

Immigration & Maternity



Iberoamerican Journal of Health and Citizenship Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía

January - June 2012 - Vol. 1, Nr. 1
Enero - Junio de 2012 - Vol. 1, Nº. 1
ISSN 2182-4185

Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía
Iberoamerican Journal of Health and Citizenship

“Immigration & Maternity”

Enero – Junio, 2012

Vol. I, No 1

COORDINACIÓN ACADÉMICA IOHC

José Manuel Peixoto Caldas (CIIE-FPCE, Universidad de Oporto)

COORDINACIÓN EDITORIAL

Susana Novick, (IIGG-UBA/Argentina)

Beatriz Padilla, (CIES-ISCTE/Portugal)

José Manuel Peixoto Caldas, (CIIE-FPCEUP/Portugal)

COMITÉ EDITOR INTER-UNIVERSITARIO:

Susana Novick, Universidad de Buenos Aires (Buenos Aires/Argentina)

Fernando Daniels, Director Colegio de las Américas (COLAM - OUI) (Québec/Canadá)

Pablo Gentili, Comité Directivo de CLACSO (Buenos Aires/Argentina)

María de Jesús Buxó Rey, Universidad de Barcelona (Barcelona/España)

Nora Lloveras, Universidad Nacional de Córdoba (Córdoba/Argentina)

Maria Amelia Viteri, FLACSO - Ecuador (Quito/(Ecuador)

Julián Rebón, Director del Gino Germani – UBA (Buenos Aires/Argentina)

Ana María Perez, CES - Universidad Nacional del Nordeste (Resistencia Chaco/Argentina)

Alice Colón Warren, CIS – Universidad de Puerto Rico (San Juan/Puerto Rico)

Adela Pellegrino, UDELAR Universidad de la República de Uruguay
(Montevideo/Uruguay)

Trinidad Donoso, GREDI/Universidad de Barcelona (Barcelona/España)

Sónia Dias, IHMT– Universidade Nova de Lisboa (Lisboa/Portugal)

Aldaíza Sposati, CEDEST - PUC SP(São Paulo/Brasil)

Helena C. Araújo, CIIE - FPCEUP (Porto/Portugal)

Adrián Arias Posada, Universidad de La Rioja (La Rioja/Argentina)

Artenira da S. e S. Sauaia, Universidade Federal do Maranhão (São Luís/Brasil)

SECRETARIADO EJECUTIVO ACADÉMICO-CIENTÍFICO

Lígia Moreira Almeida ISPUP/CIIE-FPCE Universidade do Porto

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

José Bandos Encargado del Website www.iohc-pt.org

Publicación virtual semestral del Observatorio Iberoamericano de Salud y Ciudadanía, a través de su Proyecto Health and Citizenship PTDC/CS-SOC/113384/2009 de la FCT

Apoyo



Indice

Palabras de bienvenida	4
A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: Algumas notas preliminares	6
Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?	19
Disparidades e necessidades na atenção sanitária pré-natal.....	37
Enfermedades migrantes y pedagogía epidemiológica: Agentes comunitarios, participación social y educación en salud	62
La mujer inmigrante en España: Su vulnerabilidad a la violencia de género	86
Pregnant women immigrants in Portugal: Why they left their country?	99
Supporting refugee women’s strategies for coping with challenges during maternity in resettlement: Shifting the focus from vulnerability to agency	119
Violência intrafamiliar: O desinvestimento social e a subversão dos Direitos da Criança	157
Los ultimos homosexuales: Sociología de la homosexualidad y gaycidad	163
Normas para la presentación de trabajos.....	170

Palabras de bienvenida

Queridos/as compañeros/as:

Este nuevo emprendimiento del Observatorio Iberoamericano de Salud y Ciudadanía, tuvo su origen en la propuesta realizada por el grupo de compañeras del Grupo Futuro realizada en Córdoba, Argentina, en el año 2007. Este grupo consideró importante estructurar una publicación que nos encuentre – ya que somos una red de académicos/as de las Universidades de Iberoamericanas - pero también destacó que era fundamental que tuviera nuestra impronta de trabajo, cual es profundizar la reflexión crítica interamericana, interuniversitaria, interdisciplinaria, intercultural, e innovativa, para profundizar sobre relaciones de salud y ciudadanía que hace bastantes años venimos trabajando.

Dijimos que nos importaba, muy especialmente, establecer una mirada aún no existente sobre las cuestiones de salud y ciudadanía desde una perspectiva de género en las Universidades de las Américas, y conocer cómo se encuentran hoy las investigaciones de participación ciudadana en la salud en las Universidades Ibero-Americanas.

En todo momento, se habló de potenciar los estudios y articulaciones entre expertos iberoamericanos en su producción intelectual, epistemológica y política (en el más alto sentido de la palabra).

Creo que ya hemos dado un primer paso: Hoy surge el primer número de nuestra Revista: “Immigration & Maternity”, que cumple con todos los requisitos para ser registrada entre las publicaciones de calidad del espacio Ibero-Americano. Este primer número, cuenta, con los trabajos teóricos e investigativos, en castellano, inglés y portugués, de autores/as latinoamericanos/as de excelente nivel radicadas en diferentes países de la región. Esperemos que en los próximos números contemos con las contribuciones de autores/as de países de habla inglesa y francesa.

En nombre del IOHC, del CIIE/FPCEUP y COLAM-OUI, quiero felicitar al equipo de colaboradores, y muy especialmente al grupo de Mujeres académicas de primer nivel que hemos logrado aglutinar en el Comité Editorial Interuniversitario de la revista, a saber: Noras Iloveras (UNC, Argentina), Carmen Colazo (COLAM-OUI, Paraguay), Helena Araújo (CIIE-FPCEUP, Portugal), Susana Novick (UBA/CONICET, Argentina), Beatriz Padilla (CIES-ISCTE/IUL, Portugal), Trinidad Donoso (UB, España), Cristiana Bastos (ICS-UL, Portugal), Laura Cantore (UNC, Argentina). A todas ellas gracias por la tarea realizada para hacer posible este Nuevo aporte de nuestro Observatorio.

Gracias a todos/as por parir colectivamente esta inteligente, libre y polémica hija del IOHC... esperamos que dé mucho que hablar!

Abrazos a todos/as!

José Manuel Peixoto Caldas

Director del Observatorio Iberoamericano de Salud y Ciudadanía, Senior Researcher del CIIE Centro de Investigación y Intervención Educativas de la Universidad de Oporto y Docente del Colegio de las Américas (COLAM) /Organización Universitaria Interamericana (OUI)

**A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal:
Algumas notas preliminares**

Erika Masanet

Doctora en Sociología

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL)

erika.masanet@iscte.pt

Sonia Hernández-Plaza

Doctora en Psicología

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL)

sonia.plaza@iscte.pt

Beatriz Padilla

Doctora en Sociología

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL)

beatriz.padilla@iscte.pt

Resumo

A imigração contemporânea em Portugal coloca desafios importantes em termos de adaptação às novas necessidades de uma população cada vez mais heterogênea, especificamente no âmbito dos cuidados da saúde. Este artigo visa contribuir para o conhecimento sobre o papel e as competências dos médicos(as) estrangeiros(as) na prestação de cuidados de saúde em contextos de diversidade cultural, através de uma abordagem metodológica qualitativa. Para o estudo foram utilizadas entrevistas em profundidade com médicos e médicas latino-americanas que trabalham no Sistema Nacional de Saúde português, nomeadamente médicos(as) uruguayos(as), cubanos(as) e colombianos(as), a fim de analisar as representações e percepções destes profissionais sobre a sua prática profissional em relação às competências, funções e relações com os utentes. Os resultados do estudo apontam para o desempenho de práticas culturalmente competentes nos cuidados de saúde que

prestam estes profissionais da saúde, representando uma mais-valia na prestação de serviços de saúde no contexto português.

Palavras-chave: competência cultural, cuidados de saúde, diversidade cultural, médicos latino-americanos, Portugal.

Título en castellano: La competencia cultural de los(as) médicos(as) latinoamericanos(as) en la atención sanitaria en Portugal: algunas notas preliminares.

Resumen

La inmigración contemporánea en Portugal plantea desafíos importantes en términos de adaptación a las nuevas necesidades de una población cada vez más heterogénea, específicamente en el ámbito de la salud. Este artículo tiene como finalidad contribuir al conocimiento sobre el papel y las competencias de los(as) médicos(as) extranjeros(as) en la atención sanitaria en contextos de diversidad cultural, a través de un enfoque metodológico cualitativo. Para el estudio se utilizaron entrevistas en profundidad con médicos y médicas latinoamericanas que trabajan en el Sistema Nacional de Salud portugués, concretamente médicos(as) uruguayos(as), cubanos(as) y colombianos(as), con el objetivo de analizar las representaciones y percepciones de estos profesionales sobre su práctica profesional en relación a las competencias, funciones y relaciones con los pacientes. Los resultados del estudio apuntan hacia el desempeño de prácticas culturalmente competentes en la atención sanitaria que dispensan estos profesionales de la salud, representando una ventaja en la prestación de servicios sanitarios en el contexto portugués.

Palabras-clave: competencia cultural, cuidados de salud, diversidad cultural, médicos latinoamericanos, Portugal.

Title in English: Cultural competence of Latin American Doctors in health care services in Portugal: some preliminary remarks

Abstract

Contemporary immigration in Portugal presents significant challenges in terms of adaptation to the new needs of an increasingly diverse population, specifically in the field of health. The aim of this article is to contribute to increase knowledge about the role and competencies of foreign doctors providing health care services in contexts of cultural diversity, through a qualitative methodological approach. This paper uses in-depth interviews with Latin American doctors who work in the Portuguese National Health Service, specifically Uruguayan, Cuban and Colombian doctors, in order to analyze their representations and perceptions about their professional practice in relation to the competencies, functions and relationships with their patients. The study results point to the performance of culturally competent practices in the health services these professionals provide, representing a gain in the provision of health services in the Portuguese context.

Key-words: cultural competence, health care services, cultural diversity, Latin American doctors, Portugal.

Introdução

A chegada de imigrantes aos países de destino é um dos fenómenos que marcam as sociedades contemporâneas, devido aos desafios que colocam em termos de adaptação e incorporação às sociedades de acolhimento. Neste sentido, as instituições e serviços destas sociedades devem adaptar-se as mudanças que a migração implica, sendo que a imigração é geralmente uma resposta às necessidades do mercado de trabalho. Assim a falta de recursos humanos qualificados no âmbito da saúde, leva aos países a contratar médicos ou enfermeiros para dar resposta às necessidades do sistema de saúde, e permite-nos colocar uma questão, será que os médicos imigrantes podem ajudar a colmatar a falta de profissionais formados para trabalhar em contextos de diversidade cultural?

A preocupação por adaptar os serviços de saúde à diversidade cultural começa há mais de quatro décadas, no início dos anos setenta. Das noções iniciais de “*cultural responsiveness*” ou “*cultural sensitivity*”, com o tempo, evolui-se para o conceito de “competência cultural” na década de oitenta, numa tentativa de superar as limitações das abordagens anteriores¹ (WHO Regional Office for Europe, 2010). Nesse contexto se estabelece uma das definições mais conhecidas e amplamente aceites de “competência cultural”, entendida como “um conjunto coerente de comportamentos, atitudes e políticas que se mostram num sistema, agência ou entre os profissionais, permitindo tal sistema, agência ou profissionais trabalhar eficazmente em situações transculturais” (Cross *et al.*, 1989: 13).

¹ Anteriormente, o termo “*cultural sensitivity*” enfatizava a necessidade de conhecer as características específicas de diferentes grupos culturais (crenças e hábitos em saúde, valores, normas, formas de interação social, etc.) (WHO Regional Office, 2010). No entanto, esta abordagem foi rapidamente criticada pelas suas limitações. A principal limitação veio da antropologia, nomeadamente dos trabalhos de Geertz (1973) que destacavam a heterogeneidade das culturas e seu carácter multi-dimensional e dinâmico, sujeitas a um processo contínuo de mudança. Como resultado, esta abordagem favorecia a criação de estereótipos.

A partir da conceituação proposta por Cross *et al.* (1989) e da sugerida por outros autores (Sue *et al.*, 2009), podemos distinguir três níveis de análise da competência cultural: (1) nível individual ou interpessoal, com foco nos profissionais de saúde, (2) nível organizacional, institucional ou de agência (por exemplo, um centro de saúde), e (3) nível de sistema (por exemplo, o sistema nacional de saúde ou um sistema comunitário de cuidados de saúde).

Com base na perspectiva individual ou interpessoal, o objetivo deste trabalho é analisar de forma exploratória o papel potencial dos médicos e médicas imigrantes em Portugal na prestação de cuidados de saúde culturalmente apropriados. Assim, nossa abordagem enfatiza nas qualidades que têm esses profissionais para prestar este tipo de cuidados, bem como naquelas competências que devem adquirir.

A metodologia utilizada no estudo é qualitativa através de entrevistas em profundidade com médicos e médicas latino-americanas que trabalham em Portugal, nomeadamente médicos(as) uruguaios(as), cubanos(as) e colombianos(as), que foram contratados na sua maioria através de acordos com os países de origem. Assim, nossa análise centra-se nas representações e percepções que estes atores sociais têm da sua prática profissional em relação às competências, funções e relações com os utentes. Para o estudo foram analisadas 14 entrevistas: seis médicos de Uruguai (duas mulheres e quatro homens), cinco de Cuba (uma mulher e quatro homens) e três da Colômbia (uma mulher e dois homens).

O perfil básico da população entrevistada é o seguinte: a faixa etária está entre os 27 e os 60 anos; as pessoas entrevistadas moram e trabalham na Região Metropolitana de Lisboa, com exceção de um entrevistado residente em Porto; e relativamente ao tempo de residência em Portugal, o período varia entre os seis meses (os médicos colombianos que chegaram a meados de 2011 através do acordo bilateral) e os doze anos de residência.

Quanto ao perfil profissional, a maior parte dos informantes exercem no sistema público de saúde português (tanto em hospitais e centros de saúde quanto no Instituto

Nacional de Emergência Médica) e alguns deles combinam o trabalho no setor público e privado. A grande maioria já tinha experiência profissional nos seus países de origem, não sendo esta inferior aos três anos. Além disso, os médicos cubanos entrevistados também tiveram experiências profissionais no exterior antes de emigrar para Portugal, nomeadamente nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) através das missões de cooperação médica do Estado cubano.

Breve panorama da população médica estrangeira em Portugal

Nas últimas décadas, tal como acontece em vários países, aumentou significativamente a chegada de profissionais de saúde estrangeiros em Portugal, principalmente devido à escassez estrutural destes profissionais no país. No conjunto de países da OCDE, Portugal é um dos principais destinos da migração dos profissionais de saúde (Lowell, 2008).

Os dados relativos aos médicos estrangeiros que exercem funções nas entidades e organismos do Ministério da Saúde, indicam um crescimento no número destes entre 2001 e 2008 (passando de 1.484 para 1.720), atingindo um pico de 2.123 profissionais em 2005 e observando-se a partir desse ano um decréscimo que se intensificou em 2008 (Ministério da Saúde, 2010).

Segundo os dados de 2008, os principais países de origem dos médicos estrangeiros são a Espanha (799), o Brasil (197) e Angola (113). No agrupamento “Outros Países” destacam-se a Ucrânia (81), a Moldávia (47), a Rússia (31), Cuba (22) e a Venezuela (16) (Ministério da Saúde, 2010). Contudo, estes dados são anteriores à contratação oficial de médicos provenientes de países terceiros.

No contexto de internacionalização dos recursos humanos na saúde, e da falta de médicos, salienta-se o recrutamento activo de médicos estrangeiros pelo Ministério de Saúde português através de acordos bilaterais assinados com Uruguai, Cuba, Colômbia e Costa Rica nos últimos três anos. A contratação de médicos uruguayos (14) em 2008 e de médicos cubanos (40) no ano de 2009 foram as primeiras experiências do governo português na formalização destes acordos. Estes protocolos

foram seguidos pelo recrutamento recente de médicos colombianos (cerca de 80 médicos) e costa-riquenhos (9) em 2011. A contratação destes profissionais certamente está a incrementar o número de médicos latino-americanos que desenvolvem a sua prática profissional nas instituições de saúde portuguesas e que será refletido nas futuras estatísticas.

As dimensões da competência cultural

Abordagens mais recentes sublinham a necessidade do conceito de “cultura” ser interpretado de forma mais ampla para incluir todos os aspectos da vida da pessoa, não apenas a sua bagagem cultural, mas também a sua situação atual, as circunstâncias sócio-económicas, o seu entorno social e físico e a vida quotidiana, em suma, o seu contexto global (CE, 2006; WHO Regional Office for Europe, 2010). Assim, no conceito de competência cultural é necessário levar em conta o papel do contexto do indivíduo em um sentido global, que ajuda a *des-essencializar* a ideia de que só os imigrantes têm uma cultura diferente.

De forma geral, as dimensões que compõem a competência cultural a nível interpessoal ou individual são o conhecimento, as habilidades e os valores/ atitudes necesarios para trabalhar de uma forma eficaz e respeitosa em situações interculturais.

- a) Conhecimento: uma parte essencial do desenvolvimento do conhecimento da competência cultural é a aprendizagem de como o utente experimenta a sua propia identidade cultural. Nesse sentido, é importante saber como os fatores sociais, culturais ou económicos influenciam nos valores, crenças e comportamento dos utentes (Weaver, 2008). Assim, passamos de uma ênfase na consciência e conhecimento cultural, a uma ênfase na consciência e conhecimento crítico, em que tornam-se relevante questões como o conhecimento da cultura e da posição privilegiada dos profissionais e o conhecimento crítico sobre os determinantes sociais da saúde.
- b) Habilidades: habilidades para lidar com a diversidade cultural e humana a partir de uma abordagem inclusiva, com ênfase nas habilidades de comunicação baseadas na confiança, o respeito mútuo e a empatia. De acordo com

Kleinman e Benson (2006), as habilidades interpessoais tornam-se numa parte importante dos recursos clínicos do profissional de saúde.

- c) Valores e atitudes: nesta dimensão é importante levar em consideração as questões do racismo e classismo, através de um processo crítico e da auto-reflexão centrado nas próprias atitudes dos profissionais para os imigrantes e os utentes com baixo nível sócio-económico. Nesse sentido, Weaver (2008) identifica alguns dos valores e atitudes chave associados à competência cultural, nomeadamente, a auto-consciência ou consciência crítica, a vontade de aprender, a humildade e a justiça social. A *auto-consciência ou consciência crítica* pode ajudar a reduzir os pensamentos estereotipados e a reconhecer seus próprios preconceitos. Quanto à importância da *aprendizagem e a humildade*, os profissionais devem ser pessoas abertas e comprometidas para estarem sempre a aprender. Isso requer uma certa humildade e deixar a ideia do profissional como especialista. Em relação à *justiça social*, a humildade, vontade de aprender e a auto-reflexão crítica no contexto dos esforços pela competência cultural estão intimamente ligados com a justiça social (Weaver, 2008).

Resultados da análise qualitativa

Conhecimento, habilidades, valores e atitudes dos(as) médicos(as) entrevistados(as)

Na análise exploratória das entrevistas consideramos cada um destes três elementos da competência cultural, embora muitas vezes haja uma sobreposição por estarem interrelacionados.

Nas habilidades, os(as) médicos(as) latino-americanos(as) entrevistados(as) percebem-se como profissionais com maior empatia, humildade e sensibilidade, devido principalmente ao tipo de preparação durante a formação na faculdade e à experiência de trabalho em contextos de exclusão social, o que permite um tratamento mais humano, próximo e horizontal com o utente e a sua família.

Me da la impresión que sería una relación más empática la de un médico sudamericano que la de un médico portugués. Obviamente que hay excepciones y conozco muchas, pero en términos generales pienso que sería más empática y un abordaje más general. (E4, médico uruguaio).

El latino se relaciona diferente, además de brindar un buen servicio, el relacionamiento y el trato choca. [...]. Lo que ofrece el latino es eso: trato diferenciado porque nacemos con eso y somos formados para hacerlo de esa manera y también mostrar conocimiento y profesionalismo. (E12, médico cubano)

Quanto ao trabalho na emergência médica (INEM) em Portugal, trazemos o significativo depoimento de uma médica uruguaia:

Tú tienes que tener un segundo para mí, dos minutos aunque sea de camino, de acercarte al primer familiar que está y decirle ‘señora, está así, hicimos esto, la cosa está así, lo voy a llevar a tal hospital, quédese tranquila, yo lo voy a acompañar’. Es lo mínimo. Los médicos portugueses, entran, salen, meten el tipo y se van. Yo al principio decía ‘pero esto es inhumano!’ [...] Yo hablo con los familiares. Eso les llamó mucho la atención a los enfermeros y a los TAE [Técnicos de Ambulância de Emergência], yo siempre busco un minuto [...]. Hay cosas que son de sensibilidad humana porque el paciente no es una cosa o un objeto. (E2, médica uruguaia)

A importância da comunicação e o diálogo nas consultas médicas exemplificam-se no seguinte depoimento de um médico cubano:

Y siempre las consultas es un diálogo, todo se concreta en un diálogo, le preguntas, ella responde, ella pregunta, tú respondes. Hay que aclarar y esclarecer la situación. (E3, médico cubano)

Segundo os(as) entrevistados(as), esse tratamento “diferenciado” baseado na empatia e proximidade com o utente é valorizado positivamente pelos seus pacientes, tanto imigrantes como portugueses:

Los pacientes se sienten mucho mejor cuando son vistos por nosotros, primero porque les explicamos, les hablamos, les miramos a la cara, que tiene, que no tiene... Siempre que tenga un problema, relacionarle, hablarle, explicarle, tratar de orientarle para que tenga un seguimiento adecuado, porque habitualmente los médicos portugueses no son de hablar mucho.” (E12, médico cubano)

Nosotros tratamos pacientes, no exámenes. Entonces el paciente portugués se siente muy feliz cuando un médico lo toca en el buen sentido de la palabra: te escucha el corazón, te escucha los pulmones, te examina la rodilla y verifica... [...]. Para una persona de 80 años que es viudo y que llega un médico que por lo menos le sonríe y le examina, se siente feliz. Tanto es así que algunos pacientes portugueses que ya tienen médico de familia y que hablaban con otro amigo que estaba siendo atendido por nosotros,

buscaban nuestra consulta para ser parte de nuestra consulta. (E9, médico colombiano)

Estas habilidades interpessoais e de comunicação estão ligadas com a componente do conhecimento e da prática, porque permitem uma maior proximidade com o utente e, conseqüentemente, ajudam a conhecer e compreender melhor a situação e o contexto da pessoa, bem como seus valores, crenças e comportamentos. É de salientar que a proximidade é valorizada tanto pelas populações imigrantes como pelos utentes portugueses.

Em geral, este conjunto de qualidades são remarcadas pelos(as) médicos(as) entrevistados(as) para se diferenciar dos seus colegas portugueses, que são descritos como profissionais que mantêm uma posição de privilégio e superioridade que os afasta dos utentes.

Esa imagen todavía paternalista del médico, que en Uruguay lo puedes encontrar en el interior del país, aquí es muy común. Prácticamente aquí el médico es incuestionable, al punto de que si el médico no habla no se le pregunta. (E4, médico uruguayo)

[...] porque habitualmente los médicos portugueses no son de hablar mucho. Y en el trato y el relacionamiento son difíciles. Y comentan mucho, no sólo los pacientes inmigrantes, sino los portugueses, que dicen “entré y salí con lo mismo, no sé lo que tengo que hacer, no me han explicado. (E1, médico cubano)

Sobre este último ponto, entramos na componente dos valores e atitudes. Como assinala Weaver (2008), os profissionais devem deixar de lado os seus privilégios e seu status superior que vem do fato de ser um profissional (neste caso médico) e/ou estar associado com a sociedade dominante. Segundo as características atribuídas pelos(as) médicos(as) entrevistados(as) aos seus colegas portugueses, em geral, a atitude de superioridade e pouco flexível não contribuiria para trabalhar em contextos diversos, especialmente, para lidar com pessoas de diferentes condições socio-económicas.

Desafios dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na competência cultural

Os(as) médicos(as) entrevistados(as) também enfrentam uma série de desafios perante à diversidade cultural dos utentes no Sistema Nacional de Saúde português. Uma das principais dificuldades que dizem ter os(as) entrevistados(as) é a barreira da língua para o atendimento de certos grupos de imigrantes. Como aponta o relatório da Agência Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde (WHO Regional Office for Europe, 2010), as barreiras linguísticas são talvez um dos maiores obstáculos para a prestação de serviços de alta qualidade. Um nível de proficiência linguística suficiente para permitir que uma pessoa “se vire” em situações quotidianas, pode não ser suficiente para atender às demandas de uma consulta clínica (WHO Regional Office for Europe, 2010).

No entanto, como alguns dos informantes manifestam, a atitude empática ajuda a ultrapassar esta barreira, por meio da maior disposição e esforço na comunicação não-verbal.

La primera dificultad que noto es el idioma. [...]. Pero también la postura más empática ayuda mucho, lo que es el lenguaje no verbal, la comunicación no verbal, ayuda mucho (E4, médico uruguayo).

Para mí es todo un desafío trabajar con gente de diferentes orígenes. En el centro de salud donde yo trabajo hay mucha población pakistaní, africana y china. Con la población pakistaní hablo inglés y la población china no habla ni inglés, ni portugués, ni español. Me tengo que comunicar con ellos a través de gestos y dibujos (E7, médico colombiano)

Por outro lado, a cultura não se refere apenas aos pacientes, mas também aos médicos que participam dos mundos culturais (Kleinman e Benson, 2006). Assim, os médicos latino-americanos também trazem a sua bagagem cultural que inclui estereótipos e preconceitos para certos grupos de imigrantes ou minorias étnicas. Deste modo, há discursos de médicos(as) entrevistados(as) que falam das dificuldades no tratamento de certos grupos étnicos ou de imigrantes por serem considerados “culturalmente diferentes”:

Por ejemplo, no me ha tocado asistir culturas completamente diferentes, por ejemplo, musulmanes, atender a una mujer musulmana, creo que ahí sí sería una diferencia drástica. Aún no he tenido esa experiencia, ahí sería diferente. (E11, médico uruguayo).

Processos de mudança de valores entre os(as) médicos(as)

Há casos em que os valores e normas da sociedade de acolhimento podem entrar em conflito com o sistema de valores e comportamentos do grupo ao qual pertence o médico estrangeiro. Assim, a emigração e o conseqüente contato com distintas populações muitas vezes implica um questionamento e redefinição dos paradigmas de valores e crenças que trazia o sujeito imigrante. Nesse sentido, apresentamos o caso de um médico colombiano entrevistado que, apesar de estar pouco tempo em Portugal (há seis meses), viveu um processo de mudança na perspectiva e percepção do aborto, anteriormente contrário e agora mais tolerante e compreensível.

Aquí en Portugal el aborto es legal hasta las diez semanas de gestación y eso tiene una objeción de conciencia bastante complicada. En mi país es ilegal e ilegal o no, para mí es difícil. En Colombia está prohibido, solamente en unos casos muy específicos está autorizado. Aquí está autorizado desde el punto de vista ético y moral y eso ha sido difícil en un principio pero muy interesante porque he tenido que romper muchos paradigmas y entender que eso también es parte de mi inmigración (E7, médico colombiano)

Conclusões

A diversificação da força de trabalho é considerada uma das estratégias para melhorar os serviços de saúde segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde – Europa (WHO Regional Office for Europe, 2010). Assim, o referido relatório aponta para a importância nas políticas de recrutamento no sentido de garantir que o pessoal que trabalha no serviço de saúde venha refletir a diversidade da população, sempre e quando respeite os princípios éticos de recrutamento, recentemente adoptados pela Organização Mundial da Saúde. Além disso, a melhoria da competência cultural dos prestadores de serviços é um dos fatores que ajuda a reduzir as barreiras culturais e sociais para o acesso a uma prestação eficaz de serviços de saúde (WHO Regional Office for Europe, 2010).

A análise preliminar das entrevistas mostra como as habilidades interpessoais que os médicos e médicas entrevistadas afirmam ter, quer por causa da formação curricular e profissional, quer por causa da prática médica desenvolvida no país de origem, levam a uma maior proximidade, conhecimento e compreensão da situação e do contexto do utente, imigrante ou português, que acaba por conduzir aparentemente a práticas

culturalmente competentes nos cuidados de saúde ao utente, independentemente da sua origem nacional. Isto sugere que os profissionais da saúde estrangeiros representam uma mais-valia na prestação de serviços de saúde e, por tanto, o trabalho deles e delas pode ter um impacto positivo no Sistema Nacional de Saúde português.

No entanto, sendo um estudo exploratório, estas afirmações precisam duma análise mais aprofundada e da realização de mais entrevistas, bem como da complementariedade de outras técnicas de coleta de dados como observação participante nas consultas dos médicos estrangeiros, entrevistas com os utentes desses médicos e entrevistas com médicos portugueses que permitam ter uma interpretação e apreciação mais abrangente.

Bibliografia

CE (Council of Europe) (8.11.2006). *Recommendation Rec2006(18) of the Committee of Ministers to Member States on health services in a multicultural society* [on line]. Strasbourg: Council of Europe. Disponível em: <http://tinyurl.com/39bxw2> [22.09.2011]

CROSS, Terry L.; BAZRON, Bárbara J.; DENNIS, Karl W. & ISAACS, Mareasa R. 1989. *Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Washington D.C.: National Technical Assistance Center for Children's Mental Health, Georgetown University Child Development Center. 90 p.

KLEINMAN, Arthur & BENSON, Peter. 2006. "Anthropology in the Clinic: The problem of Cultural Competency and how to fix it". *PLoS Medicine*. Outubro de 2006. Vol. 3, nº 10, p. 1673-1676.

LOWELL, Lindsay. 2008. "Highly Skilled Migration". *World Migration 2008: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy*. Geneva International Organization for Migration (IOM). Disponível em:

http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/studies_and_reports/WMR2008/Ch2_WMR08.pdf [14.11.2010]

MINISTÉRIO DA SAÚDE (30.10.2010). *Recursos Humanos estrangeiros no Ministério da Saúde - Evolução 2001/2008-* (on line). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat_RHE_Actualiza%C3%A7%C3%A3o2008.pdf [28 de Outubro de 2011]

SUE, Stanley; ZANE, Nolan; NAGAYAMA HALL, Gordon C. & BERGER, Lauren K. 2009. "The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions". *Annual Review of Psychology*. Janeiro de 2009. Vol. 60, p. 525-548.

WEAVER, Hilary N. 2008. "Striving for cultural competence: Moving beyond potential and transforming the helping professions". In: Dana, R. & Allen, J. (Eds.). *Cultural competency training in a global society*. New York: Springer. p. 135-155.

WHO Regional Office for Europe. 2010. How health systems can address *health inequalities linked to migration and ethnicity* [on line]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf [14.10.2011]

Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?

Lígia Moreira Almeida

MA, Psicologia da Saúde; Doutoranda em Saúde Pública, Instituto de Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (ISPUP/FMUP). Email: ligia_almeida@fpce.up.pt

José Caldas

PhD, Saúde Pública e Sociologia; Investigador e Docente, Centro de Investigação e Intervenção Educativas, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (CIIE/FPCEUP); Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship. Email: jcaldas@fpce.up.pt

Resumo

Os efeitos que os processos migratórios podem assumir na saúde dos migrantes são variados e complexos. Considerando a gravidez e maternidade como período de vulnerabilidade acrescida na mulher migrante, efetuou-se uma pesquisa de literatura abrangente a fim de caracterizar a atenção em saúde prestada a este coletivo populacional no que concerne aos cuidados materno-infantis. Para tal, consideraram-se as suas variáveis mais decisivas: acesso, utilização e qualidade dos cuidados recebidos durante este período, validadas pela perspectiva das usuárias, permitindo a construção de uma visão holística e integrada deste fenómeno. A maioria dos estudos selecionados demonstrou que, apesar da existência de um perfil de risco associado à mulher migrante, alguns resultados perinatais se encontravam favorecidos. No entanto, verifica-se um risco acrescido de morbilidade e mortalidade materna, fetal e neonatal, muito relevante entre alguns contingentes populacionais, que frequentemente interage com determinantes sociais de pior prognóstico, e carecem de políticas de saúde pública ajustadas.

Palavras-chave: mulheres imigrantes; acesso, utilização e qualidade de cuidados; saúde materno-infantil.

HEALTH CARE MOTHER-CHILD IN IMMIGRANT: WHAT REALITY?

Abstract

The effects that migration processes can yield on the health of migrants are diverse and complex. Considering pregnancy and motherhood as periods of increased vulnerability in migrant women, we performed a comprehensive literature examination in order to characterize the health care provided to this population collective regarding maternal and newborn care. For this purpose, we considered its most important factors: access, utilization and quality of care received during the defined period, validated by the perspective of users, allowing the construction of a holistic and integrated view of this phenomenon. Most of the selected studies showed that, despite the existence of a risk profile associated with migrant women, some perinatal outcomes were benefited. However, there is an increased risk of maternal, fetal and neonatal morbidity and mortality, particularly relevant among some population groups, which often interact with social determinants of poor prognosis and lack of adjusted public health policies.

Keywords: immigrant women; access, utilization and quality of care; maternal and child health.

CUIDADOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN INMIGRANTES: ¿QUÉ REALIDAD?

Resumen

Los efectos que los procesos migratorios pueden tener en la salud de los migrantes son diversos y complejos. Teniendo en cuenta el embarazo y la maternidad como un período de mayor vulnerabilidad en las mujeres migrantes, hemos realizado una búsqueda exhaustiva de la literatura a fin de caracterizar la atención sanitaria prestada a este colectivo con respecto a la atención materna y del recién nacido. Para ello, hemos considerado los factores más importantes: acceso, utilización y calidad de la atención recibida durante este período, validada por la perspectiva de los usuarios, lo que permite la construcción de una visión holística e integral de este fenómeno. La mayoría de los estudios seleccionados mostraron que, a pesar de la existencia de un perfil de riesgo asociado con las mujeres migrantes, algunos de los resultados perinatales se vieron favorecidos. Sin embargo, existe un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal, muy importante en algunos grupos poblacionales, que a menudo interactúan con factores sociales determinantes de mal pronóstico y la falta de políticas de salud pública ajustados.

Palabras-clave: mujeres inmigrantes; acceso, utilización y calidad de la atención; salud materna e infantil.

Introdução

Um dos mais nobres desafios colocados pelos fenómenos migratórios prende-se com a prestação de cuidados de saúde universais e equitativos, e com a acessibilidade e qualidade dos serviços, independentemente da etnia, género ou país de origem - saúde como direito universal (Fernandes e Miguel: 2009). Saúde e garantia de acesso aos cuidados de saúde são pilares para a inclusão social dos imigrantes, consistindo uma das principais rotas de ingresso na cidadania participativa e direitos civis (Dias e Rocha: 2009; Ingleby, *et al.*: 2005; Jayaweera e Quigley: 2010; Padilla e Miguel: 2009; Padilla *et al.*: 2009)

Os fluxos mais recentes de imigração apontam, por unanimidade, a feminização da migração e da participação crescente de mulheres migrantes na demografia europeia. A evidência científica mostra que as populações imigrantes têm um maior risco de contrair doenças, tais como doença cardiovascular, evidenciando taxas mais elevadas de prevalência de diabetes e mortalidade associada ao cancro, em comparação com as populações nativas; os migrantes apresentam igualmente maior risco de contrair doenças infecciosas como a tuberculose, HIV / AIDS e hepatite (Rumbold *et al.*: 2011). Evidenciam ainda um maior risco de sofrer de doença mental, incluindo depressão, esquizofrenia e *stress* pós-traumático, como resultado da interação de determinantes psicossociais específicos (Bunevicius *et al.*: 2009). Esses fatores frequentemente induzem uma vulnerabilidade crescente durante a gravidez (complicações psicopatológicas antes e/ou após o parto - depressão pós-parto, psicose e depressão (Bunevicius *et al.*: 2009; Rumbold *et al.*, 2011) - exacerbada por *stressores* associados ao processo de migração), pelo que os cuidados de saúde materna e infantil devem ser alvo de especial atenção (Bunevicius *et al.*: 2009; Canavarro: 2001; Martins *et al.*: 2010).

A investigação mundial revela que os êxitos alcançados incluem a introdução de intervenções eficazes para a prevenção de gravidezes indesejadas, bem como prestação de aborto seguro. As falhas mais relevantemente apontadas incluíram a generalização contínua e inaceitavelmente elevada de morbilidade e mortalidade materna, predominantemente devido ao fracasso dos sistemas de saúde na adequação de respostas às necessidades destas mulheres. Alguns dos problemas

sistémicos identificados consistiram em atrasos na ação e intervenção clínica, a falta de recursos financeiros, e a falta de cuidados de maternidade baseados na evidência (Thomsen *et al.*: 2011). Linhas de investigação europeias indicam que a morbidade associada com a gravidez, bem como algumas complicações do foro reprodutivo, tendem a ser maior entre as imigrantes. Avançam igualmente que os resultados da gravidez tendem a ser mais empobrecidos (perdas no estado geral de saúde, com peso significativo para a saúde pública), particularmente, uma maior incidência de bebés prematuros e de baixo peso ao nascimento (Carballo: 2009a, 2009b). O coletivo migrante apresenta também os piores indicadores de saúde relativos a maior mortalidade materna, neonatal e infantil, aborto espontâneo, aumento da incidência de depressão pós-parto acompanhamento ginecológico insuficiente e educação pré-natal deficitária (Machado *et al.*: 2007).

Desta forma, torna-se urgente veicular o conceito de equidade nos contextos de prática de saúde: desigualdades em saúde existem e sempre existirão. A equidade reside em fornecer a mesma quantidade de serviços a todos, mas implica uma consciência das especificidades e potenciais riscos individuais, e o provimento da quantidade exata e tipo de cuidados de saúde necessários para providenciar o melhor estado de saúde. A epidemiologia social alerta para a questão seguinte: as pessoas com menor nível socioeconómico (NSE), devido a uma variedade de fatores estruturais e sociais (determinantes psicossociais da saúde), necessitam tendencialmente de mais cuidados de saúde comparativamente com indivíduos de NSE superior. Políticas de saúde pública equitativas possibilitam a gestão dessas desigualdades, facultando oportunidades para que todos possam conseguir uma boa saúde (Eastwood *et al.*: 2011; Thomsen *et al.*: 2011).

Considerando as informações anteriormente avançadas, pretende-se monitorizar a atenção prestada à saúde da população migrante, especialmente durante a gravidez, considerando suas variáveis mais decisivas: acesso, utilização e qualidade do atendimento recebido durante este período. A questão orientadora desta pesquisa e à qual se propõe a construção de uma resposta é: Qual é o efeito da condição de ser migrante sobre o acesso, utilização e qualidade dos cuidados de saúde durante a gravidez e após o parto, e qual a sua interferência nos indicadores e resultados de saúde?

Metodologia

Com o intuito de produzir uma visão holística e a compreensão integrada que contempla os três aspectos principais sobre prestação de cuidados de saúde: acesso, uso (solicitação) e qualidade, validados pela perspectiva do usuário, consideraram-se estudos que privilegiaram metodologias qualitativas e quantitativas, perspectiva compartilhada pelo Projeto de Investigação da qual a presente pesquisa deriva ("Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes", Ref.:PTDC/CS-SOC/113384/2009, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia).

Assim, nenhum estudo qualitativo foi excluído *per se*, uma vez que se acredita serem uma mais-valia no fornecimento de indicações e informações sensíveis e de extrema relevância, considerando a perspectiva dos usuários, e que em última instância determinam o acesso, demanda e uso efetivo dos serviços disponíveis. Um dos objetivos é, portanto, proporcionar e reforçar evidências sobre o importante papel e influência que as necessidades percebidas, conhecimento cultural e expectativas individuais (por exemplo educação em saúde) apresentam nas percepções subjetivas da população migrante sobre adequação dos cuidados de saúde, afetando a sua solicitação, a adesão a tratamentos ou aconselhamentos comportamentais para a saúde (L. Merry *et al.*: 2011; LA. Merry *et al.*: 2011).

Estratégias e critérios de pesquisa

Foram considerados todos os estudos publicados sobre a população migrante entre 1990 e início de 2012 (realidade sociopolítica global e motivações para a migração qualitativamente diferentes antes de 1990), estabelecendo-se alguns critérios para a sua seleção: foram considerados apenas os artigos escritos em Português, Inglês, Espanhol e Francês, originais, sobre mulheres imigrantes durante a gravidez ou numa fase de maternidade recente (menos de um ano), que contemplassem avaliação quantitativa ou qualitativa sobre o acesso, uso e / ou qualidade percebida sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde materno-infantis, bem como avaliação de resultados de saúde e / ou apresentação de indicadores de saúde comparáveis com populações nativas.

Os critérios inicialmente definidos foram sendo refinados à medida que se avançou na pesquisa, procurando a sua adequação rigorosa aos objetivos

desenvolvidos. Assim, consideraram-se apenas artigos referentes a situações de migração externa e autodeterminada (todos os artigos cujos participantes se encontravam em situação de migração forçada, eram refugiados ou requerentes de asilo foram excluídos por se referirem a processos migratórios qualitativamente divergentes, introduzindo potencial viés associado a experiências de maior perturbação e sofrimento psicossocial). Excluíram-se ainda artigos cujos participantes problemas de saúde não decorrentes da gravidez, ou associados a consumos de álcool e drogas, igualmente passíveis de interferirem nos resultados de saúde observados.

Resultados

Dada a variedade de tipos de estudo considerados, as respetivas características e diferenças nos métodos de amostragem, os resultados recolhidos são diversificados, refletindo vários níveis de atenção.

São vários os efeitos possíveis da Migração sobre a saúde. Em alguns contextos reconhece-se o denominado *healthy migrant effect*, que prediz bons resultados de saúde na presença de um perfil epidemiológico de risco; no entanto, com frequência os migrantes e minorias étnicas evidenciam riscos aumentados de saúde, podendo receber cuidados de saúde de menor qualidade comparativamente com a população nativa (Bray *et al.*: 2010; Ganann *et al.*: 2011). As mulheres imigrantes são particularmente vulneráveis, uma vez que acumulam o *stress* inerente ao processo de migração com a experiência potencialmente stressante associada à gravidez e maternidade (Bollini *et al.*: 2007).

