



SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO CONTEXTO DE IMIGRANTES BRASILEIRAS E AFRICANAS QUE VIVEM EM PORTUGAL

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND FAMILY PLANNING IN THE CONTEXT
OF BRAZILIAN AND AFRICAN IMMIGRANTS WHO LIVE IN PORTUGAL

Camilo Darsie ¹

Cristianne Famer Rocha ²

Vivian Costa da Silva ³

Ana Paula Messa Koetz ⁴

Ana Gama ⁵

Sónia Dias ⁶

RESUMO

.....

A saúde sexual e reprodutiva representa uma das principais preocupações da Saúde Pública, pois afeta a saúde e o bem-estar dos indivíduos e compromete o nível social e econômico das sociedades. Muitos problemas relacionados a este tema são acentuados em grupos socialmente desfavorecidos, como os imigrantes. Esta investigação, portanto, aprofunda o conhecimento de alguns aspectos que envolvem a saúde sexual e reprodutiva de imigrantes brasileiras e africanas que vivem em Portugal, particularmente quanto ao planejamento familiar. Os resultados evidenciam lacunas no que se refere ao conhecimento das participantes sobre a temática, apontando para a necessidade de investimento em programas de prevenção, informação e desenvolvimento de competências que possam contribuir com alternativas para a promoção da saúde.

.....

Palavras-chave: *Mulheres Imigrantes; Saúde Sexual e Reprodutiva; Saúde da Mulher; Planejamento Familiar; Informação em Saúde.*

ABSTRACT

.....

Sexual and reproductive health represents one of the main concerns of Public Health, since it affects the health and well-being of individuals and it compromises the social and economic level of societies. Many problems related to this theme are accentuated in socially disadvantaged groups, such as immigrants. This investigation, therefore, deepens knowledge in some aspects that involve the sexual and reproductive health of Brazilian and African immigrants who live in Portugal, especially in regards to family planning. The results witnessed deficiencies concerning participants' knowledge on the theme, identifying the need for investment in prevention programs, information and capacity building that may contribute with alternatives for health promotion.

.....

Key-words: *Immigrant Women; Sexual and Reproductive Health; Women's Health; Family Planning; Information on Health.*

1. Doutor e Mestre em Educação. Graduado em Geografia L.P. Professor Adjunto do Programa de Pós-graduação em Educação e do Departamento de História e Geografia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Rio Grande do Sul.

2. Doutora e Mestre em Educação. Bacharel em Comunicação Social. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Curso de Bacharel em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre/Brasil.

3. Mestranda em Saúde Coletiva. Bacharel em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/Brasil.

4. Mestre em Epidemiologia. Bacharel em Biomedicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/Brasil.

5. Doutoranda em Saúde Internacional. Bacharel em Psicologia. Instituto de Higiene e Medicina Tropical & CMDT. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa/Portugal.

6. Doutora em Saúde Internacional. Bacharel em Psicologia. Professora Associada com Agregação do Instituto de Higiene e Medicina Tropical & CMDT. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa/Portugal.

INTRODUÇÃO

No contexto em que vivemos atualmente, em que a globalização possibilita intensa circulação de pessoas e mercadorias por diferentes países, os movimentos migratórios têm sido observados com maior atenção por estudiosos de diferentes áreas do conhecimento. Pode ser dito que a necessidade de compreensão sobre a distribuição e a movimentação de pessoas, entre diversas fronteiras nacionais, bem como o entendimento acerca da complexidade e dos impactos que envolvem tal fenômeno, tanto para os migrantes quanto para os países de acolhimento, transformou o tema em um importante objeto de estudo nas áreas da Saúde Pública e das Ciências Sociais e Humanas.

Ao mesmo tempo, é importante ser ressaltado que a temática da saúde sexual e reprodutiva representa, atualmente, uma das principais preocupações da Saúde Pública internacional e nacional, uma vez que os potenciais problemas afetam, direta ou indiretamente, a saúde e o bem-estar dos indivíduos e comunidades, como também comprometem o nível social e econômico das sociedades em que estes fenômenos ocorrem¹. Nesta direção, cabe ser dito que muitos dos problemas relacionados à sexualidade e à reprodução são acentuados em grupos socialmente desfavorecidos, como ocorre frequentemente com os imigrantes, e isso faz com que as questões sobre a saúde sexual e reprodutiva ganhem grande importância no que diz respeito ao desenvolvimento de políticas de inclusão social e de luta contra a pobreza.

O aumento da qualidade da saúde sexual e reprodutiva é extremamente relevante para a diminuição da pobreza e para a melhoria das condições de vida dos indivíduos e, em particular, dos imigrantes e de suas famílias. No entanto, apesar da importância que os investimentos na saúde sexual e reprodutiva representam, no que se refere à diminuição da vulnerabilidade e da promoção da saúde sexual e reprodutiva de diversos grupos populacionais, verifica-se que os grupos formados por imigrantes não são sistematicamente abrangidos pelos sistemas de informação, de prevenção ou de tratamento². Isso ocorre, principalmente, em função da falta de informações, por parte dos prestadores de serviços em saúde, relacionadas aos costumes e particularidades socioculturais de diferentes grupos de imigrantes em diferentes países.

