

Márcia Maria de Sá Rocha
Maria Natália Pereira Ramos
Silvana Mora de Moraes dos Santos
Maria Dalva Horácio da Costa

Organizadoras

Seguridade Social, Interculturalidades



e Desigualdades na Contemporaneidade


edufnrn

SOBRE O LIVRO

O livro aborda um conjunto de temas que envolvem a problemática da seguridade social, proteção social e desigualdades em um contexto de globalização, multiculturalidade, financeirização do capital e derrogação de direitos, discutidos durante a realização do *I Seminário Internacional Seguridade Social, Interculturalidade(s) e Desigualdades Sociais: Refletindo os Desafios da Contemporaneidade*, realizado em 2012, na UFRN, pelo Grupo de Estudos e Pesquisas da Seguridade Social e Serviço Social, vinculado ao Departamento de Serviço Social e ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFRN e pelo Centro de Estudos das Migrações e Relações Interculturais (CEMRI) – Grupo de Investigação Saúde, Cultura e Desenvolvimento, da Universidade Aberta de Lisboa.


O livro está organizado em duas partes que se complementam e que evidenciam múltiplas expressões da questão social. A primeira trata da seguridade social e das desigualdades com o objetivo de examinar diversas problemáticas que dificultam e/ou impeçam o exercício da cidadania em sentido pleno e discutir algumas políticas públicas que pelo seu desenho assumam uma perspectiva excludente e/ou pouco inclusiva. Temas como os desafios do Estado social no contexto europeu, as condições de pobreza e desigualdades sociais das famílias de crianças e adolescentes no Brasil e em Portugal, previdência social no Brasil à luz das mudanças sociais, econômicas e políticas do país, o acesso à rede de proteção social por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e as representações dos

usuários sobre políticas de acesso a alimentos e direitos, com foco no direito à alimentação adequada, são os temas examinados à luz da realidade brasileira e portuguesa.

Na segunda parte, o foco recai sobre a proteção social, políticas públicas e questões socioculturais sempre privilegiando a perspectiva comparativa Brasil e Portugal. Merecem atenção os temas da saúde, identidade e desenvolvimento de mulheres e famílias em situação de diversidade cultural, problemas emocionais e comportamentais de crianças de pais alcoólicos, a interrupção da gravidez na adolescência sob a perspectiva bioética, o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos como alternativa de proteção social e de garantia de direitos, o papel da família na promoção da interação social da criança autista e práticas de educação socioeducativas para promoção de assistência à criança pobre.

Os textos além de evidenciar o esforço teórico e metodológico dos autores para apreensão de realidades sociais e culturais multifacetadas contribui para trazer ao público reflexões sobre conflitos, interesses, estratégias, desafios, impasses e possibilidades das políticas públicas para superação das desigualdades e promoção da inclusão e participação no âmbito de uma perspectiva comparativa e intercultural entre Brasil e Portugal.

Maria Arlete Duarte de Araújo



**Seguridade Social,
Interculturalidades
e Desigualdades na
Contemporaneidade**





Reitora *Ângela Maria Paiva Cruz*
Vice-Reitor *José Daniel Diniz Melo*

Diretor da EDUFRN *Luis Álvaro Sgadari Passeggi*
Diretor Adjunto da EDUFRN *Wilson Fernandes de Araújo Filho*
Secretária da EDUFRN *Judith de Costa Leite Albuquerque*
Conselho Editorial *Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Presidente)*
Ana Karla Pessoa Peixoto Bezerra
Anna Emanuella Nelson dos S. C. da Rocha
Anne Cristine da Silva Dantas
Christianne Medeiros Cavalcante
Edna Maria Rangel de Sá
Eliane Marinho Soriano
Fábio Resende de Araújo
Francisco Dutra de Macedo Filho
Francisco Wildson Confessor
George Dantas de Azevedo
Maria Antíoly Queiroz Maia
Maria da Conceição F. B. S. Passeggi
Maurício Roberto Campelo de Macedo
Nedja Suely Fernandes
Paulo Ricardo Porfírio do Nascimento
Paulo Roberto Medeiros de Azevedo
Regina Simon da Silva
Richardson Naves Leão
Rosires Magali Bezerra de Barros
Tânia Maria de Araújo Lima
Tarcísio Gomes Filho
Teodora de Araújo Alves