É comumente aceite que a migração constitui um fator de risco por si só para a gestão obstétrica (e.g. marcação tardia das consultas dos cuidados pré-natais, menos visitas (Bray *et al.*: 2010; Chote *et al.*: 2011; Sosta *et al.*: 2008), aumento das taxas de partos através de procedimentos cirúrgicos e cuidados pós-parto menos adequados, muitas vezes devido a uma série de barreiras no acesso aos serviços de saúde: o tempo de espera (problema enquadrado na frequente presença de condições de trabalho precárias e irregulares), falta de transporte (carências financeiras) ou ausência de intérpretes qualificados (Ganann *et al.*: 2011), e envolvimento empobrecido com os serviços de saúde pré-natais). Há evidências substanciais de que as barreiras linguísticas afetam negativamente o acesso a cuidados de saúde, a

qualidade de atendimento, a satisfação do paciente e, por conseguinte, os resultados de saúde (Ekeus *et al.*: 2010; Sword *et al.*: 2006). Por estes motivos, e quando possível, muitos imigrantes optam por viajar de volta para seu país de origem para obter cuidados de saúde (Bray *et al.*: 2010).

Alguns estudos evidenciaram que ser imigrante derivou num fator protetor para os resultados perinatais. Melhores prognósticos têm sido frequentemente explicados pelo referido *healthy migrant effect* e pelo paradoxo epidemiológico associado (melhores resultados perinatais entre mulheres imigrantes com fatores de risco demográficos e socioeconómicos) (El Reda *et al.*: 2007; Geltman e Meyers, 1999; Gould *et al.*: 2003; Johnelle Sparks: 2009; McDonald *et al.*: 2008; Puig Sola *et al.*: 2008; Reichman *et al.*: 2008). Inúmeros estudos explicaram a evolução mais favorável da gravidez e do parto nestes casos por meio da influência protetora / positiva das redes familiares informais de suporte social durante a gravidez (Bollini *et al.*: 2007; David *et al.*: 2006) e pelos comportamentos mais saudáveis (Johnelle Sparks: 2009), nomeadamente entre as mulheres hispânicas e latinas. Um outro estudo apontou o mesmo efeito em imigrantes do Leste, evidenciando uma relativa vantagem em termos de risco de resultados adversos ao nascimento em comparação com os indivíduos brancos nascidos nos EUA, contrariando o perfil de maior risco de entrada tardia nos cuidados pré-natais das mulheres do Leste Europeu (Janevic *et al.*: 2011). Independentemente deste fenómeno epidemiológico, o *healthy migrant effect* tende a diluir-se com o tempo de permanência nos países de acolhimento (aculturação) (Cacciani *et al.*: 2011; Jayaweera e Quigley: 2010). Desta forma, este poderia mascarar uma subpopulação vulnerável dentro de um grupo de imigrantes (mulheres com nível educacional e / ou NSE baixo) (Janevic *et al.*: 2011).

Vários fatores sociais, psicológicos e biológicos devem ser considerados no atendimento de mulheres migrantes durante a gravidez e parto (Malin e Gissler: 2009). Revendo-se em detalhe determinados estudos, confirmaram-se algumas das questões mais relevantes.

No que concerne à morbidade materna, alguns estudos revelaram altos índices de anemia antes e após o parto entre as imigrantes. Mulheres alemãs tinham uma frequência significativamente maior de cesarianas planeadas, e as mulheres imigrantes recebiam significativamente menos anestesia epidural durante o parto. De notar que a taxa de malformações congénitas entre recém-nascidos foi significativamente maior nos coletivos migrantes (David *et al.*: 2006).

Na Holanda, um estudo divulgou que a percentagem de mulheres que consideravam sua saúde como excelente ou muito boa era notavelmente menor entre mães migrantes (Chote *et al.*: 2011). Resultados semelhantes sobre autoavaliação de saúde, e fraca avaliação da saúde do bebé foram encontrados em mulheres imigrantes que integraram outros estudos na Austrália (Eastwood *et al.*: 2011) e Canadá (Ganann *et al.*: 2011). Este facto frequentemente significa que as mulheres imigrantes são mais propensas a perceber as suas necessidades como não satisfeitas numa qualquer fase de seu contacto com os serviços de saúde, relativas a dimensões de saúde física e emocional.

Estudos realizados no Reino Unido, Canadá e Austrália revelaram que mães imigrantes tinham mais risco de manifestar depressão pós-parto. A depressão pós-parto é cada vez mais reconhecida como tendo efeitos negativos sobre a saúde da mãe, do bebé e da família no geral. Num estudo realizado no Canadá, as imigrantes (35,1%) tinham significativamente maior probabilidade do que as canadenses (8,1%) de apresentar uma pontuação ≥ 10 na EPDS (*Edimburg Postpartum Depression Scale*), sendo que as mulheres recém-chegadas ao país, com pontuação ≥ 10 na EPDS apresentaram concomitantemente valores de apoio social mais baixos do que as mulheres canadianas (Stewart *et al.*: 2008). Um dos estudos analisados mostrou que as mulheres imigrantes experimentavam significativamente pior saúde psicológica em comparação com as mulheres australianas (maior risco de sintomas depressivos), apesar das semelhança nas características obstétricas. Embora as mães imigrantes tivessem um nível equivalente de contacto com os cuidados primários de saúde nos primeiros 3 meses após o parto, estas eram menos questionadas sobre o seu bem-estar emocional ou sobre eventuais problemas de relacionamento – lacunas de apoio social ou familiar (Eastwood *et al.*: 2011; Lansakara *et al.*: 2010), e consequentemente sendo menos capazes de encontrar serviços de saúde especializados (Sword *et al.*: 2006).

Relativamente aos resultados perinatais, um estudo indicou que, quando comparados aos nativos brancos nascidos nos EUA, mães negras e mulheres mexicanas apresentavam risco aumentado de resultados perinatais adversos (níveis mais altos de cuidados pré-natais inadequados, mais gravidez adolescente, falta de seguro e mais baixos níveis educativos em ambos os pais). Apesar do perfil de maior risco, os mexicanos não manifestaram níveis elevados de baixo peso ao nascimento (5,2%) ou mortalidade neonatal (2,6%). Por outro lado, crianças indianas, embora

aparentemente de risco sociodemográfico baixo, apresentaram níveis mais elevados de baixo peso ao nascimento (9,1%), eram pequenos para a idade gestacional, e tinham mortalidade fetal (6,6%). Independentemente do NSE e apesar de recorrerem aos cuidados pré-natais mais precocemente, as mulheres indianas tinham uma incidência paradoxalmente maior de bebês de baixo peso e óbitos fetais. O estudo verificou que os fatores protetores para o baixo peso ao nascimento em nativas brancas (e.g., maior escolaridade materna, cuidado pré-natal precoce, seguro privado de saúde) não eram protetores em mulheres asiáticas, apontando para um novo paradoxo epidemiológico que requer mais investigação (Gould *et al.*: 2003).

A ocorrência de um nado-morto é um dos eventos mais devastadores em obstetrícia e um indicador sensível da qualidade dos cuidados de saúde e desigualdades sociais (Reeske *et al.*: 2011). Um estudo na Holanda revelou que existem diferenças étnicas importantes na ocorrência de mortes fetais e neonatais precoces entre as mulheres nulíparas, especialmente entre mulheres Africanas, da Ásia do Sul e outras não-ocidentais quando comparadas com as autóctones. As mulheres de origem ocidental ou do oriente asiático têm menor risco de mortalidade fetal e neonatal em comparação com as mulheres holandesas. As diferenças étnicas na mortalidade explicam-se parcialmente quando primeira consulta de cuidados de saúde pré-natais se verifica após as 18 semanas de gestação. Em mulheres sem factores de risco aparente, as diferenças de risco na mortalidade associadas à etnia foram ainda mais pronunciadas (Ravelli *et al.*: 2011). Um dos resultados mais importantes e dramáticos entre os estudos prende-se com taxa de mortalidade perinatal excessiva em mulheres africanas e de raça negra (29.6/1000), nomeadamente da Somália (12.2/1000) (Malin e Gissler: 2009).

A mortalidade materna é igualmente um acontecimento dramático. Apesar da raridade, continua a ser o principal indicador de saúde materna e, simultaneamente, um marcador da qualidade e do acesso aos cuidados de saúde (Philibert *et al.*: 2008; Schutte *et al.*: 2010). Esquemáticamente, podem considerar-se duas categorias explicativas de fatores sobre mortalidade materna: características individuais das mulheres e fatores relacionados com os serviços de saúde. Tendo em conta as características individuais das mulheres, um estudo realizado em França indicou que o risco de morte materna foi duas vezes maior para as mulheres estrangeiras (África subsaariana, Ásia, América do Norte e América do Sul). O risco de morrer de doença hipertensiva ou infeção foi quatro vezes maior para as mulheres imigrantes. A

qualidade dos cuidados recebidos por mulheres que morreram foi com menor frequência ideal para as mulheres estrangeiras (9.1%) em comparação com as francesas (28.8%) e, portanto, provavelmente mais evitável entre as primeiras (25.5% vs.12.7%) (Philibert *et al.*: 2008). Outro estudo sobre mortalidade materna, na Holanda, mostrou que 29% das mulheres que morreram na amostra considerada eram imigrantes, sendo que estas apresentavam maior frequência (62%) de atendimentos e cuidados de baixa qualidade (Schutte *et al.*: 2010).

No geral, os resultados e indicadores de saúde tendem a assumir uma pior expressão que frequentemente se associa com o estado documental dos migrantes. Um estudo realizado na Suécia identificou problemas de acesso aos cuidados de saúde especialmente entre os imigrantes ilegais. Os fatores de risco que as mulheres em situação irregular identificaram como comprometedores da saúde materna foram: *stress* no trabalho, condições socioeconômicas precárias, estatuto ilegal, problemas de comunicação e pouca informação recebida sobre o recém-nascido (Bollini *et al.*: 2007). Um estudo italiano corroborou igualmente esta questão: as imigrantes irregulares representam um grupo vulnerável em maior risco de partos na adolescência, complicações da gravidez, abortos espontâneos e provocados (Fedeli *et al.*: 2010). Observaram-se, também, outros estudos que robusteceram estes dados (Geltman e Meyers: 1999; Reed *et al.*: 2005), mostrando taxas mais altas de anemia e complicações no parto (incluindo sangramento excessivo e sofrimento fetal) entre a população em situação irregular, revelando a necessidade de cuidados pré-natais distintos neste grupo. Um estudo diferente relativo à solicitação de esterilização após o parto (PPTL) indicou que as residentes indocumentadas dos Estados Unidos recebiam com menor probabilidade uma PPTL solicitada, principalmente devido problemas de financiamento. As mulheres que receberam com sucesso laqueação de trompas apresentavam mais frequentemente partos por cesariana, eram residentes nos EUA, tinham maior seguro público ou privado durante a gravidez, e compareciam a consultas pré-natais. As mulheres residentes ilegais nos Estados Unidos que tiveram parto vaginal receberam significativamente menos PPTL que as residentes documentadas com o mesmo tipo de parto (OR = 0.36 (0.21-0.61)) (Thurman *et al.*: 2009; Thurman e Janecek: 2010). Este estudo evidenciou adicionalmente que mulheres com solicitação de esterilização não executada estavam mais propensas a ter alta hospitalar sem receberem informação sobre planejamento familiar e controle de

natalidade, sendo que 46.7% estavam novamente grávidas no espaço de um ano (Thurman e Janecek: 2010).

Por último, no que diz respeito à qualidade dos cuidados recebidos, a qualidade inferior nos cuidados tem sido sugerida como fator determinante para os riscos aumentados de saúde entre os migrantes. As mulheres imigrantes recebem cuidados menos otimizados devido a estratégias maternas inadequadas na gestão da gravidez, tratamentos médicos desajustados e lacunas de comunicação. Um estudo mostrou que 63% (vs. 11%) de mortes intraparto foram consideradas potencialmente evitáveis entre as migrantes, bem como 80% (vs. 28%) dos óbitos neonatais se, em ambos os casos, tivessem recebido assistência médica adequada (Essen *et al.*: 2002). Estudos demonstram que os profissionais de saúde tendem a prestar pouca atenção às queixas das imigrantes relacionadas com a gravidez, especialmente em casos de pré-eclâmpsia. As mulheres migrantes descrevem frequentemente atrasos no recebimento de informação útil sobre diagnóstico e tratamentos (Jonkers *et al.*: 2011). Uma comunicação empobrecida entre as mulheres e os profissionais de saúde pode resultar em cuidados inadequados devido a falhas no reconhecimento dos primeiros sintomas e atraso no diagnóstico por parte do cuidador, bem como no não cumprimento dos tratamentos por parte da mulher. A maioria dos cuidados de saúde que registaram qualidade inferior na Holanda, resultando em mortalidade materna por doença hipertensiva da gravidez, decorreram da gestão inadequada da hipertensão por obstetras, da utilização desadequada do sulfato de magnésio, da estabilização inadequada da mulher antes do transporte para centros de cuidados terciários e / ou falha em efetuar atempadamente o parto (Schutte *et al.*: 2010). Também na Holanda, um estudo de âmbito nacional demonstrou que cuidados de qualidade inferior eram desproporcionalmente mais presentes em mulheres imigrantes. Estes procedimentos verificavam-se no hospital, especialmente em mulheres que morreram de pré-eclâmpsia, sendo menos frequentemente operadas em uma situação de emergência. Nesse contexto poder-se-ia ter criado intervenções médicas para tratar a hipertensão e as convulsões mais rapidamente mas, pelo contrário, estas mulheres tiveram mais tratamentos insuficientes destas complicações do que as mulheres nativas (van Roosmalen *et al.*: 2002).

Outro estudo recente decorrido na Alemanha evidenciou que mulheres migrantes e autóctones não apresentavam diferenças substanciais quer no número de consultas pré-natais, quer no momento gestacional a que a elas recorreram (acesso

aos serviços de saúde não era pior para a maioria das mulheres migrantes, pelo menos durante a gravidez), portanto, reforçando fatores explicativos orientados para as diferenças entre a qualidade e o conteúdo dos cuidados pré-natais (Reeske *et al.*: 2011).

Discussão dos Resultados

Num futuro próximo, crê-se que a contribuição das mulheres imigrantes será ainda mais fundamental para sustentar a demografia, a estrutura social ocidental e a economia (Fedeli *et al.*: 2010). Os imigrantes trazem consigo diversos perfis epidemiológicos, mas sobretudo as suas crenças e práticas culturais, incluindo as que envolvem saúde e doença (Lansakara *et al.*: 2010).

Os padrões de solicitação bem como o comportamento de procura de serviços de saúde são afetados por conceitos pessoais sobre saúde e doença, mediados pela literacia pessoal em saúde, pelo grau de conhecimento que cada pessoa tem sobre o funcionamento do sistema de saúde, pelas possibilidades económicas para recorrer aos serviços, e pelas experiências passadas e atendimento nesses mesmos serviços. Deste modo, no acesso aos cuidados podem interferir uma série de barreiras relacionadas com a oferta e prestação de cuidados, tais como a falta de profissionais e instalações necessárias, as longas distâncias a percorrer para obter os cuidados necessários, e problemas de comunicação entre o profissional e o paciente - devido à falta de competências linguísticas, ou quando as práticas clínicas diferem em função das características sociais dos pacientes. A discriminação estrutural direta e indireta é reconhecida como fonte, em parte, de algumas disparidades étnicas na quantidade, qualidade e conteúdo dos serviços públicos, a par das condições de vida e das oportunidades (Malin e Gissler: 2009). Verifica-se que a pobreza apresenta um papel importante na organização das disparidades raciais patentes nos resultados de saúde da população em geral, e frequentemente interagem com fatores étnicos, estado documental e com a capacidade de efetuar cuidados de saúde regulares, contribuindo para esclarecer a enorme importância dos determinantes psicossociais da saúde.

Vários estudos mostram que a igualdade de acesso a cuidados pré-natais adequados difere entre grupos étnicos, reforçando a pertinência da noção de equidade, mais do que da igualdade (Johnelle Sparks: 2009). Há uma necessidade premente de investigação adicional para facultar uma compreensão aprofundada

sobre as percepções das mulheres imigrantes acerca das barreiras individuais, do sistema e da comunidade, a fim de melhor orientar o planejamento de serviços e de políticas de saúde ajustadas, e melhor responder às necessidades que estas mulheres manifestam. Muito para além da etnia da mulher e da literacia em saúde que apresenta, associada determinantes culturais e pessoais, o conceito das parturientes sobre uma boa assistência materna é muito semelhante e transversal: cuidados de saúde pautados pelo respeito, segurança e compreensão. As dificuldades de comunicação são potencialmente perigosos, aumentando o risco de atraso na assistência e intervenção obstétrica (Malin e Gissler: 2009). Intérpretes profissionais devem estar disponíveis sempre que barreiras linguísticas sejam identificadas. A boa assistência médica é uma combinação de prática clínica de qualidade aliada a comunicação adequada, muito para além da acessibilidade aos serviços. Por este motivo, as perspectivas do paciente são, hoje em dia, um elemento essencial frequentemente integradas na avaliação da qualidade dos cuidados de materno-infantis (Jonkers *et al.*: 2011).

Recomenda-se a prestação de especial atenção relativamente aos conhecimentos e concepções das imigrantes a fim de melhorar a utilização e adequação nos padrões de procura dos cuidados adequados às suas necessidades, principalmente entre as mulheres do coletivo Africano (que consistentemente exibem os piores resultados obstétricos). Todas as mulheres grávidas precisam de ser educadas sobre os sinais de perigo associados a complicações graves na gravidez. Estratégias culturalmente sensíveis são fundamentais para aumentar a consciencialização da existência de serviços relevantes de saúde e apoio social nas suas comunidades de referência. Políticas de educação e saúde públicas devem orientar as mulheres e as comunidades, a fim de aumentar a literacia em saúde entre estes e a probabilidade de procurar cuidados materno-infantis (Ganann *et al.*: 2011), almejando uma qualidade superior e transversal de cuidados, e o empoderamento das mulheres e seus recém-nascidos (Malin e Gissler: 2009).

Referências Bibliográficas

BOLLINI, P., U. STOTZER, and P. WANNER. 2007. Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. *Int J Public Health*, 52(2): p. 78-86.

- BRAY, J.K., et al.. 2010. Obstetric care of new European migrants in Scotland: an audit of antenatal care, obstetric outcomes and communication. *Scott Med J*, 55(3): p. 26-31.
- BUNEVICIUS, R., KUSMINSKAS, L., BUNEVICIUS, A., NADISAUSKIENE, R., JURENIENE, K., e POP, V. 2009. "Psychosocial risk factors for depression during pregnancy". *Acta Obstetricia et Gynecologica*, May. 2009, vol. 88, no. 5, p. 599-605.
- CACCIANI, L., et al.. 2011. Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. *BMC Public Health*. 11: p. 294.
- CANAVARRO, M. 2001. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: quarteto.
- CARBALLO, M. (2009a). "Communicable diseases". En: FERNANDES, A, MIGUEL, J (eds.). *Health and migration in the european union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. p. 53-70.
- CARBALLO, M. (2009b). "Non-communicable diseases". En: FERNANDES, A, MIGUEL, J. (eds.). *Health and migration in the european union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. p. 73-82.
- CHOTE, A.A., et al.. 2011. Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in The Netherlands. The Generation R Study. *Matern Child Health J*, 15(6): p. 689-99.
- DAVID, M., J. PACHALY, e K. VETTER. 2006. Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 274(5): p. 271-278.
- DIAS, S, e ROCHA, C. 2009. *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras*. Lisboa: ACIDI, I.P.
- EASTWOOD, JG., PHUNG, H., e BARNETT, B. 2011. "Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Dic. 2011, vol.45, no.12, p. 1040-1046.

- EL REDA, D.K., et al.. 2007. Lower rates of preterm birth in women of Arab ancestry: an epidemiologic paradox--Michigan, 1993-2002. *Matern Child Health J*, 11(6): p. 622-7.
- ESSEN, B., et al. 2002. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG*. 109(6): p. 677-82.
- FEDELI, U, ALBA, N, LISIERO, M, ZAMBON, F, AVOSSA, F, e SPOLAORE, P. 2010. "Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy". *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Nov. 2010, vol. 89, no. 11, p. 1432-1437.
- FERNANDES, A. E J. MIGUEL, 2009. Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- GANANN, R, SWORD, W, BLACK, M, e CARPIO, B. 2011. "Influence of maternal birthplace on postpartum health and health services use". *Journal of Immigrant and Minority Health*. Abr. 2011, vol. 14, no. 2, p. 223-229.
- GELTMAN, P.L. e MEYERS,A.F. 1999. Immigration legal status and use of public programs and prenatal care. *J Immigr Health*. 1(2): p. 91-7.
- GOULD, J.B., et al.. 2003. Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the United States: a dual epidemiologic paradox. *Pediatrics*. 111(6 Pt 1): p. 676-82.
- INGLEBY, D, CHIMIENTI, M, HATZIPROKOPIOU, P, e FREITAS, C. 2005. The role of health in integration. En: FONSECA, M, MALHEIROS, J. (eds.). *Social integration and mobility: education, housing and health*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos. p. 88-119.
- JANEVIC, T., SAVITZ, D.A. e JANEVIC,M. 2011. Maternal education and adverse birth outcomes among immigrant women to the United States from Eastern Europe: a test of the healthy migrant hypothesis. *Soc Sci Med*. 73(3): p. 429-35.
- JAYAWEERA, H, e QUIGLEY, MA. 2010. "Health status, health behaviour and healthcare use among migrants in the UK: evidence from mothers in the Millennium Cohort Study". *Social Science and Medicine*. Sep. 2010, vol. 71, no. 5, p. 1002-1010.

- JOHNELLE SPARKS, P. 2009. "One size does not fit all: an examination of low birthweight disparities among a diverse set of racial/ethnic groups". *Maternal and Child Health Journal*. Nov. 2009, vol. 13, no. 6, p. 769-779.
- JONKERS, M, RICHTERS, A, ZWART, J, ORY, F, e VAN ROOSMALEN, J. 2011. "Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: Patients' perspectives". *Reproductive Health Matters*. May. 2011, vol. 19, no. 37, p. 144-153.
- LANSAKARA, N, BROWN, SJ, e GARTLAND, D. 2010. "Birth outcomes, postpartum health and primary care contacts of immigrant mothers in an Australian nulliparous pregnancy cohort study". *Maternal and Child Health Journal*. Sep. 2010, vol. 14, no. 5, p. 807-816.
- MACHADO, M, SANTANA, P, CARREIRO, H, NOGUEIRA, H, BARROSO, e R, DIAS, A. 2007. "Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes". *Revista Migrações*. Sep. 2007, no. 1, p. 103-127.
- MALIN, M, e GISSLER, M. 2009. "Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland". *BMC Public Health*. Mar. 2009, vol.9.
- MARTINS, I, FARIA, A, e LAGE, G. 2010. *Diversidade cultural urbana*. Porto: Câmara Municipal do Porto.
- McDONALD, J.A., et al.. 2008. Reproductive health of the rapidly growing Hispanic population: data from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2002. *Matern Child Health J*. 12(3): p. 342-56.
- MERRY, L, GAGNON, AJ, HEMLIN, I, CLARKE, H, e HICKEY, J. 2011. "Cross-border movement and women's health: how to capture the data". *International Journal for Equity in Health*. Nov. 2011, vol. 10, no. 1.
- MERRY, LA, GAGNON, AJ, KALIM, N, e BOURIS, SS. 2011. "Refugee claimant women and barriers to health and social services post-birth". *Canadian Journal of Public Health*. Jul./Ago. 2011, vol. 102, no. 4, p. 286-290.
- PADILLA, B, e MIGUEL, J. 2009. "Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action". En: FERNANDES A, MIGUEL, J. (eds.). *Health and migration in the european union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. p. 15-22.

- PADILLA, B, PORTUGAL, R, INGLEBY, D, FREITAS, C, e LEBAS, J. 2009. Health and migration in the European Union: good practices. In FERNANDES A, MIGUEL, J. (eds.). *Health and migration in the european union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. p. 101-118.
- PHILIBERT, M., C., DENEUX-THARAUX, e BOUVIER-COLLE, M.H. 2008. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG*. 115(11): p. 1411-8.
- PUIG SOLA, C., et al.. 2008. [Hospital admission in newborns according to ethnicity and parents' country of origin in an urban area of Barcelona [Spain]]. *Gac Sanit*. 22(6): p. 555-64.
- RAVELLI, A.C.J., et al.. 2011. Ethnic differences in stillbirth and early neonatal mortality in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 65(8): p. 696-701.
- REED, M.M., et al. 2005. Birth outcomes in Colorado's undocumented immigrant population. *BMC Public Health*. 5: p. 100.
- REESKE, A., et al.. 2011. Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC Pregnancy Childbirth*. 11: p. 63.
- REICHMAN, N.E., et al.. 2008. Racial and ethnic disparities in low birthweight among urban unmarried mothers. *Maternal and Child Health Journal*. 12(2): p. 204-215.
- RUMBOLD, A, BAILIE, RS, DAMIN, S, DOWDEN, M, KENNEDY, C, COX, R, O'DOMOGHUE, L, LIDDLE, H, KWEDZA, R, THOMPSON, S, BURKE, H, BROWN, A, WEERAMANTHRI, T, e CONNORS, C. 2011. "Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: baseline data for an ongoing quality improvement initiative". *BMC Pregnancy & Childbirth*. Abr. 2011, vol. 11, no. 2.
- SCHUTTE, J.M., et al. 2010. Rise in maternal mortality in the Netherlands. *BJOG*. 117(4): p. 399-406.
- SOSTA, E., et al.. 2008. Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study. *J Travel Med*, 15(4): p. 243-7.

- STEWART, D.E., et al.. 2008. Postpartum depression symptoms in newcomers. *Can J Psychiatry*. 53(2): p. 121-4.
- SWORD, W., S. WATT, e P. KRUEGER. 2006. Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(6): p. 717-27.
- THOMSEN, S, HOA, DTP, MÅLQVIST, M, SANNEVING, L, SAXENA, D, TANA, S, BEIBEI, Y, e BYASS, P. 2011. "Promoting equity to achieve maternal and child health". *Reproductive Health Matters*. Nov. 2011, vol. 19, no. 38, 176-182.
- THURMAN, A.R., HARVEY,D. e SHAIN,R.N. 2009.Unfulfilled postpartum sterilization requests. *J Reprod Med*. 54(8): p. 467-72.
- THURMAN, A.R. e JANECEK,T. 2010. One-year follow-up of women with unfulfilled postpartum sterilization requests. *Obstet Gynecol*. 116(5): p. 1071-7.
- Van ROOSMALEN, J., et al. 2002.Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in The Netherlands. *BJOG*. 109(2): p. 212-3.

Disparidades e necessidades na atenção sanitária pré-natal

Salcedo-Barrientos D.M.

Enfermeira. Psicodramatista – Sócio Educacional. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH- USP). E-mail: dorabarrientos@usp.br

Caldas, J. M. P.

Senior Researcher Doctor and Sociologist Director of Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship Director of Iberoamerican Journal of Health and Citizenship Member of CLACSO and LASA (Sections: Sexualities Studies and Health, Science and Society) Researcher of COLAM - OUI Faculty of Psychology and Educational Sciences, CIIE University of Oporto

Email: jcaldas@fpce.up.pt

Resumo

Durante o pré-natal, a mulher utiliza com maior frequência os serviços de saúde, favorecendo o vínculo com o serviço e a identificação das necessidades em saúde. O objetivo deste estudo foi compreender as necessidades em saúde identificadas durante a assistência pré-natal realizada pela Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, sustentado pela TIPESC, sobre as necessidades em saúde das gestantes. Utilizou-se da entrevista em profundidade com 12 médicos e enfermeiros que compõem as sete equipas de ESF de uma Unidade. Nas categorias empíricas, destacaram-se: “Práticas institucionais e processo de trabalho”, “Necessidades em saúde das mulheres grávidas”, “Adolescência e gravidez”, “Gestantes imigrantes”, “Violência contra a gestante”, e “Formação profissional”. Conclui-se que na prática do pré-natal, os profissionais deparam-se com situações diversas mas nem sempre sentem-se preparados para oferecer uma assistência de qualidade para as mulheres. Dessa forma, torna-se urgente a inclusão e reformulação dos currículos e oferta de cursos de qualificação para os profissionais que já estão atuando na assistência, afim de rever os objetivos da Estratégia Saúde da Família e do próprio Sistema Único de Saúde no Brasil e direcionar a assistência para as necessidades em saúde da população.

Palavras-chave: Mulher; Pré-natal; Imigrantes; Necessidades em saúde; SUS.

Gaps and needs in prenatal health care

Abstract

During prenatal care, women most frequently used health services, reinforcing the link with the service and the identification of health needs. The aim of this study was to

understand the health needs identified during prenatal care conducted by the Family Health Strategy. This is an exploratory and descriptive qualitative approach, supported by TIPESC on the health needs of pregnant women. We used the depth interview with 12 doctors and nurses who make up the seven teams of ESF Unit. In the empirical categories were identified: the "institutional practices and work process", "health needs of pregnant women", "Adolescence and pregnancy," Pregnant women immigrants, "" Violence against pregnant women "and" vocational training ". It is concluded that the practice of prenatal care, professionals are faced with different situations but not always feel prepared to provide quality care for women. This way, it is urgent to include and reformulation of curricula and offer training courses for professionals already working in care, in order to review the goals of the Family Health Strategy and the actual Health System in Brazil and direct assistance to the health needs of the population.

Keywords: Women; Prenatal; Immigrants; Health needs; SUS.

DESIGUALDADES Y NECESIDADES EN ATENCIÓN DE SALUD PRENATAL

Resumen

Durante el período prenatal, las mujeres utilizan con más frecuencia los servicios de salud, fomentando el vínculo con el servicio y la identificación de las necesidades de salud. El objetivo de este estudio fue identificar y comprender las necesidades de salud durante la atención prenatal realizado por el Programa Estrategia de Salud Familiar. Se trata de un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo, con el apoyo del TIPESC sobre las necesidades de salud de las mujeres embarazadas. Se utilizaron doce entrevistas en profundidad con médicos y enfermeras que conforman los siete equipos del ESF de una Unidad. En las categorías empíricas se destacaron las: "prácticas institucionales y proceso de trabajo", "necesidades en salud de las mujeres embarazadas", "Adolescencia y embarazo", "inmigrantes embarazadas", "violencia contra las mujeres embarazadas" y "formación profesional". Se concluye que en la práctica de atención prenatal, los profesionales se enfrentan a distintas situaciones, pero no siempre se sienten preparados para brindar atención de calidad a las mujeres. Por lo tanto, es urgente la inclusión y reformulación de los planes de estudios y ofrecer cursos de formación para los profesionales que ya trabajan en la atención a este colectivo, a fin de revisar los objetivos de la Estrategia Salud de la Familia y del Sistema Único de Salud de Brasil y de este modo direccionar la asistencia para las necesidades de salud de la población.

Palavras-clave: Mujeres; Prenatal; Inmigrantes; Necesidades en salud; SUS

Introdução

O presente trabalho faz parte integrante do projeto intitulado “Reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde das mulheres grávidas vítimas de violência doméstica na zona leste de São Paulo.

A implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), permitiu reconhecer sua potencialidade como um sistema de práticas de saúde organizadas para o atendimento às necessidades de saúde da população. Nesse contexto, ressalta-se a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja implantação encontra-se estreitamente vinculada ao objetivo de organização da prática assistencial num dado território, operando mudanças institucionais e estabelecendo novas formas de gestão para incorporar e implementar princípios e diretrizes do SUS (Nascimento & Nascimento: 2005; Solla: 2004). Como prática social, o cuidado organiza-se para atender necessidades de saúde. Entretanto, as práticas de cuidado podem ou não corresponder às necessidades concretas dos grupos sociais (Silva & Formigli: 1994).

O reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde estão estreitamente vinculados a princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial aos conceitos de integralidade e equidade, na medida em que houve por parte das equipes de saúde o esforço de tradução e atendimento a necessidades, exigindo ações articuladas e complementares. (Puccini & Cecilo: 2004).

Durante a gravidez, a mulher passa por mudanças marcantes: físicas, emocionais e o próprio crescimento do feto no seu útero. Tais mudanças variam de acordo com o planejamento da gravidez, a aceitação por parte do parceiro, se mora ou não com o parceiro, o apoio familiar, as experiências prévias com outros filhos e os sentimentos em relação à própria infância. Algumas têm que lidar com a surpresa e o medo de assumir a nova condição (Shimizu & Lima: 2009). Dessa forma, ressalta-se a importância de uma assistência de pré-natal eficiente, de forma que aborde todas as necessidades físicas e emocionais desse momento.

Importante enfatizar como este período tem sido acolhido técnico e politicamente ao longo das últimas décadas. No nível nacional, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) formulado em 1983 e vem sendo implementado até a presente data, propondo um repensar quanto aos direitos sexuais e reprodutivos. O PAISM foi produto de longas discussões políticas e prioriza e assegura o atendimento integral das mulheres ao longo do seu ciclo de vida,

reforçando a integralidade como princípio do SUS, fundamental neste contexto.

Para o Ministério da Saúde brasileiro, a mortalidade materna e neonatal é considerada uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública. Entretanto, indicadores epidemiológicos mostraram através de dados do Datasus (Brasil, 2003), que a razão de Mortalidade Materna por regiões no Brasil x 100.000 nascidos vivos, entre 1996 a 2002, passou de 25 para 60,8 na região Nordeste, de 32,5 para 60,3 no centro-oeste e identificando-se uma queda na região sudeste de 52,4 para 45,9. No indicador nacional, verificou-se um aumento na mortalidade materna de 51,9 para 53,6 x 100,000 nascidos vivos. Quanto à estimativa de taxas de mortalidade neonatal, neonatal precoce, pós-natal x 1000 nascidos vivos, entre 1990 e 2002 identificou-se uma diminuição importante.

Dentre as principais causas destacam a hipertensão arterial, hemorragias, infecção pós-parto, aborto, falta de acesso aos serviços de saúde com boa qualidade, despreparo profissional, reduzida condição econômica, falta de humanização, baixa escolaridade e renda. Destaca-se também o uso inadequado de métodos anticoncepcionais, número insuficiente de serviços para atendimentos da mulher vítima da violência provocando gestação indesejada, abortos clandestinos, recorrência de grávidas de alto risco que não deveriam engravidar levando a óbito materno (Ministério da Saúde: 2010). É evidente que estes determinantes poderiam ser evitados, por meio de uma assistência a saúde da mulher planejada e efetiva.

Existem outros aspectos relevantes sobre a temática, como a ocorrência de gestação entre adolescentes e a violência contra a mulher gestante. Segundo o Ministério da Saúde (2010), nos últimos cinco anos houve queda de 22,4% entre 2005 a 2009, no número de partos entre adolescentes na rede pública. Mas mesmo com essa queda na taxa de adolescentes grávidas, o número ainda é assustador e ainda demanda uma atenção especial por parte dos profissionais diante os problemas sociais que este se defronta.

Já em relação à violência durante o período gravídico-puerperal, constitui-se um dos problemas de saúde pública pouco discutido e estudado. É motivo de muitas preocupações pelas diversas conseqüências que gera, afetando a qualidade de vida das mulheres. A ocorrência da violência é traduzida muitas vezes de forma camuflada nas denominadas "causas externas" e evidenciadas posteriormente em índices questionáveis através das taxas de morbimortalidade materna perinatal.

Cerca de 60% das mulheres entre 15 e 49 anos usuárias de um serviço de saúde em São Paulo e que já engravidaram foram vítimas de violência (sexual, psicológica e física) por parceiro íntimo no decorrer da vida conjugal e 20% destas afirmaram terem sido vítimas de violência física grave durante a gravidez, dentro do qual destacam socos, queimaduras, ameaça ou uso de arma. Durant (2006)

Na perspectiva das necessidades em saúde, olhar as gestantes e reconhecer suas necessidade extrapola os limites da assistência pré-natal centrada no corpo biológico e desenvolvimento fetal. A necessidade na perspectiva do materialismo histórico e dialético, conforme tratada por Agnes Heller (1986), é um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto referido é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem (Heller: 1986). As necessidades são divididas em naturais, as quais são responsáveis pela conservação e à perpetuação da vida, e as necessárias, que são radicais ou propriamente humanas, sendo que ambas são determinadas socialmente. Dentro das naturais encontram-se as necessidades de alimentação, abrigo, sexual, de contato social e cooperação, relativas à auto-conservação e à preservação da espécie. Já as necessidades necessárias incluem a liberdade, autonomia, auto-realização, autodeterminação, atividade moral, reflexão, entre outras (Heller: 1986).

Diante do exposto, este estudo tem a finalidade de aprimorar a prática do pré-natal em vista das necessidades em saúde das gestantes, reconhecidas pelos profissionais, favorecendo o questionamento da realidade e intervenção efetiva nos perfis epidemiológicos desse grupo especial.

Para tanto, teve como objetivo compreender as necessidades em saúde identificadas durante a assistência pré-natal realizada pela Estratégia Saúde da Família.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, ancorado na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) (Egry: 1996) e a categoria analítica Necessidades em Saúde, entendida como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, caracterizado pelo desenvolvimento

tecnológico do setor, pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização, legitimadas pelos usuários do Sistema Unico de Saúde e pelos atores relevantes na sua definição e implementação e que possibilitem a intervenção sob a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença valorizando-o fundamentalmente como um produto social (Brasil: 2006) (Heller: 1986).

A TIPESC é uma proposta teórica e metodológica baseada no referencial filosófico do materialismo histórico dialético (MHD), atribuindo caráter histórico aos fenômenos sociais, segundo a suscetibilidade do homem diante dos meios de produção de material. Tem como objetivo, refletir e ampliar o método de intervenção da enfermagem no processo saúde-doença da coletividade, através dos conceitos de historicidade, de dinamicidade e de práxis.

O presente estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na região Leste da cidade de São Paulo. Segundo dados divulgados em 2007, a Zona Leste de São Paulo tinha uma população estimada de cerca de 4.000.000 de habitantes (Câmara Municipal de São Paulo: 2007), aproximadamente 36% do total da cidade de São Paulo e a Unidade de Saúde estudada presta assistência integral a uma população de 28.000 habitantes em uma área de 8.95 Km². Conta com sete equipes de ESF e cerca de 150 gestantes são atendidas mensalmente na unidade.

A Unidade de Saúde cenário deste estudo, tem como principais objetivos de trabalho, a assistência primária à saúde e o seguimento dos princípios do SUS. Contava em 2010 com 6.807 famílias cadastradas, totalizando 24.295 usuários, dentre os quais, 168 eram gestantes. No mês de julho de 2010, foram realizadas 2.182 e 712 consultas, respectivamente por médicos e enfermeiros. Quanto às visitas domiciliares foram realizadas 132 por médicos, 729 por auxiliares de enfermagem, 191 por enfermeiros e 5.715 por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dentre as gestantes acompanhadas em visitas domiciliares por ACS, 19 eram menores de vinte anos, 165 tinham vacina em dia, 158 com o pré-natal no mês e 140 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.

A UBS possui um sistema de referência e contra-referência no qual o paciente é referenciado em casos de urgência e emergência aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), ambulatórios de especialidades e para um Hospital Municipal que fica a 2 km.

Os Sistemas de informação em saúde mais usados pela UBS são: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Mãe Paulistana, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIASUS) e Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Esses sistemas são utilizados tanto para a busca de informação, quanto para o cadastro dos dados dos usuários.

Foram entrevistados 12 profissionais de saúde (5 médicos e 7 enfermeiras), com idade entre 28 e 62 anos, maioria do sexo feminino, religião católica, evangélica e espírita. Todos formados por instituições de ensino privadas e cursaram especialização nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública, medicina do trabalho, pediatria, neonatologia e licenciatura. O tempo de trabalho dos profissionais na Atenção Básica variou entre dois e 35 anos e no local da pesquisa entre seis meses e sete anos.

Foi realizada uma entrevista em profundidade estruturada, aplicada aos profissionais de saúde, a partir de questões norteadoras e complementares acerca de necessidades em saúde das gestantes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os sujeitos foram selecionados aleatoriamente até saturação da coleta de dados.

Utilizou-se a Análise de Discurso descrita por Fiorin para análise dos resultados e seleção dos temas contidos nos depoimentos. Esta técnica de análise e tratamento do material de fonte primária fundamenta-se na Teoria do Discurso – organização da narrativa e do discurso – dentro da perspectiva da dialética materialista (Fiorin: 2005).

O presente estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Processo nº 834/2009) e da Secretaria de Saúde do Município (Parecer 17/10 CAAE: 0188.0.162.162-09).

Resultados e discussão

Após análise qualitativa dos dados, emergiram seis categorias empíricas as quais explicitam os diferentes aspectos do fenômeno estudado e serão apresentadas a seguir.

Práticas institucionais e processo de trabalho no pré-natal

A matrícula é dos usuários e das gestantes que moram na area de abrangência da UBS é realizada diariamente pelo ACS, na unidade ou na residencia do usuário, com a apresentação de um documento pessoal.

Os exames necessários na gravidez (hemograma, glicemia, tipagem sanguínea, fator RH, sorologia de toxoplasmose, VDRL, anti HIV, hepatite B e C, urina I- cultura de Urina e PPF) são solicitados pela enfermeira durante a primeira consulta de pré-natal. A coleta é feita diariamente e o tempo médio de espera para o resultado é de cinco a 15 dias. Na segunda consulta os resultados são entregues ao médico e as consultas posteriores alternam-se entre médico e enfermeira.

Na consuta de enfermagem é utilizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Protocolo Saúde da Família, além de formulários e estatística para a anotação dos registros. O acolhimento é realizado por uma enfermeira ou uma auxiliar de enfermagem em uma sala específica, sem que na Unidade exista treinamento ou capacitação dos profissionais para realizá-lo.

Dentro da Estratégia de Saúde da Família, ao enfermeiro compete a divisão de seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde e na comunidade. São de sua responsabilidade as seguintes atribuições: executar ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde; oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária; promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável; discutir de forma permanente, junto a equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam e participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família (Ministério da Saúde: 1997).