O desenvolvimento de programas de saúde requer que os comportamentos sexuais e reprodutivos sejam contextualizados, tendo em vista a realidade em que cada comunidade está inserida. Isso deve ocorrer a partir de informações relacionadas à situação epidemiológica, à mobilidade, às dinâmicas socioculturais e econômicas ocasionadas pelos fatores demográficos (migração e

*O aumento da
qualidade da saúde
sexual e reprodutiva é
extremamente relevante
para a diminuição
da pobreza e para a
melhoria das condições
de vida dos indivíduos.*

etnicidade), ao acesso aos serviços de saúde, aos tabus, às crenças religiosas e às dinâmicas de gênero implícitas nesta problemática³. Portanto, o estudo do comportamento sexual e reprodutivo de grupos de imigrantes requer a utilização de métodos que permitam ser levado em consideração o impacto que os contextos político, socioeconômico e cultural representam para os comportamentos de saúde e para o bem-estar individual e coletivo.

Embora as informações apresentadas acima pareçam de fácil compreensão, o que ocorre, efetivamente, é a escassez de estudos sobre os conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos, na área da sexualidade e da reprodução, realizados em comunidades de imigrantes. Essa situação atua no sentido de dificultar a construção de conhecimentos relevantes acerca das diferenças culturais que podem existir em termos de crenças e atitudes e que, em alguns casos, podem estar associadas a comportamentos de risco para a saúde. Tal falta de conhecimento, conseqüentemente, torna difícil o planejamento de intervenções eficientes.

Cabe ser dito que, tradicionalmente, as investigações na área da saúde sexual e reprodutiva têm estado associadas aos questionários epidemiológicos que buscam mensurar os conhecimentos, as atitudes e as práticas daqueles que os respondem⁴⁻⁵. Porém, há algum tempo, vem tornando-se mais forte uma tendência que busca complementar tais dados a partir de investigações qualitativas capazes de identificar as necessidades dos imigrantes na área da saúde sexual e reprodutiva. A metodologia qualitativa, apesar de não conseguir analisar tendências em grandes grupos, permite uma visão mais aprofundada das necessidades e prioridades das comunidades imigrantes e dos fatores e especificidades dos contextos pessoal, social, cultural e político⁶. De acordo com Crawford e Popp⁷, este tipo de análise é essencial para o desenvolvimento de políticas e para o planejamento de ações que permitam alcançar ganhos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Neste contexto, é oportuno ser lembrado que o atual número de imigrantes, a vulnerabilidade em saúde destas populações e a evidência de uma possível sub-representação destes grupos na utilização dos serviços de

saúde sugerem que poderão estar reunidos em um conjunto de fatores que constituem uma situação, como já foi referido, potencialmente de risco.

Tendo sido feita esta breve contextualização, é interessante ser explicado que o trabalho a seguir descrito foi desenvolvido com o objetivo de abordar alguns fatores e processos subjacentes à saúde sexual e reprodutiva e sobre a utilização dos serviços de saúde por mulheres imigrantes. Como forma de se contemplar este objetivo, desenvolveu-se um estudo qualitativo através da realização de grupos focais com mulheres imigrantes – residentes em Portugal – oriundas de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs)* e do Brasil. Parte das análises resultantes do trabalho desenvolvido será apresentada no decorrer do texto, no entanto, antes de serem discutidas tais questões é importante que se faça uma rápida revisão acerca dos temas que envolvem este texto, quais sejam, a saúde sexual e reprodutiva e o planejamento familiar no contexto das mulheres imigrantes.

Não é tarefa fácil se estabelecer uma definição para o conceito de saúde sexual e reprodutiva, pois ele abrange vários temas, como a sexualidade, a reprodução, os direitos humanos e o bem-estar. Além disso, é necessário que se faça uma aprofundada reflexão sobre a forma como estes temas se relacionam entre si. Porém, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ocorrida no Cairo, em 1994), estabeleceu-se uma definição que foi adotada pela OMS, qual seja, que a saúde sexual e reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e emocional (não apenas a ausência de doença ou mal-estar), abrangendo todos os aspectos relacionados com o sistema, funções e processos reprodutivos⁸.

Nesse sentido, a saúde sexual e reprodutiva é considerada um conceito holístico que inclui, para além da reprodução, as questões da saúde sexual e das relações pessoais⁸⁻⁹. Além disso, a saúde sexual integra aspectos relacionados à sexualidade de um modo que esta seja positivamente enriquecedora e

Não é tarefa fácil se estabelecer uma definição para o conceito de saúde sexual e reprodutiva, pois ele abrange vários temas, como a sexualidade, a reprodução, os direitos humanos e o bem-estar.

que promova a comunicação e relação entre os indivíduos⁸⁻¹². A sexualidade é considerada um aspecto importante da vida humana e abrange áreas como o sexo, as identidades e os papéis de gênero, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução¹². A sexualidade é vivida e expressada através de pensamentos, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relações, podendo ser influenciada pela interação de fatores biológicos, emocionais, intelectuais, socioeconômicos, culturais, históricos, religiosos, éticos, legais e políticos¹².

