdiana (63.925); ucraniana (39.480); angolana (32.728); guineense (23.733); do Reino Unido (23.608) romena (19.155); espanhola (18.030); moldava (14.053) (SEF, 2007).

Em 2007 segundo dados do Instituto Nacional de Estatística - INE (2008), nasceram em Portugal 9.887 crianças de mães estrangeiras, representando 9,6% da totalidade dos nascimentos neste ano. Se tivermos em conta os bebés nascidos de pai estrangeiro, a percentagem é de 11,8% neste mesmo ano. São os brasileiros o grupo de estrangeiros que contribuem com o maior número de crianças e que se mantém em primeiro lugar na união com portugueses. Os dados do INE registam, igualmente um aumento de casamentos mistos em Portugal, ou seja, entre portugueses e estrangeiros. Entre 2005 e 2006 os casamentos com estrangeiros aumentaram de 1.364 para 5.696. Já em 2007 dos 46.329 casamentos celebrados, 12,3% foram entre portugueses e estrangeiros. Analisando por sexo, destacam-se os casamentos de homens portugueses com mulheres estrangeiras (8,4% do total). Os casamentos entre brasileiros e portugueses aumentaram perto de 50% entre 2005 e 2006, tendo-se registado só em 2006, 2.917 uniões.

A integração e participação mais igualitária das mulheres, na família, no trabalho e na sociedade, contribui para a coesão social, desenvolvimento e bem-estar, assim como, na promoção dos direitos, cidadania e igualdade de oportunidades, particularmente das mulheres migrantes. Estas mulheres movem-se entre espaços sociais e culturais diversos, são objecto e agente de mudança no país de acolhimento e de origem, mantêm múltiplas pertenças e redes transnacionais, desenvolvem novas formas de relações sociais, familiares e interculturais e novas práticas de cidadania, conquistaram novas identidades e direitos, mas enfrentam, também, novos problemas familiares, identitários, intergeracionais, de saúde, discriminação e violência. As mulheres constituem as principais vítimas da pobreza a nível mundial, de assédio e tráfico, prevendo-se um aumento crescente da migração feminina (RAMOS, 2004, 2008). As dificuldades psicossociais, emocionais, sociais e culturais, sobretudo, nos primeiros anos de migração, as desigualdades, isolamento e a pobreza das relações sociais e familiares, assim como, o confronto com novas referências sócio-culturais, religiosas e modos de vida, vêm trazer muitos desafios e mudanças no estilo de vida e identidades, no estatuto, papéis e relações intra e interfamiliares, nas práticas de fecundidade, sanitárias e sócio educativas. Com efeito, a mobilidade feminina e a feminização das migrações traz oportunidades e desafios para a mulher ao nível identitário, social, familiar e económico



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

A migração coloca muitos desafios e sofrimentos às mulheres e homens migrantes e o primeiro desafio começa logo, no momento de abandonar o país natal, com a despedida dolorosa da família, como exemplifica a partida descrita na obra de THOMAS e ZNANIECKI (1998: 45), através das palavras dolorosas de um camponês polaco imigrante nos EUA:

“A minha mãe agarrou-se ao meu pescoço e começou a abraçar-me, a benzer-me, como se estivesse a despedir-se de mim e não esperasse rever-me. Oh, querida mãe tu guardas no teu coração tanto amor para cada um dos teus filhos, mesmo para o pior de todos! (...). Sobretudo, não penses que alguma vez o teu filho vai esquecer os teus últimos abraços e votos. Eles me acompanharão para o melhor e para o pior até à morte. E, agora que eu relembro estes instantes, longe de ti, querida mãe, cada carta está embebida de lágrimas, toda a espécie de pensamentos se cruzam na minha cabeça e eu me pergunto, se te tornarei a ver e se eu poderei de novo me aconchegar no teu peito...As lágrimas me impedem de continuar a escrever (...). Com o meu pai a separação foi também comovente, mas não com tanta intensidade como com a minha mãe. Depois foi a vez de despedir-me das minhas irmãs, e eu parti”.