Os profissionais que participaram desse estudo apontaram facilitadores da assistência:

(...) a principal facilidade é o vínculo. (E12)

Realizei visitas, acompanhando com a família, procurando saber da família, inclusive ela me falou que as irmãs também sofreram violência. (E2)

(...) por causa da desconfiança, mas a gente conseguiu superar, conversando bastante, mostrando pra ela que eu era uma amiga, uma profissional. (E2)

Eu conversei muito com ela, dei muita atenção, porque é isso que eles pedem, mesmo que você não consiga resolver, mas só de você dar atenção, ouvir, ela acaba tendo uma confiança em você e ajuda ela melhorar. (E2)

Os instrumentos usados por equipes da ESF para possibilitar uma melhoria na assistência são letreiros informativos sobre variação nas condições das regiões monitoradas pela Unidades, visita domiciliária, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dados epidemiológicos e registro de atendimentos. Todos esses métodos proporcionam identificar as necessidades de saúde da população local e melhorar o atendimento, inclusive das gestantes.

(...) as pacientes com hipertensão eu encaminho tudo para alto risco. Aí vai do profissional tudo que no protocolo manda, eu já encaminho. Encaminho mas continuo acompanhando; eu faço esse prontuário dos exames que eu peço. Verifico se está com movimento fetal, cefaléia, edema, visão turva (...). (M6)

No depoimento acima o profissional defende o acompanhamento contínuo do paciente, mesmo quando este é encaminhado para alguma especialidade, dessa forma permite a manutenção das notificações e da coleta de dados para a estatística.

No discurso dos profissionais foi possível identificar limitadores da assistência, tais como a organização do serviço e a demanda excessiva para atendimento, que interferem diretamente na qualidade da assistência

(...) no pré-natal, Já deixo o modelo pronto. Para ser mais rápido, faço assim, deixo tudo por escrito porque é pouco tempo que tem para falar com o paciente. (M6)

(...) é que a gente corre muito, a gente não dá tempo para por exemplo quando eu acho que o caso precisa de um pouco atenção especial eu já falo para enfermeira, esse casinho aqui. (M6)

(...) no serviço público a gente não tem tempo para pensar se houve alguma doença ou não. (M6)

(..) não dá para ir mais profundo, a gente atende muita gente... não dá. (M6)

Historicamente o trabalho do enfermeiro tem o compromisso com a qualidade de vida e com a tecnologia. O trabalho em saúde é o centro para as conquistas necessárias ao processo de mudança, representando possível superação das barreiras que entram no processo de busca de saberes diversos. Entretanto, o que se vê é um trabalho focado no atendimento biologicista, evidenciando o caráter do programa de saúde da mulher sustentado no projeto médico (Brienza: 2005).

Necessidades em saúde das mulheres grávidas

Heller (1986) define necessidade como um desejo consciente, de aspiração, de intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto referido é um produto social, independentemente do fato de que se trate de

mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem. Ela divide em naturais, aquelas responsáveis pela conservação e perpetuação da vida, e necessárias, também chamadas radicais e propriamente humanas, sendo que ambas são determinadas socialmente. Dentro das necessidades naturais estão a alimentação, o abrigo, sexualidade, o contato social e a cooperação, relativas à auto-conservação e à preservação da espécie.

Em geral, as necessidades naturais são melhor percebidas pelos profissionais, por estarem relacionadas aos processos biológicos dos sujeitos. Entretanto não se limitam ao corpo biológico, visto que embora naturais, também são determinadas socialmente. Os profissionais entrevistados declararam que no atendimento das gestantes do Programa Saúde da Família (PSF), algumas vezes foram identificadas questões relacionadas a algumas necessidades básicas e essas questões acabaram dificultando a assistência.

A gente não consegue entrar na casa, mal eles deixam a gente entrar lá fora, até porque é um sobrado, é estranho lá (...) não tem muito o que a gente possa fazer. (E7)

A gestante tinha hipertensão, o dela era gestacional, foi depois dos 21 anos, não era hipertensão crônica. Foi muito bem, fazia controle de pressão, controlava com remédio, foi bem mesmo. (E8)

A adolescente tinha um problema de hipertensão não tomava a medicação, ela tomou uma vez quando engravidou pela primeira vez, na segunda ela não tomou, falou que não ia tomar ainda bem que não teve nada. (E8)

Tentamos sensibilizar a ela (gestante boliviana com VDRL positivo) dos riscos que ela e o nenê corria, mas ela não quis saber, mas ela foi encaminhada para o planejamento familiar também. (E7)

As necessidades necessárias incluem a liberdade, autonomia, auto-realização, autodeterminação, atividade moral, reflexão, entre outras (Heller, 1986), as quais podem ser exemplificadas a seguir:

Ai já não é nem de gestão, o problema é outro, é diferente é outra cultura, são clandestinos, tem aqueles trabalhos clandestinos de fabrica de costura, eles não são legalizados. (E8)

Uma outra gestante que eu tenho com VDRL positivo que nem deu tempo de tratar por que ela voltou pra Bolívia, ela não voltou ainda, espero que volte. (E8)

Os filhos eram do mesmo parceiro, ele não quis tomar a medicação por que doía muito. (E8)

A gestante boliviana vinha aqui, acompanhava, nos conversávamos, a enfermeira conversou com ela (gestante com VDRL positivo), agente comunitária conversou com ela, mas ela não quis tomar de novo não, como o marido não quis tratar ela não quis. (E8)

Na maioria das vezes, uso abusivo de droga, bebida dos maridos. Ele não aceita tratamento, ele está ainda naquela fase de negação, que não é dependente, que a hora que ele quiser ele para. (E4)

Tentamos sensibilizar a ela (gestante boliviana com VDRL positivo) dos riscos que ela e o nenê corria, mas ela não quis

saber, mas ela foi encaminhada para o planejamento familiar também. (E7)

A prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) torna-se mais difícil quando o contexto envolve questões de gênero, cultura e valores morais. Principalmente, quando está inserido no cotidiano de pessoas casadas com valores de fidelidade (Jimenez *et al.*: 2001). As questões de gênero que caracterizam a sociedade, pautadas nos valores de poder masculino e condição de subalternidade feminina, dificultam a aceitação sobre a necessidade de se prevenir. Muitos homens não aceitam a prevenção e o tratamento e a mulher por não querer passar a idéia de infidelidade acaba por aceitar a imposição do parceiro.

Na perspectiva helleriana, existe ainda outro tipo de necessidade: as alienadas. Elas são representadas pelo dinheiro, poder e posse de objetos (Heller: 1986). As necessidades alienadas provindas do consumo, do capitalismo se apresentam inesgotáveis, trazendo a insatisfação (Egry & Oliveira: 2008) e conseqüentemente, desgastes ao processo saúde-doença dos sujeitos.

Falta um pouco de higiene neles, nas mulheres e para os bebes, mas eles cuidam do jeito deles, mas cuidam bem; fazem aleitamento materno... o casal mais difícil foi este, tem muito boliviano e o mais difícil deles foi esse mesmo que deu. (E8)

Adolescência e gestação

A gravidez na adolescência é uma transição que integra o desenvolvimento humano, porém revela complicações por envolver a necessidade de reajustamento e reestruturação em diferentes dimensões (Moreira *et al.*: 2008). Por ser um período de muitas mudanças, desperta interesse coletivo para entender a gravidez nesse período bem como a percepção e compreensão dos profissionais no atendimento do pré-natal das adolescentes.

Alguns estudos realizados com adolescentes grávidas e membros de famílias com adolescentes grávidas revelaram que a gravidez na adolescência significa muitas

vezes a reconstrução e a procura de uma nova identidade para as adolescentes que não conseguiram se inserir na escola e no meio profissional (Foresti: 2001; Komura-Hoga *et al.*: 2010). A partir desse achado percebe-se que o significado da gravidez para algumas adolescentes guarda relação com a realização de sonhos e de projetos de vida.

A percepção dos profissionais, entretanto, nem sempre considera essas peculiaridades do processo. O discurso dos profissionais revelou a exacerbação do próprio juízo de valor a respeito da idade da gestante, com depoimentos permeados pelo preconceito, questionando o papel de “ser mãe” e os valores subjacentes nas adolescentes grávidas.

Ah... é uma violência uma adolescente ser mãe cedo, ela não tem maturidade, a gente vê assim, não generalizando... (M9)

(...) as meninas [adolescentes] não tem uma perspectiva de vida, um sonho, não pensam em estudar construir uma carreira, o sonho delas é ser mãe. (M9)

Eu fico até surpresa quando eu vejo uma mulher de 30 anos querendo engravidar, que nunca engravidou ou que tá com 36 anos tendo o primeiro filho, eu fico até assustada porque estou mal acostumada de tanto ver adolescente grávida. (M9)

Além de assumirem a responsabilidade de criar sozinhas seus filhos, muitas adolescentes grávidas ainda sofrem pressão por parte dos profissionais que as consideram meninas imaturas. As adolescentes são julgadas como irresponsáveis por não usarem preservativos, enquanto os parceiros quase nunca são citados. Esses traços podem ser percebidos nos depoimentos dos profissionais entrevistados:

(...) elas [adolescentes], já engravidaram, não usaram nada, nenhum método anticoncepcional, nem preservativo (...) não fizeram nenhum tipo de planejamento e engravidou porque

quis. Nunca tomou nad. (M8)

(...) precisa de maturidade, porque se ela fosse uma menina mais madura ela não ia querer engravidar logo em seguida, já sabendo que o marido tinha acabado de ser pai, ele já tem outras preocupações, atenção para outra criança. Ela ia pensar melhor. (M9)

Contraditoriamente, o profissional também reconhece a potencialidade da mãe adolescente, como é possível evidenciar na fala a seguir:

(...) ela nunca trouxe uma preocupação a respeito do companheiro. Apesar de nova ela sempre veio às consultas, traz a menina direitinho nas consultas, deu de mamar até os 6 meses (...) é uma vitória e está sendo uma boa mãe, está cuidando bastante da menininha. (M9)

Estudos mostraram que a maternidade tem um significado muito importante para essas jovens e que não existe arrependimento, mesmo que isso as tenha feito sofrer. Elas se demonstram zelosas, dedicadas e bem afetivas com os bebês, mostrando preocupação com a amamentação e com o efetivo cuidado mãe-filho. (Trindade: 2005; Tomeleri & Marcon: 2009). Por outro lado, gera problemas e desvantagens como, inserção antecipada na vida adulta e responsabilidades decorrentes da maternidade precoce (Chalem *et al.*: 2007).

No olhar de Brandão e Heilborn (2006), a trajetória sexual e reprodutiva é um marco importante na efetivação da autonomia juvenil. Sendo assim, o fato de procriar é atrelado a condições sociais, como responsabilidade, inserção no mundo dos adultos e “liberdade”.

As necessidades necessárias ou propriamente humanas, na perspectiva helleriana, incluem a liberdade, autonomia, auto-realização, autodeterminação, atividade moral, reflexão, entre outras (Heller: 1986). Sendo assim, a gravidez na

adolescência pode ser justificada pela busca consciente ou inconsciente desses valores. Dessa forma, o determinante social exerce influência nos resultados obtidos, pois é a soma desses fatores e dos psíquicos que um indivíduo é formado. Sendo assim, o desejo pode ter sido facilitado por uma vida sexual sem impedimentos e com fantasias de infertilidade, como próprio da adolescência (Komura-Hoga: 2010).

A partir disso, fica explícita a necessidade de uma boa formação para o profissional da saúde, preparando-os para compreender e capturar as necessidades de cada adolescente grávida, pois a gravidez na adolescência pode significar, a despeito de todos os problemas que possam surgir em decorrência da pouca idade e responsabilidades geradas, algo desejado e enfim realizado. Isso possibilitaria ar uma assistência integral às adolescentes para a compreensão dos valores individuais de cada uma, bem como o atendimento das suas necessidades.

Cabe ao profissional de saúde assumir o papel de mediador entre a sociedade e suas necessidades de saúde. Cabe a ele fornecer um atendimento cada vez mais cuidadoso, visando as necessidades que permeiam o meio onde a adolescente está inserida, a condição epidemiológica particular dela, que faz com que ela carregue consigo necessidades de saúde específicas, como é exemplificado na seguinte frase:

(...) ela fez o pré-natal com a gente, a família dela é toda daqui e a gente tem vínculo bom, e a gente sabe que ela já sofreu algum tipo de violência verbal por parte desse marido que é usuário de droga. (E4)

Desta forma, fica evidente a importância da equipe de saúde de forma a estabelecer um vínculo com a mãe adolescente, juntamente com a família formando uma rede de apoio, criando confiança para que se estabeleça um relacionamento terapêutico que a auxilie no processo de cuidado ao filho (Tomeleri & Marcon, 2009).

Gestantes imigrantes

Outra questão importante dentro das necessidades identificadas é a assistência às gestantes imigrantes.

O presente estudo identificou no discurso dos sujeitos, a preocupação ligada à ilegalidade, visto que nas proximidades da UBS residem imigrantes bolivianos, empregados em oficinas de costura instaladas na região. A ilegalidade na imigração desses usuários da UBS é o maior entrave no atendimento dessa população.

O maior temor dos imigrantes está no momento do atendimento hospitalar, principalmente no nascimento dos filhos, onde se pode constatar a irregularidade documental. A falta de informação, por parte de alguns imigrantes os fazem tomar decisões como o registro do próprio filho em nome de um familiar, retirando-lhe a oportunidade de legalização (Silva: 2006).

Por outro lado, a presença de bolivianas grávidas no Brasil se faz expressiva para a efetivação da regulamentação documental (Aguar: 2007), sendo confirmado no cotidiano dos próprios profissionais entrevistados como é possível evidenciar a seguir:

Parece que elas engravidam pela cidadania, elas engravidam muito rápido, às vezes em 2 meses já engravidam, mas todas são super tranquilas. (E8)

Diante de todos estes empecilhos, muitos destes imigrantes criam pra si barreiras de proteção psicológica, não permitindo que as pessoas conheçam sua moradia ou que tenha todas as informações sobre sua vida, comprometendo o atendimento de saúde e identificação do perfil epidemiológico do grupo.

A gente não consegue entrar na casa (gestantes estrangeiras), mal eles deixam a gente entrar lá fora, até porque é um sobrado, é estranho lá... não tem muito que a gente possa fazer. (E7)

Outra barreira na comunicação entre os profissionais e os imigrantes é estabelecida pela diferença de idioma e cultura. Estes obstáculos influenciam, não só a comunicação com o empregador, mas também, a comunicação necessária para o atendimento cotidiano dos profissionais, como é evidenciada na frase a seguir:

Diante a dificuldade da língua (boliviana) tem que se virar pra entender, a gente não tem opção, de tanto você lidar com elas você acaba aprendendo. (E7)

Desta forma torna-se importante a discussão da inclusão de novas habilidades relacionadas com o conhecimento de línguas e culturas latino-americanas.

Violência contra a gestante

Os casos de violência doméstica durante a gestação não são poucos e a recorrência revela o quanto a saúde da mulher necessita de atenção integral. A fala dos profissionais, entretanto, se mostra desarticulada com essa realidade:

(...) não estudei, não comprovei, não tenho como comprovar isso, mas, às vezes, quando a mulher engravida o homem fica mais calmo, procura não bater. (E12)

Estudos revelam o parceiro como participante ou principal agressor de violência doméstica contra gestante (Audi *et al.*: 2008; Rodrigues & Nakano: 2007).

(...) estava batendo nela, agredindo fisicamente. Passou de verbal pra física acabou machucando ela. (E4)

Estudo realizado em maternidades públicas do estado do Rio de Janeiro mostrou que profissionais de saúde que realizavam o pré-natal não dispunham de condições efetivas para o atendimento de gestantes que sofriam violência sexual, sendo influenciados por padrão hegemônico e preconceitos não superados na nossa sociedade relacionados com gênero (Cavalcanti *et al.*: 2006; Moreira *et al.*: 2008).

As frases a seguir elucidam este fenômeno:

Identifico algum risco Patológico sim, mas risco de violência não consigo não. (M6)

Difícil as que não falam alguma coisa da vida delas, de quando elas sofrem violência também, é difícil. (E12)

Dificuldade é a tensão, mesmo das mulheres que, elas acham que têm que suportar.. e "se" vê que às vezes, vai um ano, entra outro ano, a mesma coisa, não toma atitude, é, principalmente as mulheres que dependem do marido ou do parceiro. (E12)

Nos depoimentos dos profissionais eles declaram grande dificuldade em atender gestantes que sofrem violência e acabam deixando as mulheres desamparadas e sem solução para a situação que estão submetidas.

Gravidez e aborto

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2007) o aborto clandestino é uma das mais importantes causas de mortalidade materna, além de apresentar os mais significados motivos de internações nos serviços públicos. Em São Paulo, as complicações de aborto são a terceira causa de mortalidade materna, principalmente na região periférica.

A possível explicação para pequena quantidade de estudos empíricos sobre o fenômeno do aborto no Brasil é o contexto de ilegalidade e imoralidade em que o tema do aborto encontra-se imerso. Esse fenômeno deve ser enfrentado com seriedade como uma questão de saúde pública e não como um ato de infração moral de mulheres levianas (Diniz: 2007).

Para as mulheres, o aborto pode tomar o significado de reafirmação da própria autonomia e possibilidade para realizar projetos de vida que seriam adiados pela maternidade. Já para os homens, pode significar a perda de um projeto familiar, além da liberdade de um vínculo não desejado que se formaria pela paternidade, onde o

significado da reprodução parece estar necessariamente ligado à mudança de uma conduta irresponsável, livre de compromissos, para uma vida regrada e familiar. (Duarte *et al.*: 2002).

Eu acho que é mais por desejo da mulher. Não sei se é desejo da mulher esses abortos ou se é por desejo do marido. (M6)

É, quando a gravidez é indesejada, que o parceiro quer financiar o aborto, ficam falando palavras pesadas. (E12)

Já na classe média o pessoal pensa no aborto, alguma coisa né. Faz alguma pressão na mulher, tem que tirar, tem que tirar. (M6)

É necessário que se enfatize a relação dialógica entre o profissional e o cliente. O que torna a implantação da política de humanização da assistência às mulheres em processo de aborto provocado um desafio, é exatamente essa relação. A maneira dos profissionais de saúde prestar atendimento aos casos de aborto espontâneo destaca-se pela comunicação por meio de palavras de conforto, de apoio, estando próximos das pacientes e sabendo ouvir o que elas transmitem. Este atendimento humanizado muitas vezes não é visto quando o aborto foi induzido (Bazotti *et al.*: 2009). Os profissionais da saúde devem ser sensibilizados para que suas opiniões pessoais não influenciem na garantia de atendimento humanizado às mulheres (Collas *et al.*: 2007).

Logo de cara, já falo para o paciente que vem com umas conversas meio diferente e falo: Eu não faço aborto. Eu já explico sabe (...). (M6)

Tem casos que a mulher quase perdeu (suspeita de aborto induzido)e você tem que acreditar e falar: não entend. (M6)

A partir disso, evidencia mais uma razão pela qual a formação dos profissionais de saúde deve ser reformulada, pois o presente estudo mostrou que os médicos e enfermeiros da Atenção Básica não estão preparados para esse atendimento, visto que a questão do aborto é uma temática real e importante no atendimento do pré-natal. Ainda que a questão legal seja uma discussão em pauta e não finalizada, os profissionais precisam estar preparados para lidar com os sentimentos que as mulheres expressam a respeito, dialogando sobre a autonomia, escolhas e anseios presentes nesse contexto.

Considerações finais

O caminho percorrido neste estudo possibilitou o conhecimento e compreensão sobre as práticas de trabalho dos profissionais e do serviço que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família, além do aprofundamento no tema da violência, questão de grande importância dentro da assistência à saúde da mulher.

Destacou a adolescência como um período de grande importância na vida da mulher mas que traz alguns medos e insegurança aos profissionais de saúde, já que estes não estão preparados para lidarem com as questões específicas da adolescência, sobretudo a gravidez.

Foram identificadas facilidades no processo de trabalho dos profissionais de saúde como vínculo, a amizade e a confiança entre profissional e a gestante, a participação do profissional durante todo o pré-natal, até mesmo quando a gestante é encaminhada para algum atendimento especializado, o cuidado em dar atenção e ouvir, facilitando a captação das necessidades de saúde dos usuários.

Dentro das dificuldades no processo de trabalho dos profissionais de saúde foram identificadas a falta de capacidade dos serviços para atender a demanda, a dificuldade dos profissionais de saúde em atender, identificar e intervir nos casos de gestantes vítimas de violência. Além disso, alguns profissionais atendem e prestam assistência priorizando o aspecto biológico da doença e se isentam de identificar integralmente as necessidades de saúde.

Sendo assim, percebe-se que a formação dos médicos e enfermeiros necessita de reavaliação dos conteúdos, para que os futuros profissionais possam atender a

demanda que existe atualmente. Contudo, ressalta-se a importância da qualificação dos profissionais em exercício, através de cursos complementares e oficinas que possam trazer maior conhecimento sobre os assuntos discutidos, principalmente em relação ao reconhecimento das necessidades em saúde em uma perspectiva materialista histórica e dialética.

A questão do aborto foi identificada no cotidiano da assistência pré-natal, entretanto os profissionais não demonstraram facilidade para lidar com as questões que envolvem o aborto.

Na questão do atendimento de mulheres imigrantes na assistência pré-natal, principalmente das mulheres bolivianas, os profissionais declararam dificuldades devido a diferença de cultura, costumes e idioma, além da falta de confiança delas com os mesmos. O tipo de vida e trabalho das imigrantes evidenciou preocupação dos profissionais de saúde. É necessário assisti-las sem desrespeitar suas características próprias. Identificou-se que a gravidez, muitas vezes, significa uma forma dessas mulheres conseguirem legalidade no Brasil.

Finalmente, os resultados obtidos no presente estudo, orientam para uma nova forma de olhar e refletir prioritariamente o atendimento cotidiano da assistência em saúde da mulher no período gravídico puerperal, tomando as necessidades sob a perspectiva ampla do materialismo histórico e dialético. Desta forma, cabe ressaltar que o processo de trabalho dos profissionais de saúde precisa de uma reformulação quanto à coerência dos objetivos da ESF, sendo assim, instituições de ensino, serviços e os próprios profissionais precisam repensar em novas mudanças e estratégias para fortalecer os princípios do SUS, atendendo as necessidades em saúde da população.

Referências

AGUIAR, A. 2007. Os bolivianos na periferia de guarulhos [online]. Ponto Urbe: Graduação em Campo. Disponível em: http://pontourbe.net/index.php?option=com_content&view=article&id=20:os-bolivianos-na-periferia-de-guarulhos&catid=7:graduacao-em-campo&Itemid=12 [acesso 10 mai 2010].

AUDI, C, CORRÊA, MAS, SANTIAGO, SM, ANDRADE, MGG, PÉREZ-ESCAMILA, R.

2008. "Violência contra mulheres grávidas: prevalência e fatores associados". *Revista de Saúde Pública*. oct. 2008, vol. 42, no. 5, p. 877-885.
- BAZOTTI, K, STUMM, E, KIRCHNER, R. 2009. "Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento". *Texto & Contexto Enfermagem*. jan./mar. 2009. Vol. 18, no. 1, p. 147-154.
- BRANDÃO, E, HEILBORN. M. 2006. "Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*. jul. 2006, vol. 23, no. 7, p. 1421-1430.
- BRASIL. 2003. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS Brasília: Informações de saúde; [citado 2010 mai 7]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/matuf.def>
- BRASIL. 2006. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília.
- BRASIL. 2010. Ministério da Saúde. Brasil acelera redução de gravidez na adolescência. Portal da Saúde [homepage na Internet] Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137. [citado 2010 mai 7].
- BRASIL. 1997. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRIENZA, AM. 2005. O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- CAVALCANTI, L, GOMES, R, MINAYO, M. 2006. "Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*. jan. 2006, vol. 22, no. 1, p. 31-39.
- CHALEM, E, MITSUHIRO, SS, FERRI, CP, BARROS, MCM, GUINSBURG, R, LARANJEIRA, R. 2007. "Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*. jan. 2007, vol. 23, no. 1, p. 177-186.

- COLLAS, O, AQUINO, N, MATTAR, R. 2007. "Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde". *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. set. 2007, vol. 29, no. 9, p. 443-445.
- DINIZ, D. 2007. "Aborto e saúde pública no Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*. set. 2007, vol. 23, no. 9, p. 1992-1993.
- DUARTE, G, ALVARENGA, AT, OSIS, MJD, FAÚNDES, A, HARDY, E. 2002. "Perspectiva masculina acerca do aborto provocado". *Revista de Saúde Pública*. 2002, vol. 36, no. 3, p. 271-277.
- DURANT, JG. 2006. *Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo [Dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade da São Paulo.
- EGRY, EY. 1996. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone.
- EGRY, EY, OLIVEIRA, M. 2008. "Marcos teóricos e conceituais de necessidades". En: EGRY, EY (org.). *Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica*. São Paulo: Dedone. p. 33-38.
- FORESTI, R. 2001. *Gravidez na adolescência: um estudo exploratório sobre o início da experiência da gravidez [Dissertação]*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo.
- FIORIN, JL. 2005. *Elementos de análise do discurso*. São Paulo: Contexto.
- HELLER, A. 1986. *Teoría de las necesidades em Marx*. Barcelona: Península.
- JIMÉNEZ, AL, GOTLIEB, SLD, HARDY, E, ZANEVELD, L. 2001. "Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas". *Cadernos de Saúde Pública*. jan./fev. 2001, vol. 17, no. 1, p. 55-62.
- KOMURA-HOGA LA, BORGES, A, REBERTE, LM. 2010. "Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativa dos membros da família". *Escola Anna Nery*. jan./mar. 2010, vol. 14, no. 1, p. 151-157.
- MOREIRA, T, VIANA, DS, QUEIROZ, MVO, JORGE, MSB. 2008. "Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez". *Revista da Escola de Enfermagem: USP*. 2008, vol. 42, no. 2, p. 312-320.

- NASCIMENTO, MS, NASCIMENTO, MA. 2005. "Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde". *Cadernos de Saúde Coletiva*. abr./jun. 2005, vol. 10, no. 2, p. 333-345.
- Prefeitura Municipal de São Paulo. 2007. Secretaria Municipal de Saúde. Encarte Técnico Assistência Obstétrica e Perinatal. São Paulo: Prefeitura da Cidade de São Paulo.
- PUCCINI, PT, CECILO, LC. 2004. "A humanização dos serviços e o direito à saúde". *Cadernos de Saúde Pública*. set./out. 2004, vol. 20, no. 5, p. 1342-1353.
- RODRIGUES, D, NAKANO, A. 2007. "Violência doméstica e abuso de drogas na gestação". *Revista Brasileira de Enfermagem*. jan./fev. 2007, vol. 60, no. 1, p. 77-80.
- SHIMIZU, HE, LIMA, MG. 2009. "As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem". *Revista Brasileira de Enfermagem*. mai./jun. 2009, vol. 62, no. 3, p. 387-392.
- SILVA, S. 2006. "Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade". *Estudos avançados*. 2006, vol. 20, no. 57, p. 157-170.
- SILVA, LMV, FORMIGLI, VLA. 1994. "Avaliação em saúde: limite e perspectivas". *Cadernos de Saúde Pública*. jan./mar. 1994, vol. 10, no. 1, p. 80-91.
- SOLLA, J. 2004. "Organizando o SUS a partir do PSF". *Revista Brasileira de Saúde da Família*. jan./abr. 2004, vol. 5, no. 7, p. 7-8.
- TOMELERI, K, MARCON, S. 2009. "Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida". *Revista Brasileira de Enfermagem*. mai./jun. 2009, vol. 62, no. 3, p. 355-361.
- TRINDADE R. 2005. Entre o sonho e a realidade: maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió-Alagoas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Enfermedades migrantes y pedagogía epidemiológica: Agentes comunitarios, participación social y educación en salud

Laura Gottero*

(UBA- CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales,
UBA lauritagottero@hotmail.com

Resumen

En el conjunto multidisciplinario dedicado a la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores, el rol del agente comunitario adquirió mayor presencia en los últimos años, en tanto es un trabajador de la salud no médico que es formado por el Estado y se constituye como un mediador entre éste y la población. No obstante, la capacitación de estos agentes implica una transmisión lineal de contenidos que, tras la apariencia de mera información operativa, vehiculiza sentidos asociados con la participación social, la desigualdad y la pobreza, así como resignifica fenómenos contemporáneos como la migración y la circulación fronteriza. Para analizar este tema, este artículo trabaja con los textos de capacitación destinados a los agentes comunitarios formados para la prevención de enfermedades transmisibles por vectores (Dirección de Recursos Humanos, Ministerio Nacional de Salud, Argentina) que abordan dos enfermedades construidas como originalmente (y pretendidamente) extranjeras en Argentina: dengue y fiebre amarilla.

Palabras-clave: Políticas públicas, Salud, Participación social, Frontera, Migrantes

**MIGRANT DISEASES AND EPIDEMIOLOGICAL PEDAGOGY:
community workers, social participation and health education**

Abstract

The multidisciplinary group dedicated to the prevention of vector-borne diseases, the role of community agent acquired greater presence in recent years, as is a worker health physician is not formed by the State and is established as a mediator between it and the people. However, the training of these agents implies a linear transmission of content, following the mere appearance of operational information, conveys meanings associated with social participation, inequality and poverty, and redefines contemporary phenomena such as migration and border traffic . To analyze this issue, this article works with the training materials for community workers trained in the prevention of vector borne diseases (Human Resource Management, National Ministry of Health,

* Licenciada en Ciencias de la Comunicación (UBA), Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA-CONICET). Este trabajo se realiza en el marco del Proyecto UBACyT "La cuestión migratoria en la Argentina: procesos de transformación, integración regional, derechos y prácticas sociales" (Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires).

Argentina) that address both diseases as originally built (and supposedly) foreign Argentina: dengue and yellow fever.

Keywords: Public policy, Health, Social participation, Customs, Migrants

**DOENÇAS MIGRANTES E PEDAGOGIA EPIDEMIOLÓGICA:
Agentes comunitários, participação social e educação em saúde.**

Resumo:

No conjunto multidisciplinar de profissionais de saúde dedicado à prevenção de doenças transmitidas por vetores, o papel do agente de saúde adquiriu maior presença nos últimos anos. O principal papel desempenhado por estes agentes comunitarios de saúde formados no sector Estado é ser o mediador entre este e a população. A formação destes agentes por parte do Estado implica não só a transmissão linear de conteúdos, informativos operacionais, como também veicular os significados associados à participação social, à desigualdade e à pobreza, involucrados nos fenômenos contemporâneos mais recentes como são a migração e circulação fronteiriça . Para analisar esta questão, o artigo trabalha sobre os materiais de capacitação para formação de agentes comunitários na prevenção de doenças transmitidas por vectores (Direção de Recursos Humanos, Ministério Nacional da Saúde, Argentina) que abordam duas doenças (supostamente) estrangeiras na Argentina: dengue e febre amarela.

Palavras-chave: Políticas públicas, Saúde, Participação social, Fronteiras, Migrantes

El rol del agente comunitario cobró fuerza en los últimos años como un participante de relevancia en las planificaciones de prevención de epidemias. Como nexo entre el Estado y la población, su capacitación aborda dimensiones políticas y polémicas que son comunicadas como mera información pero que en realidad merecen más de un debate. Asimismo, cuando esta función de capacitación se realiza con relación a enfermedades de carácter regional, donde las variables socioeconómicas y geográficas adquieren relevancia, las construcciones de sentido pueden avanzar en la senda de los estereotipos, los contenidos lineales y las

omisiones significativas. Con el fin de analizar estas intersecciones, el estudio de las políticas públicas de salud orientadas a la prevención del dengue y de la fiebre amarilla constituye un camino favorable para reflexionar y sacar conclusiones sobre esta problemática. En este sentido, el presente informe trabajará con dos cuadernillos de capacitación de agentes comunitarios para la prevención de enfermedades transmisibles por vectores (en adelante, ETV), que reúnen indicaciones, recomendaciones y explicaciones sobre el dengue y la fiebre amarilla (Ministerio de Salud de la Nación: 2009), y forman parte de un curso de nueve entregas que se realizó en el año 2009². Estos materiales fueron publicados por la Dirección de Recursos Humanos, en el marco del Ministerio de Salud argentino. Su lectura en profundidad permite observar las características asignadas a la labor de los agentes comunitarios, la construcción de las ETV mencionadas como pretendidamente extranjeras, y la presencia de una cierta mirada restringida sobre el fenómeno migratorio, la circulación en zonas de frontera y otras consideraciones preventivas en relación con los países limítrofes. En simultáneo, el objetivo educativo de estos cuadernillos se asimila a un propósito informativo, así como el conocimiento del complejo escenario en el que esta problemática de salud se desenvuelve continúa siendo omitido en estas formulaciones.

Capacitación estatal para la acción comunitaria

Los cuadernillos analizados en este trabajo forman parte de una serie de 9 entregas destinadas a la formación de agentes comunitarios que participaran en las políticas de prevención de ETV. Así, no sólo se brinda información sobre el dengue y la fiebre amarilla —los temas elegidos en este caso—, sino también sobre este tipo de enfermedades en general, conceptos básicos de epidemiología, la idea de trabajo en redes en lo referente a salud, y otras ETV como la leishmaniasis visceral, entre otros temas. Este curso de capacitación se desarrolló durante el año 2009, fue elaborado por la Dirección de Recursos Humanos —que forma parte del Ministerio nacional de Salud argentino—, y reúne información preparada especialmente para esta

² Ministerio de Salud (2009) *Curso de enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud. Módulo I: Dengue*. Las citas correspondientes a este cuadernillo serán señaladas con "(1)".

Ministerio de Salud (2009) *Curso de enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud. Módulo II: Fiebre amarilla*. Las citas correspondientes a este cuadernillo serán señaladas con "(2)".

capacitación y también los datos que se publicaron en otras guías de dicho Ministerio para la población y para los equipos de salud sobre las enfermedades seleccionadas.

El 2009 fue un año especial en materia de políticas de salud orientadas a la prevención de ETV, porque en ese mismo periodo se lanzó el Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla, puesto que para la misma época se auguraba un brote de dengue que, aunque presentó un carácter regional —tal como pudo inferirse de otros planeamientos similares en países limítrofes, como es el caso del Plan de Contingencia 2009-2010 en Paraguay—, en este documento siempre se planteó en términos nacionales. Así es como, en sintonía con la agenda sanitaria nacional, este curso de capacitación estuvo orientado al fortalecimiento de la acción comunitaria frente a la prevalencia de ciertas ETV, pero también a la conformación de un equipo de agentes que, siendo representantes del Estado, se mantuvieran al alcance de la población en la vida cotidiana. En ese sentido, la caracterización del agente comunitario adolece de una ambigüedad constitutiva, tal como se verá más adelante: hecho a imagen y semejanza de un enviado estatal, debe hacer primar en sus actividades la ligazón con la comunidad y lograr que el aparato de Estado intervenga sólo con casos de enfermedad confirmados, no así en la prevención del día tras día, ni en la modificación de condiciones estructurales que promueven la reemergencia de estas ETV en forma periódica. De este modo, su representación asume preferentemente la forma de un “filtro” que deja en el nivel comunitario las medidas de prevención y permite la llegada de aquellas emergencias que no han podido ser detenidas o subsanadas en dicho plano.

Agentes comunitarios como representantes del cuidado estatal

La figura de los agentes comunitarios (en adelante, AC) forman parte de la elaboración de los nuevos discursos en salud pública que, como señala Ayres (2003), dan cuenta de la vitalidad de los debates en este campo. En la medida en que pueden ser los cronistas de situación en el terreno mismo donde se desarrollan los problemas, los AC en salud poseen una creciente importancia no sólo para la población objetivo de las medidas de prevención, sino también para el Estado, en tanto la presencia de estos trabajadores constituye una forma de demostrar intervención estatal y, a la vez, una aparición regulada (a veces, postergada) de los equipos de salud que se encuentran involucrados en el tratamiento de las ETV. De esta manera, la figura del agente se construye sobre una ambigüedad que guía todas sus acciones: es formado

y enviado por el Estado, pero está preparado para que las personas realicen su trabajo de prevención en el plano individual y comunitario, sin demandar directamente modificaciones estructurales que serían competencia estatal ni la presencia de personal especializado. Así es como en el módulo de capacitación sobre dengue se establece: “Sólo cuando se notifican casos confirmados de dengue, los organismos municipales, provinciales o nacionales son los encargados de realizar tareas para eliminar los insectos o para cortar su desarrollo (bloqueo) en esas áreas”. En esta consideración del AC como un pivote entre la sociedad y el Estado, su actividad adquiere rasgos que son de relevancia para un análisis, teniendo en cuenta asimismo que su actividad aborda la prevención de ciertas enfermedades, las que tal como señala Armus (2002), tienen usos metafóricos y muchas veces se tematizan para abordar temas que no son estrictamente biomédicos. En esta sección del trabajo, su estudio recorrerá tres dimensiones: a) los sentidos asociados a la actividad de cuidado que ejercen estos agentes; b) el hincapié dado al saber técnico y a las competencias comunicativas, en desmedro de un conocimiento contextual y profundo de la situación; c) el incentivo a la participación social como un medio para modificar “conductas de riesgo” y “estilos de vida”, ideas presentes en la epidemiología que sugieren una responsabilidad y un quehacer individual en estas problemáticas de salud pública. Como se verá más adelante, estas construcciones de sentido que inciden en el trabajo del AC configuran también ideas relacionadas con las migraciones y la frontera, así como con un carácter pretendidamente foráneo de la enfermedad que obstaculiza la contextualización regional de la problemática y aleja las posibilidades del trabajo en conjunto entre los países involucrados que conforman la región.

En su primera página, en todos los cuadernillos de capacitación se indica la misma caracterización esperada para el AC: “Las enfermedades vectoriales representan un problema de salud pública en nuestro país. Para poder trabajar sobre las mismas, reducir su existencia y sus efectos, se necesitan personas capacitadas y comprometidas para tales fines, que trabajen en equipo, que conozcan a quiénes recurrir frente a distintos problemas, que se puedan comunicar con las poblaciones en forma adecuada, que estén informadas”. Es decir, las condiciones requeridas para formarse como AC remiten, por un lado, al objetivo específico que se pretende obtener con su labor: actuar sobre las enfermedades vectoriales y reducir su incidencia y sus consecuencias. En este sentido, su meta se asocia con cuidar a los habitantes del contagio de dengue o de fiebre amarilla, frente al riesgo suscitado por estas ETV que

no se podría anular ni disminuir en el plano de las causas; sólo en el de las consecuencias. Es que para intervenir en los factores que coadyuvan a la irrupción del dengue o de la fiebre amarilla en las regiones urbanas afectadas no sólo se debe controlar la aparición del mosquito *Aedes aegypti*³, sino también es imprescindible el mejoramiento de las condiciones de infraestructura que se vuelven inapropiadas por la desigualdad socioeconómica: falta de saneamiento, basurales a cielo abierto, agua estancada en baldes porque muchas viviendas no tienen red de agua potable, etc. Este dato de importancia no es resaltado en la capacitación dada a los AC, que cuentan con la información operativa para inspeccionar casas y calles, pero ésta no se halla contextualizada en un sentido social, económico y geográfico que dé cuenta de la situación particular por la que atraviesan los pobladores de las áreas donde el dengue y la fiebre amarilla tienen mayor presencia. Este “cuidar de” remite a la definición restringida de Joan Tronto (1993), cuando realiza su escala de niveles de cuidado: mientras que la propuesta parecería abordar un cuidado integral (*care giving*) sobre la población, atendiendo a todos los aspectos de su vida cotidiana, en verdad las indicaciones dadas permiten un cuidado defensivo pero no constructivo en la situación problemática; lo que Tronto caracteriza como “cuidar sobre/de” (*care about*). Siguiendo este razonamiento, lo que se expresa es la posibilidad de erradicar estas ETV sólo a través del control vectorial y focal (eliminación de los lugares donde puede habitar el mosquito), mas no hay referencias a la necesidad de modificar las condiciones de vida de las poblaciones que están enfermando; mientras esas desigualdades existan, estas enfermedades mantendrán su prevalencia y su riesgo periódico. Esto puede observarse en la meta de colaboración vecinal solicitada en el módulo sobre dengue: “Es indispensable que todos los vecinos adopten hábitos y prácticas para bajar el riesgo de convivir con el mosquito” (1). Es importante señalar, aunque en este caso no sea analizado en profundidad, que la noción de riesgo es un elemento central en los planeamientos epidemiológicos clásicos o hegemónicos y, para Menéndez (2009), esta idea es propia del modo de pensar dominante en salud y epidemiología, y no sólo escinde la problemática de su contexto, sino que induce a la realización de intervenciones focalizadas, puntuales, que atienden nada más que a factores biológicos, pero que en realidad están vinculados de manera inseparable con procesos

³ La fiebre amarilla selvática es transmitida por el *Aedes haemagogus* y por el *Aedes sabethes* y por su ciclo específico no es analizado en este trabajo. El *Aedes albopictus* es considerado un vector potencial de la enfermedad.

socioculturales. En simultáneo, la modificación de las conductas consideradas perjudiciales se enmarcaría en la perspectiva del modelo de creencias, según el que existen formas de actuar y de pensar que son erróneas sobre la prevención o la vida cotidiana en un contexto proclive al dengue; de cambiarse esas condiciones, es de esperar que la incidencia de este problema de salud se reduzca. Esta reducción se da por obra del accionar individual, pero no por la transformación de las condiciones estructurales, por lo que el dengue sólo puede aminorarse, mas no eliminarse. Así, el tratamiento del dengue y la fiebre amarilla se vuelve un asunto de gestión de casos, de buena administración del peligro en términos de Foucault (2010 /1978), de las amenazas cotidianas, cuya imagen se encuentra en la base, para el autor, de las campañas contra las enfermedades y para fomentar la higiene desde los inicios del liberalismo. Asimismo, esta formulación se encuadra dentro del accionar de un dispositivo de seguridad (Foucault: 2006/1977), en tanto éste trabaja sobre la base de una cierta libertad, actúa con la incertidumbre y con la posibilidad de que siempre se mantenga un porcentaje variable del problema X que se intenta subsanar. De manera asociada, también puede pensarse esta caracterización como una forma de defensa de la sociedad —también siguiendo a Foucault (2010/1976)— en la que la comunidad se previene de aquéllos factores que intentan atacarla, los que se encuentran en su mismo seno. Para el autor, esta forma de protección direccionada, desde el Estado, asume la forma de un discurso de poder a partir del que se establecen todas las instituciones que funcionan como normalizadoras de la sociedad. Si bien Foucault construyó esta expresión pensando en los grupos sociales estigmatizados y marginados en una sociedad, de los que se defienden otros sectores sociales, esta acepción podría relacionarse con un “defender a la sociedad” de aquellas poblaciones que mantienen conductas que propenden a la prevalencia de las ETV. En este sentido, no se atiende a las razones socioeconómicas que se encuentran en la base de las elecciones cotidianas —muchas de ellas asociadas con la falta de servicios básicos y las carencias—, sino que se indica la necesidad de trabajar puntualmente sobre aquellas costumbres perjudiciales que ponen en peligro a todos porque permiten la reproducción del vector.