Nessa direção, a definição de saúde sexual e reprodutiva pressupõe a possibilidade de as pessoas terem uma vida sexual segura e prazerosa, com capacidade de reprodução e liberdade de decisão. Esta definição engloba as questões dos direitos humanos, sendo reconhecido que todos os casais e indivíduos têm o direito à decisão livre e responsável nos aspectos relacionados com a reprodução (número de filhos, local e momento), sem discriminação, coerção ou violência, bem como o direito à informação e meios para tal⁸⁻⁹. Implícito nesta última condição está o direito das mulheres e dos homens à informação e ao acesso a métodos de planejamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis, e, ainda, a serviços de saúde adequados que permitam às mulheres viverem a gravidez e o momento do parto de forma segura e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis.

Levando-se em consideração as informações anteriores, é interessante se introduzir o fato de que o crescente aumento da migração feminina tem acentuado a preocupação relativamente às questões de saúde sexual e reprodutiva nesta população. A diferença entre os papéis sociais de gênero associada a variáveis socioeconômicas e culturais reflete-se, muitas vezes, em uma desigual exposição das mulheres aos riscos para a saúde, quando comparadas aos homens¹³. Rademakers, Mouthaan e de Neef¹⁴ referem que os dados produzidos por organizações internacionais e por estudos epidemiológicos têm apontado para uma maior vulnerabilidade das mulheres imigrantes no que se refere à saúde sexual e reprodutiva.

Como é apontado por Janssens, Bosmans e Temmerman¹⁰, as mulheres imigrantes têm, geralmente, poucos conhecimentos sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis nos países em que residem e, em especial, sobre os serviços de saúde materna. É importante ser associado a isso, conforme indicam Kennedy e Murphy-Lawless¹⁵, outras questões que envolvem os fatores culturais, como os papéis sociais de gênero, os hábitos tradicionais, a linguagem e os padrões de comunicação. Tais questões, segundo os autores, também podem condicionar e limitar a utilização dos serviços de saúde materna e os cuidados pré-natais por parte das mulheres imigrantes.

O planejamento familiar é um componente fundamental quando se fala em prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

Sobre isso, vários outros estudos têm identificado a associação entre o reduzido acesso de mulheres imigrantes aos serviços de saúde materna e a indisponibilidade de serviços de tradução, bem como a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde para as diferenças culturais que envolvem essas mulheres¹⁶. Ascoly, Van Halsema e Keyers¹⁷ lembram que muitos grupos de mulheres imigrantes necessitam de intérpretes quando recorrem aos serviços de saúde, no entanto, considerando a indisponibilidade desses profissionais, muitas vezes, elas são acompanhadas pelos seus maridos ou por outros parentes homens. Assim, durante a consulta, nesses casos, todas as informações são transmitidas pelo intérprete homem, o que pode ser constrangedor, especialmente se a mulher pertencer a contextos culturais nos quais a discussão de aspectos sobre o planejamento familiar, a gravidez e o parto, com familiares masculinos, não for algo habitual.

Outro aspecto importante diz respeito às práticas de saúde nos países de origem dessas mulheres que, diversas vezes, se caracterizam pelo recurso à medicina tradicional, especialmente durante e após a gravidez. Isso ocasiona uma menor procura e utilização dos serviços de saúde, podendo afetar negativamente a saúde da mãe ou do bebê¹⁸.

As mudanças em relação aos contextos social e econômico, subjacentes ao processo de migração, podem condicionar, portanto, as opções que envolvem questões relativas à reprodução. Grupos de imigrantes, especialmente as mulheres, são frequentemente confrontados, por exemplo, por programas voltados ao planejamento familiar que impõem a redução do tamanho das famílias, quando comparado aos núcleos familiares de origem dessas mulheres. Muitas vezes, esse tipo de estratégia é forçado pelo elevado custo associado à manutenção das condições de vida.

O planejamento familiar é um componente fundamental quando se fala em prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Os objetivos do planejamento familiar englobam a promoção da sexualidade saudável e segura, a regulação da fecundidade segundo o desejo do casal, a preparação de uma maternidade e paternidade responsáveis, a redução da mortalidade e morbidade materna, perinatal e infantil, a redução da incidência de doenças sexualmente transmissíveis e suas consequências, assim como o melhoramento da saúde e bem-estar dos indivíduos e da família. Logo, as consultas que envolvem orientações acerca do planejamento familiar devem assegurar atividades de promoção da saúde, como a informação e o aconselhamento sexual, a prevenção e o diagnóstico precoce das DST, entre outras coisas¹⁹.