Secretária de Educação a Distância da UFRN *Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo*
Secretária Adjunta de Educação a Distância da UFRN *Ione Rodrigues Diniz Morais*
Coordenadora de Produção de Materiais Didáticos – SEDIS/UFRN *Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo*
Coordenadora de Revisão – SEDIS/UFRN *Maria da Penha Casado Alves*
Coordenador Editorial *José Correia Torres Neto*
Gestão do Fluxo de Revisão *Rosilene Paiva*
Revisão Ortográfica/Gramatical *Camila Maria Gomes*
Orlando Meza Ucella Brandão
Margareth Pereira Dias
Emanuelle Pereira Diniz
Revisão ABNT *Edineide Marques da Silva*
Cristiane Severo
Verônica Pinheiro da Silva
Revisão Tipográfica *Letícia Torres*
Diagramação/Design Editorial *André Soares*
Capa *Alice Câmara da Rosa*



Márcia Maria de Sá Rocha
Maria Natália Pereira Ramos
Silvana Mora de Moraes dos Santos
Maria Dalva Horácio da Costa

Organizadoras

Seguridade Social, Interculturalidades e Desigualdades na Contemporaneidade





Catálogo da Publicação na Fonte. Bibliotecária Verônica Pinheiro da Silva CRB-15/092.

Seguridade social, interculturalidades e desigualdades na contemporaneidade
[recurso eletrônico] / Organizado por Marcia Maria de Sá Rocha... [et al]. -
Natal: EDUEFRN, 2016.
1 PDF : il.

ISBN 978-85-425-0673-0
Modo de acesso: <http://repositorio.ufrn.br>

I. Seguridade social. 2. Interculturalidades. 3. Desigualdades. I. Rocha,
Marcia Maria de Sá. II. Ramos, Maria Natália Pereira. III. Santos, Silvana Maria
de Moraes dos. IV. Costa, Maria Dalva Florício da.

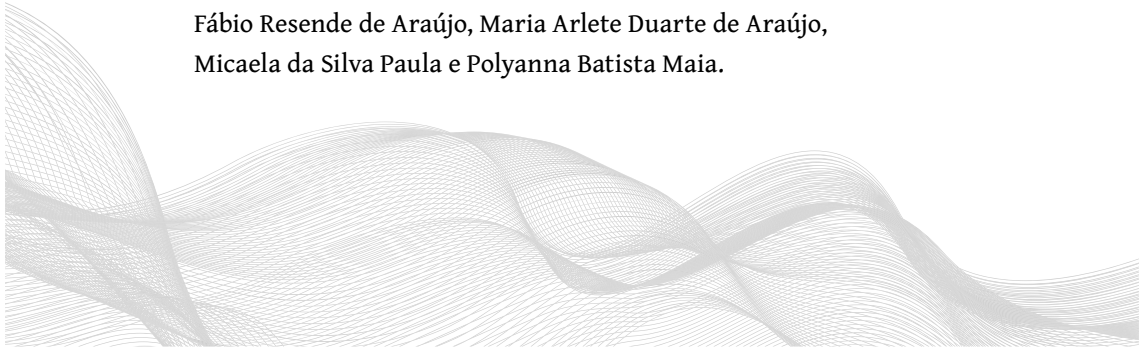
CDD 351.84
8456





Sumário

Apresentação	10
I Parte – Seguridade Social e Desigualdades	15
Desafios do Estado Social no contexto europeu e a (in)sustentabilidade da Segurança Social Maria da Conceição Pereira Ramos	16
Trabalho e questão social: refletindo as condições de pobreza e desigualdades sociais das famílias de crianças e adolescentes no Brasil e em Portugal Márcia Maria de Sá Rocha e Maria Natália Pereira Ramos	58
Previdência Social, o Setor público, suas mudanças e desafios Evilázio Xavier Cruz Junior e Donália Cândida Nobre	112
Os (neo)moradores dos hospitais públicos: um estudo sobre o acesso à rede de proteção social no município de Natal Isabelli Gomes Vieira e Maria Dalva Horácio da Costa	134
Projeto Café do Trabalhador: representações dos usuários sobre políticas de acesso a alimentos e direitos Fábio Resende de Araújo, Maria Arlete Duarte de Araújo, Micaela da Silva Paula e Polyanna Batista Maia.	187