La tarea del AC en la comunidad puede analizarse mejor en el cuadernillo temático sobre dengue, puesto que la transmisión de la enfermedad adquiere un carácter eminentemente urbano y se halla asociado con las deficiencias de infraestructura sanitaria y habitacional, así como con la falta de limpieza urbana y otras

condiciones que si bien se construyen como hábitos domésticos, suelen ser soluciones de emergencia para problemas estructurales derivados de la desigualdad. En este caso, y en simultáneo con esta acepción del cuidado de acuerdo con la perspectiva del dispositivo de seguridad según Foucault, la caracterización del AC también se vincula, como ya ha sido anticipado, con una preeminencia del saber técnico por sobre el socioeconómico, pero esta posesión de información operativa debe combinarse, tal como se observa en todo el material, con un entrenamiento de las facultades comunicativas y empáticas del agente. Es decir: esta figura será la que deberá convencer a los vecinos que, sin ser un médico ni un funcionario estatal “clásico”, debe ingresar a su hogar para inspeccionarlo en su totalidad, con el fin de desechar aquellos objetos donde podría reproducirse el mosquito. De esta manera, el control epidemiológico abandona los lugares clásicos (hospital, vía pública) e ingresa en el ámbito privado, haciéndose así más eficaz, según sugiere Deleuze (1991). En esta visita preventiva, si los habitantes se negaran a tirar algo por razones emocionales, el AC debe explicarles la relación costo-beneficio de mantener eso en su hogar y el peligro que entraña su conservación para el control vectorial: “Es muy importante la relación de confianza que pueda establecer y la capacidad de comunicación que despliegue con los vecinos, con mensajes claros y convincentes” (1). Por esa razón, la comunicación interpersonal necesita competencias emocionales que permitan ponerse en el lugar del otro y ayudarlo a tomar la decisión correcta. Pero también, tal como puede observarse en la cita, ese espacio comunicativo debe servir para la transmisión de información clara y puntual que, indica el cuadernillo, tiene como misión que las personas continúen con las medidas preventivas por su cuenta. Este conjunto específico de datos no surgen de una selección hecha por el AC de una totalidad más amplia; la misma información que transmite a sus grupos-objetivo es la que él mismo ha recibido, por lo tanto no cuentan con un conocimiento profundo de la situación (contextual y contextuado), sino con el bagaje de indicaciones y referencias justos para actuar en el terreno del problema. Por esa razón, uno de los objetivos del material de lectura es que el AC conozca “generalidades de la enfermedad para hacer recomendaciones oportunas a la población” (1 y 2), y el abordaje en profundidad de esta problemática de salud pública pareciera ser prescindible en la formación de estos agentes del Estado. De esta meta, se desprende que éstos deban realizar tareas de gestión de contactos entre la población y los organismos sanitarios de gobierno, así como la transmisión social de recomendaciones; estas labores se hallan mucho más

asociadas con la información que con el conocimiento y, como se verá más adelante, logra una equiparación de la educación con la posesión de datos operativos.

La omisión de las variables socioeconómicas estructurales que inciden en la prevalencia del dengue y la fiebre amarilla constituyen un denominador común de las planificaciones epidemiológicas de salud pública para la prevención de ETV (Gottero: 2011), y estos materiales no son una excepción a esta regla de ausencia. Esta situación no sólo se fortalece por la utilización intensiva del saber técnico matizado con un ejercicio de comunicación comunitaria, sino también que puede continuar gracias al lugar predominante y casi exclusivo que la participación social ha cobrado en los planes de prevención. Las ambigüedades de la participación social y sus trampas para la población que, siendo afectada, también sufre los efectos de la responsabilización, fueron analizadas por Menéndez (1998, p. 18): “Los aparatos médico-sanitarios tienden a impulsar una participación social individual, microgrupal o comunitaria; colocan el eje en lo asistencial/curativo; consideran a la población básicamente como un recurso, y la utilizan no tanto por su saber sino como mano de obra”. Asimismo, para Álvarez Leguizamón (2010, 2006) la promoción del trabajo comunitario para un problema que debe atender el Estado se enmarca en la perspectiva del desarrollo humano, un discurso propio de la etapa neoliberal que se acompaña por la implantación de una focopolítica, un nuevo arte de gobernar que se encarga de gestionar la vida de las poblaciones en riesgo, logrando así que lleguen al mínimo biológico necesario para la subsistencia pero sin avanzar en el mejoramiento de sus condiciones ni en la atenuación de la desigualdad.

En el material analizado se brinda una definición específica de participación social en salud: “se refiere al conjunto de acciones dirigidas a cuidar la salud que llevan adelante tanto la población como las autoridades locales, las instituciones públicas y los sectores privados” (1). No obstante, la interpelación que se realiza desde este cuadernillo educativo se dirige a los habitantes de las áreas afectadas, no sólo porque se aclara que el Estado intervendrá cuando haya casos confirmados, sino porque todas las actividades indicadas se orientan a la posibilidad de que las personas continúen con la prevención en forma privada, en su vida cotidiana, pero sin modificar aquellas condiciones que obligaron a tomar esos hábitos o tácticas de urgencia para tener agua disponible, para poder habitar una vivienda o, simplemente, para disponer la basura doméstica en algún lugar más o menos seguro —en términos domésticos, pero no en lo referente al plano urbano general.

Luego, detrás de la participación social se esconde otro término de creciente utilización en el terreno de las políticas públicas: “La participación comunitaria permite a la población el empoderamiento en relación al problema y el trabajo en equipo para alcanzar una solución al mismo” (1). Tal como Álvarez Leguizamón (2010) sostiene, el término *empoderamiento* es uno de los objetivos de la participación popular tomada en un sentido instrumental y utilitario, acepción que fue elaborada y difundida por los organismos internacionales como el Banco Mundial. Esta utilización sesgada del proceso participativo hace que la omisión de los factores de desigualdad vuelve a estar presente y la promesa es que, con ese conjunto de datos operativos, la información puntual y el know-how para la prevención, la población logrará empoderarse frente a una problemática de salud pública que excede el control del *Aedes aegypti* y se encuentra en el centro de las deficiencias de calidad de vida. Ésta no es una omisión deliberada del AC, puesto que él mismo no puede encontrar esta problematización en los materiales que estudia y, a menos que ensaye su pensamiento crítico abrevando en otras fuentes, no podrá realizar la relación entre enfermedades y pobreza, donde la incidencia de las ETV tiene un lugar destacado.

Siguiendo este recorte de la definición y de las explicaciones, la participación social asume formas específicas, tal como se indica en el cuadernillo sobre dengue: a) permitiendo que los AC entren en las casas para inspeccionar; b) recolectando y desechando los objetos inservibles donde el *Aedes aegypti* podría multiplicarse; c) atendiendo a los síntomas de dengue y de fiebre amarilla, así como vigilando la presencia del mosquito en su zona de residencia. Estas tareas se consideran oportunidades para que las personas modifiquen sus conductas puesto que se afirma que “el hombre fue desarrollando algunas costumbres que favorecieron que el mosquito habitara cerca de él. Las medidas necesarias para evitar que el insecto se siga multiplicando tienen que ver con que las personas modifiquen esos hábitos (nivel individual) y con acciones colectivas que son responsabilidad de los gobiernos y la comunidad”. Estas “costumbres” remiten a la utilización del concepto de estilo de vida que, en epidemiología, fue criticado por Menéndez (2009, p. 116), en tanto “tiende a colocar el riesgo de enfermedad pero también la responsabilidad por el mantenimiento de la salud en las acciones del sujeto enfermo o potencialmente enfermo” sin tener en cuenta, agrega el autor, la influencia de los procesos ideológicos, políticos, sociales y económicos que contribuyeron a la existencia de tal situación. Asimismo, la modificación de esas formas de hacer y de vivir podría concretarse a través de la

transmisión de la información correcta, y en este sentido el material educativo parece basarse, nuevamente, en la perspectiva del modelo de creencias en salud, que establece la necesidad de modificar conductas y criterios de la vida cotidiana asumiendo de manera normativa y unidireccional lo que sería mejor para los sujetos; asimismo, establece un parámetro económico para evaluar las posibles actitudes de las personas, considerando que éstas harán lo que les resulte más conveniente y, a la vez, lo que les reporte un costo menor (Soto Mas *et al.*: 1997).

Teniendo en cuenta esta perspectiva observada en el material, tanto la incidencia del dengue y de la fiebre amarilla se mantienen en la esfera individual y comunitaria, así como la responsabilidad por su control y pretendida erradicación. El nombre dado a esa reubicación dada al problema es “participación social”, que se transforma en la muestra de compromiso comunitario y constituye la medida de prevención constante indispensable para este tipo de planificaciones. Pero esta denominación adquiere la forma típica de la década de 1990, cuyo corte neoliberal promovió tecnologías de gobierno orientadas a la gestión del riesgo, a las políticas focalizadas y a la atribución de obligaciones y tareas para las poblaciones afectadas; tal como señala Álvarez Leguizamón (2002, p. 80), “en un contexto de exclusión cada vez más alarmante, no cabe duda que la apelación a las solidaridades comunitarias de los más pobres —sin derechos ni garantías y como espacio donde se realiza el bien público— tiende a agudizar las diferencias sociales ya existentes”.

El concepto de estilo de vida también es utilizado en el módulo sobre fiebre amarilla, donde las conductas cotidianas de prevención tienen a veces un rol secundario debido a la indicación general de aplicarse la vacuna —para el dengue no hay vacunas, por lo que las medidas de cuidado están en primer plano. En este material, el estilo de vida se asocia directamente con el trabajo y, así, se explicita: “La población que tiene más posibilidades de contraer la enfermedad está integrada por los individuos que por razones de trabajo o placer entran eventualmente a la selva y no han recibido la vacuna antiamarilica” (2). Entre los ejemplos citados de pobladores afectados se citan a los guardaparques, los ingenieros forestales, los viajeros, los militares, los agricultores, cazadores y pescadores. A pesar de destacar que la mayor cantidad de casos se da en los lugares donde hay actividad de tala de árboles y cultivo de tabaco, en ningún momento se menciona a los grupos más vulnerables, constituidos por mano de obra ocasional que ingresa a la selva en condiciones poco favorables e inseguras para su salud. Tampoco se hace referencia a los migrantes

que, ingresando a la selva o no, también constituye una población que puede ser potencialmente afectada; en contraposición, sí se destaca el riesgo que corren los viajeros que hacen turismo aventura y ecoturismo, y que no han sido vacunados antes de ingresar a la selva. En esta caracterización también puede vislumbrarse quiénes serían los enfermos para lamentar y quiénes los enfermos irremediables, en una combinación clara de la defensa a la sociedad y del dispositivo de seguridad (Foucault: 2006 /1977): hay que proteger a algunos del mal que sufren otros, a la vez que se sabe que el problema no podrá terminarse por completo, sino que se debe gestionar con el fin de direccionar las consecuencias y administrar los riesgos.

Educación informativa y/o información educativa: el conocimiento ausente

En esta sección del trabajo, se aborda la asimilación realizada entre educación y posesión de información adecuada; tanto para los AC como para la población con la que éstos trabajarán, educarse sobre las características del dengue y de la fiebre amarilla, así como sobre las medidas de prevención indicadas, supone contar con todos los datos correctos en cantidad y en calidad. Así, el plan educativo para los AC tiene un fin instrumental y operativo, mientras que el conocimiento amplio sobre el contexto de prevalencia de estas ETV se omite, puesto que ello implicaría el reconocimiento de procesos de desigualdad socioeconómica y de deficiencias graves en las condiciones de vida de la población, las que no pueden modificarse sólo por la acción comunitaria o el trabajo individual.

Es de destacar que la misma educación/información que reciben los AC es la que luego ellos transmiten a la población; es decir, si bien no hay ningún recorte en los datos ni modificación alguna, los AC no son formados en el conocimiento profundizado de la problemática. Esto permitiría utilizar el saber operativo y técnico a la hora de hacer recomendaciones y marcar pautas de trabajo, pero siempre incluyendo a éste en un contexto socioeconómico e histórico dentro del que la existencia de la enfermedad y sus brotes periódicos encontrarían explicaciones ampliadas y enriquecidas. Por el contrario, se sugiere que los AC deben “conocer generalidades de la enfermedad” para poder trabajar con las poblaciones afectadas, y se fomenta así una comprensión focalizada de la problemática, que requiere de un saber técnico y puntual; así, uno de los destacados del material sobre dengue afirma: “Si comprendemos que el mosquito es el que transmite la enfermedad de una persona a

otras... ¡entenderemos la importancia de controlarlo y lograr su eliminación!” (1). El mosquito como metonimia de los factores de contagio, y la prevención de estas ETV asimiladas al control del vector, se hallan en consonancia con los procesos de metaforización de la enfermedad y de los criterios de cuidado de las poblaciones en los que se hallan implicadas operaciones de significación específicas (Armus: 2002; Bonet y Gomes Tavares: 2007).

La omisión del contexto socioeconómico se contrapone con una predominancia de las informaciones sobre entomología y características biológicas del mosquito —en el caso de la fiebre amarilla, también existe un extenso apartado sobre las características de los monos que también pueden ser contagiados—, a partir de los que se puede conocer el ciclo completo de reproducción del *Aedes aegypti* y sus modos de vida. La existencia urbana del mosquito no es asociada con las condiciones de vida poco favorables (con la existencia de basurales, saneamiento deficiente, etc.), sino con el modo de vida del hombre, tal como ya ha sido referido. De este modo, no se problematiza por qué el mosquito llegó a multiplicarse tanto como para generar una epidemia urbana, sino que se enfoca directamente el qué hacer frente a esta situación, haciendo recaer el peso de la prevención en la esfera individual y comunitaria, pero entendiendo a ésta como la sumatoria de conductas personales y no como un proceso conjunto sinérgico, cuya fuerza conjunta es mayor y asume rasgos distintos a la que se observa en la acción de todos los sujetos que la componen. Este criterio que delimita factores de importancia y omite argumentos de peso sobre la influencia de los procesos de desigualdad también se relaciona con lo afirmado por Rochel de Camargo (1997) acerca de la predominancia de los parámetros biomédicos en epidemiología, los que orientan a esta disciplina en el sentido de corroborar hipótesis etiológicas y no avanzar en el debate sobre las causas no estrictamente biológicas que inducen a la aparición de ciertas enfermedades.

Siguiendo lo expuesto, la educación se asimila a la información porque es lo único que parece necesitarse para instrumentar medidas de prevención en la vida cotidiana. La falta de sinergia comunitaria se asocia con el mecanismo neoliberal de participación social señalado por Álvarez Leguizamón (2010), en tanto éste propende a la utilización de la energía y el tiempo de los pobres en políticas focalizadas y en tareas bien delimitadas, por lo que la labor en conjunto no asume características emancipatorias

(Menéndez: 1998), sino que sirve a los fines del mantenimiento de las desigualdades y a la autogestión de la pobreza⁴.

Asimismo, la educación se vincula también con la participación comunitaria; juntas forman una medida de prevención solicitada en estos cuadernillos de capacitación, en combinación con acciones de vigilancia epidemiológica y de control focal. Mientras que estas últimas actividades se encuentran detalladas, la meta de educación y labor comunitaria se enuncia en forma general; esta diferencia parece ilustrar lo que Tenti Fanfani (2001) sugiere en su análisis de la idea de participación social: nadie sabe bien a qué se refiere cuando menciona la necesidad de que la población se involucre en las políticas sociales, pero es de buen tino incluir esta meta y, además, hace que los planes y programas parezcan progresistas. Sin embargo, fueron los organismos internacionales los primeros que vieron el potencial carismático de la participación social como un mecanismo supuestamente inclusivo de sus iniciativas de ajuste y reforma.

Esta utilización casi publicitaria del concepto de educación y participación social se puede observar, en estos materiales, en la misma descripción de esta meta, que elude el desarrollo del aspecto educativo (qué contenidos son importantes, cómo serán explicados, en qué contexto, frente a cuáles sectores de la población, etc.) y orienta el de la participación comunitaria hacia otro cliché de los planeamientos de política social: la utilización de los medios de comunicación. Así, se estipula que las medidas de prevención deben ser difundidas en radio, televisión y gráfica, así como en las reuniones educativas, religiosas, vecinales y políticas creadas a estos efectos, pero no se explicitan las características de dicha labor comunicacional. Como sucede con otros planeamientos en materia de política social, se considera que la mera presencia de las recomendaciones en un medio de comunicación basta para que la población pueda tomar las decisiones adecuadas: así, modelo de creencias, educación como información, y entronización de los mensajes mediáticos se vuelven un solo fenómeno del que se esperan efectos altamente eficientes.

⁴ Es importante aclarar que el dengue y la fiebre amarilla no se consideran aquí como sólo “enfermedades de la pobreza”, pero que sí se potencian por ésta, debido a las condiciones ineficientes de vivienda, limpieza urbana, saneamiento, provisión de agua potable, etc. De hecho, en los materiales educativos analizados se realizan comparaciones gráficas entre casas que están en buenas condiciones edilicias y casas precarias en lo que parece ser una villa o un barrio de emergencia: mientras que las primeras estarían más protegidas contra este tipo de ETV, las segundas (lógicamente) se encuentran en riesgo.

En un tercer sentido, la educación se plantea como un medio para la vigilancia epidemiológica, “si la población cuenta con la información adecuada”, pues así podrá contribuir con la labor del AC y del equipo de salud, cuando se hallen casos confirmados. De manera complementaria, logrará continuar con la prevención y la observación en su área de referencia aún sin la presencia del AC, puesto que éste, en su visita, deberá comunicarle toda la información que sea necesaria para que pueda proseguir con las medidas de autocuidado, pero también les indicará el modo en que pueden y deben participar cuando se realicen las inspecciones y las tareas de búsqueda y descarte de los objetos que pueden ser criaderos de mosquitos: “Antes de realizar la actividad específica de recolección será necesario comunicarle a la población en qué consisten las tareas, por dónde y en qué horarios se llevarán a cabo, cuáles son los resultados esperados y las maneras en que los vecinos pueden participar” (1). Nuevamente, la labor comunitaria se encuentra diseñada y delimitada por los objetivos de la política implementada y por lo que se considera que la sumatoria de acciones individuales puede aportar a la prevención.

De manera específica en el material sobre fiebre amarilla, el componente educativo puede observarse en los enunciados destacados que, al final de un texto explicativo, resumen o brindan el dato de cierre a la información expuesta, como si fuera una idea central que es imprescindible recordar. Asimismo, en los apartados de actividades el objetivo apunta a la comprensión de texto y a la implementación de información operativa —esto también se encuentra en el módulo sobre dengue—, lo que se halla definido no sólo por el contenido de la tarea, sino también por el procedimiento de intelección que se encuentra sugerido: “enuncie”, “indique”, “describa”. Esto sucede en ambos módulos con excepción de una actividad propuesta en el de fiebre amarilla, que por sus características especiales y que no se repiten en el resto del material analizado, será abordada en la sección que sigue.

En líneas generales, también en lo referente a fiebre amarilla la educación asume la forma de “información certera y oportuna”, lo que permitiría que la población pueda participar de las acciones en salud. Por eso, la comunicación adecuada en el marco de una política de prevención se basa en la información y en su transmisión a través de los medios correctos; nuevamente, y en simultáneo con el uso difuso de la participación social, la difusión mediática de los mensajes supone una recepción hecha a la medida de los objetivos, así como un manejo casi espontáneo de las herramientas que los medios pueden ofrecer para estos fines.

Circulación fronteriza y migrantes como “factores causales”

Al llegar a este punto del trabajo, cabe preguntarse en qué parte del análisis ingresan las consideraciones sobre frontera y migraciones, y por qué este tema se enlazaría con los aspectos ya señalados sobre las características de la educación para la salud, las interpelaciones a la participación social, las omisiones de las variables socioeconómicas, etc. Pues bien: la misma información técnica y operativa con la que los AC son capacitados produce un efecto ambiguo en la inclusión de fenómenos consuetudinarios como la migración en las zonas más afectadas por las ETV mencionadas. Lo que se quiere decir con esto es que el tránsito fronterizo y la decisión de migrar no se encuentran tematizados en estos materiales como parte del contexto donde esta problemática de salud se despliega, y, cuando aparecen, se construyen como una causa más, en el mismo nivel de la falta de saneamiento o de las viviendas precarias. En este sentido, lo que se plantea en esta sección del trabajo es que las migraciones y la circulación en zona de frontera no pueden ser una causa asociada con la prevalencia de las ETV, sino que deben ser consideradas una dimensión más del escenario donde se desarrolla el problema: ubicarlas en el plano de las causalidades contribuye a su estigmatización y a la atribución de responsabilidades “nacionales” en el marco de una situación que debería ser trabajada en un nivel regional.

Es importante recordar que, en Argentina, la ley migratoria vigente (N° 25871, sancionada en el año 2004) reconoce el derecho a la salud para las personas migrantes en su artículo 8°, el que especifica lo siguiente: “No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria”. El reemplazo de la norma 22439, vigente desde los tiempos de la dictadura, fue celebrada por los especialistas en la materia: “La ley 25.871 ha puesto punto final a una situación denigrante para la condición humana, como era la anterior ley de migraciones. Esto es así ya que una doble inconstitucionalidad impregnaba la misma, de una parte porque el órgano emisor fue un gobierno de facto; de otra porque su contenido traicionaba los postulados de la Constitución Nacional y los textos internacionales de protección de los derechos fundamentales” (Chausovsky: 2004, p. 117). Asimismo, Novick (2008, p. 143) afirma que la ley 25871 “es ambiciosa: apunta a formular una nueva política demográfica nacional, a fortalecer el tejido sociocultural del país y promover la integración sociolaboral de los inmigrantes”. Siguiendo estas

modificaciones en la legislación, es de esperar que también cambien ciertos parámetros con los que se elaboran las políticas públicas, sobre todo en el área social, puesto que la mirada inclusiva sobre las migraciones requiere, para su puesta en práctica, que las formulaciones en salud, educación, etc., también adopten esta perspectiva de reconocimiento de derechos. En materia de epidemiología y ETV, esta transformación se vuelve sumamente importante teniendo en cuenta el carácter de estas enfermedades vectoriales, que se expanden en una región que comparte similitudes geográficas, ambientales y socioeconómicas, tal como sucede en extensas zonas de la frontera del noreste argentino con Paraguay, en un contexto que caracteriza Novick (2010) como de puesta en cuestión del sentido dado a la soberanía y al territorio nacional. Por eso, de las apelaciones y las ausencias de estas ideas, en los materiales analizados, también trata este trabajo.

Retomando el hilo de estos razonamientos, la posesión de conocimientos técnicos y de información operativa por parte de los AC, y su transmisión a la población sin otro soporte de contenidos socioeconómicos, obstaculiza el conocimiento profundo de la situación y el análisis de las condiciones socioeconómicas y de desigualdad que contribuyen a la reaparición de brotes de ETV en las áreas de mayor incidencia. La utilización de datos técnicos y puntuales para referirse a las migraciones coadyuva al conocimiento focalizado y lineal de este fenómeno, así como avanza en el proceso de responsabilización de las poblaciones que se encuentran al otro lado de la frontera. Sobre esta construcción se encuentran numerosos ejemplos en el módulo sobre fiebre amarilla; de hecho, en la cronología descrita sobre esta enfermedad, la región fronteriza se encuentra directamente problematizada:

A fines de 1870 comenzó el brote de 'vómito negro' en la ciudad de Asunción del Paraguay. Corrientes era un importante contacto de comunicación y abastecimiento, lo que implicaba un continuo movimiento mercantil e intereses económicos relacionados con estos abastecimientos. De manera que rápidamente también estalló en esa ciudad el brote por esa enfermedad, por negligencia grave de sus autoridades que de algún modo

privilegiaron esas operaciones mercantiles a la seguridad de la población.

Este párrafo no fue redactado especialmente para el material, sino que fue tomado de una página web donde se realizó una entrevista al Dr. Daniel Eduardo Merino, quien a su vez toma las palabras de otro autor, Ángel Yankilevich, para historizar de tal modo a la fiebre amarilla. Resulta muy significativo que se recurra a semejante cadena de autores para describir la historia de esta enfermedad y que, del fragmento extraído, la mitad condense una serie de sentidos sobre la frontera, la comunicación limítrofe, y un origen pretendidamente extranjero de la enfermedad que hace recordar el análisis que Sérgio Carrara (1996) realizó sobre la sífilis en Brasil, en el que destacó la necesidad social de establecer el inicio de esta dolencia fuera de los límites del país⁵. De todas maneras, su publicación en un material oficial, como dato casi exclusivo de la historia de la fiebre amarilla, localiza el inicio de este brote en Paraguay, a la vez que establece como zonas de máximo riesgo a las provincias fronterizas con este país y con Brasil. Lo mismo se explicita en el módulo sobre dengue, sin que se tenga en cuenta que esos distritos provinciales no delimitan el borde más allá del que se encuentran estas ETV como amenaza para la salud; estas zonas, construidas como límites, están en verdad inmersas en una región más amplia de incidencia de esta problemática y que, en un trabajo conjunto, no debería reconocer fronteras. En efecto, la difusión del *Aedes aegypti* no está dada por límites geográficos, sino por condiciones de vida que, a un lado y a otro de la frontera, tienen similitudes que promueven la permanencia de estas enfermedades.

La caracterización de la zona de frontera como un área con características especiales, no exclusivamente nacionales, ha sido realizada entre otros por Fantín (2009, p. 150): “El concepto de frontera implica, en primer lugar, reconocer que sólo es posible percibir la frontera en la medida que los espacios situados a ambos lados del límite tengan una base demográfica y que además exista una real red de relaciones

⁵ No se deja a un lado la posibilidad de que los módulos de dengue y de fiebre amarilla hayan sido escritos por redactores diferentes —la autoría siempre es institucional y corresponde a la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud argentino—, y que en cada caso el material con el que se contó y la importancia dada a cada dato fueran distintos. No obstante, el efecto discursivo logrado es diferente en un caso y en el otro; en consecuencia, fuera de las condiciones de producción y de las intencionalidades del autor, el discurso finalmente elaborado es lo que se analiza en este trabajo.

entre las poblaciones ubicadas a ambos lados del límite internacional”. Para la autora, la existencia de frontera denota asimismo que este espacio esté ocupado por grupos sociales; si no, se trata de un límite territorial del Estado que no se encuentra incluido en los planeamientos de políticas sociales. Es en este mismo sentido que la idea de frontera se encuentra trabajada en los materiales analizados: como zonas habitadas donde las poblaciones pueden ser potencialmente afectadas o, por el contrario, ya conviven con la enfermedad en expansión. Así, el abordaje de las zonas de riesgo (predominantemente las provincias argentinas fronterizas del noroeste: Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones, y también Salta) es similar en ambos materiales. Sin embargo, en el módulo sobre fiebre amarilla se aclara: “En Argentina, se consideran zonas de riesgo para enfermar de fiebre amarilla a todos aquellos departamentos que sean limítrofes con los países de Brasil, Bolivia y Paraguay”, mientras que en el material sobre dengue se comenta: “En nuestro país el comportamiento del dengue es epidémico: está restringido a los meses de mayor temperatura (noviembre a mayo) y en estrecha relación con la ocurrencia de brotes en los países limítrofes”. La variable nacional-territorial siempre está presente en la caracterización de los brotes de la ETV, pero en ningún caso se hace referencia a los rasgos regionales de esta problemática ni se hace una reflexión sobre la posible necesidad de abordar de manera conjunta, entre varios países, esta situación.

Esta mención restringida del área fronteriza, en términos nacionales pero no regionales, se combina con una referencia ambigua del fenómeno migratorio, el que suele “funcionar” para aportar causalidades y explicaciones, pero no para analizar el contexto de emergencia de estas ETV de un modo diverso y profundizado. Así es como “las migraciones” están mencionadas en ambos módulos como factores influyentes de los brotes epidémicos, en la misma línea que la urbanización no planificada, la falta de manejo de residuos ambientales y los “recursos insuficientes” (1), tal como se enumera en el material sobre dengue. Sin embargo, sí puede rastrearse una parte de este texto de capacitación en el que la migración cuenta con un lugar destacado: las actividades pautadas en el módulo de fiebre amarilla. Debido al énfasis puesto en la influencia de la frontera y de la cercanía con Paraguay, hay un ejercicio específico sobre el tema cuya consigna indica: “Ramón es un poblador que vive en Misiones, cerca de la frontera con Paraguay, tiene cuatro hijos [...] y vive con su esposa [...] y su suegra Marta que tiene 70 años. Por cuestiones laborales Ramón viaja frecuentemente al país vecino para hacer changas [...] Como agente comunitario,

¿qué recomendaciones sobre la prevención de la fiebre amarilla le haría a Ramón?” (2). Aunque hay otras preguntas asociadas a este interrogante inicial de la actividad, es significativo que la única tarea que incluye una dimensión socioeconómica incluye el tema de la circulación fronteriza y la comunicación con Paraguay desde una óptica de amenaza y de peligro. Ramón, el personaje del ejercicio, debe tomar medidas de precaución por su vida cotidiana y toda la explicitación dada sobre su tránsito hacia Paraguay omite cualquier otro dato sobre sus condiciones de vida, si se ha aplicado la vacuna o no, o cómo es la situación del barrio donde reside. De manera complementaria, otra actividad en el mismo módulo solicita el análisis de la historia de la fiebre amarilla en relación con “los factores ambientales y socioeconómicos que pudieron agravar la epidemia de la época”. Teniendo en cuenta que el único dato socioeconómico brindado en el texto de lectura era el de la comunicación comercial y fronteriza entre Corrientes y Paraguay, resulta obvio que ésa sería la respuesta correcta para este enunciado.

Conclusiones: límites y ambigüedades del agente comunitario

La capacitación sobre un tema puntual de salud puede contribuir a la construcción de otros sentidos sobre fenómenos sociales contemporáneos o consuetudinarios, y el ejemplo de los materiales educativos sobre dengue y fiebre amarilla distribuidos entre las personas destinadas a acompañar a las poblaciones en la prevención de estas ETV resulta particularmente ilustrativo a este respecto. De allí se desprende que es necesario analizar en profundidad los contenidos impartidos en estos programas de capacitación sobre problemas de salud pública que se encuentran en la agenda urgente del Estado. En este trabajo se ha tratado de hacer el recorrido desde la caracterización de los AC en salud hasta sus implicancias en aspectos no exclusivamente sanitarios, sino políticos, sociales y económicos. En este sentido, el objetivo central de estas páginas ha sido problematizar el modo en que una capacitación técnica en función de ciertas políticas sociales logra cimentar significados específicos sobre dimensiones asociadas como la participación social, la educación comunitaria, las migraciones y la circulación fronteriza. Este último tema es especialmente significativo en tanto las ETV se despliegan en un espacio regional que continuamente intenta trabajarse en términos nacionales, por lo que las ideas de frontera y de país limítrofe adquieren un peso notorio con sentidos diversos y, muchas veces, encontrados.

La primera reflexión que surge del análisis general realizado en este trabajo es que el mismo AC parece ser una construcción que surge como resultado de las “trampas” de la participación social. A pesar de sus potencialidades positivas y de la importancia de crear nexos sociales entre el Estado, los equipos de salud y las poblaciones afectadas por estas enfermedades, la forma en que estos AC están siendo instruidos y el orden de prioridades en los contenidos impartidos merece un debate no sólo pedagógico, sino también social y político. En efecto, la figura del agente en salud que se dibuja a partir de estos materiales de capacitación constituye un dispositivo de intervención en problemáticas de salud pública que, con sus características, ahondaría las desigualdades de saber y de acción en salud, a la vez que reproduciría acríticamente ciertos imaginarios de diferencia en materia de poder y capital cultural, puesto que su saber casi exclusivamente técnico lo limita para profundizar su comprensión de la problemática en la que trabajan. Esta información operativa sin otros conocimientos complementarios impide la reflexión, la crítica y la transformación; así, los AC se vuelven representantes del Estado cuya función es “filtrar” las demandas y dar aviso a los equipos de salud cuando existan casos confirmados, pero las instrucciones con las que debe trabajar se orientan al mantenimiento de las condiciones de base que siguen permitiendo la existencia de las ETV: infraestructura, saneamiento, viviendas y limpieza urbana deficientes.

Asimismo, la mención de las migraciones como un factor causal asociado coadyuva a la permanencia de ciertos procesos de estigmatización sobre los migrantes y la frontera, puesto que la decisión de migrar no puede estar en la lista de causas de prevalencia de las ETV, sino que forman parte de su contexto de aparición. La migración no es un factor para controlar o erradicar, como sí lo deben ser los basurales a cielo abierto y la falta de tendido de red de agua potable. La igualación de estas “condiciones propicias” atenúa la consideración sobre las variables socioeconómicas y de desigualdad que hacen que estas ETV se vuelvan predominantemente enfermedades de los pobres —más allá de los ingenieros forestales y los viajeros que hagan ecoturismo—, así como que la construcción culpabilizante de los migrantes también se halle en una planificación de este tipo, que aborda una problemática regional.

La asociación lineal entre educación y posesión de datos operativos también avanza en el sentido del estereotipo y de la omisión; dado que contar con información no es equivalente a conocer, la transmisión de contenidos técnicos omite el debate y la

crítica sobre las condiciones socioeconómicas y estructurales que contribuyen a la existencia de las ETV en las regiones de mayor incidencia. En simultáneo, las características de la participación comunitaria que se promueven desde los materiales analizados refuerzan el nivel de la responsabilidad individual en la prevención y establece “lo social” como una sumatoria de personas, dejando así a un lado las posibilidades sinérgicas del trabajo en conjunto. Esta propuesta de labor comunitaria se enmarca en los postulados neoliberales de ajuste y retirada del Estado en materia de salud, un modelo que si bien está sufriendo modificaciones auspiciosas en Argentina, mantiene aún algunos de sus rasgos más negativos en ciertas políticas sociales.

La presencia de los AC, como ya ha sido dicho, es interesante y prometedora, puesto que la labor cotidiana en prevención de salud es un objetivo muy importante en ciertas áreas de epidemiología donde el riesgo de contagio se enlaza directamente con las condiciones de vida de la población. Sin embargo, resulta preciso construir a esta figura no sólo como un representante del Estado que controla las demandas sanitarias de los sectores sociales afectados, sino como un acompañante “en campo” de los equipos de salud y un verdadero comunicador de necesidades e inquietudes; sólo así el AC podrá dejar de ser una barrera que regula la intervención estatal, y se transformará en un eslabón necesario dentro de una planificación sanitaria multidisciplinaria.

Bibliografía

ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, S. 2010. “Discurso del desarrollo humano, representaciones de la pobreza y la participación como dispositivo para autogestionarla”. Ponencia presentada en el V Coloquio Local, III Coloquio Regional OSC-Universidad y II Foro de Economía Social, Santa Fe, noviembre de 2010.

ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, S. 2006. “La invención del desarrollo social en la Argentina: historia de ‘opciones preferenciales por los pobres’”. En: ANDRENACCI, L. (comp.). *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: UNGS-Prometeo. p. 81-124

ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, S. 2002. “La transformación de las instituciones de reciprocidad y control: del don al capital social y de la biopolítica a la

- focopolítica". *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. ener./abr. 2002, vol. 8, no. 1, p. 57-89.
- ARMUS, D. 2002. "Cultura, historia y enfermedad: a modo de introducción". En: ARMUS, D. (ed.). *Entre médicos y curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma. p. 11-25.
- AYRES, JR. 2003. "Cuidado e reconstrução das práticas de saúde". *Interface*. sep. 2003/feb. 2004, vol. 8, no. 14, p. 73-92.
- BONET, O y GOMES TAVARES, FR. 2007. "O cuidado como metáfora nas redes da prática terapéutica". En: *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Río de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. p. 263-277.
- CARRARA, S. 1996. "A sífilis e os sífilógrafos no Brasil". En: CARRARA, S. (ed.). *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Río de Janeiro: Fiocruz, p. 74-132.
- CHAUSOVSKY, G. 2004. "Apuntes jurídicos sobre la nueva Ley de Migraciones". En: GIUSTINANI, R. (comp.). *Migración, un derecho humano*. Buenos Aires: Prometeo Libros, p. 117-130.
- DELEUZE, G. 1991. "Posdata sobre las sociedades de control". En: FERRER, C. (comp.). *El lenguaje literario: filosofía de la protesta humana*. Montevideo: Ed. Nordan. p. 15-23.
- FANTÍN, MA. 2009. "Análisis demográfico de la población en la franja fronteriza entre Argentina y Paraguay, años 2001 y 2002". *Revista Geográfica*. ener./jun. 2009, no. 145, p. 149-168.
- FOUCAULT, M. 2010/1978. *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. 2006/1977. *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. 2010/1976. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GOTTERO, Laura (2011) "Epidemiología, desigualdad social y racionalidad técnica: el Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre amarilla en

- Argentina (2009-2011)". En: KORNBLIT, AL, CAMAROTTI, AC y WALD, G (eds.). *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- MENÉNDEZ, E. 1998. "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado". *Cuadernos Médico Sociales*. may. 1998, no. 73, p. 5-22.
- MENÉNDEZ, E. 2009. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2009. *Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en ambiente y salud. Módulo I: dengue*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2009. *Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en ambiente y salud. Módulo II: fiebre amarilla*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- NOVICK, S. 2010. "Introducción: migraciones, políticas e integración regional: avances y desafíos". En: NOVICK, S. (dir.). *Migraciones y mercosur: una relación inconclusa*. Buenos Aires: Catálogos- Universidad de Buenos Aires, p. 9-28.
- NOVICK, S. 2008. "Migración y políticas en Argentina: tres leyes para un país extenso (1876-2004)". En: *Las migraciones en América Latina: políticas, culturas y estrategias*. Buenos Aires: Catálogos – CLACSO, p. 131-152
- ROCHEL DE CAMARGO, K. 1997. "A biomedicina". *Physis: Revista de Saúde Colectiva*. 1997, vol. 7, no. 1, p. 45-68.
- SOTO MAS, F, MARÍN, JAL, PAPENFUSS, RL y LEON, AG. 1997. El modelo de creencias en salud: un enfoque teórico para la prevención del sida". *Revista Española de Salud Pública*. jul./ago. 1997, no. 71, p. 335-341.
- TENTI FANFANI, E. 2001. "Las palabras y las cosas de la participación". En: TENTI FANFANI, E. (ed.). *La escuela vista de afuera*. México: Lucerna/Diogenis. p. 85-93.
- TRONTO, J. 1993. *Moral boundaries*. Londres: Routledge.

La mujer inmigrante en España: Su vulnerabilidad a la violencia de género

Dra. Yolanda Rodríguez Castro

Investigadora Parga Pondal y Profesora de la Facultad de Ciencias de la Educación, Campus de Ourense, Universidad de Vigo; yrcastro@uvigo.es

Resumen

En este artículo se plantea una reflexión sobre la situación en la que vive la mujer inmigrante en España, analizando cómo los estereotipos de género y de etnia irrumpen en su vida, produciendo una doble discriminación que la limita en su desarrollo personal y sobre todo en su inmersión en el ámbito laboral, ya que la relegan a trabajos precarios y exentos de derechos. Esta situación en la que están inmersas unida a la cultura patriarcal a la que pertenecen, las llevan a ser las más vulnerables frente a la violencia de género. Desde el año 2003 hasta el año 2011, 179 mujeres inmigrantes han muerto por violencia de género a manos de sus parejas o ex-parejas, siendo la mayoría de procedencia latinoamericana.

Palabras-clave: Mujer, Inmigración, Estereotipos de género, Violencia de género.

IMMIGRANT WOMEN IN SPAIN: VULNERABILITY TOWARD GENDER VIOLENCE

Abstract

This article analyzes the situation of immigrant women living in Spain. Stereotypes of gender and ethnicity affect their lives, producing a double discrimination that limits their personal development and their work, that relegate precarious jobs and that do not have rights. This situation adhered with the patriarchal culture to which they belong, bring them to be most vulnerable to gender violence. From 2003 to 2011, 179 immigrant women have died from domestic violence by their partners or former partners, the majority of Latin American origin.

Keywords: Women, Immigration, Gender stereotypes, Gender violence.

**A MULHER IMIGRANTE EM ESPANHA:
a sua vulnerabilidade à violência de género**

Resumo

Este artigo é uma reflexão sobre a situação em que vivem as mulheres imigrantes residentes em Espanha, analisando como os estereótipos de género e etnia produzem uma dupla discriminação que as limita no seu desenvolvimento pessoal e laboral, uma vez que as relegam para empregos precários e isentos de direitos. Esta situação na qual estão imersas, unida à cultura patriarcal dominante a que pertencem, torna-as mais vulneráveis à violência de género. Desde 2003 até 2011, 179 mulheres imigrantes morreram por motivo de violência doméstica vítima dos seus parceiros ou ex-namorados, a maioria de origem latino-americana.

Palavras-chave: Mulher; Imigração; Esterótipos de género; violência de género.

España que siempre se ha caracterizado por ser un país emisor de emigrantes, sobre todo con el inicio de la guerra civil española que fue la primera gran diáspora del siglo XX, pasó ha convertirse en pocas décadas en un país receptor del flujo migratorio, debido los favorables factores económicos, políticos y sociales de los años noventa. De forma, que la inmigración en España comienza de forma débil en los años 80 y va creciendo moderadamente en los noventa. Pero a pesar que España, a finales de la década de los años noventa, fue un destino importante para los y las inmigrantes, si comparamos el tamaño del efecto migratorio dentro del marco europeo, seguía presentando un menor porcentaje de personas extranjeras que estaban residiendo y trabajando en el país. El cambio más significativo se produjo en la primera década del siglo actual. España recibió más inmigrantes que ningún otro país europeo. Se pasó del 2% de la población al 13% (Pajares: 2011). El número de migraciones se ha multiplicado por siete.