Porém, estudos indicam que os imigrantes têm um conhecimento limitado sobre os serviços de planejamento familiar disponíveis nos países de acolhimento e, por isso, tendem a ter menor acesso a estes serviços em comparação

aos cidadãos nacionais²⁰. As informações disponíveis sobre o planejamento familiar das mulheres imigrantes, residentes nos países da Europa, por exemplo, apontam ainda outro problema. Segundo os dados disponíveis, por vezes, os serviços de planejamento familiar são pouco ajustados às necessidades específicas destas populações¹⁰. O ideal é que haja abordagens culturalmente adequadas, uma vez que as questões relacionadas ao planejamento familiar, à contracepção e à sexualidade podem ser associadas a determinadas representações sociais que tornam esses assuntos delicados para algumas populações. Dessa forma, torna-se necessário, por parte dos profissionais que atuam em saúde, o desenvolvimento de relações pautadas na confiança com os usuários dos serviços, bem como a conscientização a respeito das preferências e necessidades específicas das mulheres imigrantes no que se refere à saúde sexual e reprodutiva¹⁰.

Com base nessas informações, buscou-se conhecer melhor e se analisar as opiniões, os anseios e os desejos de algumas mulheres imigrantes que residem em Portugal. Portanto, serão apresentados os resultados provenientes das análises das informações obtidas com grupos de mulheres imigrantes. Porém, é importante explicitar de que forma foram obtidos e analisados tais depoimentos, conforme ocorre a seguir.

METODOLOGIA

As discussões que serão apresentadas foram desenvolvidas a partir de uma pesquisa qualitativa e de nível exploratório produzida em parceria entre pesquisadores e pesquisadoras portugueses/as e brasileiros/as. Para tanto, foi utilizada uma amostra intencional, constituída por 35 mulheres imigrantes, brasileiras e africanas – 15 brasileiras e 20 africanas, sendo que destas últimas, 9 são de Cabo Verde, 6 de Angola, 4 de São Tomé e Príncipe e 1 de Guiné Bissau – com idades entre 18 e 45 anos, que residem em Portugal. Além disso, essas mulheres apresentam diferentes níveis de escolarização, como também diferentes situações de permanência no país (Tabela 1). Todas elas residem em Portugal há mais de 2 (dois) anos e apresentaram disponibilidade e vontade para participar da investigação. O consentimento informado

e voluntário das participantes foi obtido com garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados, tendo sido o estudo previamente aprovado pelo Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

As participantes foram indicadas por organizações não governamentais, associações, instituições particulares de solidariedade social e centros sociais que desenvolvem atividades com as imigrantes em Portugal.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes.

Características	Africanas	Brasileiras	Total
Grupo etário			
21 a 29 anos	2	8	10
30 a 39 anos	8	4	12
40 a 45 anos	10	3	13
Escolaridade			
Não estudou	1	-	1
Primário	7	-	7
2º Ciclo	8	-	8
3º Ciclo	3	-	3
Secundário	1	12	13
Curso Técnico	-	1	1
Ensino Superior	-	2	2
Estatuto Legal			
Nacionalidade Portuguesa	3	1	4
Situação regular	13	9	22
Situação irregular	4	5	9
Tempo de permanência em Portugal			
2 a 5 anos	1	11	12
6 a 10 anos	7	4	11
11 a 15 anos	3	-	3
> 15 anos	9	-	9
Situação Profissional			
Empregada	18	15	33
Desempregada	2	-	2

Para a produção dos dados foram organizados grupos focais, formados pelas imigrantes mencionadas. A escolha por esta técnica de produção de dados esteve relacionada à intenção de melhor compreender algumas das múltiplas variáveis que podem contribuir para os complexos e, em muitos casos, contraditórios significados que envolvem as crenças, as atitudes, os estilos de vida e os comportamentos de risco e de proteção relacionados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes. É relevante ser frisado que foram tomados cuidados no sentido de se atentar aos contextos sociais, económicos e culturais que formam a

realidade específica em que as entrevistadas estavam/estão inseridas.

De acordo alguns autores²¹⁻²³, o grupo focal deve envolver um número reduzido de participantes (de 4 a 12 pessoas), os quais possuam algumas características comuns. Além disso, as discussões devem ser conduzidas por um moderador e centradas em um determinado tema. Assim, as informações foram obtidas através da organização de seis grupos, três com imigrantes africanas e três com imigrantes brasileiras. As discussões promovidas pelos grupos focais tiveram uma duração média de uma hora e trinta minutos. Cada sessão foi registada em áudio, após o consentimento prévio das participantes, de forma a maximizar a obtenção de dados que, posteriormente, foram transcritos integralmente para serem usados na fase de análises.