O processo migratório, envolvendo rupturas espaciais e temporais, transformações diversas, nomeadamente mudanças psicológicas, ambientais, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas, implicando a adaptação psicológica, cultural e social dos indivíduos e das famílias e diferentes modalidades de aculturação, constitui um processo complexo, com consequências ao nível do desenvolvimento individual, familiar e sócio – profissional, assim como da saúde física e psíquica. A experiência da migração envolve uma mudança psicossocial profunda semelhante a um luto ou a uma incapacidade estando, em geral, associada a stresse e sofrimento, mais ou menos significativos segundo os diferentes tipos de migração. EISENBRUCH (1988) utiliza a expressão *luto cultural*, para designar a situação dos indivíduos que sofreram a perda traumática da terra mãe e da cultura de origem, aplicando-se esta designação, sobretudo a emigrantes involuntários, tais como, refugiados e exilados. As profundas mudanças pelas quais passam estes grupos assemelham-se pelo seu sofrimento colectivo, às de indivíduos enlutados e envolvem, igualmente, reacções de pesar e luto que podem ser patológicas e atípicas. VIÑAR (1992) acentua a *psicopatologia do exílio*, sublinhando que o traumatismo, o sofrimento e o sentimento de perda, caracterizam o luto vivido pelo migrante e exilado na primeira fase migratória. MAISONDIEU (1997) fala de *síndrome de exclusão* para descrever o sofrimento psicológico e o desespero característico de muitos imigrantes e refugiados, sobretudo no período inicial, confrontados com a precariedade das condições de vida e com as mudanças de referências culturais. Trata-se de um sentimento de vergonha, desespero e impotência, face a uma situação dolorosa e stressante que o indivíduo não consegue controlar, que o afecta nas suas vivências e expectativas



quanto ao futuro, nas suas relações, nas suas capacidades em exigir e defender os seus direitos, podendo associar-se a outros sintomas depressivos e pós-traumáticos. Os migrantes são obrigados a fazer face ao isolamento, à solidão, à insegurança e à incompreensão, a abandonar a família, os amigos, os locais conhecidos e seguros para enfrentarem, não apenas uma nova cultura e língua, novos hábitos culturais, sociais e religiosos mas, muitas vezes, também a hostilidade, a discriminação, a insegurança e a indiferença da população, factores que vão influenciar na sua qualidade de vida e saúde física e mental, nomeadamente na depressão, tanto das crianças, como dos adultos (COUTINHO, FRANKEN E RAMOS, 2008).

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

#### *Migração no Feminino e Dinâmicas Familiares e de Saúde*

A situação de migração poderá representar um risco, um trauma e uma fonte de stresse e depressão para a mulher migrante, sobretudo para a mãe, com consequências para a criança, devido às rupturas, ao isolamento, solidão, dúvidas e ansiedade que acompanham esta etapa. Com efeito, são particularmente as mães e as crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida, as mais vulneráveis ao stresse, às rupturas, às transformações e às dificuldades resultantes do processo migratório (RAMOS, 1993, 2004, 2008, 2009).

Muitas mulheres migrantes são obrigadas a deixarem os seus filhos no país de origem ao cuidado de outros familiares para cuidarem de outros, sobretudo crianças e idosos, nos países de acolhimento, o que alguns autores designam de “*maternagem transnacional*” (HONDAGEU-SOTELLO E ÁVILA, 1997) e de “*cadeias globais de assistência*” (HOCHSCHILD, 2000), esta situação tendo implicações psicológicas, familiares e sociais importantes, particularmente, para as mães e as crianças.

Em contexto migratório, o nascimento, momento de ruptura do envelope materno - psíquico e físico reactiva, em geral, o sofrimento e a dor do exílio e da separação. A migração vem complicar e vulnerabilizar a situação de gravidez e maternidade e as primeiras interacções com a criança pelos



condicionalismos impostos pela migração: a aculturação, a solidão/isolamento e o individualismo. O nascimento em situação migratória favorece e acentua distúrbios culturais e psicológicos que são, também, verificados nas mulheres autóctones das sociedades ocidentais, distúrbios fortemente ligados ao isolamento e solidão das mães e à cultura do individualismo, valor fundamental da sociedade actual. Para as mães migrantes, esta situação constitui um drama e é fonte de sofrimento, sobretudo para as que vêm de meios tradicionais, onde a mãe e a criança são fonte de cuidados de toda a família e da comunidade envolvente.

Tradicionalmente a gravidez constitui um processo iniciático onde a futura mãe tem o apoio e acompanhamento das mulheres da família e do grupo. A migração origina numerosas rupturas neste processo de partilha e de construção de sentido: perda de acompanhamento pelo grupo, falta de suporte familiar, social e cultural e impossibilidade em dar um sentido culturalmente aceitável a disfuncionamentos, tais como a tristeza e sofrimento da mãe, o sentimento de incapacidade, as interações mãe - criança desarmoniosas. Em contexto migratório a família separa-se da vida comunitária tradicional, reduz-se a uma família nuclear, a qual deverá assegurar sozinha as responsabilidades partilhadas até aqui pela família alargada e comunidade. A perda dos laços comunitários e familiares significa a perda da protecção física, psicológica e da tradição. Quando a cultura, o grupo desaparece como fonte de transmissão, nomeadamente ao nível das práticas de *maternagem*, as competências da mãe são fortemente solicitadas, tendo esta de fazer face às exigências da sociedade em ser, não só uma boa mãe, como ao choque cultural, à adaptação ao novo meio e ao trabalho de luto. Para algumas mulheres dar à luz, longe da cultura materna, da família, sobretudo para as que vêm de sociedades onde estes elementos são fundamentais na transmissão, este luto e afastamento provoca conflitos no papel materno, devido ao desequilíbrio entre as representações maternas e a realidade vivenciada (RAMOS, 1993, 2008, 2009).