Dentro del proceso migratorio también se ha producido un cambio significativo, si hace años era el hombre el que emigraba a otro país con el objetivo de proveer el sustento económico familiar. Sin embargo, ahora son las mujeres, las que desempeñan un rol esencial en la migración, ya que son ellas, quienes inician las cadenas migratorias y las que realizan importantes transformaciones en la vida de la población inmigrante y en la de los países receptores. Debido a que las mujeres inmigrantes son las que asumen las riendas económicas familiares, son las que abandonan sus países y sus familias. Hoy en día las mujeres inmigrantes en España representan el 47.5% del total de las y los extranjeros. Durante esa etapa el número de mujeres ha pasado de 269.087 a 1.928.697. La presencia de las mujeres inmigrantes en España es estable y representa el 8,6% de la población inmigrante, frente a una media del 9,27 % en los varones migrantes.

Podemos establecer un perfil de la mujer inmigrante, son mujeres jóvenes de edades entre 25 y 35 años, que pertenecientes a diversas nacionalidades, siendo el colectivo boliviano el que representa el 57.6% de la población inmigrante, seguido del colombiano con un 55.5%, el ecuatoriano con un 50.6%, el rumano con un 47.3% y el colectivo marroquí con el 38.1% (Pajares: 2011). Su nivel de estudios va a variar según su procedencia, de manera que son las mujeres africanas las que se sitúan en los niveles más bajos en el escalafón educativo, siendo el 24% analfabetas, mientras que las mujeres procedentes de la Europa del Este son las que presentan un mayor nivel de estudios, ya que el 18% de estas mujeres se sitúan en un nivel académico de doctorado.

A continuación se establecerá una reflexión sobre la situación social y económica de la mujer inmigrante en España, por medio del análisis de cómo su género y su étnica le imponen barreras que la limitan y la coartan en su desarrollo personal y profesional. Y al mismo tiempo, como esta doble discriminación por ser mujer y por ser inmigrante, le lleva a ser más vulnerable frente a lacras sociales como la violencia de género.

Mujer inmigrante y estereotipos de género

En este apartado analizaremos los estereotipos de género y constataremos cómo repercuten en la vida de las mujeres en general y en las mujeres inmigrantes en particular.

Los estereotipos de género se definen como un conjunto de creencias compartidas dentro de una cultura, sobre los atributos o características que poseen mujeres y hombres (Moya, 1998). Se puede identificar la doble dimensionalidad de los estereotipos de género (Rodríguez *et al.*: 2012): los *descriptivos* y los *prescriptivos*. Los estereotipos de género “descriptivos” determinan como “deben ser” los hombres y las mujeres en relación a las características intelectuales y de personalidad, así como en relación a la apariencia física; mientras que los estereotipos de género “prescriptivos” establecen las conductas o roles que “deben llevar a cabo” hombres y mujeres (conductas). A continuación ahondaremos en cada uno de ellos.

El carácter “descriptivo” de los estereotipos de género se centra básicamente en los *aspectos intelectuales* y los *rasgos de personalidad*, así como la *apariencia física* de hombres y mujeres. De modo que, en relación a los aspectos intelectuales a los hombres les “corresponde” la ciencia, la razón y la lógica; y a las mujeres la estética, la sensibilidad y la intuición. En lo que respecta a los rasgos de personalidad, a los hombres se les describe a través de la independencia, la asertividad y la dominancia; y a las mujeres se las describe desde la dependencia, la sensibilidad y el afecto. En relación a los rasgos físicos a los hombres se les describe como atléticos, activos, fuertes y vigorosos; y a las mujeres se las describe como delgadas, estáticas, débiles y frágiles. Estos rasgos y características en función del sexo biológico, contribuyen a configurar identidades femeninas y masculinas, de modo que frente al “yo” autónomo e independiente del hombre, a la mujer se la identifica con un “yo en relación”. La mujer socializada bajo el imperativo categórico “serás madre y te preocuparás por la vida y las relaciones” (Levinton: 1999). Esta dicotomía que describe a los hombres desde la *instrumentalidad*-autonomía y a las mujeres desde la *expresividad*-dependencia, se ha materializado en los conceptos opuestos de masculino-*agentic* frente a femenino-*communal* (Eagly: 1995).

Los estereotipos “prescriptivos” van a determinar el tipo de actividades y distribución de las ocupaciones para cada sexo (Pastor: 2000). De forma que los roles asignados para cada sexo se proyectan desde los estereotipos descriptivos, lo que implica reconocer que la existencia de papeles diferenciados para cada sexo es la consecuencia “natural” de asumir la existencia de características (rasgos de personalidad y apariencia física) diferentes. De modo que se considera que los hombres poseen los rasgos “necesarios” para ostentar el poder y gobernar las instituciones socio-económicas y políticas, justificando así el poder estructural

masculino (patriarcal), y relegando a la mujer al ámbito familiar y doméstico. Provocado la división del espacio público y privado como ámbitos separados para ambos sexos, apoderándose el hombre del espacio público o político (productivo) y relegándose a la mujer al espacio privado o doméstico (reproductivo).

Sin embargo, los cambios sociales acaecidos en las últimas décadas han motivado que las mujeres, una vez desarrollados mayores niveles de rasgos instrumentales, se hayan incorporado al mundo público, “reteniendo” sus obligaciones en el privado (Lameiras *et al.*: 2006). Lo que no ha sucedido a la inversa en sus compañeros, de modo que su escasa atención prestada al mundo privado, está condicionando su no asunción de rasgos expresivos. De forma, que las mujeres han hecho efectivo su trasvase al ámbito público pero los hombres no ha asumido más responsabilidades en el ámbito privado.

En los últimos años, son muchas las mujeres las que se ven obligadas a tomar iniciativas que cogen sus maletas, dejan a sus familias, sus países de origen, y emprenden un nuevo camino con la finalidad de mejorar la calidad de vida de su familia; el rol de las mujeres inmigrantes está cambiando, ya que dejan de ser sujetos pasivos y dependientes, pasan a convertirse en agentes activos, emprendedoras, luchadoras que se sacrifican para mejorar el estatus económico de sus familias o bien para buscar una vida mejor donde tengan mayores posibilidades de crecimiento personal y profesional. Sin embargo, en el momento de llegar a nuestro país se sienten “desarraigadas” porque se encuentran en un país extraño, con costumbres y culturas ajenas, sin familia y con sus expectativas frustradas, sobre todo las relativas al contexto profesional (F.M.P.: 2007).

El estudio llevado a cabo por Harraki (2007) que se centra en analizar el tipo de ocupaciones que desempeñan las mujeres inmigrantes en España, establece una clasificación de sus ocupaciones. Las mujeres inmigrantes trabajan principalmente en tres sectores como empleadas del hogar, cuidadoras de personas mayores, o en la prostitución.

En relación al *servicio doméstico*, aproximadamente el 80% de las mujeres inmigrantes que viven en España trabajan como empleadas domésticas (Aguilar: 2010). El servicio doméstico ha pasado a convertirse en una ocupación de inmigrantes (Harraki: 2007). Casi un 20% del total de mujeres extranjeras afiliadas a la Seguridad Social cotiza en el Régimen Especial de Empleadas del Hogar: 63% son filipinas,

40.25 son dominicanas, 37.7% peruanas, 29.9% ecuatorianas y 27.9% colombianas (Moya y Puertas: 2008). Sin embargo, se hace necesario ser muy prudente con estas cifras, ya que probablemente sean muy inferiores a la realidad, dada la gran cantidad de mujeres que trabajan de forma irregular (sin darles de alta en la Seguridad Social) en el servicio doméstico. Aunque la ley anterior así lo permitía, ya que si trabajaban menos de veinte horas semanales no era necesario tener un contrato laboral. Ahora, a partir de enero 2012 cambia la ley que establece como obligatoriedad de tener un contrato laboral a la persona del servicio doméstico independientemente del tiempo de trabajo.

Por su parte, Parella (2005) se centró en estudiar los mecanismos de asignación de los puestos de trabajo a mujeres autóctonas e inmigrantes que siguen las empresas de servicios domésticos. Los resultados mostraron que los empresarios a la hora de contratar lo hacen en función a los estereotipos y prejuicios en función al género y a la etnia. De manera que prefieren contratar principalmente a mujeres extranjeras para el trabajo doméstico. Pero dependiendo la modalidad del trabajo, también tienen sus propias preferencias. Si se necesita una persona de servicio doméstica en régimen de internas, se prefieren a las latinoamericanas que consideran que son más dóciles y cariñosas; mientras que si necesitan a una trabajadora doméstica por horas recurren a las mujeres autóctonas porque tienen la creencia que son más rápidas, efectivas y más limpias. Otro resultado significativo, es que los clientes prefieren a mujeres extranjeras para trabajar en sus casas porque les sale más barato, ya que les van a pagar menos sueldo, van a trabajar más horas y que van a ser menos exigentes que las autóctonas (Parella: 2005).

Otra de las actividades de preferente ocupación de mujeres inmigrantes es la de *Cuidado de enfermos/as* o personas mayores (Harraki: 2007). El cuidado de personas enfermas se ha convertido en un medio complementario asistencial, que palia las escasas dotaciones y medios que los poderes públicos dan a estas necesidades. La falta de regulación legal conlleva a cometer abusos laborales con horarios exhaustivos incluso con turnos nocturnos, y sobre todo una remuneración económica muy baja.

Y finalmente, otra de los sectores en los que se encuadran las mujeres inmigrantes es el de la *Prostitución* (Harraki: 2007). Muchas mujeres inmigrantes que se encuentran en el mundo de la prostitución, llegaron de la mano de mafias, engañadas, con expectativas falsas de buenos trabajos que finalmente no existen, les

retiran sus documentos de identificación, y se ven sometidas a extorsiones y amenazas hacia sus familias y así como, con deudas impagables. En esta situación las mujeres inmigrantes tienen una gran desprotección jurídica, ya que debido a su situación de irregulares, pueden ser expulsadas en 48 horas de España por estar realizando actividades ilegales en territorio español. Esta medida legal hace que en muchas ocasiones las mujeres inmigrantes extorsionadas y obligadas a ejercer la prostitución, no interpongan denuncias. En relación a este fenómeno de la prostitución se adolece de estadísticas reales que nos aporten una idea de la magnitud de este fenómeno. Lo que si está claro, es que la cifra de mujeres inmigrantes está lejos de disminuir, hecho favorecido por la inmigración ilegal (Amnistía Internacional: 2005). Según el último informe del Instituto de la Mujer (2010), en el año 2009, se interpusieron 2849 denuncias de mujeres extranjeras víctimas de prostitución, de las cuales 939 eran europeas (principalmente rumanas), 1453 eran brasileiras y dominicanas, 122 nigerianas y 19 asiáticas.

Esta realidad sociolaboral en la que viven las mujeres inmigrantes conlleva una doble limitación. Por un lado, las barreras que su propio género les impone en relación al mercado laboral; y por otro, las dificultades que se encuentran por ser inmigrantes. De forma, que estas mujeres se ven abocadas a ocupar trabajos ilegales, mal remunerados, con nulo prestigio o inexistente protección social. Estos condicionamientos la llevan ser más vulnerable frente a la violencia de género. A continuación abordaremos las problemática de la violencia de género en relación a las mujeres inmigrantes.

La mujer inmigrante y la violencia de género

En la actualidad, la violencia de género se considera uno de los problemas más importantes con los que se enfrenta la sociedad, no sólo por la enorme magnitud del fenómeno, sino también por la gravedad de las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo. Para abordar el tema de la violencia de género en mujeres inmigrantes se hace imprescindible tener en cuenta el contexto cultural al que pertenecen así como su proyecto migratorio (Montañés y Moyano: 2006). El fenómeno de la inmigración aumenta la vulnerabilidad de las mujeres ya que experimentan las expresiones más hostiles de su cultura patriarcal de pertenencia (Sakalli: 2001). De manera que el género, la etnia, la cultura y la propia situación migratoria interaccionan

con la aceptación de la violencia y con las reglas patriarcales sustentadas por las propias mujeres (Espin: 1994). Esto nos lleva a que si una mujer está educada en una cultura en la que la violencia está normalizada en sus vidas, posiblemente la acepta y no a pedir ayudar, ni tampoco a denunciar a su agresor.

Ante la alarmante realidad que estaba provocando la muerte cada año de más mujeres en España, como una respuesta institucional se aprueba en diciembre de 2004, la primera Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en España (BOE 313, 29 de diciembre de 2004) lo que supone inicialmente un relevante y significativo espaldarazo jurídico para la erradicación de esta problemática. Esta ley, en sus artículos 17.1 y 30.4, concede a las mujeres inmigrantes, por primera vez, un reconocimiento institucional, ya que se considera que integran un colectivo especialmente vulnerable ante la violencia de género. Su situación hace muy difícil que puedan escapar de la espiral de la violencia de género a la que se ven sometidas. El hecho de no tener “papeles” les limita la posibilidad de emancipación económica para separarse de su agresor, de contar con apoyo familiar ya que están en otro país con la única compañía de su agresor, y además de los celos que suelen tener al cuerpo policial debido a su situación de indocumentadas (Lameiras, Carrera y Rodríguez: 2009).

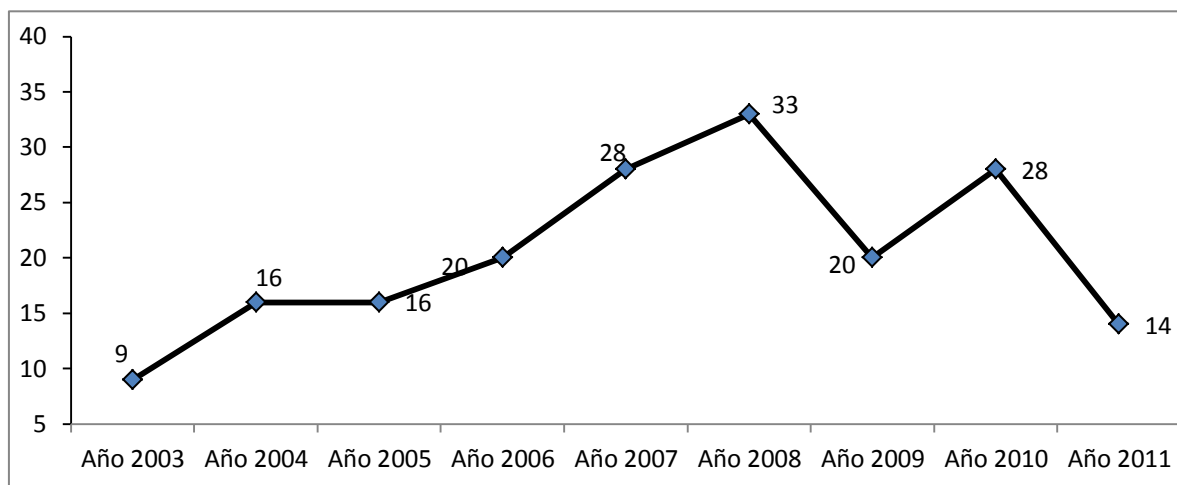
Como una medida de protección más para las mujeres víctimas de violencia de género en situación irregular, se aprobó el Reglamento de Extranjería (RD 2393/2004) que les permite solicitar una autorización de residencia temporal por circunstancias excepcionales para aquellas víctimas de violencia de género indocumentadas que obtuvieran una orden de protección. Así en el año 2006 con la aprobación del Real Decreto 1369/2006, se dispone la flexibilización de los requisitos para acceder a la Renta Activa de Inserción, en los que se elimina el supuesto de la necesidad de contar con una autorización de trabajo par acceder a este tipo de ayuda económica. En la actualidad, como un paso más en las medidas de atención a las mujeres inmigrantes, se acaba de aprobar el Plan de Atención y Prevención de la Violencia de Género en Población Extranjera Inmigrante (2009-2010) que tiene como finalidad crear las condiciones adecuadas para abordar el problema de la VG atendiendo a las circunstancias específicas de la población extranjera con el objeto de mejorar la atención y la prevención desde una perspectiva global. Sin embargo a pesar de contar con medidas de protección dirigidas específicamente hacia el colectivo de mujeres inmigrantes, las cifras de femicidio siguen siendo preocupantes.

De forma, que el número de mujeres inmigrantes muertas por violencia de género muestra la cara más dura y dramática de este fenómeno. Si tomamos como referencia tanto las estadísticas publicadas en un informe por el Consejo General del Poder Judicial en su Observatorio contra la violencia de género y doméstica (2010) como las del Instituto de la Mujer en el Observatorio contra la violencia de género (2011), un total de 540 mujeres han muerto por violencia de género a manos de sus parejas o ex-parejas desde el año 2003, siendo 179 mujeres extranjeras. Estas cifras ponen al descubierto que la violencia de género, cada vez más, se visibiliza el colectivo de mujeres inmigrantes en España.

Al analizar detalladamente las cifras de mujeres extranjeras muertas desde el año 2003 hasta finales del año 2011 encontramos una evolución ascendente con dos picos importantes. El primero se sitúa en el año 2007, con 28 mujeres asesinadas por sus parejas o ex_parejas y en el año 2008 que se convierte en el más trágico, mataron a 33 mujeres extranjeras, que representan el 44% de las víctimas de ese mismo año. En el año 2010 se produce nuevamente un aumento de nueve mujeres muertas en relación al año anterior. Finalmente en este último año en el 2011, se puede observar un descenso en el número de femicidios aunque la cifra sigue siendo preocupante, (ver figura 1).

En relación a la nacionalidad específica de las víctimas, encontramos que de las 55 mujeres muertas en el año 2009, 34 eran españolas, 5 europeas, 1 africana, 13 americanas y 1 asiática. Si analizamos las medias de edad de las víctimas inmigrantes, nos encontramos que el 48.6% de estas mujeres eran menores de 30 años, el 27.9% están entre los 31 y 40 años, y el 23.6% tenían más de 40 años.

Figura 1. Evolución de los Femicidios de mujeres Inmigrantes 2003-2011



Fuente: Instituto de la Mujer, Observatorio de Violencia de Género (2011).

Por último, para obtener una visión más amplia de la magnitud del problema de la violencia de género en mujeres no españolas, tomamos como referencia los datos relativos a las denuncias. En el año 2010, unas 4.373 mujeres no españolas denunciaron a sus agresores, de las cuales desafortunadamente el 42% retiraron la denuncia (1.670 mujeres). De las mujeres que solicitaron medias de protección contra su agresor, el 66% eran españolas y el 34% eran extranjeras. Este dato nos pone de manifiesto, que las mujeres inmigrantes son cada vez más conscientes de que tienen derechos y que pueden protegerse de sus parejas o ex_parejas agresoras. Aunque siguen teniendo fuertes razones que les llevan a no interponer o a bien a retirar las denuncias a sus agresores. Ya que presentar denuncias ante la policía se convierte en un riesgo que difícilmente ninguna quiere correr, debido a que la reciente Ley de Extranjería ha agravado las cosas, al propiciar la expulsión por carencia de permiso de residencia. En los casos de mujeres residentes en España por reagrupación familiar, con una dependencia absoluta del marido, no suelen denunciar, porque quedarían sin su protección y, abocadas a formas de irregularidad. Y finalmente, emprender acciones legales contra su pareja añadiría una mayor carga emocional y traumática a sus vidas, que las llevaría a un “nuevo desarraigo” (rechazo de familia, amigos/as).

Conclusión

A lo largo de este artículo hemos reflexionado sobre la situación en la que vive la mujer inmigrante en España, analizando cómo los estereotipos de género y de etnia irrumpen en su vida, produciendo una doble discriminación, por el simple hecho de ser mujer, que la limita en su desarrollo personal y sobre todo en su inmersión en el ámbito laboral, ya que la relegan a trabajos precarios, exentos de derechos y de asistencia, con sueldos mínimos y con horarios laborales extralimitados. Esta situación en la que están inmersas unido a la cultura patriarcal a la que pertenecen las llevan a ser las más vulnerables frente a la violencia de género. Esta situación de vulnerabilidad e indefensión a la que se ven sometidas las mujeres inmigrantes debido a la violencia de género ha quedado reflejado “claramente” en el análisis de los datos abordados. De manera que, tanto las cifras presentadas de denuncias sobre los malos tratos como los que hacen referencia a sus consecuencias más graves, los femicidios a manos de sus parejas o ex-parejas, revelan la sobre-exposición que tienen las mujeres inmigrantes a sufrir violencia de género.

Por lo tanto, a pesar de que existe conciencia social y política del grave problema de las mujeres con la violencia de género, y en particular de las mujeres inmigrantes, hasta ahora los esfuerzos por atajar esta lacra social no ha dado los frutos esperados, y por ello, hay que reforzar las estrategias de lucha contra la violencia de género, así como contar con la implicación de todos los sectores de la población (sanitarios, educativos, mass media, políticos, económicos) para conseguir su erradicación.

Referencias

AGUILAR, MJ. 2010. *Mujeres inmigrantes en el servicio doméstico*. Madrid: Instituto de la Mujer.

AMNISTIA INTERNACIONAL (2005) *Inmigrantes indocumentadas: ¿hasta cuando sin protección frente a la violencia de género?* [online]. Disponible en: <http://www.amnistiainternacional.org> [consultado: 10-10-2011].

CONSEJO GENERAL del PODER JUDICIAL (2010). *Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o de la ex-pareja en 2009* [online]. Disponible en:

http://www.observatoriovioencia.org/upload_images/File/DOC1272275712_info_rme_muertas_2009.pdf [consultado: 20-10-2010].

- EAGLY, A. 1995. "The science and politics of comparing women and men". *American Psychologist*. mar. 1995, Vol.50, no. 3, p. 145-158.
- ESPIN, O. 1994. "Feminist approach". En: COMAS-DÍAZ, L. y GREENE, B. (eds.). *Women of color: integrating ethnic and gender identities in psychotherapy*. New York: Guilford. pp. 245-162.
- F.M.P. 2007. *Mujeres inmigrantes y violencia de género*. Madrid: Federación de Mujeres Progresistas.
- HARRAKI, S. 2007. "La mujer inmigrante en España: análisis de la situación". En: *Actas del III Congreso Estatal FIIO sobre igualdad entre mujeres y hombres*. Castellón: Publicacions de la Universitat Jaume, Fundación Isonomía. p. 29-39.
- INSTITUTO de la MUJER (2010). *Informe de violencia de género* [online]. Disponible en: www.inmujer.es [consultado: 20-10-2011].
- INSTITUTO de la MUJER (2011). *Observatorio estatal de la violencia de género*. Disponible en: <http://www.observatoriovioencia.org/informes.php?id=10> [consultado: 12-09-2011].
- LAMEIRAS, M., RODRÍGUEZ, Y., CALADO, M., FOLTZ, M., CARRERA, MV. 2006. "Expressive-Instrumental traits and sexist attitudes among Spanish university professors". *Social Indicators Research*. feb. 2006, Vol.80, p. 583-599.
- LAMEIRAS, M., CARRERA, M. V., RODRIGUEZ, Y. R., 2009. "Violencia de Genero: Ideología Patriarcal y actitudes sexistas". En IGLESIAS I., LAMEIRAS, M. (eds.). *Violencia de género: Perspectiva jurídica y psicosocial*. Valencia: Tirant lo blanch. p. 117-151.
- LEVINTON, N. 1999. "El superyo femenino". *Aperturas Psicoanalíticas*. 1999, Vol.1, p. 2-17.
- LEY ORGÁNICA 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, (BOE nº. 313 de 29 de diciembre de 2004).
- MONTAÑÉS, P., MOYANO, M. 2006. "Violencia de género sobre inmigrantes en España: un análisis psicosocial". *Pensamiento Psicológico*. ener./jun. 2006, Vol.2, no.6, p. 21-32.

- MOYA, M. 1998. "Estereotipia de género". En: BARON, RA., BYRM, D. *Psicología social*. Madrid: Prentice Hall. p. 208-211.
- MOYA, M., PUERTAS, S. 2008. "Estereotipos, inmigración y trabajo". *Papeles del Psicólogo*. 2008, Vol.29, no.1, p. 6-15.
- PAJARES, M. 2011. "España: país de inmigración". En: *Informe del Foro con-fluencia: inmigración y violencia de genero*. Madrid: Instituto de la Mujer. p. 52-60.
- PARELLA, S. 2005. "Reclutamiento de trabajadoras inmigrantes en las empresas de servicios de proximidad en el Área Metropolitana de Barcelona". *Reis*. 2005, Vol.108, no.4, p. 179-198.
- PASTOR, R. 2000. "Aspectos psicosociales de la asimetría genérica: rupturas, cambios y posibilidades". En: FERNÁNDEZ, J. (ed.). *Intervención en los ámbitos de la sexología y de la generología*. Madrid: Pirámide. p.217-246.
- R.D. 1369/2006, de 24 noviembre, por el que se regula el programa de renta activa de inserción para desempleados con especiales necesidades económicas y dificultad para encontrar empleo. (BOE nº5, de 30 noviembre).
- R.D. 2393/2004, de 30 diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. (BOE nº6, de 7 de enero).
- RODRIGUEZ, Y. R., LAMEIRAS, M., CARRERA, M. V., MAGALHAES, M. J., 2012. "Estereotipos de género y la imagen de la mujer en los Mass Media". En I. C. IGLESIAS, M., LAMEIRAS (eds.). *Comunicación y justicia en violencia de género*. Valencia: Tirant lo Blanch. p. 37-69.
- SAKALLI, N. 2001. "Beliefs about wife beating among Turkish college students: the effects of patriarchy, sexism and sex differences". *Sex Roles*. may. 2001, Vol. 44, p. 599-610.

Pregnant women immigrants in Portugal: Why they left their country?

Emília Coutinho

Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, Escola Superior de Saúde de Viseu,
Instituto Politécnico de Viseu. ecoutinhoessv@gmail.com

Alcione Leite Silva

Universidade de Aveiro. alsilva@ua.pt

Carlos Pereira

Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, Escola Superior de Saúde de Viseu,
Instituto Politécnico de Viseu. carlospereiraviseu@gmail.com

João Duarte

Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, Escola Superior de Saúde de Viseu,
Instituto Politécnico de Viseu. duarte.johnny@gmail.com

Cláudia Chaves

Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, Escola Superior de Saúde de Viseu,
Instituto Politécnico de Viseu. claudiachaves21@gmail.com

Vitória Parreira

Centro de Investigação e Intervenção Educativas e Escola Superior de Enfermagem do Porto.
vitvik@gmail.com

Paula Nelas

Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, Escola Superior de Saúde de Viseu,
Instituto Politécnico de Viseu. pnelas@gmail.com

Miriam Vieira

Hospital de Faro. miriam@hdfaro.min-saude.pt

Custódia Barreto

Hospital de Portimão. ecserobs@hbalgarvio.min-saude.pt

Abstract

In recent years, Portugal has gone from a predominantly emigrant country to one that receives immigrants. The intention is to get to know pregnant immigrants and identify the reasons for coming to Portugal. This is a cross-sectional study with 499 postpartum women immigrants in hospital, questioned 24 hours after delivery. The average age is 29, primarily from Portuguese speaking countries, married, with up to 12 years of schooling, living in Portugal for over a year, with a residence permit, with an unskilled profession, some not employed, majority Catholic, living with three or more people in rented homes with three or more rooms in the city, not car owners. The immigrant mothers stated that their reasons for immigrating were essentially socio-economic, such as seeking better living conditions, lack of jobs and money in their country of origin, the greater proximity to family, and positive references of Portugal.

Keywords: Reasons, Immigration, Pregnant immigrants

EMBARAZADAS INMIGRANTES EN PORTUGAL: ¿por qué dejan su país?

Resumen

En los últimos años, Portugal, país de emigrantes, se convirtió en un país de destino. Se pretende conocer a las embarazadas inmigrantes e identificar el motivo por el que vinieron para Portugal. Estudio transversal, con 499 puerperas inmigrantes, ingresadas en los hospitales, sondadas 24h después del parto. La Media es de 29 años de edad, en su mayoría procedentes de países de habla portuguesa y casadas, con escolaridad hasta los 12 años, viviendo en Portugal hace más de un año, con autorización de residencia, con una profesión no cualificada, unas con empleo y otras no, en su mayoría católicas, viviendo con tres o más personas, en casas alquiladas, con tres o más habitaciones, en la ciudad, no tienen coche propio. Las madres inmigrantes manifestaron que los motivos fundamentales para venir a Portugal fueron motivos socio-económicos como búsqueda de mejores condiciones de vida, falta de empleo y de dinero en su país de origen; mayor proximidad con familiares; e informaciones positivas del país.

Palabras-clave: Motivos, Inmigración, Embarazadas Inmigrantes

GRÁVIDAS IMIGRANTES EM PORTUGAL: porque deixam o seu país?

Resumo

Nos últimos anos Portugal passou de país predominantemente emigrante para país de destino. Pretende-se conhecer as grávidas imigrantes, e identificar o motivo da sua vinda para Portugal. Estudo transversal, com 499 puérperas imigrantes, internadas, inquiridas 24h após o parto. Média de 29 anos de idade, maioria originária de países lusófonos e casada, com habilitações literárias até aos 12 anos de escolaridade, a residir em Portugal há mais de um ano, com título de residência, com uma profissão não qualificada, umas empregadas outras não, sobretudo católicas, a viver com três ou mais pessoas, em casas arrendadas, com três ou mais assoalhadas, na cidade, não possuem viatura própria. As mães imigrantes declararam, essencialmente, os motivos socioeconómicos como a procura de melhores condições de vida, a falta de emprego e de dinheiro no seu país de origem; a maior proximidade com familiares, e referências positivas do país para a vinda para Portugal.

Palavras-chave: Motivos, Imigração, Grávidas Imigrantes

Introdução

A distribuição global de recursos, no panorama mundial, é extremamente desigual, o que se traduz num importante factor impulsionador da migração de pessoas (UNDP: 2009). O crescimento demográfico e os reduzidos salários nos países de origem, contrastando com o envelhecimento populacional e elevados salários nos países de acolhimento constituem as principais motivações para os movimentos migratórios (Nkuhlu and Singh: 2010). Desde 1970, o número de migrantes internacionais quase triplicou e as estimativas para 2050 prevêem cerca de 230 milhões de migrantes em todo o mundo (OECD: 2007). Só na região europeia existem cerca de 75 milhões, correspondendo a 8,4% da população total e a 39% dos

migrantes do mundo inteiro (WHO: 2010). No entanto, publicações recentes dão conta de uma tendência de abrandamento do que foi muito recentemente um aumento migratório considerável no contexto mundial (OECD: 2011) e português (SEF: 2011). Neste sentido, poderíamos dizer que com o atual cenário político e financeiro no contexto europeu, Portugal tornou-se um país menos atrativo em termos de oportunidades socioeconómicas, à semelhança de outros países mais pobres.

Este facto merece consideração na medida em que a população imigrante contribui para o crescimento demográfico de muitos países da OCDE, nomeadamente de Portugal (OECD: 2011). A sua relevância é maior face ao Relatório sobre a “Situação da População Mundial 2011”, que apresenta Portugal com a 2ª taxa de fecundidade mais baixa do mundo, com 1.3 filhos por casal (UNFPA: 2011). Deste modo, o fenómeno migratório para Portugal reveste-se de fundamental importância, não só para o incremento da população, como para a revitalização do mercado e da força de trabalho.

Considerando o relatório referido (UNFPA: 2011), os países pobres tendem a ser os mais populosos e apresentar números migratórios mais elevados. O fluxo emigratório destes países deve-se, em grande parte, a motivos socioeconómicos, e naturalmente, à procura de trabalho e de melhores condições de vida (Fonseca: 2009; Fonseca *et al.*: 2005; Fonseca *et al.*: 2009; Freire *et al.*: 2008; Machado *et al.*: 2006; Ruivo: 2006).

Vários estudos caracterizam os imigrantes como um grupo social vulnerável (Silva: 2004; Silva: 2008) do ponto de vista da saúde pública, situando-os nos escalões socioeconómicos mais baixos, registando deficientes condições de habitação e um acesso limitado aos cuidados de saúde (Fonseca *et al.*: 2005; Machado *et al.*: 2006; Malheiros *et al.*: 2009; Rechel *et al.*: 2011; Sampaio: 2009). Estes e outros fatores que se associam à imigração são importantes determinantes da procura de cuidados de saúde bem como das condições de saúde das populações onde os imigrantes se inserem (UNFPA: 2011). A saúde das populações migrantes tem sido cada vez mais uma das preocupações dos países da União Europeia, como o é de Portugal, de profissionais e investigadores (Ramos: 2009).

O aumento do número de imigrantes a viverem em Portugal registado na última década e o mesclado cultural que lhe está associado têm levado a que o estado, em geral, e cada cidadão em, particular, assumam novas responsabilidades (Padilla *et al.*:

2009). Esta mistura de culturas constitui um grande desafio, nomeadamente no que concerne à promoção da saúde em geral e à prevenção de doenças específicas entre os diferentes povos (Carballo *et al.*: 2008). No contexto da migração internacional, a especificidade do cuidado em saúde materna e obstetrícia merece destaque. A vulnerabilidade das mulheres aos abusos cometidos contra os direitos humanos (UNFPA: 2006) é uma preocupação acrescida na situação de gravidez. Dos oito objetivos de desenvolvimento do milénio até 2015, apresentados pelas Nações Unidas, o 5º objetivo é melhorar a saúde materna, tanto diminuindo a mortalidade e morbilidade em âmbito mundial, como promovendo a saúde da mulher, nomeadamente no acesso universal à saúde reprodutiva (United Nations: 2010). A nível mundial, vários organismos manifestam preocupação com a saúde da mulher. Exige-se que esta atenção seja redobrada não só por se tratar da saúde da mulher grávida, já por si considerada como particularmente vulnerável a problemas de saúde (Machado *et al.*: 2009; Reeske and Razum: 2011), mas também se referir a um grupo vulnerável de mulheres imigrantes. Parafraseando Fonseca (2009), podemos referir que as características da habitação e do meio onde residem as mulheres imigrantes influenciam não só a saúde mas também a qualidade de vida e muitos outros domínios da esfera social.

Apesar da importância desta área, há em Portugal uma lacuna considerável de estudos que analisem o fenómeno da imigração (Fonseca and Malheiros 2005) sobretudo quando associado à maternidade. A investigação foi desenvolvida para responder aos seguintes objetivos: Explorar as características socioeconómicas e demográficas de mulheres imigrantes a viver a experiência da gravidez e da maternidade em Portugal, bem como os motivos que levaram estas mulheres a imigrar para Portugal.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal e descritivo. Para a recolha de dados foi utilizado um protocolo de avaliação constituído por perguntas fechadas, mistas e abertas, relativas aos dados de caracterização socioeconómica e demográfica e os motivos que levaram as mães a imigrar para Portugal.

A amostra é constituída por 499 mães imigrantes inquiridas no 2º e no 3º dia de puerpério. A recolha de dados decorreu entre 2009 e 2011 em 22 maternidades /

hospitais portugueses, após aprovação pela Comissão Nacional de Protecção de Dados e Comissões de Ética de todos os hospitais envolvidos. Os critérios de inclusão foram: (i) Residir em Portugal há pelo menos 3 meses; (ii) Ter realizado a vigilância da gravidez, ou parte dela, em Portugal, (iii) Ter realizado a vigilância do trabalho de parto e pós-parto num Hospital/Maternidade Português; (iv) Ter mais de 24h pós-parto; (v) Compreender a linguagem do questionário; (vi) Aceitar participar no estudo.

A análise estatística foi efectuada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS for Windows 19),

Resultados

Das 499 mães imigrantes que fazem parte da amostra, 84,7% encontravam-se na idade reprodutiva recomendada pela Organização Mundial de Saúde, entre os 19 anos e os 35 anos, sendo a média de idades de 29 anos; 2,2% eram adolescentes grávidas; 34,2% das mulheres eram mães sozinhas; 65,1% delas tinham até 12 anos de escolaridade; 88,1% das mães estavam há mais de um ano em Portugal e 10,7% encontravam-se em situação ilegal. Relativamente à comunicação, 6,6% das mães imigrantes necessitaram de intérprete, não tendo sido facultado intérprete a 79,2% destas; 24,4% delas referiram ter sentido dificuldades acrescidas por isso. As nacionalidades mais representadas foram: brasileira (36,3%), seguida da cabo-verdiana (11,7%), angolana (9,3%), ucraniana (7,3%), romena (6,8%), guineense (4,2%), moldava (3,2%), francesa (2,6%), alemã (2,6%), e são-tomense (2%). É de realçar que 64,7% da população imigrante é de países lusófonos, sendo mais de dois terços da amostra (69%) de países de expressão latina.

Do total, 61% das mães não possuíam qualquer qualificação para o trabalho; 50% estavam desempregadas; e 28,4% referiram ter tido dificuldade em arranjar emprego. O rendimento mensal familiar de 54,8% das mães foi inferior a 500 euros e de 25,2% variou entre 501 e 1000 euros/mês. A maioria das mães imigrantes, 73,1%, é crente em alguma religião, sendo que destas, 59,9% professavam a religião católica. Para 70,9% das mães, o motivo da escolha da maternidade para o nascimento do filho decorreu da proximidade geográfica à área de residência. A maior parte das mães, 72,5%, residia em meio urbano; 72,9% delas viviam com 3 ou mais pessoas; e 64,5% habitavam casas com 3 assoalhadas, sendo que se verificou um alto índice de aglomeração (> 1) 40,7%. Dos dados recolhidos relativos à habitação, 71,6% das

mães viviam em casas que não eram suas; 97,7% em casas com saneamento; 100% tinham casa de banho e eletricidade; 99,8% água canalizada; e 64,4% acesso à internet em casa. Cerca de 36,1% das mães imigrantes enviavam dinheiro regularmente para familiares que se encontram no seu país de origem.

No que se refere aos dados de caracterização dos companheiros das mães imigrantes, a média de idades foi de 33 anos; 32,7% possuíam nacionalidade portuguesa; 34,8% tinham entre 10 e 12 anos de escolaridade, 33,3% possuíam habilitações inferiores ou iguais ao 9º ano de escolaridade; 35,1% trabalhavam em profissões não qualificadas, e 53,1% deles não possuíam qualquer qualificação para o trabalho; 57% encontravam-se nos grupos profissionais dos administrativos/operários/artífices. Cerca de 9 em cada 10 estavam empregados (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra de mães imigrantes

Variáveis	Mães Imigrantes		Variáveis	Mães Imigrantes	
	N	%		N	%
Idade da mulher (N=465)			Nacionalidade da mulher (N=499)		
<= 18	10	2,2	Países de expressão latina (lusófonos 323-64,7%)	344	69,0
19-34	394	84,7	Países de Leste	98	19,6
>= 35	61	13,1	Outras nacionalidades	57	11,4
Média-29,2Anos, (Max-45) (Min-16)Desvio Padrão - 5,6]			Escolaridade (N=452)		
Estado civil (N=465)			<= 9.º Ano escolaridade	134	29,7
Casada	306	65,8	10.º-12.º Ano escolaridade	160	35,4
Não casada	159	34,2	> 12.º Ano de escolaridade	158	34,9
Profissão da mulher (N=450)			Situação profissional da		

Quadros superiores	54	12	mulher (N=460)			
Administrativos/Operadores	120	27		Empregada	230	50
Sem qualificação	276	61		Não empregada	230	50
Tempo de residência em Portugal (N=446)			Religião da mulher (N=337)			
<1 Ano	59	11,9	[125 (26,9%) sem religião]			
1-5 Anos	223	45,0	Católica	202	59,9	
>5 Anos	21	43,1	Evangélica	67	19,9	
Situação de cidadania (N=441)			Ortodoxa	27	8,0	
Illegal	47	10,7	Protestante	9	2,7	
Legal	394	89,3	Muçulmana	8	2,4	
Barreiras no acesso ao trabalho (N=51)			Outras	24	7,1	
Discriminação	20	39,2	Motivos para a escolha da maternidade (N=415)			
Falta de emprego	17	33,3	Área de residência	294	70,9	
Falta de formação	4	7,8	Qualidade do serviço	63	15,2	
Barreiras linguísticas	7	13,7	Aconselhamento em saúde	55	13,3	
Morar longe	7	13,7	Situação de emergência	2	,4	
Precaridade laboral	3	5,9	Proximidade de familiares	1	,2	
Nº de pessoas do agregado familiar (N=465)			Local de residência (N=465)			
1-2	126	27,1		337	72,5	
3-4	253	54,5	Meio urbano	128	27,5	
>= 5	86	18,4	Meio rural			
			Nº assoalhadas (N=465)			
			<= 3	300	64,5	
			>= 4	165	35,5	

Rendimento familiar N=387			Viatura Própria (N=458)		
<=500€	213	54,8	Sim	190	41,5
501€-1000€	98	25,2	Não	268	58,5
>1000€	78	20,0			
Idade do Companheiro			Situação profissional do Companheiro (N=457)		
Média-32,8 Anos	465	100	Empregado	394	86,2
Max-65) (Min-19)			Desempregado	63	13,8
Desvio Padrão - 7,0]					
Escolaridade do companheiro (N=441)			Profissão atual do Companheiro (N=442)		
<= 9.º ano de escolaridade	147	33,3	Quadros superiores	35	7,9
10.º-12.º ano de escolaridade	154	34,8	Administrativos/Operadores	252	57,0
> 12.º ano de escolaridade	140	31,9	Sem qualificação	155	35,1

Cada mulher identificou um ou mais motivos para emigrar para Portugal, pelo que a soma de todas as percentagens ultrapassa os 100%. Um total de 83,1% referiram motivos socioeconómicos como a procura de melhores condições de vida, a falta de emprego e de dinheiro no país de origem para a sua vinda para Portugal; 71,7% apontaram a proximidade de familiares; 65,4% as referências positivas deste país;. Com percentagens menores foram referidos outros motivos como: melhor sistema de saúde em Portugal do que no seu país de origem (3,3%); fuga da guerra no seu país de origem (2,6%); progressão nos estudos (2%); realização de um projeto religioso (1,3%); e ainda motivos afetivos (1%). Na Tabela 2 apresentam-se as subcategorias respectivas, decorrente da análise de conteúdo realizada.