No início das sessões, todas as participantes foram informadas sobre os objetivos gerais da investigação, a forma como seria conduzida a reunião e o procedimento para a coleta de dados. Durante a realização das discussões, foi utilizado um roteiro de questões que ajudou a conduzir os grupos. Ao final de cada sessão, foram registadas as observações consideradas relevantes, provenientes da dinâmica e das interações ocorridas entre os participantes. A análise dos resultados obtidos seguiu o procedimento comum da análise de conteúdo utilizada na metodologia qualitativa^{21,23}. Foram selecionadas, em um primeiro momento, as questões consideradas mais significativas para que, a partir disso, fossem definidas as categorias de análise. Assim, as diferentes respostas foram agrupadas em categorias discursivas de acordo com a regularidade com que determinados elementos apareceram e se repetiram durante as discussões. Foram analisadas as opiniões manifestadas sobre os diversos temas abordados, levando-se em conta os consensos gerados nos grupos, bem como as contribuições individuais. Buscou-se, ainda, comparar os argumentos apresentados nas discussões de cada grupo e, posteriormente, foram aproximados às discussões no conjunto total, levando-se em conta, também, as diferenças encontradas entre os argumentos proferidos nos grupos de imigrantes africanas e de brasileiras. Ao final da realização dos grupos focais, foi aplicado um questionário individual para a coleta de dados e caracterização das participantes.

Algumas das análises e discussões desenvolvidas serão apresentadas, de forma compilada, na próxima seção, de acordo com a relevância dos dados para o tema proposto aqui.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo de caráter exploratório refletem os conhecimentos, as percepções, as atitudes e as

práticas de imigrantes africanas e brasileiras em relação à temática da saúde sexual e reprodutiva, em particular ao tema do planejamento familiar.

Dúvidas, desejos e expectativas

Sobre este tema (planejamento familiar), percebe-se que embora algumas participantes demonstrem conhecer os aspectos relacionados à temática, um importante grupo de mulheres, principalmente de africanas, está pouco familiarizado com o conceito. Em geral, as participantes associam o planejamento familiar exclusivamente à maternidade e à contracepção, tal como sugerido por autores que referem que o planejamento familiar é, ainda hoje, frequentemente considerado apenas como sinônimo de contracepção²⁴⁻²⁵. Essa questão pode ser observada nos depoimentos abaixo:

(...) eu estou a fazer planejamento familiar pois eu quero engravidar a partir do ano que vem. Estou há oito anos casada, então quero engravidar. (participante brasileira - B01)

F

azia [planejamento familiar] quando bebê nascia, o médico mandou para fazer, só fui lá uma vez, exames e análises que ele mandou e ainda não sei como que é, porque não fui entregar. Mas eu não faço nada de planejamento familiar, não faço isso. (participante africana - A01)

No que diz respeito aos métodos contraceptivos, é também perceptível o desconhecimento que algumas participantes demonstram em relação a esta temática:

(...) a pílula, além de prevenir a gravidez, previne alguma doença? (participante africana- A02)

Eu nunca tomei pílula e se eu tomar e engravidar? (participante africana - A03)

Como referem Tong, Chen e Cheng²⁶ e Zhao, Zheng e Zhang²⁷, alguns estudos têm indicado que persiste, nas populações imigrantes, a falta de conhecimentos sobre os métodos contraceptivos disponíveis e eficazes. Nesta direção, um grupo considerável de africanas revela a existência de lacunas no conhecimento sobre os métodos contraceptivos e de crenças associadas à ineficácia destes métodos e à percepção de que são prejudiciais à saúde. Estas evidências são importantes, pois a falta de conhecimento poderá determinar, direta ou indiretamente, uma fraca ou incorreta utilização dos métodos contraceptivos²⁸⁻²⁹. Abaixo,

alguns depoimentos, nesse sentido, feitos por participantes africanas:

(...) às vezes há pessoas que não se dão com a pílula e começam a entupir, a entupir, e depois correm o grande risco de não terem mais filhos. (participante africana - A04)

(...) a minha prima pôs o aparelho (...) para não ter mais filhos [e] agora tem problemas graves, (...) tem medo de morrer porque ela corre risco de vida (...)(participante africana - A05)

(...) é pior porque aquilo começa a apodrecer e a criar infecções. (participante africana - A06)

Porém, os resultados do estudo sugerem a existência de diferenças entre as mulheres africanas e as brasileiras. As brasileiras, de uma forma geral, conhecem os diferentes métodos contraceptivos, reconhecem a sua eficácia e apresentam atitudes favoráveis à sua utilização. Tais questões emergem, como pode ser visto abaixo, articuladas às dificuldades encontradas no que diz respeito ao acesso a informações acerca desses métodos no contexto do país de acolhimento.