**II Parte – Proteção Social, Políticas Públicas
e Questões Socioculturais** 229

Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento
e cuidados interculturais 230
Maria Natália Pereira Ramos

Crianças filhas de pais alcoólicos: prevenção de
comportamentos de riscos 271
Ana Isabel Mateus da Silva

A interrupção da gravidez na adolescência sob
a perspectiva bioética 309
José Humberto Belmino Chaves


O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
como alternativa de proteção social e de garantia de
direitos no município de Rio do Fogo 341
Anna Karollyne Ferreira Lopes

As relações familiares com a criança autista 376
Ana Flávia de Oliveira Borba Coutinho

Criança pobre e sua assistência no Maranhão 411
Kilza Fernanda Moreira de Viveiros

Sobre as organizadoras 428





Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais

Maria Natália Pereira Ramos¹


Minha família anda longe [...],
Tão longe, a minha família!
Tão dividida em pedaços!
Um pedaço em cada parte.
Minha família anda longe.


Cecília Meireles, “Memória”, in *Poesia Completa*

Introdução

O aumento da globalização e dos fluxos migratórios no mundo, internos e internacionais, fizeram aumentar a multi/interculturalidade na sociedade e o número de famílias, mães e crianças migrantes e de minorias étnico-culturais. Nascer e viver entre culturas poderá constituir uma experiência capaz de favorecer o desenvolvimento, o bem-estar e a criatividade dos indivíduos e das famílias, como igualmente provocar inadaptação, doença, sofrimento e vulnerabilidades, nomeadamente de saúde e familiares, particularmente para as mães e para as crianças. Com efeito, ser mãe, nascer, viver, crescer em contexto

¹Psicóloga; Doutorada e Pós-doutorada em Psicologia; Professora Associada da Universidade Aberta, Lisboa; Coordenadora do Grupo de Investigação “Saúde, Cultura e Desenvolvimento” do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) da Universidade Aberta. E-mail: natalia@uab.pt






intercultural e/ou migratório poderá representar um risco para a saúde mental e física, constituir uma fonte de estresse para a criança e sua família e, ainda, implicar dificuldades psicossociais e de adaptação social. São particularmente as mães e as crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida, as mais vulneráveis às rupturas, às transformações e às dificuldades resultantes dos processos migratórios, das mudanças culturais, sociais e espaciais.

A experiência migratória, para muitas mulheres que vivem entre culturas, é complexa e ambivalente. A feminização das migrações e a mobilidade familiar promovem mudanças positivas na dinâmica e na economia familiares, nos papéis parentais, femininos e educativos, proporcionam maior autonomia, autoconfiança e capacitação feminina, mas implicam também alguns riscos, sociais e culturais, e favorecem vulnerabilidades e conflitos (MOZÈRE, 2004). Com efeito, em contexto de mobilidade, as mulheres são agentes de mudança na região ou país de acolhimento e de origem, sendo objeto de múltiplos processos de transformação e desenvolvendo estratégias identitárias, que variam segundo as suas trajetórias individuais, de acolhimento e de origem (CAMILLERI, 1990; RAMOS, 1993, 2004, 2008a, 2009). As mulheres migrantes mantêm múltiplas pertencas identitárias e redes interculturais e transnacionais, desenvolvem novas práticas de cidadania e conquistaram novas identidades e direitos, enfrentando, igualmente, novos problemas sociais, familiares, identitários, de saúde, discriminação e violência.


As questões da diversidade cultural e da mobilidade humana estão na agenda política da maioria dos Estados e são da maior atualidade ao nível da investigação, da formação e da intervenção nos setores social e da saúde, em particular as migrações femininas e familiares. Essas problemáticas



implicam um novo reposicionamento metodológico e epistemológico ao nível da pesquisa e da intervenção, nomeadamente no domínio das relações interculturais, da saúde e da comunicação e constituem um desafio mundial, europeu e nacional. Os contatos entre culturas e a diversidade cultural integram, cada vez mais, todos os domínios da esfera pública, e essa diversidade deverá ser considerada como a destacada pela UNESCO (2002, p. 6), na “Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural”, artigo 3: “Uma das fontes de desenvolvimento, entendido não só como crescimento econômico, mas, também, como meio de acesso a uma existência intelectual, afetiva, moral e espiritual satisfatória”.