Tabela 2. Motivos para a imigração das grávidas para Portugal

Categoria	Subcategorias	N	%	Sub-subcategorias
Motivos que levam as mulheres a viverem a experiência da gravidez e da maternidade longe do seu país de origem	Motivos socioeconómicos (procura de melhores condições de vida, falta de emprego e de dinheiro no país de origem)	329	83,1	<p>“Procura de uma vida mais confortável”</p> <p>“Procura de melhores condições de vida” “Falta de emprego, na minha área profissional, no meu país”</p> <p>“Aqui trabalho na minha área profissional”</p> <p>“Falta de dinheiro no país de origem”</p>
	Estar próximo de familiares	284	71,7	<p>“Marido transferido para Portugal”</p> <p>“Apoiar o marido”</p> <p>“Filha de pais Portugueses, mas de nacionalidade estrangeira, proximidade com eles”</p> <p>“Decisão dos pais, por terem cá família”</p> <p>“Veio para estar com os pais”</p>
	Ter referências positivas deste país	259	65,4	<p>“Gosto pelo país”</p> <p>“Curiosidade em conhecer Portugal”</p> <p>“Procura de aventura neste país”</p> <p>“Por vir de Férias, querer conhecer inicialmente”</p> <p>“Vontade própria de conhecer o país”</p> <p>“Pelo Clima”</p>

Portugal apresentar melhor sistema de saúde	13	3,3	<p>“Por estar grávida, e procurar melhores cuidados”</p> <p>“Para ter bebé em melhores condições de saúde”</p> <p>“Para fazer tratamento médico, que se prolongou”</p> <p>“Para uma avaliação médica, em Portugal”</p>
Para fugir à guerra no seu país de origem	10	2,6	<p>“Fugir da guerra em Angola”</p> <p>“Querer fugir à Guerra e à falta de segurança”</p>
Para progressão nos estudos	8	2	<p>“Para estudar”</p> <p>“Para fazer uma formação superior”</p>
Por ser um projeto religioso	5	1,3	<p>“Por questões religiosas”</p> <p>“Com um grupo de oração evangelizador”</p> <p>“ Como missionária”</p>

Discussão

As características socioeconómicas e demográficas, de cada mulher imigrante, considerando o seu próprio país de origem são condições determinantes na capacidade de imigrar, de aceder ao emprego, à habitação, à educação, à saúde e são também determinantes no cumprimento dos seus direitos e na integração social no país de acolhimento.

As barreiras enfrentadas pelas mulheres imigrantes do estudo para encontrar emprego aparecem relacionadas com a discriminação, a falta de emprego, a falta de formação, as barreiras linguísticas e as más condições de trabalho ou dificuldades no seu acesso. Estas mesmas e outras barreiras são apresentadas por vários organismos

e estudos sobre imigrantes (Bloomberg and Gatling: 2009; Fonseca *et al.*: 2005; Ingleby *et al.*: 2005; Silva: 2004; Silva: 2008), fazendo com que mereçam ser monitorizadas pelos diferentes países e eliminadas. Nomeadamente no cuidado de saúde, a barreira linguística é referida com destaque nos estudos que focam migração internacional e saúde (Ingleby: 2011; Paillard: 2011) com prejuízos para a saúde dos imigrantes (Priebe *et al.*: 2011) sendo que alguns sistemas de saúde da Europa falham sistematicamente em não reconhecerem a importância desta barreira no empobrecimento dos cuidados (Paillard: 2011). Neste estudo, este aspeto não foi grandemente destacado tendo em vista que 64,3% das mães pertenciam aos PALOP, o que justificou que apenas 6,6% tenham referido dificuldades com a comunicação, associado ao facto de 88,1% residirem em Portugal há mais de um ano, estando mais familiarizadas com a língua. No entanto, esta é uma barreira que pode ser ultrapassada fornecendo intérpretes, bem como mediadores culturais no sentido de promover a comunicação e o entendimento entre profissionais e clientes. A formação de profissionais de saúde com competência cultural também poderá ajudar a reduzir as barreiras sociais e culturais (Paillard: 2011; WHO: 2010). A discriminação no acesso ao trabalho foi uma das barreiras apresentadas por 39,2% destas mães. Tem sido bastante estudado nas últimas décadas os efeitos negativos da discriminação na saúde, segurança e bem-estar dos imigrantes (Agudelo-Suárez *et al.*: 2011), o que se traduz não só em prejuízo para a sua saúde como em gastos para a sociedade em geral, para além de revelar o sexismo e intolerância das sociedades.

A ilegalidade no país gera uma situação de grande vulnerabilidade, dada a exclusão social a bens e recursos importantes à vida humana. Do total da amostra, 10,7% encontram-se em situação ilegal, à semelhança do referenciado por outros estudos (Silva: 2004; Silva: 2008). Esta situação pode ser substancialmente agravada quando se trata de mães e crianças (Machado *et al.*: 2006), acarretando consequências ainda mais nocivas à saúde do binómio mãe-filho. Neste contexto, revela-se importante a adoção de políticas de recrutamento responsáveis, devendo-se tratar os trabalhadores imigrantes com justiça e considerar a assinatura de acordos bilaterais (OMS: 2006). No panorama mundial, estima-se que 50 milhões de pessoas trabalhem e vivam fora dos seus países de origem com um estatuto irregular (UNDP: 2009).

Exatamente metade da amostra encontra-se desempregada. É de realçar que 61% não apresenta qualquer qualificação para o trabalho. O relatório para o desenvolvimento humano de 2009 realça que as dificuldades enfrentadas pelas

peçoas pouco qualificadas são particularmente grandes, salientando que no geral as políticas dos países favorecem os mais instruídos. Esta situação é visível no incentivo aos estudantes, mesmo após a conclusão dos seus estudos, e a determinados profissionais, para se estabelecerem no país com as respetivas famílias. A agricultura, a produção fabril, a construção e os serviços, como os trabalhos domésticos entre outros, acabam por absorver estes profissionais menos qualificados, os quais são muitas vezes tratados com grande precaridade no trabalho e dispensados facilmente como no caso de trabalhos sazonais (UNDP: 2009).

As mulheres imigrantes apontaram diversos motivos para imigrar. Os motivos socioeconómicos como a procura de melhores condições de vida, a falta de emprego e de dinheiro no país de origem constituem os principais motivos apontados por 83,1% da nossa amostra para a vinda para Portugal. Estes dados são apoiados pela literatura (Fonseca: 2009; Fonseca *et al.*: 2005; Fonseca *et al.*: 2009; Freire *et al.*: 2008; Machado *et al.*: 2006; Ruivo: 2006). Também foi a principal razão apontada para a imigração, por cerca de três quartos da população estudada em estudos realizados em Houston e El Paso (Texas), Fresno e Los Angeles (Califórnia), nos Estados Unidos da América, com imigrantes (Berk *et al.*: 2000).

No estudo de El Paso, a reunificação familiar foi referida pela quase metade dos participantes como o principal motivo para imigrar, o que corrobora o resultado de 71,7% da nossa amostra. Esta ideia vai ao encontro de outros estudos (Fonseca *et al.*: 2005) quando afirmam que “à medida que os imigrantes passam a considerar mais seriamente a possibilidade de se instalarem de forma permanente no país de destino, muitos optam por trazer para junto de si os familiares que haviam permanecido no seu país de origem”.

De acordo com o apresentado pelos mesmos autores podemos verificar que estes não confirmaram a ideia inicial de que o principal motivo para imigrar seria a procura de melhores cuidados de saúde e outros serviços sociais, já que essa procura foi escassa comparativamente com a população em geral. Estes resultados também vão ao encontro dos nossos, na medida em que somente 3,3% das imigrantes referiu como motivo para imigrar o facto de Portugal apresentar melhor sistema de saúde que o dos seus países de origem.

Abandonar zonas de conflito corresponde a 2,6% da nossa amostra. Esta situação que decorre da insegurança que as pessoas sentem leva-as a enfrentar

desafios especiais. Estima-se que existam 14 milhões de refugiados em todo o mundo, sendo que estas pessoas que vivem fora do seu país de origem representam cerca de 7% dos migrantes a nível mundial (UNDP: 2009). No mesmo relatório podemos verificar que os imigrantes, uma vez estabelecidos no país de acolhimento tendem a aderir a grupos religiosos com maior frequência do que os autóctones. No entanto, 1,3% das mulheres por nós estudadas vieram para Portugal exatamente por esse motivo, ser um projeto religioso.

Considerações Finais

Este estudo teve duas questões de investigação. Quem são e como vivem as mães imigrantes em Portugal? E quais os motivos que levam as mulheres imigrantes a viver a experiência da gravidez e da maternidade em Portugal? No que se refere à primeira questão ficamos a saber quem foram as grávidas da amostra, sendo possível traçar um padrão tipo. É uma mulher com uma média de idade de 29 anos, oriunda de países lusófonos, particularmente do Brasil, casada, com habilitações literárias até aos 12 anos de escolaridade, a residir em Portugal há mais de um ano, com título de residência, com uma profissão não qualificada, empregada ou não, católica, a viver com três ou mais pessoas, em casas arrendadas, com três ou mais assoalhadas, na cidade, e não possui viatura própria. O companheiro tem cerca de 33 anos de idade, tem até ao 12º ano de escolaridade, está empregado, numa profissão não qualificada. Relativamente à segunda questão de investigação, motivos para emigrar para Portugal, conclui-se que as mães imigrantes declararam, essencialmente, os motivos socioeconómicos como a procura de melhores condições de vida, a falta de emprego e de dinheiro no seu país de origem; a maior proximidade com familiares, e referências positivas de Portugal.

Este estudo apresenta limitações. Por se focalizar unicamente em variáveis de caracterização da amostra e nos motivos das grávidas para a vinda para Portugal, não permitiu que se fizesse uma análise estatística mais abrangente e profunda, nomeadamente, o acesso da população imigrante aos cuidados de saúde.

Contudo, este estudo epidemiológico de caracterização sociodemográfica fornece dados que permitem outras análises. Um dos grandes objetivos do Fundo de População das Nações Unidas é promover entre todos, a saúde e a igualdade de oportunidades. Esta organização fornece ao mundo inteiro dados sociodemográficos

que permitam aos países desenvolver políticas e programas que promovam a redução da pobreza, e que todas as gravidezes sejam desejadas, todos os partos decorram em segurança e que todas as crianças e mulheres sejam tratadas com respeito e dignidade (UNFPA: 2006). Igualmente, os dados sociodemográficos que apresentamos têm como objetivo fornecer ao nosso país informação objetiva que permita um conhecimento mais profundo da nossa comunidade imigrante a fim de adequar políticas que promovam a inserção social e a coesão de todas as pessoas autóctones e imigrantes. A integração dos imigrantes e dos seus filhos é a chave da coesão social (Fonseca *et al.*: 2009; Sampaio: 2009). O envelhecimento acelerado da população portuguesa e a necessária contribuição de imigrantes requer um maior investimento nos cuidados culturais a este grupo populacional. Assim, a grande finalidade é responder eficazmente às necessidades em saúde de todos os portugueses em geral e particularmente de imigrantes, através de cuidados culturalmente adaptados, que garantam o respeito pela individualidade e pelas diferenças de cada cultura.

Inclusivamente, alguns estudos apresentam recomendações de boas práticas a adotar pelos diferentes países que transformem as sociedades em sociedades mais justas e inclusivas (Padilla *et al.*: 2009). É que para 2020 a Europa definiu uma estratégia de crescimento que passa por reduzir em 20 milhões a população que se encontra em risco de pobreza ou de exclusão social grupo no qual se inserem, entre outros, os imigrantes (Comissão Europeia: 2008). O progresso das sociedades e a sustentabilidade mundial é indissociável da equidade, a qual só é possível através da imparcialidade e da justiça social promovendo e protegendo direitos humanos de forma a garantir um maior acesso à saúde, à educação, à informação, à não discriminação, ao trabalho...tendo em vista a melhor qualidade de vida (Huddleston: 2010; Nygren-Krug: 2009; UNDP: 2011). Como realça o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2009, é preciso ultrapassar as barreiras à mobilidade para o desenvolvimento humano (UNDP: 2009). E é nesse sentido, que se deve promover a participação activa dos imigrantes impondo a abertura não só das políticas como das sociedades à aceitação da diferença e integrando a diversidade na construção de sociedades mais justas (Duncan and Keith: 2010; Huddleston: 2010; IOM: 2011).

Referências Bibliográficas

- AGUDELO-SUÁREZ, A, RONDA-PÉREZ, E e BENAVIDES, FG. 2011. "Occupational health". En: RECHEL, B, MLADOVSKY, P, DEVILLÉ, W, RIJKS, B, PETROVA-BENEDICT, R. e MCKEE, M. *Migration and health in the Europe Union*. New York: Mc Graw Hill. p. 257.
- BERK, ML, SCHUR, CL, CHAVEZ, LR e FRANKEL, M. 2000. "Health care use among undocumented latino immigrants". *Health Affairs*. Jul.-Ago. 2000, vol. 19, no. 4, p. 51-64.
- BLOOMBERG, MR e GATLING, PL. 2009. *The right to work understanding immigrant employment rights*. New York: NYC Commission on Human Rights/ New York Immigration Coalition.
- CARBALLO, M, SMITH, CB e PETTERSSON, K. 2008. "Health challenges". *Forced Migration Review*. 2008, no. 31, p. 32-33.
- DUNCAN, H e KEITH, M. 2010. "Integration and rights of migrants: policy priorities and directions for new capacity building measures". En: IOM/EURASYLUM. *IOM/Eurasyllum monthly policy interview series on: the future of migration: building capacities for change*. Geneva: IOM. p. 27-39.
- COMISSÃO EUROPEIA. 2008. "Objetivos Europa 2020: recomendações da Comissão sobre a inclusão activa das pessoas excluídas do mercado de trabalho". *Jornal Oficial da União Europeia*, 2008, vol. 307, p. 4.
- FONSECA, ML. 2009. "Condições de habitação e integração dos imigrantes em Portugal: desafios e políticas". En: ANTÓNIO, V. *Migrações: oportunidade ou ameaça? A habitação e a saúde na integração dos imigrantes*. Cascais: Editora Principia. p. 197.
- FONSECA, ML e MALHEIROS, J. 2005. "Concluding remarks: key notes and ideas for future development". En: FONSECA, ML e MALHEIROS J. *Social integration and mobility: education, housing and health IMISCOE Cluster B5 State of the art report*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos Universidade de Lisboa. p. 184.
- FONSECA, ML, ORMOND, M, MALHEIROS, J, PATRÍCIO, M e MARTINS, F. 2005. *Reunificação familiar e imigração em Portugal*. Lisboa: ACIME.

- FONSECA, ML, SILVA, S, ESTEVES, A e MCGARRIGLE, J.2009. MIGHEALTHNET. *Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa: relatório sobre o estado da arte em Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos.
- FREIRE, J, SANTOS, MDFV, AMORIM, AP e CHAGAS, G. 2008. *Geografia política*. Brasil: Sociedade Mantenedora de Educação Superior da Bahia Faculdade de Tecnologia e Ciências - Ensino a Distância.
- HUDDLESTON, T. 2010. *Background paper WMR 2010: the future of integration policy*. Geneva: International Organization for Migration.
- INGLEBY, D. 2011. Good practice in health service provision for migrants. En: RECHEL, B, MLADOVSKY, P, DEVILLÉ, W, RIJKS, B, PETROVA-BENEDICT, R e MCKEE, M. *Migration and health in the Europe Union*. New York: Mc Graw Hill. p. 257.
- INGLEBY, D, CHIMIENI, M, HATZIPROKOPIOU, P, ORMOND, M e FREITA, C. 2005. The role of health in integration. En: FONSECA, ML e MALHEIROS, J. *Social integration and mobility: education, housing and health IMISCOE Cluster B5 State of the art report*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos Universidade de Lisboa. p. 101-137.
- IOM World Migration Report. 2011. *Communicating effectively about migration*. Geneva: International Organization for Migration.
- MACHADO, MC, FERNANDES, A, PADILLA, B, DIAS, S, GOMES, I, DIAS, A e OLIVEIRA, SM. 2009. *Maternal and child healthcare for immigrant populations*. Bruxelas: International Organization for Migration.
- MACHADO, MC, SANTANA, AP, CARREIRO, MH, NOGUEIRA, H, BARROSO, M. e DIAS, A. 2006. *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Laboratórios Bia.
- MALHEIROS, J, NUNES, S e POSSIDÓNIO, D. 2009. "Immigrants in the European Union: features, trends and vulnerabilities". En: FERNANDES, A e MIGUEL, JP. *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. p. 33-52.

United Nations. 2010. *We can end poverty 2015 Millenium development goals: high-level plenary meeting of the General Assembly*. New York: UN Department of Public Information.

NKUHLU, W e SINGH, NK. 2010. "The future of international labour migration". En: IOM/EURASYLUM. *IOM/Eurasylum monthly policy interview series on: the future of migration: building capacities for change*. Geneva: IOM, 2010. p. 23-26.

NYGREN-KRUG, H. 2009. "Saúde dos migrantes: a perspectiva da organização mundial de saúde". En: ANTÓNIO, V. *Migrações: oportunidade ou ameaça? A habitação e a saúde na integração dos imigrantes*. Cascais: Editora Principia. p. 197.

OECD. 2007. *OECD annual report 2007*. Paris :OECD Publishing.

OECD. 2011. *Perspectives des migrations internationales 2011*. Paris: OECD Publishing.

OMS. 2006. *Relatório mundial da saúde 2006: juntos pela saúde*. Brasília: Organização Mundial de Saúde.

PADILLA, B. 2009. "Saúde dos imigrantes: protegendo direitos e assumindo responsabilidades". En: ANTÓNIO, V. *Migrações: oportunidade ou ameaça? A habitação e a saúde na integração dos imigrantes*. Cascais: Editora Principia. p. 197.

PADILLA, B, PORTUGAL, R, INGLEBY, D, FREITAS, C e LEBAS, J. 2009. "Health and migration in European Union: good practices". En: FERNANDES, A e MIGUEL, JP. *health and migration in the european union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge. p. 91-115.

PAILLARD, SD. 2011. "Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services". En: RECHEL, B, MLADOVSKY, P, DEVILLÉ, W, RIJKS, B, PETROVA-BENEDICT, R e MCKEE, M. *Migration and health in the Europe Union*. New York: Mc Graw Hill. p. 257.

PRIEBE, S, BOGIC, M, ÁDÁNY, R, BJERRE, NV, DAUVRIN, M, DEVILLÉ, W, DIAS, S, GADDINI, A, GREACEN, T, KLUGE, U, IOANNIDIS, E, JENSEN, NK, RIERA, RP, SOARES, JJF, STANKUNAS, M, STRABMAYR, C, WAHLBECK,

- K, WELBEL, M e MCCABE, R. 2011. "Good practice in emergency care: view from practitioners". En: RECHEL, B, MLADOVSKY, P, DEVILLÉ, W, RIJKS, B, PETROVA-BENEDICT, R e MCKEE, M. *Migration and health in the Europe Union*. New York: Mc Graw Hill. p. 257.
- RAMOS, N. 2009. "Saúde, migração e direitos humanos". *Mudanças: Psicologia da Saúde*. Jan-Jun 2009, vol. 17, no. 1, p. 1-11.
- RECHEL, B, MLADOVSKY, P, DEVILLÉ, W, RIJKS, B, PETROVA-BENEDICT, R e MCKEE, M. 2011. "Migration and health in the Europe Union: an introduction". En: RECHEL, B, MLADOVSKY, P, DEVILLÉ, W, RIJKS, B, PETROVA-BENEDICT, R e MCKEE, M. *Migration and health in the Europe Union*. New York: Mc Graw Hill. p. 257.
- REESKE, A e RAZUM, O. 2011. "Maternal and child health: from conception to first birthday". En: RECHEL, B, MLADOVSKY, P, DEVILLÉ, W, RIJKS, B, PETROVA-BENEDICT, R e MCKEE, M. *Migration and health in the Europe Union*. New York: Mc Graw Hill. p. 257.
- RUIVO, P. 2006. *A imigração: uma visão geral*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- SAMPAIO, J. 2009. "Notas sobre saúde e migrações". En: V. ANTÓNIO. *Migrações: oportunidade ou ameaça? A habitação e a saúde na integração dos imigrantes*. Cascais: Editora principia. 197.
- SEF. 2011. *Relatório de imigração fronteiras e asilo 2010*. Oeiras: SEF.
- SILVA, AL. 2004. "The impact of international migration on the health of brazilian women living in Australia". *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Jul./Set. 2004, vol. 13, no. 3, p. 339-350.
- SILVA, AL. 2008. "Living on the margin: experiences of brazilian immigrant women in Australia". *Revue Européenne d'Insertion Sociale*. Abr. 2008, vol. 2, p. 3-30.
- UNDP. 2009. *Human development report 2009: overcoming barriers. Human mobility and development*. New York: United Nations Development Programme.
- UNDP. 2011. *Human development report 2011: sustainability and equity. A better future for all*. New York: United Nations Development Programme.
- UNFPA. 2006. *State of world population 2006: a passage to hope women and international migration*. New York: UNFPA United Nations Population Fund.

UNFPA. 2011. *Relatório sobre a situação da população mundial 2011*. Brasil: UNFPA.

WHO. 2010. *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Supporting refugee women's strategies for coping with challenges during maternity in resettlement: Shifting the focus from vulnerability to agency

Anne Moritz

MA Refugee Studies, University of East London, UK, amoritz.uk@gmail.com

Abstract

Depictions of refugee women in resettlement who are pregnant or mothers with infants tend to focus on their vulnerabilities, needs and dependence. Many studies juxtapose these women's support needs with structural and cultural barriers to maternity health services, but relatively few focus on their coping strategies and how these might be supported. Refugee women in maternity are thus represented as helpless, voiceless victims – constructs that are rooted in notions around trauma, loss and cultural difference. Despite the constraints of socio-economic and political contexts of resettlement, perinatal refugee women should be seen as having choice and the ability to exercise a degree of agency. This implicates the role of health literacy in raising awareness of their options in maternal health care to enable informed decision-making. Further empirical research that includes refugee women's perspectives on solutions could inform approaches in service provision to promote their agency and self-sufficiency during maternity.

Keywords: refugee, maternity, agency, resettlement, health literacy

Resumo

As representações sobre mulheres refugiadas durante a sua reintegração, grávidas ou com crianças, tendem a concentrar-se nas suas vulnerabilidades, necessidades e dependência. Muitos estudos associam as necessidades de suporte dessas mulheres com barreiras estruturais e culturais inerentes aos serviços de saúde maternos, mas depositam relativamente pouco ênfase nas suas estratégias de sobrevivência e em como estas poderiam ser apoiadas. As mães refugiadas são, portanto, representadas

como indefesas, vítimas sem voz - construções que estão enraizadas em construções de trauma, perda e diferença cultural. Apesar dos constrangimentos relativos a contextos socioeconómicos e de políticas de reinstalação, as mulheres refugiadas em período perinatal devem ser perspetivadas como tendo escolha e a capacidade de exercer um grau de agência. Isto implica o papel da literacia em saúde na consciencialização sobre as suas opções nos cuidados de saúde maternos para possibilitar a tomada de decisões. Pesquisa empírica que inclui as perspetivas destas mulheres na construção de soluções poderiam adequar as abordagens na prestação de serviços, promovendo a agência e autossuficiência durante a maternidade.

Palavras-chave: refugiadas, maternidade, agência, reinstalação, educação em saúde

Resumen

Las estudios sobre representaciones de mujeres embarazadas o madres con hijos refugiadas durante su proceso de reasentamiento debe enfocar sus vulnerabilidades, necesidades y dependencias. Muchos estudios asocian las necesidades de apoyo a estas mujeres que sufren con las barreras estructurales y culturales de los servicios de salud materna existentes, pero pocos colocan la énfasis en las estrategias de supervivencia y de cómo éstas mujeres deberían pueden ser apoyadas. Las mujeres refugiadas en período de maternidad son representadas frecuentemente como víctimas indefensas, sin voz - construcciones estas que tienen sus raíces en traumas, pérdidas y diferencia cultural. A pesar de las limitaciones de los contextos socio-económicas y políticas de reasentamiento, las mujeres refugiadas en período perinatal deben ser comprendidas como teniendo derecho a la elección y a ejercer sus derechos de elegir. Esto implica reforzar el papel de la educación de la salud en la sensibilización de tomadas de decisión en el cuidado de la salud materna. Es necesario producir más investigación empírica, que incluya las perspectivas de las mujeres refugiadas de modo a mejorar la prestación de servicios para promover su autosuficiencia durante la maternidad.

Palabras-clave: refugiadas, maternidad, elección, reinstalación, educación en salud.

Introduction

The vulnerabilities confronting refugee women in resettlement are compounded for those who are pregnant or mothers with infants (Squire and James 2009). In the literature, their resilience and strengths, and need to support these, receive passing mention with little or no explanation of these strengths and how they might be enhanced. This critical analysis therefore promotes the case for more research into the role of agency for these refugee women. Insights gained could inform approaches in supporting them to promote self-sufficiency and facilitate resettlement.

There is some urgency for such research, as public spending cutbacks in the current economic crisis create particular hardships for refugees. A case in point is the UK government's withdrawal and curtailing of services for refugees and new asylum seekers (Justice for All: 2011). A recent report on the crisis in the European Union (EU) stresses how austerity policies are exacerbating social and economic inequalities – clearly, with implications for refugee women:

The most vulnerable are being hit first and hardest, with particular key groups facing specific difficulties...[including] migrants... ethnic minorities... and women, in particular single-parent women. (EAPN 2011: 12).

Defining key terms

Unless otherwise indicated, “refugee” refers in the broader sense to those granted refugee status according to the 1951 Convention Relating to the Status of Refugees, as well as asylum seekers and refused asylum seekers.

“Resettlement” denotes the processes of settlement or integration involving legal, socio-economic, cultural and other factors affecting refugees’ adjustment to living in the host country (Atfield *et al.*: 2007). Though much debated, resettlement is considered non-linear; two-way between newcomers and host society; and, crucially, subjective to the individual’s circumstances (Ager and Strang: 2008; Atfield *et al.*: 2007).

Methodology

This critical analysis, based on my MA dissertation, aims to identify and assess dominant perspectives on refugee women during maternity in Western countries of resettlement to support the rationale for greater understanding of the role of agency in their coping strategies.

Drawing on cross-disciplinary primary and secondary source materials from UK and international sources, the analysis includes frontline insights from studies and reports by various support services accessed by refugees, and policy perspectives from state and international entities. A case study provides findings from an interview with a pregnant refugee woman.

Difficulties in sample recruitment for empirical research meant adopting a critical analysis approach. Some of the specialist refugee support services I had approached to source the research sample confirmed that pregnant refugee women are “hard to reach”. Key factors were irregular attendance at support groups and cultural norms where some pregnant refugee women tend to stay at home. Attitudes of refugee women’s family and friends, such as “Why do you want to spend your time doing that?”⁶, may also deter participation in research.

The reticence and refusals of other refugee support services regarding academic research among their clients created more barriers. The reasons included negative past experiences with researchers; conflict with operational policies; and attitudes that saw research as intrusive and of no benefit to their clients. Such barriers to accessing pregnant refugee women as research participants underline – and arguably, perpetuate – their invisibility.

Perspectives on vulnerability and gender

Contours of refugee vulnerability

In refugee protection and humanitarian crisis contexts, the concept of vulnerability’ encompasses loss, incapacity, dependency and voicelessness – the imputed characteristics of people crossing international borders to flee life-threatening events

6 From the research interview with a pregnant refugee woman, 20 July 2011.

(Kibreab: 2004; Rajaram: 2002; Zolberg *et al.*: 1989). In this context, ‘victim’ denotes a non-Western refugee “Other” in need of, and entitled to, remedial interventions (Inhetveen: 2006; Bankoff: 2001). However, the “genuine” versus “illegal” refugee dichotomy in popular and political rhetoric blurs the differences between economic and forced migrants and heightens the risks for vulnerable asylum claimants refused protection (Freedman: 2007; Ganguly-Scrase *et al.*: 2005) – as evidenced by the UK’s 89% asylum claim refusal rate where 23% are overturned on appeal (The Centre for Social Justice: 2008, p. 12). Thus, vulnerability becomes nuanced as political willingness to protect dissipates and as welfare budgets tighten.

International human rights instruments and UN Conventions identify hierarchical categories of vulnerability by combining criteria, e.g., “age”, “sex”, “ethnicity”, “health” (Morawa: 2003, p. 140). The relevance of such categories is weakened when asylum systems, policies and monitoring methods lack sensitivity, for example, to the claims of women and girls (UNHCR: 2010a). Such problems are rooted in the 1951 Convention’s “very vague” criteria for defining refugees – not least, the absence of gender as a ground for persecution (Freedman: 2007, p. 75).

In situations of refugee displacement and protection such as refugee camps, assessments of vulnerability are based on “exposure to trauma, human rights violations and other hardships and conditions” (UNHCR: 2010b, p. 4). Programme-based assessments emphasise refugees’ economic, physical and psychological dependencies rather than addressing contextual and relational causes (Clark: 2007). As a result, refugees may feel obliged to co-operate with – or may appropriate – ascribed identities of vulnerability to claim rights or invoke compassion in qualifying for assistance (Clark: 2007; Inhetveen: 2006). These forms of coping become counter-productive as stereotypes become entrenched, and ultimately, prolong refugees’ disempowerment (Zetter: 2007).

Refugee women, gender and vulnerability

While all refugees experience vulnerability at different points in their trajectory to seek protection, including resettlement, refugee women are recognised as particularly vulnerable due to risks

...related to their gender, their cultural and socio-economic position, and their legal status, which mean they may be less likely than men and boys to be able to exercise their rights, ...[thus] specific action in [their] favour may be necessary to ensure ...[their equal] enjoy[ment] of protection and assistance. (UNHCR: 2010a, p. 86).

Gender issues affect the lives of refugee women in diverse and largely detrimental ways. Gender relations and roles undergo changes due to loss, upheaval, and re-adjustment at the levels of household and community where vital social networks fracture, personal security is at risk or violated, and means of livelihood and survival are under threat (Berman *et al.*: 2006).

Within refugee camp regimes, gender inequalities are reinforced, such as in assumptions about gender relations that relegate women to positions of dependency on men (Marfleet: 2006). In both private and public domains, refugee women are vulnerable to sexual violence (Pittaway: 2004). It is argued that the continuum of responsibilities for their family's daily survival needs enables refugee women to cope with the traumas of their experiences in conflict and camps (Schrijvers: 1999). However, carrying out these activities, such as fetching water and fuel, increases their risk of abuse or death (WRC: 2011). Some women turn to prostitution to survive and gain a degree of control over their lives, though the associated social shame prevents return to their communities (Moussa: 1991).

Recognising the need to address gender-related risks for refugee women, the UNHCR and other entities have mandated gender mainstreaming for their programmes (UN Women: 2011; Freedman: 2010; UNHCR: 2008). But solutions need to examine "the relational aspects of gender that affect both women and men" (Freedman: 2010, p. 593) by engaging refugee men and boys to improve the situations for the women in their families and communities (WRC: 2011; Aasheim *et al.*: 2008). Such engagement seeks to benefit both genders; it "is not about granting privileges to women while disempowering men" (UNHCR: 2008, p. 55).

The challenges confronting refugee women often continue in resettlement – with impacts on their physical and mental health (LSHTM and SRC: 2009; Giroin *et al.*: 2005). A determining factor is immigration status, which creates "hierarchies of

vulnerability” (Dwyer and Brown: 2008, p. 204), especially regarding entitlements to housing, education and employment (Hunt: 2008). The personal circumstances, intentions and attributes of refugee women determine their disadvantages and vulnerabilities, including inequalities based on gender, ethnicity/culture, race and social class (EN-HERA!: 2009; Manderson *et al.*: 1998). Further factors are loss of family and community support networks, and cultural practices that rationalise gender-based violence against women (Gozdziak and Long: 2005).

Refugee women in resettlement who are pregnant or mothers with an infant can be seen as having compound vulnerabilities: as refugee “Others”; as women constructed by gender discourses; and as women who are perinatal. The essentialising discourses of non-Western women as “poor, uneducated, tradition-bound, religious, domesticated, family-oriented... powerless victims of particular cultural and socio-economic systems” (Mohanty: 1988, p. 65–66) portray refugee women as “objects-who-defend-themselves” (Mohanty: 1988, p. 72) and reinforce vulnerability, while ignoring the heterogeneity of women’s problems, needs, interests and goals. Arguably, refugee women demonstrate more resilience than refugee men in creatively adapting to new circumstances (Essed *et al.*: 2004). Finally, perhaps more salient is how refugee women perceive themselves, as evidenced by those resisting labels that convey “victim” (Hunt: 2008).

Mapping the conceptual and theoretical frameworks

Ongoing debates in the sphere of forced migration seek to understand the interplay between refugees’ ability to exercise agency and structural factors that enable or inhibit this (Bakewell *et al.*: 2011; Cruickshank: 2011; Van Hear: 2010; Stjernström: 2004; Morawska: 2001). Additionally, understanding the cultural dimensions of resettlement requires an examination of the dialectics with agency and structure (Portes: 2010).

Agency and coping

Despite the loss, trauma and uprooting of their lives, refugees need to be respected as “capable actors” (Essed *et al.*: 2004, p. 2–3) and as “ordinary people” having choices and the ability to exercise agency despite constraints they face (Turton: 2003, p. 12). Agency thus involves assessing situations, taking decisions, devising strategies and

acting on them within the context of social relationships “even under the most extreme forms of coercion” (Long: 1992b, p. 22–23). Critical to agency are access to leverage or power, and reflexivity and adaptation based on factors such as personal values and experiences (Elder-Vass: 2010; Sewell: 1992). Considering the situations of perinatal refugee women also requires understanding the roles of time and space in their experiences and social transformations (Van Hear: 2010). To account for temporality, Emirbayer and Mische (1998, p. 970) define agency as

...temporally constructed engagement by actors [in] different structural environments... [responding]... through habit, imagination, and judgement... to the problems posed by changing historical situations...[,] the interplay [of which] both reproduces and transforms those structures.

The relevance of this concept is in actors’ orientation towards the past, the future, and the present, depending on “emergent events” (Emirbayer and Mische: 1998, p. 971, 979). Orientation to the past may determine *whether* agency is exercised, depending on past successes and failures (Bandura and Adams: 1977). Or, perinatal refugee women may cope with the negative impacts of their experiences by choosing to ‘forget’ the past, and focusing on the prospects for a future “new life” that an infant represents in the broader sense⁷.

Salient to agency are im/balances of power dynamics in having influence on and through social relations (Giddens: 1993; Sewell: 1992). Seen as the “expansion of agency”, empowerment manifests in several ways where individuals may gain: “*power over* (resisting manipulation); *power to* (creating new possibilities); *power with* (acting in a group); and *power from within* (enhancing self-respect and self-acceptance)” (Samman and Santos: 2009, p. 8, italics in original). This is important in refugee settlement, for instance, refugee men may assert conventional authority over women in their household to compensate for loss of social status, but the women circumvent this

7 From the research interview with a pregnant refugee woman, 20 July 2011.

by creatively exercising agency to access opportunities, such as education (Healey: 2010).

Agency and structure

Broadly, structure can be defined as “whatever aspect of social life... designat[ed] as structure [that] is posited as ‘structuring’ some other aspect of social existence... [such as] gender that structures employment opportunities” (Sewell: 1992, p. 2).

The structure and agency debate centres on the question of whether it is solely the actions of individuals that give rise to social phenomena or whether social forces/structures play a role (Elder-Vass: 2010). Giddens’ theory of structuration has had considerable application in forced migration research, but there has been a lack of engagement with the criticisms of its theoretical drawbacks (Bakewell: 2010). Crucially, structuration does not allow for separate analysis of structure or agency (Elder-Vass: 2010; Emirbayer and Mische: 1998). Structure exists only as “memory traces” and when “instantiated in action” (Giddens: 1984, p. 17, 377). This is problematic as it reduces structuration to a process, where structure “exists in the generating moments” (Archer 1982: 457). It conveys “little sense of society or... other social collectivity as an external force” – or indeed what such entities may be or their causal roles (Elder-Vass: 2010, p. 120–121).

Archer’s (1982) critical realist theory of morphogenesis contends that social structures are pre-existent and that structure and agency can be considered separately without polarising to one or the other (Morawska: 2011). Here, “consequences of past actions contribute to *structural conditions* that have a causal influence over subsequent *social interaction*” – where structure may influence but not determine the agency of individuals; though agency may change or engender structures (Bakewell: 2010, p. 1697, italics in original). Thus, morphogenesis focuses on both the sequential and the dualistic (Archer: 1996). Structures, then, are more than mere instantiations concurrent with agency. For example, women’s active resistance to patriarchal social controls is evidence of the reality of patriarchy as a structure beyond its manifestations through interactions (Bakewell: 2010).

The morphogenesis analytical approach to structure and agency offers a “sophisticated theoretical basis for understanding processes of migration and social change” (Bakewell: 2010, p. 1705). In contrast, despite having informed research findings on

the importance of structure in relation to agency, structuration theory fails to notably promote developments in forced migration theory because it neither elucidates how structure and agency can be balanced nor acknowledges that social structure and the individual are objective and external (Bakewell: 2010; Emirbayer and Mische: 1998).

Culture, agency and structure

In numerous studies, cross-cultural issues are problematised for both perinatal refugee women accessing maternity services and service providers (e.g., Gaudion and Allotey: 2008). As Archer (1996, p. xi) posits, the centrality of structure and agency in social theory, though rightful, “has completely overshadowed the problem of culture and agency. And the differences between structure and culture also need examining”.

While constructs of culture are diverse, it can be defined as

the socially inherited totality of symbolic (ideational) and learned (by imitation and tuition) characteristics... such as language, beliefs, customs, values, norms and representations of things... which designate... identities, attribute and qualities of human behaviour. (Tsekeris: 2008, p. 18).

However, cultural groups cannot be seen as monolithic and “readily ascertained” (Higgins: 1996, cited in Steiner *et al.*: 2007, p. 544). Nor are cultures static, particularly within contexts of forced migration and resettlement where the salience of culture to collective and individual identities requires ongoing adaptation to new contexts, needs and experiences (Castles and Miller: 2009).

In the relationship between culture and agency, notions of “personhood” and agency vary from one culture to another (Long: 1992b, p. 26). Values and norms are core to personal interactions and practices of social roles, such as in the household, community or workplace (Portes: 2010; Oettingen: 1999). Latitude for individual interpretation, modification or rejection/transgression is tempered by the interplay of power relations and pressure of consensus (Ratner: 2000; Archer: 1996).

Nevertheless, where agency is “the intentional causal intervention”, both culture and individuals’ concepts and practice of their culture have the potential to evolve through social interactions (Ratner: 2000, p. 413).

To better understand the interplay between ideas and interests pertaining to change in structure, there is argument for theoretically separating out individuals’ roles as both social actors and cultural actors (Archer: 1996). This is essential in explaining socio-cultural interactions, as not all factors relating to power or material interests are attributable solely to culture (Archer: 1996). A particular socio-cultural status may confer power, but may also be linked to the “power-conferring” resources, such as knowledge or social capital, of social actors external to the specific cultural context (Portes: 2010, p. 1541–1542). Thus, cultural domains are distinguishable from overarching structural domains that, for example, generate differences such as economic inequalities (Wilson: 2005).

In considering refugee women in resettlement contexts, it is important to be aware there are culturally appropriate ways to exercise agency, and that Western values of self-assertion and autonomy may conflict with the values and practices of other cultures (Gozdziak: 2005) – at the same time, caution is needed in making generalisations. Culture can be considered “a [complex] context that defines relationships and meanings and constructs the possibilities of action” (Merry: 2006, cited in Steiner *et al.*: 2007, p. 525), but that is also contested and fluid (Higgins: 1996, cited in Steiner *et al.*: 2007).

CONSTRUCTS, CHALLENGES AND COPING STRATEGIES

Constructs that focus on vulnerabilities

It is useful to first examine some rationales for studies into perinatal refugee women in resettlement from the perspectives of health service providers, institutions and academia.

Health service providers and institutions are concerned with refugee and immigrant women’s late, limited or lack of engagement with antenatal care and reasons for poor maternity outcomes. Their studies aimed to, *inter alia*, improve maternal health service delivery; identify refugee women’s maternity and mental health needs; and understand

disparities in maternity health care (e.g., Perumal: 2010; AHS: 2009; Small *et al.*: 2008).

Academic research looked at the broader social contexts to gain insights into issues such as refugee women's maternity education and care needs; cultural maternity practices; experiences of services; and coping strategies (e.g., Bawadi: 2009; Nabb: 2006; Herrel *et al.*: 2004; Harper-Bulman and McCourt: 2002).

These rationales are indicative of how the actions and experiences of individual refugee women create cumulatively collective impacts for structural change at organisational and policy levels. In Europe, though, a paucity of systemic data collection on refugee women's reproductive health prevents adequate study that could improve service provision and inform policy (Aspinall and Watters: 2010).

The next sections consider three predominant constructs around these vulnerabilities: trauma and mental health; loss and dependency; and cultural difference – bearing in mind the intersectionalities with policy, politics and socio-economics at various levels.

Trauma and mental health – victim

The prevailing trauma construct of refugees is based on diagnoses of post-traumatic stress disorder (PTSD) and other psychological effects of atrocities experienced directly or indirectly in forced migration (Giroin *et al.*: 2005). The focus on psychiatric symptoms frames refugee women as “traumatised victims” (Gozdziak: 2005, p. 13) rather than resilient survivors, and medicalises their suffering (Ryan *et al.*: 2008; Gozdzia: 2005). Such approaches may reduce abilities to cope by increasing reliance on professional support (Gozdzia: 2005). Specialisation of trauma treatments can reinforce feelings of ‘Other’ where self-perceptions centre on victimhood and neediness (Bracken *et al.*: 1997). The individualistic notions of the person in Western psychology, though, are at odds with the cultures of many refugees where the group is key to individual wellbeing (Summerfield: 1999). For some, the stigma of mental ill health means it is kept within the family (Knudsen: 1991). Refugees may also see talking therapy as a threat, as it is unknown how disclosed information may affect their situation in the future (Knudsen: 1991).