Eu trouxe do Brasil, cheguei na farmácia e disseram que só era receitado lá. (participante brasileira - B02)

A orientação que eu tenho era a que eu trazia do Brasil. (participante brasileira - B03)

(...) [aqui] nunca ninguém me passou não, eu mesma é que comecei a tomar [a pílula] por conta própria. (participante brasileira - B04)

Grande parte das discussões dos grupos focais foi relacionada com a gravidez, a maternidade e as experiências ligadas ao parto. É importante salientar que no grupo de participantes, as mulheres africanas reportam ter maior número de filhos do que as mulheres brasileiras (Tabela 2), fato que pode, em parte, ser explicado pelas diferenças de idade e pelo tempo de residência em Portugal (Tabela 1).

Tabela 2 – Distribuição da amostra pelo número de filhos por mulher.

Número de filhos por mulher	Africanas	Brasileiras	Total
Nenhum	2	8	10
1 filho	-	5	5
2 filhos	2	-	2

Número de filhos por mulher	Africanas	Brasileiras	Total
3 a 4 filhos	11	2	13
> 4 filhos	5	-	5

Em geral, os discursos das participantes revelam muitos receios em relação ao parto, sendo esta temática bastante relevante para todas elas, independentemente de já terem, ou não, filhos. No entanto, enquanto as africanas consideram que as experiências relativas ao parto vividas no país de origem são geralmente mais difíceis do que aquelas vividas no país de acolhimento, as brasileiras referem que as dificuldades são maiores em Portugal:

Quando eu fui na consulta, me internaram ao meio-dia, só às sete horas da noite, eu comecei a chorar e chamei eles e disse: vocês não explicam para mim o que é que eu vou ter (...). E responderam: É bom você calar, porque a sua hora vai chegar, assim desse jeito. (participante brasileira - B05)

Eu tive o parto de uma amiga minha agora recente e eu achei tudo muito diferente do que era habitual, do que tinha lá. (participante brasileira - B06)

(...) eu passei muito mal na gravidez com relação ao leite, tive muita febre e eu cheguei a doar. Eu perguntei para a enfermeira se tinha algum banco de leite, aqui em Portugal, ela não sabia e eu fiquei um pouco assustada com relação a isso. (participante brasileira - B07)

No Brasil, eu não sei se é uma questão de amor, de solidariedade, mas aqui falta um pouco de atenção (...). Das minhas amigas todas que tiveram, (...) elas ficaram assim, quase que agonizando (...). Pode dar mesmo para morrer. (participante brasileira - B08)

Fatores como o *stress* associado à gravidez e as dificuldades inerentes à situação de imigrante têm sido apontados em vários estudos como determinantes das dificuldades que, muitas vezes, as mulheres imigrantes enfrentam nos países de acolhimento durante o período de gestação¹¹. Em um estudo de Bollini e colaboradores³⁰, são apontados outros fatores que afetam a gravidez das mulheres imigrantes, como o *stress* associado a condições precárias de vida e de emprego, trabalhos pesados durante a gravidez e vivência de situações de racismo e discriminação. Algumas mulheres, pelos motivos identificados, podem tornar-se

particularmente vulneráveis durante o período da gravidez e pós-parto.

No presente estudo, associada à questão da maternidade, foi também mencionado o desejo de se ter filhos, conforme exemplo abaixo, que muitas vezes não é possível ser concretizado em função das dificuldades vividas no país de acolhimento:

Mesmo que a gente quer, aqui não dá. Porque a gente tem de pagar ama, quase o ordenado que a gente ganha (...). Se já tem, a gente tem de aguentar isso. Mas para mim esses quatro dá, chega e sobra. (participante africana - A07)

Algumas imigrantes revelam o desejo de ter filhos (ou mais filhos), e os seus discursos (principalmente os das africanas) demonstram o quanto um elevado número de filhos é valorizado no contexto cultural dos países de origem:

Se não tiver mais filhos, o marido vai-lhe deixar. (participante africana - A08)

Nos grupos focais realizados com imigrantes brasileiras, a temática da gravidez é associada à necessidade de se ter acesso a maiores informações sobre prevenção nesta área. Neste contexto, são realçadas as consequências negativas da falta de informação sobre os métodos contraceptivos, como a gravidez precoce, não planejada e não desejada:

(...) eu engravidei do meu filho com quinze anos, pura falta de informação. Porque eu não sabia como era. (participante brasileira - B08)

A ocorrência da gravidez não desejada é descrita nos grupos focais como sendo frequente, o que vai ao encontro de alguns estudos que revelam uma elevada proporção de gravidezes não desejadas em grupos imigrantes de vários países europeus³¹⁻³².

Um resultado interessante, verificado no presente estudo, foi o de que, para algumas participantes africanas, a gravidez não é algo que esteja sob controle, pois nos seus relatos a gravidez é descrita como “apanhei o filho” ou “apanhei a gravidez”. No entanto, uma minoria de mulheres africanas considera que atualmente exista informação suficiente para que a gravidez possa ser planejada e, portanto, segundo elas, “só engravida quem quer”.