A(s) interculturalidade(s) vem colocar novas questões quanto às práticas, estratégias e políticas relativas à gestão dos contatos interculturais e da comunicação, em particular da comunicação intercultural e da comunicação em saúde, à negociação das identidades e dos conflitos, bem como à *aculturação psicológica*, ou seja, às mudanças que o indivíduo vivencia em resultado da relação com outra cultura e da participação no processo de aculturação. Essa área de investigação e de intervenção constitui um domínio muito importante e atual nos diferentes setores, nomeadamente sociais, educacionais, comunicacionais, sanitários, laborais e jurídicos, implicando uma abordagem multi/interdisciplinar e multidimensional.

As relações interculturais, a gestão da diversidade cultural e da comunicação na sociedade multicultural, assim como os processos e as dificuldades resultantes dos contatos interculturais e o desenvolvimento de competências interculturais, são objeto de preocupação dos Estados, dos profissionais e de vários organismos internacionais, tais como a “Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura” (UNESCO),



a “Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico” (OCDE), a “Organização das Nações Unidas” (ONU), a “Organização Internacional para as Migrações” (IOM), a “Associação Americana de Psicologia” (APA) e o “Conselho da Europa” (CE). Também têm vindo a ser alvo na pesquisa e na formação intercultural os fatores cognitivos, afetivos, sociais, linguísticos, culturais, comportamentais e políticos, bem como os estereótipos, a discriminação e o etnocentrismo, os quais podem originar problemas nas relações entre os indivíduos e as culturas nas sociedades multiculturais e influenciam os comportamentos, as atitudes, o bem-estar e a saúde dos indivíduos. Assim, as problemáticas do domínio intercultural implicam aprender a viver e a trabalhar com o *outro*, exigem competências de cariz psicológico, social, cultural, pedagógico e comunicacional, baseadas na experiência da alteridade e da diversidade e no equilíbrio entre o universal e o singular. Nesse sentido, o Conselho da Europa (2001) acentua que é necessário evitar os perigos e os conflitos que podem resultar da marginalização daqueles que não possuem competências para viverem e comunicarem num mundo multicultural, interativo e global. Do mesmo modo, a Associação Americana de Psicologia salienta a importância de integrar as questões da multi/interculturalidade e da diversidade na educação, formação, investigação, prática profissional e mudança organizacional, assim como a necessidade de produzir bases teórico-conceituais e investigação empírica relevante nesse domínio, tanto em Psicologia como em disciplinas relacionadas, que justifiquem e forneçam suporte às orientações e intervenções no âmbito da interculturalidade (APA, 2003).

A articulação dos domínios da saúde, comunicação e cultura é reconhecida, cada vez mais, como um elemento




fundamental para melhorar a adesão e a qualidade das práticas de saúde, para promover o bem-estar e a saúde individual e coletiva, não só em contextos autóctones, mas, sobretudo, interculturais, migratórios ou minoritários e para a promoção de competências interculturais e definição de políticas de saúde.

Mobilidades e multiculturalidade na atualidade


A multiculturalidade, no sentido da coexistência numa mesma sociedade de várias culturas e etnias distintas, e o contato intercultural, ou seja, o encontro de pessoas e de grupos diferentes do ponto de vista cultural, étnico ou linguístico, são elementos que caracterizam, cada vez mais, o tecido social e profissional do mundo atual.

Muitos homens, mulheres e famílias emigram no interior do seu próprio país de origem ou para outro país para fugir da pobreza, da falta de oportunidades, da violência e da opressão dentro do próprio núcleo familiar ou comunitário. Emigram também motivados pelo desejo de concretizar sonhos, com a vontade de se emancipar, alcançar autonomia e independência financeira e afetiva e como estratégia para dar melhores condições de vida aos filhos e demais membros da família. Portanto, constata-se que os percursos migratórios, em relação ao passado, são hoje mais diversificados, complexos, feminizados, qualificados, internacionalizados e individualizados, atingindo todos os continentes, países, gêneros, classes sociais e gerações. Esses percursos migratórios estão na origem de profundas transformações identitárias, espaciais, territoriais e interculturais e implicam os vários domínios da esfera pública e privada, nomeadamente familiar e laboral, particularmente feminina.