Alternative perspectives avoid stigmatising refugees by acknowledging their psychological reactions as “normal, even constructive, existential responses to

abnormal experiences and ensuing suffering” (Eisenbruch: 1991, cited in Gozdziaik: 2005, p. 13). Maternity support services reiterate this in stressing the importance of not medicalising refugee women’s situations (Gaudion: 2004). Some suggest that multiple methods are more effective, such as culturally appropriate community-based assistance in tandem with clinical treatments (Tribe: 2002). Others contend that “a holistic approach to the health of refugees is required, since physical and psychological health issues are interwoven” (Janssens *et al.*: 2005, p. 76). Refugee women are particularly susceptible to mental health issues due to gender-based abuse and violence in their forced migration experiences (Giroin *et al.*: 2005; Janssens *et al.*: 2005). Studies find that depression can compound these issues for those who are pregnant and more acutely feel the absence of support from their family and social network (Waugh: 2010; Squire and James: 2009). This underlines the salience of cultural support and identity in resettlement and the inadequacy of assumptions that Western approaches to psychology offer definitive solutions to such problems (Tribe: 2002; Bracken *et al.*: 1997).

Loss and dependency – helpless

The construct of helpless arises from refugee women’s forced migration experiences and continues in engagement with asylum processes and support services, especially if these are impersonal and designed to manage refugees or impose particular identities (Gatrell: 2010; Ager: 1999; Callamard: 1999). The losses may include: family and socio-ethnic network, employment, possessions, social status, physical/mental wellbeing and ability to return home (McKeary and Newbold: 2010; Carta *et al.*: 2005; Janssens *et al.*: 2005). Together with feelings of isolation, disorientation and lack of control in new socio-cultural and economic contexts, these losses increase dependency on the support of others (Ager: 1999). Restrictions on movement, employment, education and non-recognition of professional qualifications further limit the options for self-sufficiency (Ghorashi: 2005). Destitution gives refugee women little choice for survival but to engage in transactional, at times exploitive, relationships, for example, exchanging childcare, routine chores or sex for subsistence and accommodation (Crawley *et al.*: 2011). Such dependencies erode self-confidence, restrict personal freedoms and pose physical and psychological risks (Crawley *et al.*: 2011). Maternity exacerbates these situations, for instance, the additional material and physical needs, and precarious living arrangements such as rotational short stays with

various others (Jewell: 2009). Some refugee women – unaware of maternity support or making assumptions based on country of origin practices – may seek advice late in pregnancy, which is likely to increase dependency on others due to high risk of complications (Jewell: 2009). Furthermore, the hospital context for maternity care can heighten feelings of loss of control, especially for rape and torture survivors who risk flashbacks (Squire and James: 2009).

Cultural difference – voiceless

Perinatal refugee women are also constructed as vulnerable due to gender-based cultural practices to control women's sexuality and reproduction (Janssens *et al.*: 2005). In some cultures, men speak – and make decisions – for their wives in interactions outside the home (Baird: 2009). Refugee women in some patriarchal societies are kept “home-bound and voiceless”, and the isolation from wider society disempowers them from seeking advice independently, for example, for medical care (RWA: 2011, p. 8). In cultures where maternity issues are not mentioned in men's presence, refugee women who rely on husbands or male interpreters during medical visits are reluctant to discuss such matters – effectively limiting access to care (Ascoly *et al.*: 2001). The issue of female genital mutilation (FGM) has prompted asylum protection policies for refugee women and girls fleeing this physical harm (Freedman: 2007). However, these remedies are problematic as refugee women are offered protection, but within a framework blind to the key issue of power dynamics in gender relations that essentialises women as voiceless and unagentic (Freedman: 2007). Women who have undergone FGM have “significant sexual and reproductive health needs” (Refugee Council: 2006, p. 24), but the risk of adverse responses inhibits their willingness to discuss it. For example, a study in the UK showed that many women of one ethnic group were reluctant to discuss FGM in relation to maternity needs, fearing possible lack of understanding and negative attitudes (Harper-Bulman and McCourt: 2002).

These three constructs of refugee women's vulnerabilities during maternity do not intend to be comprehensive, but serve to demonstrate the limitations to women's options for exercising agency.

Challenges and barriers

This section considers some of the many structural, cultural and personal challenges perinatal refugee women may face in meeting maternity needs. Common crosscutting themes in resettlement experiences are inequalities and discrimination based on immigration status, race, ethnicity and gender (Giroin *et al.*: 2005). In developed countries it is recognised that minority ethnic women have higher incidences of complications in pregnancy and poorer pregnancy outcomes than White native women, with “asylum seekers and refugees... suffering disproportionately from health problems” (AHS: 2009; Jentsch *et al.*: 2007, p.129).

Structural barriers

The challenges discussed here arise from the influences of meso- and macro-level structural entities – and the interconnections with policy, politics and socio-economics at local, national and international levels.

Immigration status

Being labelled a ‘refugee’ or ‘asylum seeker’ not only represents a loss of status, but is also a barrier to resettlement (Hunt: 2008). Thus, the immigration status of perinatal refugee women is a key determinant in experiences of healthcare, with many perceiving it to be “their main identity in maternity” (Gaudion and Homeyard: 2009). In addition, policy fluctuations in migrant healthcare provision can result in service providers having inaccurate knowledge of asylum processes and entitlements, which in turn affects refugees’ access to services and the standards experienced (Aspinall and Watters: 2010).

While those with refugee status have full access to maternity healthcare, asylum seekers’ perinatal care can be problematic. With no choice about housing or locale, they may be moved at short notice from one area to another, disrupting continuity of healthcare and accessibility of medical records with attendant health risks (Reynolds and White: 2010; Squire and James: 2009). Asylum seekers’ lack of awareness of available maternity services, such as antenatal support, and confusion regarding access and their eligibility for free healthcare also contributes to avoidance and fragmented maternity care (Jentsch *et al.*: 2007).

As the most vulnerable, refused asylum seekers are particularly disadvantaged with limited or no entitlements to free healthcare – depending on the country of resettlement. For example, pregnant asylum seekers are not eligible for free care in many UK hospitals (Aspinall and Watters: 2010). While “immediately necessary treatment, including maternity treatment, must never be withheld”, the issue of payment remains, and is at the discretion of health trusts (Aspinall and Watters: 2010, p. 23).

Maternity services provision

While there are exemplary maternity services (Waugh: 2010; Carolan and Cassan: 2007), studies indicate a number of challenges for perinatal refugee women in healthcare services, including discrimination and substandard care (Gaudion and Homeyard: 2008). As evidenced in Europe, maternity healthcare generally does not take into account these women’s specific needs (EN-HERA!: 2009).

Discriminatory attitudes towards asylum seekers and refugees by some medical services staff are shaped by factors such as anti-immigration public and political rhetoric; socio-economic status; education levels; and degree of local community inclusion with ethnic minorities (Aspinall and Watters: 2010). Furthermore, medical service providers may consider asylum seekers “a burden on the healthcare system and resources” (Aspinall and Watters: 2010, p. 20).

In the UK, 22% of maternal deaths were attributable to substandard maternity care (CMACE: 2011, p. 150) with research report recommendations pointing to the need to: “listen to the woman and act on what she tells you” (CMACE: 2011, p.157). However, midwifery is just one factor in the broader structural issues of fragmented maternity care, uneven accessibility to patient records and responsibilities distributed among diverse professionals such as GPs, midwives, administrative staff and specialist consultants – and who often have excessive caseloads and are based at different sites (CMACE: 2011). Structural factors such as separation of routine maternity and primary care services have resulted in de-skilling of GPs concerning obstetrics, which puts mothers at risk (CMACE: 2011). These issues are compounded for refugee women by other factors such as language and cross-cultural problems – as exemplified in one study where 23% of respondents reported their maternity experiences as “terrible”, mainly due to language problems (Dumper: 2002, p. 16).

Cross-cultural barriers

In countries of resettlement, the increasing ethnic diversity of growing immigration is making health service provision more complex in terms of cross-cultural interaction (Jentsch *et al.*: 2007). Cultural differences also create issues in perinatal care, such as refugee women's failure to seek help for problems culturally perceived as normal (AHS: 2009). According to one study, the importance of pregnancy care may be a new concept for refugee women who prioritise other resettlement concerns, for instance, housing and welfare benefits (Carolan and Cassar: 2007). Or, women who have had problem-free home births in their own country may not see the value of antenatal care if they consider themselves healthy (Rintoul: 2010). Indeed, midwives may consider this group as ideal clients since they have no expectations and make no demands (Rintoul: 2010). Another cultural issue is the possibility of distress for refugee women in the attendance of male medical staff during birth, and the inability of hospitals to provide female-only maternity care (Rintoul: 2010). Women who have undergone FGM may have traumatising birthing experiences as few midwives or doctors are trained in or knowledgeable of the necessary procedures to facilitate normal delivery – as a result, these women can be pressurised to have a caesarean (Strauss *et al.*: 2009; Small *et al.*: 2008). Indeed, studies have found a deficit of cultural competence in many health services, which “are often dysfunctional for individuals who hold non-Western values” (McKeary and Newbold: 2010, p. 525).

Personal barriers

Language ability

Limited or no ability to communicate in the dominant language is an issue that cuts across many refugee women's experiences, not only in maternity services, but also in abilities to build social networks and access essential amenities and services (Aspinall and Watters: 2010). It is further suggested that language is “an issue of safety, health and justice” (JIBC: 2007, p. 2). However, broader structural factors can hinder opportunities for language learning, such as over-subscribed language classes or lack of childcare (JIBC: 2007). Literacy may also be an issue for some refugee women (Carolan and Cassar: 2007). Language problems reduce refugee women's choices regarding maternity experiences, obliging them to conform to health services processes rather than vice versa (Gaudion and Homeyard: 2008). In engaging with

medical staff, refugee women with some language ability may remain alienated due to unfamiliar medical terminology (Straus *et al.*: 2009).

Unavailability of professional interpreters is a significant problem, as interpretation by family members or others does not ensure information is communicated, either at all or adequately (CMACE: 2011). This hinders assessments that would allow maternity care programmes to account for risks. When refugee women cannot express their needs or anxieties, such as with complications during labour, the lives of mothers and infants are at risk (CMACE: 2011). Likewise, postnatal follow-up can be deficient with growing reliance on telephone communications rather than visits for observation (CMACE: 2011). Furthermore, language issues also hinder access to written medical information and instructions (Morris *et al.*: 2009).

Confidentiality and trust

Levels of trust regarding confidentiality in services provision are a factor in how and whether refugee women will engage with maternity provision (Gaudion and Homeyard: 2009). Refused asylum seekers fear being reported to immigration authorities which could result in detention or removal, and asylum seekers may fear medical records being used against them (Giroin *et al.*: 2005). Fragmented service provision can also be problematic when refugee women will only discuss reproductive health needs once a basic level of trust has been established (Ascoly *et al.*: 2001).

Domestic abuse

The broader term “domestic abuse” is used as “domestic violence” tends to be construed as referring to physical abuse only. Domestic abuse can be “psychological, physical, sexual, financial, [or] emotional” and is perpetrated by current or former intimate partners or family members, regardless of gender or sexuality (Department of Health: 2006, cited in CMACE: 2011, p. 146).

It is noted that risk of domestic abuse increases during pregnancy (CMACE: 2011). In some cultures, domestic abuse is “tolerated and/or kept within the family”, making it difficult for perinatal refugee women to disclose this or seek help (EN-HERA!: 2009, p. 43). Others may not report abuse to avoid shaming their community (Asylum Aid: 2009). Abused refugee women who are dependent on their husband’s asylum claim, or

vice versa, face more pressure to remain in the relationship; and may feel they have no options – not least, if unaware of their legal rights or help available (EN-HERA!: 2009; Kelley: 1989).

While all or some of the foregoing vulnerabilities and problems may be the reality of perinatal refugee women in resettlement, it is important not to pathologise their situation (Ager: 1999).

Agency and coping strategies

No single profile encapsulates the diversity among perinatal refugee women across age, class, education, ethnicity, culture, composition of household, and civil status. Nor are their values, attitudes, beliefs and practices static, but are adapted and shaped to meet challenges and new circumstances (Ladner: 1987). Hence, “there is no ‘[perinatal refugee] woman’ and no ‘[perinatal refugee] woman’s experience’” (Harding: 1987, p. 7).

Refugees’ agency and abilities to cope with challenges in resettlement depend on personal and social or external resources (Pahud *et al.*: 2009; Ryan *et al.*: 2008). Such resources can suffer loss or their salience can fluctuate according to the individual’s “needs” (physical and psychological); “goals” (future-oriented); and “demands” (situation-specific) (Ryan *et al.*: 2008, p. 8–9). Resources, therefore, may be temporal and subject to structural shaping (Ryan *et al.*: 2008). For example, it was found that perinatal migrant women abandoned some of their cultural behaviours, judging them “inappropriate” for “harmonious” adjustment to their resettlement context (Bawadi: 2009, p. 208).

In another study, resettled refugees identified several factors essential to coping and categorised as: “personal achievements”: belonging, safety, employment, family reunion; “personal resources”: family, faith, social and analytical skills, resilience; “formal support”: housing, finances, children’s education; and “caring persons”: practical and emotional support, equality, opportunity (Pahud *et al.*: 2009, p. 8). For the study participants, effective coping was facilitated by the interaction of their personal resources and achievements when supported by the external resources (Pahud *et al.*: 2009). Critical to dealing successfully with challenges was the ability to mobilise personal resources and adapt knowledge from other experiences (Pahud *et al.*: 2009). For example, drawing on how they had dealt with adversities in forced migration or

benefiting from their children's participation in schooling to understand the local culture (Pahud *et al.*: 2009). If any of the factors were lacking, resettlement efforts were more difficult (Pahud *et al.*: 2009). Coping strategies are further seen as either emotion-based or focused on finding solutions (Pahud *et al.*: 2009). However, emotion-based strategies, such as avoidance or passivity, can be maladaptive if the problem recurs or worsens (Aroian *et al.*: 2010). Furthermore, participants considered unemployment and prolonged dependence on formal financial support detrimental to morale, in turn hindering their abilities to cope (Pahud *et al.*: 2009).

These two models for coping resources can be expanded to include social networks and cultural resources, though these could be considered implicit in the existing categories. While social capital is comprised of various relationships that facilitate integration in resettlement, social networks can be transnational, and may be salient to perinatal refugee women's coping mechanisms, for instance, maintaining connections with family and updating on events in country of origin by telephone and internet communications, and media services (Williams: 2006).

Along with social networks, spiritual/faith beliefs are considered important in coping (Schweitzer *et al.*: 2007). But clarity of meaning is advised, as in one study the negative associations of religion with violent conflict in the country of origin, required shifting the enquiry from religion *per se* to religious practices, such as prayer, to better understand their role in refugee women's coping strategies (Rintoul: 2010). It is suggested that religion supports resilience not only on a spiritual level, but also cognitively and emotionally (Gozdziak: 2005). Indeed, some posit that research has underestimated the importance of religion for many refugees (Temple and Moran: 2011).

The fact that the majority of refugees have not engaged with formal mental health therapies, suggests the feasibility of more research to build knowledge on refugees' "positive adaptation" (Schweitzer *et al.*: 2007, p. 4–5). Peer researchers among destitute refugees stressed the importance of "being proactive, motivated, and able to network well with other people", as well as having determination and faith – the latter in the two senses: hope and spiritual (Crawley *et al.*: 2011, p. 51). These are echoed in the personal coping resources of refugee participants in another study: "hope for the future, positive attitudes, prayer and inner strength" (Shakespeare-Finch and Wickham: 2009, p. 21).

In addition to varying coping resources, arguably, it is having choice that is core to refugee women's ability to exercise agency. Ideally, this is achieved through full knowledge and understanding – for example, of the maternity care available and possible options open to them (Nabb: 2006). Thus, although some refugee women opt to refuse pain medication during birthing, this is a choice motivated by fear because they are not fully informed of the side effects (Herrel *et al.*: 2004).

As perinatal refugee women may be reticent to engage with medical services, developing trust with service providers can be a factor in promoting their agency (Giroin *et al.*: 2005). For example, one organisation set up a successful support group of exchange on health practices for pregnant refugee women and native women, with input from socio-medical professionals (Kelley: 1989). Such cross-cultural refugee women's groups provide a support base of relationships that facilitates adjusting to wider society (Kelley: 1989).

Refugee women's birth experiences also benefit from the support of a culturally trained doula⁸ or advocate, who may also act as interpreter (Small *et al.*: 2008; Miöerner Fian: 2007). Notably, confidence in engaging with service providers is enhanced when supported by a doula (Gaudion and Homeyard: 2008). Furthermore, it has been shown that caesarean rates for one ethnic group of refugee women were lower when supported by doulas (Small *et al.*: 2008).

Having survived the trajectories of forced migration, the birth of a child and coping in resettlement can help increase self-sufficiency when a lack of family and community support networks often obliges refugee women to manage independently (Roberts: 2006). Having a baby also creates new opportunities for refugee women to enhance their social networks, for example, by developing friendships with other mothers that may include exchanges of childcare similar to those in their own country (Hunt: 2008). This is reflected in Pahud *et al.*'s (2009, p. 15) study which found that refugees' achievement of a "social position" was a key motivating factor in attaining other resettlement goals. It can be argued that design of some support services, despite intentions for beneficence, may in fact hamper refugee settlement because their activities are developed from the perspective of refugees' weaknesses, rather than building on their strengths (Pahud *et al.*: 2009).

⁸ A non-medical maternity assistant providing emotional support and advice to perinatal women (Miöerner Fian: 2007, p. 40).

Case study perspectives

These insights draw on an interview with a pregnant refugee woman, which aimed to understand the issues she faced, their impacts on her maternity and how she coped with challenges. To give a background summary: she had refugee status, was pregnant with her first baby, single and living on her own. She had college education from her country of origin where she had worked in a professional capacity. The case study focuses on the challenges she faced in maternity and applies the foregoing concepts of resources to examine her exercise of agency in coping.

The main challenges she faced in coping with maternity were: limited ability in English that hampered engaging with doctors – medical terminology being a special concern – as well as with other service providers; the absence of family and wider social support network from country of origin; needs for advice and practical support during pregnancy; concerns about the unsuitability of her housing for her baby; and stress due to tensions with her intimate partner who lived elsewhere.

To improve her language ability, the interviewee developed her confidence and self-efficacy through English classes and by coping successfully with new challenges. For example, finding her way to appointments if her intimate partner was not free to accompany her. She was further motivated to learn English due to the inability to read letters from the hospital; and anticipating her responsibilities as a mother, wanted to be able to engage with doctors and other service providers. For example, she had made enquiries to the local council about moving to more suitable housing, but they would only consider this after her baby was born.

Locally, she had access to several types of maternity advice and practical help from various sources supporting her during maternity: information leaflets from the hospital; mother tongue internet information and television programmes on maternity issues; her intimate partner; local ethnic group friends who had children; and her midwife.

Her transnational social network extended to family members settled in various countries – making her uprootedness more keenly felt. Regular international phone contact with her parents and siblings provided support – especially her mother's advice on pregnancy related issues. She missed her family and hoped her parents would be able to obtain visas to visit after the baby's arrival.

In dealing with stress and problems, she drew strength and comfort from religious practices, such as prayers, and weekly visits to the place of worship. If her intimate

partner began arguing she coped with forbearance, and left the room to avoid stress that she felt may harm the unborn baby. She worried about the arguments, but didn't feel able to share everything with her local friends. To cope with the ensuing loneliness, she "changed [her] mind" by listening to music, watching films, reading mother tongue news online or going out to window-shop.

At the same time, she derived strength from happiness at the prospect of "seeing [her] baby's face" and the "new life" the baby's arrival represented. Along with counselling therapy, this future orientation helped her "forget the past" by motivating her to exercise agency in preparation for her new role.

Clearly, though, there are structural constraints in accessing better housing, as well as temporal factors in gaining language fluency to cope as she would like to. Despite the ongoing problems confronting the interviewee, success in coping gradually built her confidence, which in turn continues to support her coping strategies in maternity.

Supporting and promoting agency and coping strategies

A key issue in maternity outcomes for refugee women is access to and engagement with support services (AHS: 2009). Certainly, engagement with support services requires, firstly, awareness that they exist, and secondly, information about what they offer so that prospective service users can make informed choices (Gaudion and Homeyard: 2009). In the context of resettlement, access to information generally requires language and literacy abilities, for example, the case study interviewee was able to access internet-based and printed maternity information in her language. But as discussed, of the considerable barriers perinatal refugee women face, language is the most salient. Without the ability to communicate effectively, the options for choice and exercising agency are considerably restricted:

...the primary obstacle for foreign-born women (in particular non-Western women) in receiving proper prenatal care... is the inability to speak and understand the language of the country of residence. Health promotion campaigns addressing these women therefore require linguistically appropriate, easily accessible information (van Eijsden *et al.*: 2006, cited in AHS:

2009, p. 15).

To address this problem, it is suggested that cultural, linguistic and visual “congruence” are core to effective health promotion (AHS: 2009, p. 15, 21). This includes materials of “emotional and tonal qualities that are normative for the target community”; and ideally, that are “community-driven” and developed with the input, testing and evaluation of the intended target audiences (AHS: 2009, p. 15). Indeed, this type of health promotion is considered “a cornerstone” for effectiveness in services for refugee and other migrant women (AHS: 2009, p. 16). The salient point here is the move away from focusing on the individual to the wider social context for understanding women’s health issues (AHS: 2009).

The findings of one study into these issues as they relate to the notion of choice among marginalised groups, including asylum seekers and refugees, culminated in development of a picture-based “discursive rather than instructive” ‘tool’ (Gaudion and Homeyard: 2009). The storyboard aimed to give prospective service users information and choices regarding ways of engaging with maternity services, specifically targeting those considered harder to reach (Gaudion and Homeyard: 2009). Furthermore, its development benefited from the involvement of a diversity of groups for, *inter alia*, appropriacy and relevance (Gaudion and Homeyard: 2009). This underscores the importance of partnership working with refugee women and their families to ensure “equity of information” and choice that will enable exercise of agency (Gaudion and Homeyard: 2009).

Finally, though not new, health literacy is increasingly considered⁹ as a way forward to improve health equalities, particularly among ethnic minorities and lower socio-economic groups, which would include perinatal refugee women (Waterton: 2009; Nutbeam: 2000). More recent conceptualisations of health literacy extend beyond functionalities, such as abilities to read and understand medical information or make appointments (Nutbeam: 2000), to encompass confidence building and empowerment that enables individuals

⁹ Results of a three-year international study on health literacy by researchers at Maastricht University will be available in autumn 2012 (Waterton: 2009, p. 11).

to seek out, comprehend, evaluate and use health information and concepts to make informed choices, reduce health risks, and increase quality of life (Waterton: 2009, p. 3).

Health literacy is not only concerned with the individual, but also the structural processes and systems they engage with (Gillis: 2009). From the policy perspective, promoting health literacy includes measures such as improving quality of written health and medical information; basing services on service-users' perspectives; building adult literacy and numeracy; and supporting professional development of health care personnel regarding communication and listening skills (Waterton: 2009), as well as "responding to difference" (Waterton: 2009, p. 15). As has been suggested, health care professionals, politicians and policy makers also need to be health literate, and the challenge remains that "the gap between policy and practice needs to be bridged in both directions" (Kickbush *et al.*: 2009, cited in Waterton: 2009, p. 17).

Concluding remarks and ways forward

Refugee women in resettlement who are pregnant or mothers with an infant can be considered as having compound vulnerabilities: as refugee "Others"; as women constructed by gender discourses; and as women who are perinatal. These are reflected in tendencies to portray them as helpless, voiceless victims – notions that are rooted in trauma and mental health; loss and dependency; and cultural difference. Their resilience, strengths and needs to support these are acknowledged, but with little or no explanation of what their strengths are and how they might be enhanced. It has been further argued that "refugee women should only be treated ...as 'dependents' or as 'vulnerable' when they themselves ask for this special treatment" (Freedman: 2010, p. 605). It is widely accepted that perinatal refugee women face considerable barriers in accessing support services with poor rates in their maternity outcomes. This calls for research that looks beyond their limitations and weaknesses to discover how their strengths could be enhanced in service provision.

But effective perinatal service design requires the input of refugee women for "satisfactory solutions to their problems" (Kelley: 1989, p. 1). While it is acknowledged that perinatal refugee women are "hard to reach", often because they engage less with services during this life stage, this should not deter research. Engagement with

community-based organisations, therefore, seems key as it is suggested they are more likely to have success in outreach (Flanagan and Hancock: 2010, p. 2). But inspiration can also be taken from others, such as UNHCR's Regional Dialogues project. During 2010–2011, the project held meetings with “over 500 refugee and internally-displaced women and girls, and some refugee men” (UNHCR: 2011) in several global regions to offer human rights training; discuss issues faced during flight; and elicit solutions to inform service provision for refugee women and girls (UNHCR: n.d.). This model could inspire smaller scale city- or community-level initiatives in countries of resettlement to engage refugee women and service providers on ways to build perinatal refugee women's strengths to enhance coping with maternity.

In view of their resourcefulness in surviving overwhelming challenges, an emphasis on perinatal refugee women's strengths should therefore under-gird resettlement support (Kelley: 1989). As stated in findings from research with refugee women coping with maternity in resettlement “the ...refugee women shared their struggles, but were determined not to see themselves as victims. They saw themselves as survivors of a whole range of difficult and traumatic situations” (Roberts: 2006, p. 12). Thus, emphasising the need to shift the focus from vulnerability to agency.

References

- AASHEIM, C, BUSCHER, D, PEACOCK, D, NGUGI, L. 2008. *Engaging men and boys in refugee settings to address sexual and gender-based violence*. Johannesburg: Sonke Gender Justice Network; New York: Women's Refugee Commission and Kenya: UNHCR.
- AGER, A. 1999. “Perspectives on the refugee experience”. En: Ager, A. (ed.). *Refugees: perspectives on the experience of forced migration*. London and New York: Cassell. p. 1–23.
- AGER, A, STRANG, A. 2008. “Understanding integration: a conceptual framework”. *Journal of Refugee Studies*. abr. 2008, vol. 12, no. 2, p. 166–191.
- ALBERTA HEALTH SERVICES (AHS). 2009. *Health promotion in immigrant and refugee populations: culturally appropriate strategies for health promotion*. Calgary: Alberta Health Services.
- ARCHER, M. 1982. “Morphogenesis versus structuration: on combining structure and

- action". *British Journal of Sociology*. dic.1982, vol. 33, no. 4, p. 455–483.
- . 1996. *Culture and agency: the place of culture in social theory*. Cambridge, New York and Melbourne: Cambridge University Press. 351 p.
- AROIAN, K, THOMAS, N, TEMPLIN, TN, RAMASWAMY, V. 2010. "Adaptation and psychometric evaluation of the multidimensional scale of perceived social support for arab immigrant women". *Health Care for Women International*. mar. 2010, vol. 31, no. 2, p. 153–169.
- ASCOLY, N, VAN HALSEMA, I, KEYSERS, L. 2001. "Refugee women, pregnancy, and reproductive health care in the Netherlands". *Journal of Refugee Studies*. 2001, vol. 14, no. 4, p. 371–393.
- ASPINALL, P, WATTERS, C. 2010. *Refugees and asylum seekers: a review from an equality and human rights perspective*. Manchester: Equality and Human Rights Commission.
- ASYLUM AID. 2009. "New research report launched: asylum seeking women, violence and health". *Women's Asylum News*. oct. 2009, no. 87.
- ATFIELD, G, BRAHMBHATT, K, O'TOOLE, T. 2007. *Refugees' experiences of integration*. London: Refugee Council.
- BAIRD, MB. 2009. *Resettlement transition experiences among Sudanese refugee women*. Tucson: College of Nursin. 214 p.
- BAKEWELL, O. 2010. "Some reflections on structure and agency in migration theory". *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2010, Vol. 36(10): 1689–1708.
- BAKEWELL, O., KUBAL, A., VILLARES, M. 2011. *Social theory and migration workshop*. Oxford: International Migration Institute, University of Oxford.
- BANDURA, A, ADAMS, NE. 1977. "Analysis of self-efficacy theory of behavioral change". *Cognitive Therapy and Research*. 1977, vol. 1, no. 4, p. 287–310.
- BANKOFF, G. 2001. "Rendering the world unsafe: 'vulnerability' as western discourse". *Disasters*. mar. 2001, vol. 25, no. 1, p. 19–35.
- BAWADI, H. 2009. *Migrant Arab Muslim women's experiences of childbirth in the UK*. Leicester: De Montfort University. 314 p.
- BERMAN, H, GIRÓN, ERI., MARROQUIN, AP. 2006. "A narrative study of refugee

- women who have experienced violence in the context of war". *Canadian Journal of Nursing Research*. dic. 2006, vol. 38, no. 4, p. 32–53.
- BRACKEN, P, GILLER, J, SUMMERFIELD, D. 1997. "Rethinking mental health work with survivors of wartime violence and refugees". *Journal of Refugee Studies*. 1997, vol. 10, no. 4, p. 431–442.
- CALLAMARD, A. 1999. "Refugee women: a gendered and political analysis of the refugee experience". En: Ager, A. (ed.). *Refugees: perspectives on the experience of force migration*. London and New York: Cassell. p. 196–214.
- CAROLAN, M, CASSAR, L. 2007. "Pregnancy care for African refugee women in Australia: attendance at antenatal appointments". *Evidence Based Midwifery*. jun. 2007, vol. 5, no. 2, p. 54–58.
- CARTA, MG, BERNAL, M, HARDOY, MC, HARO-ABAD, JM. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1) [online]. Available at: <http://www.cpementalhealth.com/1/1/13> [Accessed: 20 February, 2012].
- CASTLES, S, MILLER, MJ. 2009. *The age of migration: international population movements in the modern world*. 4th edn. Basingstoke and New York: Palgrave Macmillan. 369 p.
- CENTRE FOR MATERNAL AND CHILD ENQUIRIES (CMACE). 2011. "Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. vol. 118, suppl. 1, p. 1–203.
- CLARK, CR. 2007. "Understanding vulnerability: from categories to experiences of congolese young people in Uganda". *Children & Society*. jun. 2007, vol. 21, no. 4, p. 284–296.
- CRAWLEY, H, HEMMINGS, J, PRICE, N. 2011. *Coping with destitution: survival and livelihood strategies of refused asylum seekers living in the UK*. Swansea: Centre for Migration Policy Research (CMPR), Swansea University.
- CRUICKSHANK, J. 2011. *The positive and the negative: assessing critical realism and social constructionism as post-positivist approaches to empirical research in the social sciences*. Oxford: International Migration Institute, University of Oxford.

- DUMPER, H. 2002. *Is it safe here? Refugee women's experiences in the UK*. England: Refugee Action.
- DWYER, P, BROWN, D. 2008. "Accommodating 'others'?: housing dispersed, forced migrants in the UK". *Journal of Social Welfare and Family Law*. sep. 2008, vol. 30, no. 3, p. 203–218.
- ELDER-VASS, D. 2010. *The causal power of social structures: emergence, structure and agency*. New York: Cambridge University Press. 234 p.
- EMIRBAYER, M, MISCHÉ, A. 1998. "What is agency?". *American Journal of Sociology*. 1998, vol. 103, no. 4, p. 962–1023.
- EN-HERA!. 2009. *Promotion of sexual and reproductive health and rights of refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Europe and beyond*. Ghent: Academia Press.
- ESSED, P, FRERKS, G, SCHRIJVERS, J. (2004). "Introduction: refugees, agency and social transformation". En: Essed, P., Frerks, G., Schrijvers, J. (eds.). *Refugees and the transformation of societies: agency, policies, ethics and politics*. New York and Oxford: Berghahn Books. p. 1–16.
- EUROPEAN ANTI-POVERTY NETWORK (EAPN). 2011. *Is the European project moving backwards? The social impact of the crisis and of the recovery policies in 2010*. Brussels: EAPN Working Groups.
- FLANAGAN, SM., HANCOCK, B. (2010). "Reaching the hard to reach': lessons learned from the VCS (voluntary and community sector). A qualitative study" [online]. *Health Services Research*. vol. 10, no. 92. Available at: <http://www.biomedcentral.com> [Accessed: 20 February, 2012].
- FREEDMAN, J. 2007. *Gendering the international asylum and refugee debate*. Basingstoke and New York: Palgrave Macmillan. 224 p.
- . 2010. "Mainstreaming gender in refugee protection". *Cambridge Review of International Affairs*. 2010, vol. 23, no. 4, p. 589–607.
- GANGULY-SCRASE, R, VOGL, G, JULIAN, R. (2005). Neoliberal globalisation and women's experiences of forced migrations in Asia [online]. Brisbane: Centre for Social Change Research, Queensland University of Technology. Available at: <http://eprints.qut.edu.au/3461/> [Accessed: 20 February, 2012].

- GATRELL, P. (2010). "Rethinking 'the refugee': an interview with Peter Gatrell" [online]. British Council: Counterpoint Podcast Series. Available at: <http://www.podcasters.tv/episodes/rethinking-'the-refugee'-an-interview-with-peter-gatrell-11897719.html> [Accessed: 20 February, 2012].
- GAUDION, A. 2004. Florence... the experience of becoming a mother in exile [Video cassette]. London: University of East London.
- GAUDION, A, ALLOTEY, P. 2008. *Maternity care for asylum seekers and refugees in Hillingdon: a needs assessment*. Uxbridge: Centre for Public Health Research.
- GAUDION, A, HOMEYARD, C. (2008). No voice, no choice: barriers to the exercise of choice by marginalised women (part one) [online]. *Midwives Magazine*. oct./nov. 2008. Available at: <http://www.rcm.org.uk/midwives/in-depth-papers/no-voice-no-choice-barriers-to-the-exercise-of-choice-by-marginalised-women-part-one/?locale=en> [Accessed: 20 February, 2012].
- . (2009). .No voice, no choice: barriers to the exercise of choice by 'marginalised' women (part two) [online]. *Midwives Magazine*. dic. 2009/jan. 2010. Available at: <http://www.rcm.org.uk/midwives/in-depth-papers/no-voice-no-choice-barriers-to-the-exercise-of-choice-by-marginalised-women-part-two/?locale=en> [Accessed: 20 February, 2012].
- GHORASHI, H. 2005. "Agents of change or passive victims: the impact of Welfare States (the case of the Netherlands) on refugees". *Journal of Refugee Studies*. 2005, vol. 18, no. 2, p. 181–198.
- GIDDENS, A. 1984. *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press. 402 p.
- . 1993. *New rules of sociological method: a positive critique of interpretive sociologies*. 2nd edn. Cambridge: Polity Press. 200 p.
- GILLIS, D. 2009. *Exploring dimensions of health literacy: a case study of interventions to promote and support breastfeeding*. Nottingham: University of Nottingham. 449 p.
- GIROIN, ERI, MARROQUIN, AP, BERMAN, H, DERBY, S, VOIA, L. 2005. *A narrative study of refugee women who have experienced violence in the context of war*. Ontario: Centre for Research on Violence Against Women and Children, University of Western Ontario.

- GOZDZIAK, EM. 2005. *Refugee women's psychological response to forced migration: limitations of the trauma concept*. Washington: Institute for the Study of International Migration, Georgetown University.
- GOZDZIAK, EM., LONG, KC. 2005. *Suffering and resiliency of refugee women: an annotated bibliography 1980–2005*. Washington: Institute for the Study of Forced Migration, Georgetown University.
- HARDING, S. 1987. "Introduction: is there a feminist method?". En: Harding, S. (ed.). *Feminism and methodology: social science issues*. Bloomington: Indiana University Press and Milton Keynes: Open University Press. p. 1–14.
- HARPER-BULMAN, K., McCOURT, C. 2002. "Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study". *Critical Public Health*. dec. 2002, vol. 12, no. 4, p. 365–380.
- HEALEY, R. L. 2010. "Gender variation in asylum experiences in the UK: the role of patriarchy and coping strategies". *Journal of Identity and Migration Studies*. 2010, vol. 4, no. 2, p. 24–43.
- HERREL, N, OLEVITCH, L, DUBOIS, DK, TERRY, P, THORP, D, KIND, E, SAID, A. 2004. "Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery". *Journal of Midwifery and Women's Health*. jul./ago. 2004, vol. 49, no. 4, p. 345–349.
- HUNT, L. 2008. "Women asylum seekers and refugees: opportunities, constraints and the role of agency". *Social Policy & Society*. jun. 2008, vol. 7, no. 3, p. 281–292.
- INHETVEEN, K. 2006. *"Because we are refugees": utilizing a legal label*. Germany: University of Siegen.
- JANSSENS, K, BOSMANS, M, TEMMERMAN, M. 2005. *Sexual and reproductive health and rights of refugee women in Europe: rights, policies, status and needs*. Ghent: International Centre for Reproductive Health.
- JENTSCH, B, DURHAM, R, HUNDLEY, V, HUSSEIN, J. 2007. "Creating consumer satisfaction in maternity care: the neglected needs of migrants, asylum seekers and refugees". *International Journal of Consumer Studies*. mar. 2007, vol. 31, no. 2, p. 128–134.
- JEWELL, K. (2009). Asylum seekers and pregnancy [online]. Cardiff and Vale NHS

- Trust. Available at:
<http://www.midirs.org/development/midirsodcast.nsf/home?openform>
[Accessed: 20 February, 2012].
- JUSTICE FOR ALL. (2011). Asylum & refugee advice [online]. Available at:
<http://www.justice-for-all.org.uk/Government-proposals/Asylum-refugee-advice>
[Accessed: 20 February, 2012].
- JUSTICE INSTITUTE OF BRITISH COLUMBIA (JIBC). 2007. *Empowerment of immigrant and refugee women who are victims of violence in their intimate relationships*. Canada: Justice Institute of British Columbia.
- KELLEY, N. (ed.). 1989. *Working with refugee women: a practical guide*. Geneva: International NGO Working Group on Refugee Women.
- KIBREAB, G. 2004. "Refugeehood, loss and social change: eritean refugees and returnees". En: Essed, P, Frerks, G, Schrijvers, J. (eds.). *Refugees and the transformation of societies: agency, policies, ethics and politics*. New York and Oxford: Berghahn Books. p. 19–30.
- KNUDSEN, JC. 1991. "Therapeutic strategies and strategies for refugee coping". *Journal of Refugee Studies*. 1991, vol. 4, no. 1, p. 21–38.
- LADNER, JA. 1987. "Introduction to tomorrow's tomorrow: the black woman". En: Harding, S. (ed.). *Feminism and methodology: social science issues*. Bloomington: Indiana University Press and Milton Keynes: Open University Press. p. 74–83.
- LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE (LSHTM), SCOTTISH REFUGEE COUNCIL (SRC). 2009. *Asylum-seeking women, violence & health: results from a pilot study in Scotland and Belgium*. England: LSHTM and SRC.
- LONG, N. 1992b. "From paradise lost to paradise gained?: the case for an actor-oriented sociology of development". En: Long, N, Long, A. (eds.). *Battlefields of knowledge: the interlocking theory and practice in social research and development*. London and New York: Routledge. p. 15–43.
- MANDERSON, L, KELAHER, M, MARKOVIC, M, McMANUS, K. 1998. "A woman without a man is a woman at risk: women at risk in Australian humanitarian programs". *Journal of Refugee Studies*. 1998, vol. 11, no. 3, p. 267–283.

- MARFLEET, P. 2006. *Refugees in a global era*. Basingstoke and New York: Palgrave Macmillan. 324 p.
- McKEARY, M, NEWBOLD, B. 2010. "Barriers to care: the challenges for canadian refugees and their health care providers". *Journal of Refugee Studies*. 2010, vol. 23, no. 4, p. 523–545.
- MIÖRNER FIAN, S. 2007. *Pregnant asylum seekers in Graz*. Graz, Austria: Medical University of Graz. 82 p.
- MOHANTY, C. 1988. "Under western eyes: feminist scholarship and colonial discourses". *Feminist Review*. 1988, vol. 30, p. 61–88.
- MORAWA, AHE. 2003. "'Vulnerability' as a concept in international human rights law". *Journal of International Relations and Development*. jun. 2003, vol. 6, no. 2, p. 139–155.
- MORAWSKA, E. 2001. "Structuring migration: the case of polish income-seeking travellers to the west". *Theory and Society*. feb. 2001, vol. 30, no. 1, p. 47–80.
- . 2011. *Studying international migration in the long(er) and short(er) durée: contesting some and reconciling other disagreements between the structuration and morphogenesis approaches*. Oxford: International Migration Institute, University of Oxford.
- MORRIS, MD, POPPER, ST, RODWELL, TC, BRODINE, SK, BROUWER, KC. 2009. "Healthcare barriers of refugees post-resettlement". *Journal of Community Health*. dec. 2009, vol 34, no. 6, p. 529–538.
- . 1991. "Women refugees: empowerment and vulnerability". *Refuge*. abr. 1991, vol. 10, no. 4, p. 12–14.
- NABB, J. 2006. "Pregnant asylum-seekers: perceptions of maternity service provision". *Evidence Based Midwifery*. dec. 2006, vol. 4, no. 3, p. 89–95.
- NUTBEAM, D. 2000. "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century". *Health Promotion International*. 2000, vol.15, no. 3, p. 259–267.

- OETTINGEN, G. 1999. "Cross-cultural perspectives on self-efficacy". En: Bandura, A. (ed.). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press. p. 149–176.
- PAHUD M, KIRK, R, GAGE, JD, HORNBLow, AR. 2009. *New issues in refugee research: the coping processes of adult refugees resettled in New Zealand*. Geneva: Policy Development and Evaluation Service, UNHCR.
- PERUMAL, L. 2010. *Health needs assessment of Middle Eastern, Latin American and African People living in the Auckland region*. Auckland: Auckland District Health Board.
- PITTAway, E. 2004. *The ultimate betrayal: an examination of domestic and family violence in refugee communities*. Sydney: Centre of Refugee Research, The University of New South Wales.
- PORTES, A. 2010. "Migration and social change: some conceptual reflections". *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2010, vol. 36, no. 10, p. 1537–1563.
- RAJARAM, PK. 2002. "Humanitarianism and representations of the refugee". *Journal of Refugee Studies*. 2002, vol. 15, no. 3, p. 247–264.
- RATNER, C. 2000. "Agency and culture". *Journal for the Theory of Social Behaviour*. dic. 2000, vol. 30, no. 4, p. 413–434.
- REFUGEE COUNCIL. 2006. *Safe from harm? Health and social care for vulnerable refugees and asylum seekers*. London: Refugee Council.
- REYNOLDS, B, WHITE, J. 2010. "Seeking asylum and motherhood: health and wellbeing needs". *Community Practitioner*. mar. 2010, vol. 83, no. 3, p. 20–23.
- RINTOUL, A. 2010. *Understanding the mental health and wellbeing of Afghan women in South East Melbourne*. Brunswick: Victorian Foundation for Survivors of Torture.
- ROBERTS, C. 2006. *Refugee women and their postpartum experiences*. Saskatoon: Community – University Institute for Social Research (CUISR).