A falta de informação em saúde sexual e reprodutiva em Portugal foi uma temática espontaneamente abordada pelas participantes brasileiras e muito presente nas discussões realizadas nos grupos focais formados por estas mulheres. Algumas relatam a dificuldade de encontrar informações nos

serviços de saúde e descrevem as estratégias que utilizam para obter tais conhecimentos. Entre estas estratégias, podem ser citados o uso da *internet* e o aconselhamento por parte de conhecidos ou familiares. Também outros estudos sugerem que as populações imigrantes tendem a procurar informações sobre questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva com amigos, na internet e nos meios de comunicação social³³⁻³⁴. No entanto, apesar de realçarem a falta de informação, a maioria das participantes brasileiras considera possuir informações suficientes para que possam decidir o melhor momento para a gravidez:

Eu sou muito sem papas na língua, então eu exploro, às vezes até com os clientes de mesa, que são médicos, enfermeiros (...) eles quase não falam nada, mas para bom entendedor, meia palavra basta e aconselham a procurar o especialista (participante brasileira - B09).

Se eu tiver com alguma dúvida, em primeiro lugar, vou à Internet, dou uma olhadinha. (participante brasileira - B10)

Também ligo para a minha mãe, falo com ela. Eu tive um problema depois que eu casei. (...) a doutora me assustou muito, me disse que podia ser uma doença sexual. (...) eu saí da clínica totalmente abalada, eu fiquei com medo. (...) graças a Deus não era nada de grave (...). Mas quando isso aconteceu, eu recorri a minha mãe [que] me explicou tudo. (participante brasileira - B11)

Nos grupos de mulheres africanas, as relações conjugais são descritas muitas vezes como uma forma de sobrevivência econômica. As participantes referem que no seu percurso de vida vão tendo diferentes companheiros com o pressuposto de que os mesmos irão ajudá-las a criar os filhos que já têm. Segundo elas, o que frequentemente acontece é que voltam a engravidar e os parceiros não assumem a responsabilidade parental e, portanto, se afastam:

Os resultados do estudo confirmam a existência de lacunas importantes no conhecimento de algumas mulheres imigrantes sobre questões de saúde sexual e reprodutiva.

(...) há os bons que sustentam os filhos, que estão presentes na educação deles, mas a maior parte não é, não respeitam as mulheres, não ajudam a criar os filhos. Se ajudam é só por causa do tribunal. (participante africana-A09)

Tais fatos acabam por perpetuar um ciclo de permanentes dificuldades com diferentes consequências para as mulheres, principalmente aquelas ligadas à vulnerabilidade relacionada à saúde sexual e reprodutiva.

CONCLUSÕES

Tendo em vista o que foi apresentado, os dados sugerem que as mulheres imigrantes não podem ser consideradas como um grupo homogêneo no que diz respeito aos conhecimentos, atitudes e comportamentos em face da saúde sexual e reprodutiva. Os resultados do estudo confirmam a existência de lacunas importantes no conhecimento de algumas mulheres imigrantes sobre questões de saúde sexual e reprodutiva. Estas evidências são importantes, visto que um conhecimento adequado pode contribuir, direta ou indiretamente, para práticas de saúde saudáveis.

Considera-se fundamental para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva a compreensão acerca dos diversos fatores que envolvem esta temática, bem como a complexidade das situações em que as mulheres imigrantes vivem e negociam a sexualidade, os quais podem impedir ações voltadas à proteção ou à promoção da sua saúde. Outro aspecto que se realça das discussões dos grupos focais refere-se à importância de considerar a população masculina no desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva.

O reconhecimento e a compreensão acerca da complexidade dos determinantes que envolvem a saúde sexual e reprodutiva podem contribuir para a construção de programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva mais efetivos. Apesar de o comportamento individual ser determinante da vulnerabilidade a situações de risco, os resultados obtidos sugerem que as decisões não são tomadas a partir de decisões individuais, mas envolvem um complexo contexto ambiental. Tem sido reconhecido que as condições em que a migração se processa têm impacto sobre a saúde das populações e na saúde sexual e reprodutiva em particular, o que é reforçado pelos dados deste estudo.

Nesse sentido, tal como os resultados indicaram, as opções em saúde sexual e reprodutiva dependem fortemente dos fatores associados ao processo de migração, incluindo os constrangimentos socioculturais, econômicos e políticos. Os resultados deste estudo sugerem que o isolamento social das populações imigrantes, muitas vezes reflexo das zonas

geográficas de residência e da estigmatização e discriminação quanto à sua condição de imigrante ou origem étnica, condiciona a sua integração na sociedade de acolhimento. Tal isolamento mantém as populações segregadas em grupos, o que pode contribuir para a manutenção ou agravamento das desigualdades sociais e dos fatores de risco na área da saúde sexual e reprodutiva.

As políticas de imigração devem promover a inclusão social, reduzir as atitudes discriminatórias e contribuir para a redução dos fatores associados à vulnerabilidade das populações imigrantes em face da saúde sexual e reprodutiva. A fim de se reduzir as iniquidades em saúde e os fatores e condições de risco, é necessário que haja intervenção nos determinantes sociais, nomeadamente ao nível da criação de condições de acolhimento mais positivas.