No mundo globalizado de hoje, ainda que continuem a existir muitos migrantes que são objeto de medos, preconceitos, violência e exclusão, e ainda que haja muitos indivíduos vítimas de exploração e tráfico humano, principalmente mulheres, homens e jovens continuam a deslocarem-se dentro ou para fora dos seus territórios, por motivos econômicos, políticos, laborais, de desigualdades sociais e de gênero, acadêmico-científicos, individuais/subjetivos ou de guerras, desastres e catástrofes ambientais. A migração constituiu, assim, um fenômeno importante, sobretudo na Europa, na Ásia e na América do Norte, registrando-se perto de mil milhões de pessoas em situação de mobilidade no mundo (OCDE, 2012). As migrações ocorrem, sobretudo, no interior dos países, estimando-se que haja mundialmente 740 milhões de migrantes internos e 240 milhões de migrantes internacionais. A UNICEF (2011) destacava que 33 milhões de migrantes internos são crianças e jovens menores de 20 anos de idade, os quais migraram com as suas famílias ou sozinhos, sobretudo de meios rurais para a cidade: na África, os migrantes com menos de 20 anos constituem o maior grupo da população total de migrantes (28%); na Ásia e na Oceania, 20%; e nos continentes americano e europeu, 11%.


Dos migrantes internacionais, mais de 100 milhões são mulheres, constituindo a feminização das migrações uma das características das migrações contemporâneas (OCDE, 2012). O número de deslocados e refugiados devido a catástrofes, a guerras ou por motivos políticos alcançou em 2014 um total de 60 milhões de pessoas e tende a aumentar (ONU, 2014). As migrações forçadas de pessoas, geralmente, tráfico de mulheres e crianças por redes criminosas internacionais, atingem 12 milhões de indivíduos. Segundo a OCDE, um terço das migrações internacionais corresponde a migrações familiares,



sendo a reunificação familiar a principal via de entrada da imigração para a União Europeia e EUA, verificando-se que 75% dos fluxos migratórios anuais são constituídos por cônjuges, filhos e outros familiares, ainda que os projetos migratórios sejam mais autónomos e individualizados (RAMOS, 2012a, b).

Dessa forma, deve-se destacar que o número de migrantes internacionais aumentou significativamente. Na década de 70 do século passado, registava-se apenas 75 milhões. Só na União Europeia (UE), o número de migrantes provenientes de países extraeuropeus aumentou 75% desde 1980, sendo a Europa o continente que acolhe o maior número de migrantes no mundo e o continente mais feminizado. No contexto europeu atual, a migração feminina representa 53,4% da população imigrante na Europa (a taxa mais elevada em relação aos outros continentes) e 45% da população imigrante em Portugal. De acordo com dados do Censo 2010 (IBGE, 2012), 53,8% dos emigrantes brasileiros no mundo são mulheres. Segundo esse organismo, o Brasil abriga 286.468 imigrantes internacionais que vieram de outros países, tendo o número de imigrantes a viver no Brasil aumentado 86,7% em dez anos. Do total de imigrantes internacionais, 174.597 nasceram no Brasil, significando que 65,1% destes são os chamados imigrantes de retorno (IBGE, 2012).

Em Portugal, segundo os Censos de 2011, residiam, em Portugal, 394.496 indivíduos de origem estrangeira, representando 3,7% do total de residentes do país. Mais de metade dessa população estrangeira é constituída maioritariamente por mulheres (206.410), sendo os homens 188.086, e 51,6% reside na região de Lisboa (INE, 2012). A maior comunidade estrangeira é a brasileira (28%), seguindo-se a cabo-verdiana (10%), a ucraniana (9%), a angolana (6,8%), a romena (6,2%) e os originários da Guiné-Bissau (4,1%). Em Portugal, entre as mulheres




estrangeiras, as brasileiras são as mais numerosas, representando 57,9% da comunidade brasileira. O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012) destacava que, em 2009, os nascimentos em Portugal de filhos de imigrantes representavam 10,4% da totalidade dos nascimentos neste ano, sendo os brasileiros os que contribuem com o maior número de crianças e os que se mantêm em primeiro lugar na união com portugueses. Em 2010, 25,3% dos recém-nascidos no Algarve eram filhos de mãe de nacionalidade estrangeira (sobretudo de origem africana dos PALOP, brasileira e europeia de leste). Os dados do INE registam, igualmente, um aumento de casamentos mistos em Portugal, ou seja, entre portugueses e estrangeiros. Portugal tem igualmente reforçado a sua diáspora no mundo, nomeadamente feminina, estimando-se que o número de portugueses e descendentes no estrangeiro atinja cerca de cinco milhões de indivíduos.