Na nova sociedade, exigências culturais contraditórias ou incompreensíveis podem conduzir a família, nomeadamente a mãe, a ter dificuldades em decidir sobre os comportamentos a adoptar em relação ao modo de lidar com os seus filhos, à incapacidade de agir em caso de mau estar ou de doença. A mãe migrante, transplantada de uma cultura para outra, isolada, desenraizada corre o risco de não saber com a mesma segurança quais os gestos e os comportamentos a adoptar, pois as referências não são as mesmas e o sistema referencial vacila. A situação de conflito cultural, a insegurança e ansiedade daí resultantes estão na origem de “*conflitos maternos*” muito prejudiciais para a relação mãe/criança e para as interações familiares (STORK, 1986; RAMOS, 1993, 2004, 2008, 2009). Algumas mães em situação de “*desaculturação*”, isoladas, desenraizadas, deprimidas,



faltando-lhes referências tradicionais sobre as quais se apoiarem, por vezes, mães muito jovens, não encontram nelas mesmas, nem no meio familiar e social, os recursos necessários para se adaptarem a um novo meio e cultura e para cuidarem dos seus filhos. Verificamos neste grupo uma maior vulnerabilidade da mãe e da criança, mais situações de risco, mais depressões e psicoses, nomeadamente pós parto, mais distúrbios psicossomáticos, tais como vômitos na gravidez, insónias, sobretudo nas primíparas, menor vigilância pré-natal, mais problemas de identidade, assim como, mais distúrbios funcionais do bebé, nomeadamente problemas de sono e alimentação.

Os estudos sobre a saúde das mulheres migrantes, nomeadamente, na União Europeia, na América do Norte, na América Latina e na Ásia registam, sobretudo, problemas de saúde reprodutiva, apontando piores indicadores de saúde associados a esta população. As mulheres migrantes têm poucos conhecimentos sobre os serviços sociais e de saúde, utilizam, em geral, menos frequentemente os serviços de saúde reprodutiva do que as mulheres não migrantes, com frequência não recebem cuidados pré-natais ou recebem este tipo de cuidados de modo inadequado ou tardio, apresentam uma menor utilização de métodos contraceptivos e maior vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, registam mais gravidezes indesejadas, taxas mais elevadas de aborto espontâneo, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade perinatal e infantil (RAMOS, 1993, 2004, 2008, 2009; BOLLINI E SIEM, 1995; ESSEN et al 2000; THORP, 2003; MOSHER et al 2004; MACHADO et al. 2006; LOPES, 2008, MANUEL, 2008; BRAGG, 2008).

Importa salientar que a gravidez, o parto e os primeiros cuidados à criança são, ainda, nas sociedades tradicionais, de onde são originárias muitas mulheres migrantes, rodeados de um conjunto de práticas e rituais que passam de geração em geração e onde a figura materna e a comunidade envolvente desempenham um papel fundamental no nascimento e nos cuidados à mãe e à criança. No ocidente a solidão e o isolamento acompanham o nascimento, assim como a valorização da interioridade e do individualismo e a solicitação de ser uma boa mãe, com as implicações de responsabilidade, mas também de exigência e culpabilidade.

Em especial em situação de migração, existe um conjunto de rituais em torno da gravidez, do parto e do recém-nascido que se rompe e que desempenhava um papel protector e uma função psicológica importante. O universo anónimo, isolado, tecnológico e estranho das instituições de saúde e práticas médicas consideradas pelas mães, violentas, traumatizantes e impúdicas não respeitando modos de protecção tradicionais vêm aumentar a vulnerabilidade destas mães, reforçar a situação de isolamento, de stresse e de angústia para a mulher oriunda de outro universo cultural. Esta, sobretudo aquela que é mãe pela primeira vez, vive com medo, ansiedade e muito stresse este



período, devido ao isolamento e às grandes diferenças entre o meio cultural, familiar e protector de origem e o universo anónimo, distante, tecnológico e incompreensível com o qual se vê confrontada. Esta situação “estranha”, de stress e vulnerabilidade tem consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebé, na comunicação com os profissionais de saúde, na adesão e utilização dos serviços de saúde pela mulher, nomeadamente, migrante e desencadeia, muitas vezes, nos profissionais de saúde comportamentos inadequados e agressivos, atitudes de rejeição e problemas de comunicação e de diagnóstico (Ramos, 1993, 2004, 2008, 2009; Bulman e McCourt, 2002; Kennedy e Murphy-Lawless, 2001; Cuadrado et al, 2004).