O presente estudo realça ainda a pertinência de promover mecanismos de monitorização e avaliação de políticas e programas na área da saúde sexual e reprodutiva que incluam a perspectiva das comunidades imigrantes.

REFERÊNCIAS

1. UNFPA/IOM. Female migrants: bridging the gaps throughout the life cycle. New York: UNFPA/IOM; 2006.
2. McMunn A, Mwanje R, Paine K, Pozniak AL. Health service utilization in London's African migrant communities: Implications for HIV prevention. *AIDS Care* 1998;10(4):453-62.
3. Woollett A, Marshall H, Stenner P. Young women's accounts of sexual activity and sexual/reproductive health. *J Health Psychol* 1998;3(3):369-81.
4. He D, Zhou Y, Ji N, Wu S, Wang Z, Decat P, *et al.* Study on sexual and reproductive health behaviors of unmarried female migrants in China. *J Obstet Gynaecol Res* 2012;38(4):632-8.
5. Sebo P, Jackson Y, Haller DM, Gaspoz JM, Wolff H. Sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva: a cross sectional study. *J Immigr Minor Health* 2011;13(3):510-7.
6. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. 3ª ed. London: Sage Publications; 2004.
7. Crawford M, Popp D. Sexual double standards: A review and methodological critique of two decades of research. *J Sex Res* 2003;40(1):13-26.
8. United Nations (UN). Report of the International Conference on Population and Development (Cairo): Programme of Action. New York: UN; 1994.
9. United Nations Population Fund (UNFPA). Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York: UNFPA; 1996.
10. Janssens K, Bosmans M, Temmerman M. Sexual and reproductive health and rights of refugee women in Europe. Ghent: ICRH; 2005.
11. World Health Organization (WHO). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva: WHO; 1975.
12. World Health Organization (WHO). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006.
13. World Health Organization (WHO). World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
14. Rademakers J, Mouthaan I, de Neef M. Diversity in sexual health: problems and dilemmas. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2005;10(4):207-11.
15. 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.
16. Bulman KH, McCourt C. Somali refugee women's experience of maternity care in west London: a case study. *Crit public health* 2002;12(4):365-80.
17. Ascoly N, Van Halsema I, Keyzers L. Refugee women, pregnancy and reproductive health care in the Netherlands. *J Refug Stud* 2001;14(4):371-93.
18. Ayaz S, Efe SY. Potentially harmful traditional practices during pregnancy and postpartum. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13(3):282-8.
19. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar: Orientações Técnicas. Lisboa: DGS; 2008.
20. Carballo M. Female migrants, reproductive health, HIV/AIDS and the rights of women. In: UNFPA/IOM. Female migrants: bridging the gaps throughout the life cycle. New York: UNFPA; 2006.
21. Krueger R, Casey M. Focus groups: a practical guide for applied research. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
22. Fern E. Advanced focus group research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
23. Morgan D. Focus group interviewing. In: Gubrium JF, Holstein JA, editors. Handbook of interview research: context and method. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
24. Direcção-Geral da Saúde (DGS). Sexualidade, Planeamento Familiar e Reprodução. Lisboa: DGS; 2001.

25. Manuel HIB. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal [tese].Lisboa: Universidade Aberta, Mestrado em Comunicação em Saúde, 2007.

26. Tong C, Chen J, Cheng L. Survey on causes of induced abortion in Shanghai. *Shanghai Medical Journal* 1999;22(6):345-53.

27. Zhao D, Zheng Z, Zhang L. Status and needs of sexual health among women migrant workers in Taiyuan. In: Gao E, Lou C, Tu X, Iqbal S, editors. Status, perspective and strategy of reproductive health among adolescents and unmarried youth. Shanghai: The Second Military Medical University Press; 2002. p. 231-43.

28. Dias S. Contribuição para o conhecimento dos comportamentos sexuais nos adolescentes: Promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA [tese]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2005.

29. London A, Robles A. The co-occurrence of correct and incorrect HIV transmission knowledge and perceived risk for HIV among women of childbearing age in El Salvador. *Soc Sci Med* 2000;51(8):1267-78.

30. Bollini P, Stotzer U, Wanner P. Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. *Int J Public Health* 2007;52(2):78-86.

31. Valli M. Les migrants sans permis de séjour à Lausanne. Lausanne: 2003.

32. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, *et al.* Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health* 2008;8:93-103.

33. Lazarus J, Himedan HM, Stergaard LR, Liljestrand J. HIV/AIDS knowledge and condom use among somali and sudanese immigrants in denmark. *Scand J Public Health* 2006;34(1):92-9.

34. Steffan E, Kersch V, Sokolowski S. Immigration and HIV/AIDS prevention in Germany – an interdisciplinary challenge. *Euro Surveill* 2005;10(1):58-9.

Recebido em 14/12/2014 Aprovado em 10/01/2015