A Europa, a África, a Ásia Central, a América Latina e as Caraíbas constituem as zonas geográficas onde, desde 1960, se tem verificado grande aumento da emigração feminina. Destaca-se, assim, que a feminização das migrações internacionais faz parte da nova era das migrações, seja no quadro do reagrupamento familiar, seja como migrantes autónomas, sendo fundamental estudar a feminização das migrações respetivas implicações e impactos nos países de destino e de origem.

Políticas e estratégias migratórias de saúde e gênero


Na integração, no desenvolvimento e no bem-estar das famílias e mulheres migrantes são determinantes as atitudes e os comportamentos da população de acolhimento, bem como



as políticas da sociedade recetora. A diversidade cultural e as migrações têm colocado numerosos questionamentos ao nível internacional, europeu e nacional e têm conduzido à implementação de programas e políticas para responder às necessidades dessas populações, tendo sido tomadas também várias medidas com vista à gestão eficaz das migrações e a políticas efetivas de migração e integração, nomeadamente na União Europeia (PNUD, 2009).


As migrações internas e internacionais constituem um desafio importante para os Estados, nomeadamente ao nível político, social e jurídico, assumindo particular importância a definição dos direitos dos trabalhadores migrantes e das suas famílias. É nesse contexto que foi adotada, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução n.º 45/158, 18 de dez. de 1990), a “Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos dos Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias” a qual entrou em vigor em 2003. Para o Comité Económico e Social Europeu (CESE, 2004 apud RAMOS, 2012c), essa convenção tem como objetivo: “A proteção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas que emigram por razões económicas ou laborais em todo o mundo, mediante legislações adequadas e boas práticas nacionais”.

No contexto europeu, a “Convenção Europeia de Assistência Social e Médica” e a “Carta Social Europeia” (2006) constituem instrumentos fundamentais para a garantia dos direitos de proteção social e de saúde, em situação de igualdade com os nacionais, da população estrangeira residente nos estados-membros do Conselho da Europa. Ao nível europeu, foi igualmente desenvolvido o Projeto *Migrants - Friendly Hospitals - MFH* (2002-2005), tendo como objetivo identificar áreas prioritárias de intervenção nesse domínio, com vista a facilitar o



acesso à saúde dos migrantes, reduzir as barreiras linguísticas e a iliteracia dos utentes e promover cuidados de saúde culturalmente competentes. Um dos produtos desse projeto europeu foi a “Declaração de Amesterdão para Hospitais Amigos dos Migrantes numa Europa Etnoculturalmente Diversificada” (WHO, 2004), onde são feitas recomendações para uma política de saúde de acolhimento às populações migrantes e onde foram selecionadas três áreas de intervenção prioritárias: melhoria da interpretação e tradução na comunicação clínica; produção de informação amigável do migrante e formação em cuidados materno-infantis; e formação dos profissionais de saúde para a aquisição de competências culturais, de modo a capacitar os profissionais para uma melhor gestão da interculturalidade, nomeadamente em contexto hospitalar.


Em Portugal, a legislação garante aos migrantes o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, estatuto legal e nível económico (Despacho 25 360/2001, do Ministério da Saúde). Também no mesmo país, várias estratégias e políticas têm sido desenvolvidas, a nível governamental, tendo em vista a proteção e a promoção dos direitos das populações migrantes, nomeadamente das famílias e mulheres migrantes. O Alto Comissariado Para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) incluiu no “Plano para a Integração dos Imigrantes” (PCM/ACIDI IP, 2010) várias medidas, tendo em vista a promoção da integração, saúde, desenvolvimento e educação das populações migrantes, bem como o apoio aos profissionais que cuidam desses grupos, tais como: promoção do acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde; plano de formação para a interculturalidade dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde; implementação de um programa de serviços de saúde amigável dos



imigrantes; institucionalização de procedimentos com vista a uma melhor gestão dos acordos de saúde e agilização do acesso dos imigrantes e seus acompanhantes aos serviços de saúde; investimento na promoção da saúde mental dos imigrantes.