- ROJ WOMEN'S ASSOCIATION (RWA). 2011. *Empowering Kurdish women in London: a consultation on their needs*. London: Roj Women's Association.
- RYAN, D, DOOLEY, B, BENSON, C. 2008. "Theoretical perspectives on post-migration adaptation and psychological well-being among refugees: towards a resource-based model". *Journal of Refugee Studies*. feb. 2008, vol. 21, no. 1, p. 2–18.
- SAMMAN, E, SANTOS, ME. 2009. *Agency and empowerment: a review of concepts, indicators and empirical evidence*. Oxford: University of Oxford.
- SCHRIJVERS, J. 1999. "Manipulating vulnerability or building on the strength of refugees' experiences from Sri Lanka". *South Asian Refugee Watch*. 1999, vol. 1, no. 2, p. 47–53.
- SCHWEITZER, R, GREENSLADE, JH, KAGEE, A. (2007). Coping and resilience in refugees from Sudan: a narrative account [online]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007, vol. 41, no. 3, p. 282–288. Available at: <http://eprints.qut.edu.au/15050> [Accessed: 20 February, 2012].
- SEWELL, WH. 1992. "A theory of structure: duality, agency, and transformation". *The American Journal of Sociology*. jul. 1992, vol. 98, no. 1, p. 1–29.
- SMALL, R, Gagnon A, Gissler, M, Zeitlin, J, Bennis, M, Glazier, RH, Haelterman, E, Martens, G, McDermott, S, Urquia, M, Vangen, S. 2008. "Somali women and their pregnancy outcomes post-migration: data from six receiving countries". *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. dic. 2008, vol. 115, no. 13, p. 1630–1640.
- SQUIRE, C, JAMES, J. 2009. "Refugee women". En: Squire, C. (ed.). *The social context of birth*. 2nd edn. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd. p. 100–114.
- STEINER, HJ, ALSTON, P, GOODMAN, R. 2007. *International human rights in context: law, politics, morals*. 3rd edn. New York: Oxford University Press. 1492 p.
- STJERNSTRÖM, O. (2004). Theory and migration: towards a framework of migration and human actions [online]. Cybergeog: *European Journal of Geography, Space,*

Society, Territory. feb. 2004. Available at: <http://cybergeog.revues.org/3827>
[Accessed: 20 February, 2012].

STRAUSS, L, McEWEN, A, HUSSEIN, FM. 2009. "Somali women's experiences of childbirth in the UK: perspectives from Somali health workers". *Midwifery*. abr. 2009, vol. 25, p. 181–186.

SUMMERFIELD, D. 1999. "Sociocultural dimensions of war, conflict and displacement". In: Ager, A. (ed.). *Refugees: Perspectives on the experience of forced migration*. London and New York: Cassell. p. 111–135.

TEMPLE, B, MORAN, R 2011. "Introduction". En: Temple, B, Moran, R. (eds.). *Doing research with refugees: issues and guidelines*. Bristol: The Policy Press. p. 1–20.

THE CENTRE FOR SOCIAL JUSTICE. 2008. *Breakthrough Britain: asylum matters. restoring trust in the UK asylum system*. London: Centre for Social Justice.

TRIBE, R. 2002. "Mental health of refugees and asylum-seekers". *Advances in Psychiatric Treatment*. 2002, vol. 8, no. 4, p. 240–248.

TSEKERIS, C. 2008. "Sociological issues in culture and critical theorizing". *Humanities & Social Sciences Journal*. 2008, vol. 3, no. 1, p. 18–25.

TURTON, D. 2003. *Conceptualising forced migration*. Oxford: Refugee Studies Centre, University of Oxford.

UN HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR). (2008). UNHCR handbook for the protection of women and girls [online]. Available at: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/47cfc2962.html> [Accessed: 20 August, 2011].

———. (2010a). A thematic compilation of executive committee conclusions. 5th edn. [online]. Available at: <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4bace8f62.pdf> [Accessed: 15 August, 2011].

———. (2010b). The heightened risk identification tool (user guide). 2nd edn. [online].

Available at: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/46f7c0cd2.html> [Accessed: 12 August, 2011].

———. (2011). Regional dialogues with women and girls [online]. Available at: <http://www.unhcr.org/pages/4d6781be6.html> [Accessed: 12 August, 2011].

———. (n.d). Survivors, protectors, providers: regional dialogues with women and girls [online]. Available at: <http://www.unhcr.org/pages/4d6cc7dd9.html> [Accessed: 12 August, 2011].

UN WOMEN. (2011). Mainstreaming a gender perspective into un policies and programmes [online]. Available at: <http://www.unwomen.org/2011/07/mainstreaming-a-gender-perspective-into-un-policies-and-programmes/> [Accessed: 27 August, 2011].

VAN HEAR, N. 2010. "Theories of migration and social change". *Journal of Ethnic and Migration Studies*. dic. 2010, vol. 36, no. 10, p. 1531–1536.

WAUGH, M. 2010. *The mothers in exile project: women asylum seekers' and refugees' experiences of pregnancy and childbirth in Leeds*. Leeds: Women's Health Matters.

WATERTON, J. 2009. *Health literacy: a scoping study*. Scotland: The Scottish Government.

WILLIAMS, L. 2006. "Social networks of refugees in the united kingdom: tradition, tactics and new community spaces". *Journal of Ethnic and Migration Studies*. jul. 2006, vol. 32, no. 5, p. 865–879.

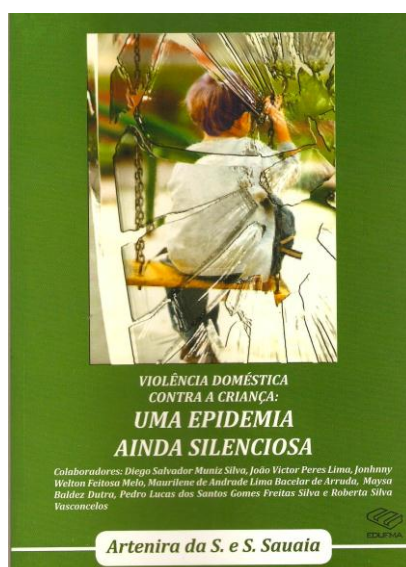
SHAKESPEARE-FINCH, J. & Wickham, K. (2009) Adaptation of Sudanese refugees in an Australian context : investigating helps and hindrances. *International Migration*, 48(1), pp. 23-46.

WILSON, L. (2005). Social exclusion and social capital in northern adelaide: the role of social networks in reproducing social inequality [online]. Brisbane: Centre for Social Change Research, Queensland University of Technology. Available at: <http://eprints.qut.edu.au/3537> [Accessed: 30 August, 2011].

WOMEN'S REFUGEE COMMISSION (WRC). (2011). Gender [online]. Available at: <http://www.womenscommission.org/programs/gender> [Accessed: 23 August, 2011].

ZETTER, R. 2007. "More labels, fewer refugees: remaking the refugee label in an era of globalization". *Journal of Refugee Studies*. 2007, vol. 20, no. 2, p. 172–192.

ZOLBERG, A, SUHRKE, A, AGUAYO, S. 1989. *Escape from violence: conflict and the refugee crisis in the developing world*. Oxford: Oxford University Press. 380 p.



Sauaia, A., Violência Doméstica contra a criança: Uma epidemia ainda silenciosa, São Luís do Maranhão, EDUFMA, 2010, 92 págs.

Violência intrafamiliar: O desinvestimento social e a subversão dos Direitos da Criança

Lígia Moreira Almeida

MA, Psicologia da Saúde; Doutoranda em Saúde Pública, Instituto de Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (ISPUP/FMUP), Centro de Investigação e Intervenção Educativas, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (CIIE/FPCEUP), Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship

A obra sobre a qual se propõe uma apreciação reflexiva visa o resgate de um tema que se atravessa de uma hermenêutica taxativa e socialmente condenável, mas que em paralelo se submete a um fenómeno de relativa naturalização irrealista. A naturalização da violência advém da frequência com que se acede a ela, ao conhecimento de que existe, pela ubiquidade e concordância com que é reportada pelos vários meios de informação social. A irrealidade associada ao fenómeno, especialmente quando concerne a infância, decorre do sentimento coletivo de

raridade, do reconhecimento generalizado de repúdio por uma maioria social de que estes acontecimentos não ocorrem perto de si enquanto indivíduos, a que acresce a crença social de que a educação da criança é, em primeira mão, usufruto do núcleo familiar e não se compadece com a interferência não consentida de terceiros.

O livro reporta-se à realidade brasileira, nomeadamente no que diz respeito aos factos, números impulsionadores e dados epidemiológicos do município de São Luís do Maranhão, bem como às estruturas de ação e proteção que o Estado possui quando chamado a intervir nas situações que a obra tão claramente descreve. Importa ressaltar que a transversalidade da problemática da violência contra as crianças não a situa num contexto específico, sendo uma responsabilidade de todo e qualquer adulto, enquanto cidadão do Mundo no pleno exercício proactivo da sua cidadania. Por este motivo, é de extrema relevância considerar os denominadores e consequências comuns da violência perpetrada a menores de 6 anos (conceito de primeira infância enquanto marco cronológico da Psicologia do Desenvolvimento), tendo em conta que a maioria significativa dos registos apontam o agressor como familiar direto ou pertencente a uma esfera de proximidade relacional (e.g. escola).

A mais dramática consequência da violência na primeira infância traduz-se na associação da vulnerabilidade e fragilidade física da criança, que a torna incapaz de agir defensivamente e de se proteger, com a perceção dual de uma agressão repetida por parte de uma figura de afeto. Tal como explicitado pela autora, o sentimento de amor pelo agressor age poderosamente sobre a criança, levando frequentemente a que esta o proteja; muito para além do medo, a mentira e o encobrimento tornam-se as formas eleitas para a demonstração de amor total para com aquele que a violenta. Este enquadramento resulta num comprometimento avassalador do funcionamento psicológico, mental e social da criança vítima de violência, sendo que *“A criança que é vítima de violência física, sexual, psicológica, abandono material e afetivo, abandono intelectual, trabalho infantil e omissão, em geral, está sendo acometida por mais de um tipo de violência em conjunto, até porque a violência psicológica acompanha todas as outras (...)”*. Numa faixa etária e desenvolvimental que se pauta pela aquisição e internalização de estruturas identitárias, desenvolvimento de autoestima e sentido de segurança que possibilita as primeiras abordagens exploratórias dos contextos sociais e do meio de inserção, a capacitação para a resiliência e a gestão sadia e proativa de adversidades pela aquisição de estratégias positivas e de investimento psíquico perante a frustração, a violência (especialmente a intrafamiliar) redundando no frequente

destróçamento da criança enquanto sujeito psicológico, marcando a sua identidade, a percepção do mundo, das regras, dos limites de si e do próximo. Agressões sofridas na infância são, como defendido pela autora, “(...) *as mais facilmente e poderosamente introjetadas e, portanto, mais dificilmente elaboradas pelos sujeitos, mesmo adultos, posteriormente. Não lidar com as conseqüências psicológicas da violência, silenciando-a, imprime-lhe mais força e poder de construções inconscientes, sobre as quais em geral não temos controlo.*”. Vivenciar experiências de violência doméstica compromete ainda a capacidade de aprendizagem da criança, reduzindo ainda mais a sua capacidade para romper com o ciclo de violência.

Partindo da devastação inerente à vítima, a violência familiar apresenta-se como um epifenómeno de escalada, reproduzível, com capacidade operativa de se projetar para além da esfera de funcionamento individual. Sem intervenção adequada e na ausência de reabilitação afetiva e psicossocial, a criança violentada enquanto ser humano em formação cresce emocionalmente incapaz de se deixar amar e proteger, sem uma identidade vinculada a uma figura de afeto, sente-se “(...) *natimorto, sem identidade, ele não teme coisa alguma, sequer a morte.*”. É este adolescente, o adulto em formação, que facilmente perpetuará, por modelagem simples, a informação e as estratégias de conduta que recebeu, e futuramente poderá colocar outros em risco, gerando-se a possibilidade de repetição da violência doméstica e intrafamiliar, bem como a manifestação de um elo de ligação nuclear arcaico, favorecedor da violência social.

Pelas dimensões, conseqüências e respetiva durabilidade (reprodutibilidade) da Violência enquanto *modus operandis* no seio familiar, o fenómeno adquire contornos de epidemia prioritária em Saúde Pública, onde urge intervir. Neste ponto, da intervenção e responsabilização social do cidadão comum pelo cumprimento e asseveração dos Direitos da Criança, a obra em análise suscita pontos de reflexão interessantes, que decorrem da metodologia exploratória utilizada para aferir a capacitação e conhecimentos dos profissionais que primeiramente contactam com a criança vítima de violência doméstica. O trabalho de campo apresentado pelo estudo e coordenado pela autora, contemplou entrevistas e observações em contextos diversos, privilegiando-se o contexto educativo (750 professores de Educação Infantil), familiar (800 lares/núcleos familiares) e de saúde (80 equipas de Saúde da Família). Os principais resultados apontam para um desconhecimento generalizado do crime de omissão perante suspeita de violência, bem como uma certa agnosia sobre as

dimensões da problemática e suas repercussões sociais, não sabendo estes profissionais como ou a que entidades devem denunciar esta suspeita. Salieta-se ainda que os profissionais envolvidos nos atendimentos de emergência em saúde procuram, na sua maioria, lidar com a dimensão física (e.g. lesões) da violência, pretendendo ativamente não interferir no que denominam por “questões domésticas”. Daqui ressalta, para além de percentagens e especificidades contextuais, a subnotificação da violência intrafamiliar contra crianças.

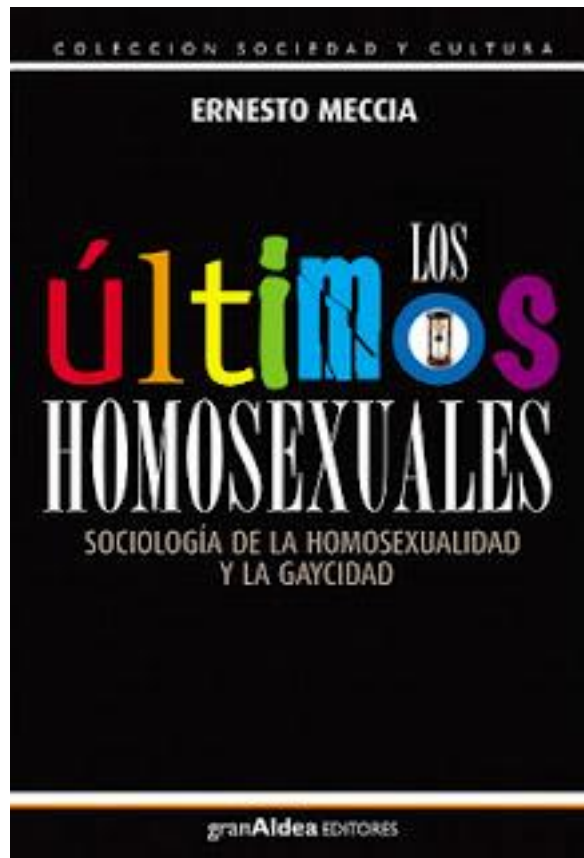
Granjeando a construção de um pequeno paralelismo entre a realidade evidenciada no estudo e o contexto português, existem algumas diferenças ao nível das estruturas nacionais de ação para a proteção de crianças e jovens em risco. No contexto brasileiro, as denúncias de suspeita de violência contra crianças podem ser efetuadas aos Conselhos Tutelares, Delegacias, Defensores Públicos ou ao Ministério Público. *“Cada comarca tem um Promotor de Justiça responsável por ela. (...) O promotor é o profissional responsável por fiscalizar o cumprimento das leis e é o defensor social dos direitos das comunidades nas quais está inserido.”*. Já Portugal, apelando igualmente à participação ativa da comunidade em parceria com o Estado, apresenta desde 2001 instituições oficiais não judiciárias, com autonomia funcional, que visam promover os direitos da criança e do jovem, e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral – concretizadas nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Estas estruturas constituem-se de técnicos especializados, e funcionam em proximidade com a comunidade (entidades com competência em matéria de infância e juventude – escolas, serviços de saúde, entre outras), estabelecendo continuamente redes de desenvolvimento social (trabalho em rede), procurando agilizar respostas de promoção dos direitos e proteção da criança, intervindo segundo princípios orientadores supremos (e.g. interesse superior da criança, privacidade, intervenção precoce, intervenção mínima, proporcionalidade e atualidade, responsabilidade parental, obrigatoriedade de informação, audição obrigatória e participação, e subsidiariedade) sempre que possível com a família, e mediando esta intervenção com Tribunais e Ministério Público quando a sua intervenção não possa ter lugar por falta de meios ou consentimento parental.

Observando a realidade portuguesa, rapidamente se desconstrói aquilo que parecería uma mais-valia nacional na prevenção e atuação perante a violência contra crianças. Desde 2009, ano a que se atribui o início da amplamente comentada crise económica

européia (mundial?), o Estado Português tem vindo a tomar medidas recobertas pela legítima roupagem da contenção de custos e verbas, que se têm traduzido num progressivo desinvestir na Educação e na Saúde. Assim, as equipas multidisciplinares das CPCJ têm vindo a ser reduzidas, e os profissionais privilegiados de intervenção nas escolas e contextos educativos (psicólogos, no caso português) sofreram uma redução de 50% nos seus postos de trabalho em 2010, sendo a perspectiva a de diminuição continuada. Já no Sistema Nacional de Saúde, outrora tendencialmente gratuito, as taxas cobradas na assistência urgente têm vindo a verificar-se inoportáveis para as famílias mais carenciadas. Recusando aliar populismos ao presente discurso, é facto que as nossas crianças têm vindo a ser forçadamente abandonadas pelos interlocutores que, em primeira mão, zelariam pelo seu bem-estar e segurança nos seus contextos de interação com o meio. A redução de profissionais treinados dos contextos de alerta privilegiado, e o deteriorar das condições de trabalho dos que permanecem, têm acentuado vulnerabilidades sociais em crescimento. Deste modo, do desinvestimento social está a resultar um aprofundamento crónico de uma crise inicialmente económica/financeira, mas que irremediavelmente caminhará para uma crise social que, para além do instalado desemprego, consiste apenas e tão só na subversão do Sonho Europeu, dos valores de fraternidade e solidariedade que lideraram a idílica construção de uma Comunidade Europeia.

Neste ponto, uma vez mais, importa referir o carácter de prioridade do epifenómeno da Violência, nomeadamente a intrafamiliar e contra crianças, como problemática de Saúde Pública para que a obra alerta, e que atualmente assume contornos de suma relevância. Investigação recente neste domínio tem vindo a reconhecer a preponderância e impacto de determinantes sociais, de onde se destacam a pobreza e o subemprego, no estado de saúde das populações. Não sendo considerada fator etiológico, causador de violência *per se*, sabe-se que a pobreza e a perda de poder económico contribuem para o desinvestimento pessoal gradual na saúde e na procura de cuidados médicos, bem como para um afastamento precoce de estruturas educativas e que tendem a perpetuar insuficiências nos recursos socioeconómicos e na literacia, repercutindo-se nas condições de vida. Assim, a pobreza é comumente aceite como um fator de risco para uma saúde empobrecida, determinando uma maior sobrecarga de preocupação e *stress* nos agregados familiares, o que pode ocasionar numa tendência superior para a emissão de comportamentos violentos.

Neste sentido, e pela já explicitada propensão para a cronicidade da violência intrafamiliar e social, importa refletir sobre a mensagem pioneira deste livro, mas sobretudo sobre a sua aplicação aos contextos e às vítimas continuadas destas iniquidades sociais e afetivas: a necessidade de inquietação coletiva para com a violência, a mudança paradigmática de compreensão (e intervenção!) para com o agressor (que já foi criança), o crime de omissão, a desconstrução do conceito de família para além da privacidade nuclear, mas principalmente a reflexão necessária sobre que estratégias de reabilitação, recuperação e resgate pessoal estamos a providenciar às nossas crianças... Porque urge a sustentabilidade social e humana, para além da Economia.



**Los últimos homosexuales:
Sociología de la homosexualidad y gaycidad**

José Manuel Peixoto Caldas

Doctor and Sociologist, Director of Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship, Professor at College of the Americas - Inter American Organization for Higher Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences – CIIIE, University of Oporto

Gracias a los cambios en la vida cotidiana y en el derecho, se ha transformado el mundo de la homosexualidad en las últimas décadas. Para el sociólogo Ernesto Meccia, el régimen social de la homosexualidad ha sido desplazado: sólo quedan los

“últimos homosexuales”, marcados por la violencia y el secreto, y ha emergido con todas sus luces y sombras otro régimen que tiene como eje a lo que hoy prefiere definirse como “cultura gay”.

_____//_____

Meccia reflexiona sobre cómo un cierto número de personas que se socializaron en el régimen social de la homosexualidad (los "últimos homosexuales") valoran y desvaloran, se incorporan y rechazan el régimen social de la gaycidad. Con introducción de Dora Barrancos y prólogo de Sergio Carrara, la estrategia argumentativa del autor parte de las transformaciones de la vida cotidiana para luego formular hipótesis de amplio espectro acerca de las transformaciones estructurales de la homosexualidad en las últimas décadas. "¿Cómo será la vida para los homosexuales el día después de la desaparición de la homosexualidad?" Es la pregunta que vertebra el libro del principio al fin.

A partir de múltiples testimonios recogidos en entrevistas con homosexuales de entre 40 y 75 años, el autor - el sociólogo Ernesto Meccia - se explaya a lo largo de más de 250 páginas sobre unos sentimientos encontrados: por un lado, el regocijo sentido por la conquista de derechos y por el fin de la clandestinidad y, por otro, la decepción que experimentan ante las nuevas formas de sociabilidad características de la gaycidad, que no serían –paradójicamente- tan horizontales como fueron las relaciones en la era de la clandestinidad.

Para mejor comprender la obra decidimos entrevistar el autor

J.C - ¿De qué trata el libro “Los últimos homosexuales”?

E. Meccia -Trata sobre el día después de la desaparición de algo, asumiendo que hay un número grande de personas que tiene que enfrentarse a la ausencia de algo que formó una parte muy importante de sus vidas. La homosexualidad como régimen social es lo que desaparece a pasos agigantados y lo que aparece es la gaycidad (también como régimen). Este proceso, al menos en Buenos Aires, duró más o menos 25 años. Los últimos homosexuales (los sociólogos decimos, mi “unidad de análisis”) son personas homosexuales que hoy tienen más de 40, es decir, personas que fueron testigos y protagonistas de todas las inmensas transformaciones que supuso el paso

de un régimen a otro. Para mí, hablar de los “últimos homosexuales” es referirme a una subjetividad “bisagra” o híbrida, que se alimenta de elementos relacionales, imaginarios y subjetivos de los dos regímenes.

J.C - ¿Hay un problema generacional con los homosexuales mayores de 40 años? ¿Cómo se ubican hoy?

E. Meccia - Lo que ocurre con los homosexuales mayores de 40 es que están viviendo un momento muy especial. Ellos han sido testigos y protagonistas de un conjunto de cambios sociales muy amplios, que se desarrollaron vertiginosamente. Lo que tendríamos que imaginar es que ellos tenían un mundo a mano, manipulable a través de códigos específicos, que ha desaparecido. Ya sabemos que era un mundo que llevaba a “levantar” en los baños públicos y a tener sexo en los terrenos baldíos pero, desde un punto de vista sociológico, eso no es lo que más importa. Lo que tenemos que ver ahí es un entorno de sociabilidad seguro que, de buenas a primeras, se evaporó. Es como despertar y advertir que el cuarto de uno no tiene más paredes. Es fácil decir “ahora podré moverme sin restricciones”, pero sentirlo es más difícil. El nuevo mundo tiene códigos distintos.

J.C - ¿Quiénes y por qué todavía no se animan al *coming out* y siguen manteniendo mundos paralelos?

E. Meccia - Las consecuencias de las experiencias sociales de humillación son muy perdurables, difíciles de remover de la psiquis de las personas. Cuando hablamos del *coming out* no tendríamos que pensar en un momento de revelación y nada más. Por el contrario, es un proceso que implica sucesivas revelaciones. Muchos homosexuales que tienen más de 40 han quedado marcados a fuego por el imaginario del secreto y la clandestinidad. Estos elementos del imaginario tienen un maridaje muy fuerte con el elemento de la siempre imaginada y temida “reacción ambiental”. Estas personas desarrollaron un tortuoso saber consistente en la reducción de la tensión con el ambiente. Siguen viendo alrededor la posibilidad de una agresión o de una condena, lo cual les impide hacer el famoso proceso del *coming out* . De todos modos, no creo que existan tapados 100% o, en todo caso, están en vías de extinción.

J.C - ¿Qué significa hacer una sociología de la homosexualidad?

E. Meccia - Hablar de una sociología de la homosexualidad es casi hablar de una sociología sobre una colectividad, trabajar sobre un colectivo humano, en este caso el

colectivo homosexual. Un grupo relativamente unificado en torno de ciertas características, algunas reales y otras que son invenciones fantásticas de la sociedad. En este caso, esa relativa unidad se debe a una situación de clandestinidad.

J.C - ¿Y cuál sería el rasgo que identifica al colectivo homosexual?

E. Meccia - Si estamos hablando de que hay un grupo unificado y que esta unificación se debe a que la sociedad lo clasifica en los escalones más bajos de las categorías sociales, no existe mucha posibilidad de desarrollar estilos de vida, de diferenciación biográfica. Eso significa hablar de homosexualidad.

J.C - ¿Y la gaycidad?

E. Meccia - Por el contrario, hablar de la gaycidad implica consecuencias a nivel de biografías individuales, la posibilidad de individualizarse, de construir un propio estilo de vida. Ya no se puede hablar de colectivo sino de una categoría social.

J.C - ¿Cómo llegamos hasta aquí?

E. Meccia - Por el incesante trabajo de las organizaciones sexo-políticas, por un cambio de la sensibilidad contemporánea, que valora cada paso hacia la diversidad. Concomitantemente a ese trabajo de las organizaciones y a esta sensibilidad social que legitima las relaciones entre personas del mismo sexo, está la política de la visibilidad. Va descongelando eso que antes estaba fijo en el espacio social.

J.C - ¿El matrimonio integra ya el régimen de lo que hoy se llama gaycidad?

E. Meccia - Somos muchos quienes aún no podemos creer que en Argentina exista la ley del matrimonio igualitario. No ignoro que las explicaciones pueden dejarnos saldos a cuenta de algunos interesados, pertenecientes al sistema de partidos políticos, pero la ley está. Veremos qué pasa con el transcurso de los años, ya que está visto que las personas están gestionando cada vez más relaciones libres de ataduras externas al vínculo. Pero eso no tiene importancia: por más que en el futuro solamente dos gays quieran casarse, ninguna ley tendría que impedirlo. En el medio, estemos seguros, que gays y no gays pensaremos en formas alternativas de vínculos con correlatos jurídicos. Pero la situación es más ambigua en la dimensión de la sociabilidad.

J.C - ¿A qué se refiere?

E. Meccia - El imaginario de la gaycidad, al menos hoy por hoy, para gays y no gays,

está más formateado por una matriz comercial que por una matriz de derechos o de otro tipo. Hay astucia en los agentes comerciales que han metido sus manos en el mundo gay.

J.C - ¿Qué otros matices presenta la cultura gay?

E. Meccia - La experiencia gay es incomparable con la homosexual en el marco de una situación paradójica: si antes, a más represión, más discriminación y más vulnerabilidad externa teníamos relaciones sociales sólidas y relativamente desjerarquizadas, ahora, a menor represión y menor vulnerabilidad externa, tenemos al interior de la gaycidad relaciones jerarquizadas, lo cual vuelve vulnerables a ciertas personas porque comienzan a valer los marcadores sociales que antes no se hacían valer: desde la condición económico-social a la edad. No quiero ser taxativo, pero se puede pensar que el reconocimiento de los homosexuales corre bastante paralelo a la fragmentación comercial. Mis entrevistados han partido la gaycidad en aspectos bien distintos: los avances en el terreno jurídico y, paralelamente, este malestar en el campo de la sociabilidad.

J.C - ¿Quiénes son “los últimos” de los que hablás en tu libro?

E. Meccia - Bueno, en el libro hago un recorte muy concreto. Son habitantes de sectores urbanos, de ciudad y provincia de Buenos Aires, que tienen más de 45 años. Trato de elaborar enunciados muy dependientes de tiempos y de lugares. Me concentro en un período que a su vez es un no tiempo y un no lugar. Los años de la experiencia muda. Que no se entrega a decírsela y que no está por fuera de la lógica de lo que no sea el discurso opresivo. Es la época de la colectividad. En este momento, con la aparición de Facebook y todas las tecnologías digitales, se disolvieron aquellas temporalidad y especialidad estáticas. Las tecnologías disolvieron la temporalidad y espacialidad. Esto, a su vez, por fuera de las grandes ciudades, plantea un interrogante. Hasta qué punto estos recursos van o no de la mano con las nuevas sociabilidades. Por ejemplo, a raíz de la publicación de mi libro anterior, La cuestión gay, desde la gobernación de Santiago del Estero me invitaron a dar una charla. En la sala, con toda la publicidad y las tecnologías disponibles, tenía entre el público unas cuantas travestis (que por razones obvias ya son visibles) y unas prostitutas que, como yo iba a hablar de la tolerancia, me hicieron algunas preguntas sobre la relación con la policía. No había ningún gay.

J.C - ¿Los testimonios que fuiste consiguiendo confirmaron tus hipótesis o además te sorprendieron?

E. Meccia - Me sorprendieron los testimonios. Me sorprendió Antonio, cuando lo primero que me dice es una bravuconada: "Yo no necesité ir a un sauna para ser puto". Me pareció una respuesta sintomática a las condicionalidades que la sociedad gay te pone. Si antes era meterte en el baño y jugártela a suerte y verdad, ahora hay una serie de condiciones que tenés que cumplir. Me sorprendió también el comentario de Gabriel, sobre la ley de matrimonio igualitario, cuando dice "es algo que la Presidenta dispuso" y que a él le hubiera gustado esperar a que la sociedad hubiera acompañado, que en un punto es provocar a la sociedad. Me parece sintomático el tema de la provocación, que es muy de la era homosexual. Los homosexuales, en términos muy generales, éramos expertos en un saber regulativo de la tensión con el medio ambiente, para no provocar reacciones éramos capaces de hacer ejercicios insoportables para contener las reacciones de la gente.

J.C - ¿Por qué?

E. Meccia - Porque no podés hablar de una política de liberación en tanto y en cuanto no hayas construido ese objeto del que te tenés que liberar. Es decir, mientras la homosexualidad no dejara de ser una experiencia muda. Las luchas del Frente, a nivel del impacto social que tuvieron para los damnificados, creo que son incomparables con las otras luchas que estaban acompañando en ese momento. Se enciende el almanaque cuando los homosexuales, a nivel de vida cotidiana, se ven a sí mismos en Clarín, en el programa de mierda de Mirtha Legrand, cuando empiezan a circular en tapas de revistas de la familia. Ahí es cuando entran en la historia. En un principio construidos como una minoría, los que eran del palo, se construyó la opresión. Y cuando decís "una minoría", estás diciendo que son tantos, que tienen tales características, que les suceden tales cosas, tenés que argüir una diferenciación de política identitaria.

La minoría tampoco es la misma ya...

– Ahora no tiene buena prensa el tema de lo minoritario porque te hace pensar en una especie de raza, de estirpe, algo muy concreto en el mapa social. Hoy por hoy, convicción teñida de lecturas ideológicas mías, la condición socioeconómica de gays y lesbianas permite tramitar cierta disolución del lenguaje de la minoría. La pertenencia

económico-social abre puerta con relativa independencia.

J.C - En este libro, que es un libro académico, escrito por un sociólogo, aparecen marcas de tu primera persona. Por momentos parece que también estás hablando de vos. ¿Puede ser? ¿Hablás de vos?

E. Meccia - Sí, buscame en algunas de esas páginas, que me vas a encontrar. Yo estoy adentro.

Normas para la presentación de trabajos

Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía/Iberoamerican

Journal of Health and Citizenship

PRESENTACIÓN DE LA REVISTA::

La Revista Iberoamericana Salud y Ciudadanía/Iberoamerican Journal of Health and Citizenship es una publicación virtual semestral del Observatorio Iberoamericano Salud y Ciudadanía del CIIIE y UNC. Editada y coordinada mancomunadamente por parte de la membresía del IOHC y colaboradores/as, la revista procura alentar la producción, difusión e intercambio de conocimientos e información entre la comunidad académica dedicada a los estudios sanitarios, de ciudadanía y sexualidad en Iberoamerica, así como la difusión y el debate del pensamiento ibero americano contemporáneo. La Revista trabajará desde una perspectiva iberoamericana las problemáticas salud y ciudadanía de forma multi e interdisciplinaria y pretende alentar la innovación temática, el pensamiento abierto y deconstructor de inequidades en Ibero América. Se aceptarán artículos en castellano, portugués, inglés y francés y la publicación de los mismos será resultado de la selección de trabajos presentados por sus autoras al proceso de evaluación editorial o por pedido expreso de contribuciones a autores/as específicas por parte del comité editorial. Los artículos podrán ser de discusión teórica, informes de investigaciones, entrevistas a personalidades académicas o activistas de la realidad Ibero América de Naciones, de revisión bibliográfica, así como reseñas y comentarios de producciones culturales y artísticas: películas, cortos, documentales, exposiciones, etc. La revista consta de: una sección editorial, una sección principal dedicada a un tema elegido para cada número, una sección de reseñas de nuevas publicaciones, películas y otras producciones culturales de interés. de documentos. y, una sección de socialización de actividades académicas de formación e investigación: convocatorias o informes de actividades realizadas por los espacios miembros.

NORMAS PARA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

Serán aceptados para su evaluación:

Artículos inéditos o que hayan sido publicados en otros idiomas y/o en revistas de circulación local en papel, siempre que se cuente con el derecho de autor/a.

Se aceptarán artículos escritos en castellano, portugués, inglés y francés producidos por autores/as iberoamericanos o residiendo en países de Ibero América.

Los artículos deberán ser encabezados con un resumen de 100 a 150 palabras, y cinco palabras-clave, en el idioma en que estuviera escrito el texto, y esto debe ir acompañado de una traducción de su título, resumen y palabras claves en inglés y castellano, cuando ésta no fuera la lengua en que estuvieran escritos. En el caso de artículos escritos en inglés, los elementos antes mencionados deberán presentar traducidos al castellano y portugués.

Extensión y presentación:

Los artículos deberán tener una extensión máxima de 80.000 caracteres con espacios (incluyendo notas y referencias bibliográficas). Los textos deberán entregarse via e-mail en formato Word (.doc y/o docx) con tipografía Arial, cuerpo 12, interlineado 1.5. El archivo debe llevar el apellido del/la autor/a, acompañado de la palabra "artículo".

Ejemplo:

"Caldas.articulo.doc" La configuración de la página será A4, con márgenes de 3,0 cm. (superior, inferior, izquierdo y derecho). La alineación será justificada y cada párrafo comenzará con una sangría sin tabulaciones.

El título del trabajo debe aparecer centrado, en fuente Arial 14, en negrita, con letras mayúsculas e interlineado 1.5. Si tuviera un subtítulo, éste deberá ser escrito con letras minúsculas.

Luego del título (y subtítulo) deberá figurar, justificado a la derecha el/los nombre/s de o lx/s autor/xs (Arial 12, negrita, interlineado simple); además, la titulación y la identificación de la institución a la que pertenece(n), así como también la/s dirección/es de correo electrónico (Arial 10).

Los resúmenes deberán estar escritos en Arial 12, con interlineado sencillo.

Normas para la presentación de trabajos

Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía/Iberoamerican Journal of Health and Citizenship
Notas, citas y referencias bibliográficas Nos regiremos por la normativa internacional ISO 690/87, e ISO 690-2/97 (específica para documentos electrónicos):

1. Las notas se harán a pie de página, y no podrán consistir en simples referencias bibliográficas.

2. Las citas bibliográficas para identificar la publicación de donde el párrafo ha sido extraído, deben aparecer en el cuerpo del texto con el siguiente formato: apellido del autor: año de la publicación correlativo a la bibliografía, número/s de página/s, todo entre paréntesis. Si dos o más referencias tienen el mismo autor y año, deberán distinguirse usando letras minúsculas (a, b, c) a continuación del año, dentro del paréntesis. En igual sentido deberá procederse con la paráfrasis de una idea, no requiriéndose en este caso consignar el número de página.

3. Las citas directas en el texto, de hasta tres líneas, deben estar entre comillas dobles. Las citas directas de más de tres líneas deben destacarse con sangría de 4 cm. desde el margen izquierdo establecido para el resto del texto, sin comillas, y con tipografía Arial 10.

4. La lista completa de referencias bibliográficas debe colocarse al final del texto, ajustarse a las normas ISO especificadas y respetar los ejemplos que se consignan a continuación.

a. Libros

APELLIDO, Nombre. año. Título. No. de edición. ciudad: editorial. No. total de páginas.

b. Compilación

Nombre y apellido (eds.) año. Título. No. de edición. Ciudad: editorial. No. total de páginas.

c. Contribución en compilación

APELLIDO, Nombre. Año. "título". En:APELLIDO, inicial del Nombre (ed.). Título, No. de edición. Ciudad: Editorial. No. de páginas.

d. Artículo en Publicación periódica

APELLIDO, Nombre. Año. "Título". Nombre de la revista. Fecha de publicación (mes y año). Vol., no, p..

e. Tesis académica

APELLIDO, Inicial del nombre, Año. Título, Ciudad: Editorial, No. de páginas.
Referencias bibliográficas de documentos electrónicos

Las referencias bibliográficas efectuadas de documentos electrónicos, deberán ajustarse a la Norma ISO 690-2/97. En términos generales, deberán consignar: apellido del/la autor/a (en letras mayúsculas); nombre/s del/la autor/a; fecha de publicación (entre paréntesis); título del documento; tipo de medio [CD ROM, on line]; editor; 'Disponible en:' e indicación de la URL; fecha en que fue consultado el documento [entre corchetes]. Cuando se trate de publicaciones periódicas/seriadas electrónicas, deberán incluirse además su designación y numeración (volumen, fascículo, etc.). Las URL consignadas deben estar activas al momento del envío del artículo para su evaluación en la Revista.

Ejemplo:

APELLIDO, Nombre. (Fecha de publicación). Título [on line]. Editorial. Available at: Enlace web. [Acceso en fecha (día, mes, año)].

Los gráficos y/o cuadros deberán estar incorporados en el texto, y no al final. Deberán insertarse en formato jpg, con una calidad de 300 dpi, a fin de que sea posible su reproducción directa. Deberán estar adecuadamente titulados, numerados y con sus respectivas referencias y fuentes, si correspondiera. Proceso de evaluación por pares "doble ciego"

Todos los trabajos sometidos a evaluación para ser publicados serán evaluados de acuerdo a pertinencia temática y disciplinar según el proceso de revisión por pares "doble ciego" (double blind peer review).

Los artículos originales enviados serán sometidos a la evaluación de al menos dos evaluadores/as ad hoc escogidos de entre un grupo de reconocidos/as especialistas en las diversas áreas temáticas de interés de la revista, quienes dictaminarán acerca del contenido y calidad de las contribuciones.

Para ser publicados, los trabajos sometidos a revisión deberán obtener dictámenes favorables de los/as dos evaluadores/as expertos/as. En caso de contar con dictamen favorable de sólo uno/a de los/as evaluadores/as, se someterá el texto a revisión crítica por parte de un/a tercer/a evaluador/a ad hoc.

Los artículos presentados serán, superada la evaluación por pares "doble ciego", sometidos a corrección ortográfica y de estilo.

Los artículos enviados para su evaluación en la Revista no deben encontrarse en proceso de evaluación por parte de otra publicación. Al enviar los trabajos para su evaluación, los/las autores/as asumen que los textos, así como ilustraciones, tablas, referencias bibliográficas, etc., son de su entera responsabilidad y expresan sus opiniones, y no necesariamente las de la Revista Iberoamericana Salud y Ciudadanía.

Por el sólo envío, los/las autores/as están autorizando a los/las editores/as a su eventual publicación, y cediendo sus derechos a tal fin.

Todos los trabajos deberán ser remitidos en formato electrónico a: www.iohcpt.org con asunto que especifique presentación de artículo para tal número de la revista acompañado del apellido del/la autor/a.

Ejemplo:

“presentación artículo de Caldas para No. 1 Revista”

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE RESEÑAS

Hojas blancas tamaño A4 (21,0 x 29,7 cm.)

Tipo de letra Times New Roman tamaño 12

justificación sólo en el margen izquierdo

márgenes superior e inferior de 2,5

márgenes derecho e izquierdo de 3 cm

Espacio interlineado 1,5

Cada párrafo comenzará con una sangría sin tabulaciones

Las citas en el interior del texto y de hasta cuatro líneas se escribirán en redonda y entre comillas

Las referencias a libros en bastardilla, las que corresponden a capítulos de libros o artículos en redonda, entre comillas sin notas a pie de página sin subrayados de ningún tipo en ningún lugar de la obra sin líneas ni gráficos de ningún tipo para separación de notas, párrafos, citas, etc. una cantidad de páginas que oscile entre las 3 y 5 hojas.

Encabezamiento: Nombre de autor del libro reseñado, título del libro reseñado, lugar de publicación, Editorial, Año, cantidad de páginas. Ejemplo: Amado, Ana y Domínguez, Nora (compiladoras), Lazos de familia. Herencias, cuerpos y ficciones, Buenos Aires, Paidós, 2004, 343 págs.

Nombre del reseñador al pie de la reseña. Las reseñas deberán entregarse en archivo adjunto en formato Word (.doc y/o docx) a: www.iohc-pt.org. El archivo adjunto debe llevar el apellido del/la autor/a, acompañado de la palabra "reseña". Ejemplo: "Caldas.reseña.doc". En el asunto del email debe especificarse que se trata de la presentación de una reseña para tal número de la revista acompañado del apellido del/la autor/a. Ejemplo: "presentación artículo de Caldas para No. 1 Revista".