Torna-se importante intervir ao nível da prevenção perinatal, escutar as mães e ajudá-las a investirem nos seus bebés, sendo necessário também aprender a reconhecer o sofrimento e as dificuldades das mães migrantes, através, nomeadamente das queixas somáticas, preocupações em relação à criança, pedidos de ajuda social. É importante, também, favorecer a partilha das suas vivências com outras mães na mesma situação e permitir-lhes comunicar na sua língua, quando necessário, por intermédio de outras mulheres que partilham a mesma língua.

Para terminar, importa acentuar que as problemáticas sociais, culturais e sanitárias decorrentes das migrações, exigem novos modelos conceptuais e metodológicos e novas políticas e estratégias de intervenção, capazes de gerir a diversidade cultural e de promover e harmonizar a inclusão, os direitos e a igualdade de oportunidades com a participação, a saúde e o bem-estar de todos os indivíduos, nacionais ou migrantes, em particular das mulheres migrantes. Estes objectivos vão ao encontro das preocupações da Comissão Europeia que designou 2010 como o *Ano Europeu de Luta Contra a Pobreza e a Exclusão Social*.

### *Bibliografia*

- BOLLINI, P.; SIEM, H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science & Medicine*. 1995. 41 (6), 819-828.
- BRAGG, R. Maternal deaths and vulnerable migrants. *Lancet*. 2008. (371, 9616), 879- 881.
- BULMAN, K.; MCCOURT, C. Somali refugee women's experience of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health*. 2002. 12 (4), 365-380.
- COUTINHO, M.P.L.; FRANKEN, I.; RAMOS, N. Depressão, Migração e Representações Sociais no Contexto Escolar de Portugal. In: Ramos, N. (org.). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB, 2008. 133-175.
- CUADRADO, S. et al. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *Anales de Pediatría*, 2004. 60 (1), 3-8.



- ESSEN, B.; HANSON, B.; OSTERGREN, P. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica* 2000. (79), 737-742.
- HOCHSCHILD, A. Global care chains and emotional surplus value. In: W. Hutton, A. Giddens (Eds). *On the edge: living with global capitalism*. New York: Free Press, 2000.
- HONDANGNEU-SOTELO, P.; AVILA, E. “I’m here but I’m there”. The meanings of Latina transnational motherhood. *Gender and society*. 1997. 11 (5), 548-571.
- KENNEDY, P.; MURPHY-LAWLESS, J. The maternity care needs of refugee and Asylum seeking women: A research study conducted for the women’s Health Unit. *Northern area health board*. Dublin: Eastern Regional Health Authority, 2002.
- LOPES, L. C. Gravidez em contexto de seropositividade num grupo de migrantes da região de Lisboa. In: Ramos, N. (org.). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB, 2008. 311-347.
- MACHADO, M. C. et al. *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Bial, 2006.
- MAISONDIEU, J. *La fabrique des exclus*. Paris: Bayard, 1997.
- MANUEL, H.I.B. Mulheres Timorenses em Portugal : Representações e práticas sobre planeamento familiar. In: Ramos, N. (org.). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB, 2008. 261-310.
- MOSHER, W. et al. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. *Advance Data*. 2004. (350), 1-36.
- RAMOS, N. *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré*. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique. 1993. Vol I e II, 736p. Tese de Doutoramento em Psicologia. Paris V : Universidade René Descartes, Sorbonne, Paris.
- RAMOS, N. *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- RAMOS, N. Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*. 2006. 41, 329-350.
- RAMOS, N. (org.) *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB, 2008.
- RAMOS, N. Mulheres portuguesas na diáspora - Maternidade, aculturação e saúde. In: L. Seabra, A. Espadinha (orgs). *A vez e a voz da mulher portuguesa na diáspora - Macau e outros lugares*. Macau: Universidade de Macau, 2009. 163 -188.
- STAMPINO,V. Improving access to multilingual health information for newcomers to Canada. *Journal of the Canadian Health Libraries Association*. 2007. (28), 15-18.
- STORK, H. *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Le Centurion, 1986
- SOUSA, J. E. Imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde. In: Ramos, N. (org.) *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB, 2008. 213-259.





THOMAS, W., ZNANIECKI, F. *Le paysan polonais en Europe et en Amérique. Récit de vie d'un migrant*. Paris: Nathan, 1998

THORP, S. Born Equal. *Health Development Today*. 2003. (18), 21-23.

VIÑAR, M. e M. *Exílio e Tortura*. São Paulo: Ed. Escuta, 1992.