O ACIDI integrou, também, diversas medidas, com o objetivo de promover as questões de gênero e os direitos das mulheres migrantes, nomeadamente: reforço do *mainstreaming* de gênero no acolhimento e na integração de imigrantes; divulgação, junto das mulheres imigrantes, de informação sobre os seus direitos e deveres específicos enquanto mulheres; capacitação dos agentes de mediação intercultural, no atendimento em serviços públicos, em questões de gênero e na área da violência doméstica; promoção da participação das mulheres no movimento associativo e na área do empreendedorismo; prevenção da violência doméstica e da violência de gênero junto dos homens e das mulheres migrantes; desenvolvimento de ações de combate ao tráfico de seres humanos e outras formas de violência de gênero com a criação da Rede de Apoio e Proteção a Vítimas de Tráfico de Seres Humanos e do Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos.

Também o “V Plano Nacional para a Igualdade de Gênero, Cidadania e Não Discriminação 2014-2017” (V PNI, 2013), enquadrando os compromissos assumidos por Portugal nas várias instâncias internacionais, pretende reforçar a intervenção, sobretudo nos domínios da educação, saúde e mercado de trabalho, por meio de medidas e políticas públicas destinadas a combater as desigualdades de gênero, a melhorar a situação das mulheres em situação de maior vulnerabilidade, nomeadamente das mulheres migrantes, e a promover os direitos e a construção da igualdade entre mulheres e homens.



A Comissão Europeia e o Conselho da Europa defendem que os estados da União Europeia (UE) devem promover cuidados de saúde adaptados às necessidades dos diferentes grupos populacionais. Muito embora os países da UE tenham desenvolvido políticas de saúde incluindo os migrantes, refugiados e minorias, permanecem ainda muitas lacunas e desequilíbrios entre as práticas e as políticas (BRORING et al., 2003). As pesquisas sobre a saúde dos migrantes sublinham que os problemas mais frequentes na origem da doença mental ou física, no acesso e continuidade aos cuidados de saúde dessa população, dizem respeito ao desconhecimento dos seus direitos e dos locais onde se devem deslocar para aceder aos mesmos, às dificuldades administrativas, aos custos dos tratamentos, ao isolamento familiar, à discriminação, à exclusão, à falta de suporte social, ao medo de serem denunciados, em caso de clandestinidade, à precariedade das condições econômicas, habitacionais e laborais, a hábitos e crenças culturais e às barreiras culturais, linguísticas e comunicacionais (RAMOS, 2004, 2006, 2008a, 2009, 2012a, 2012b; SCHEPPERS et al., 2006; STAMPINO, 2007; LAZEAR et al., 2008). Com efeito, na saúde dos migrantes e minorias, ainda que o direito e acesso aos cuidados de saúde constituam dimensões importantes, existem outros fatores que influenciam a saúde, nomeadamente os estilos de vida, a pobreza, a exclusão social, o desemprego, a discriminação, o isolamento, a falta de informação e a baixa escolaridade (CSDH, 2005).


É importante ter em conta que entre a população imigrante existem grupos particularmente vulneráveis ao nível da saúde, nomeadamente os imigrantes recém-chegados, os que não dominam ou apresentam dificuldades de expressão na língua do país de acolhimento, os que nunca tiveram contato com os serviços públicos de saúde, os que vivem em situação



de isolamento, de irregularidade/clandestinidade ou em situações de precariedade e exclusão. É necessário ter em conta que muitos migrantes têm maior tendência a adotar menos medidas de saúde preventivas, recorrendo, sobretudo, aos médicos e hospitais em caso de emergência ou em estado avançado de doença, têm maior risco de desenvolver doenças mentais, diabetes, doenças cardiovasculares, de apresentar uma maior taxa de mortalidade associada ao cancro e que uma grande parte das doenças graves a que estão mais expostos (por exemplo, doenças infecciosas como a tuberculose, a hepatite B e C e o HIV-SIDA) pode ser prevenida ou tratada.

Maternidade entre culturas e perspectivas de saúde


Os migrantes são confrontados com numerosas perdas e mudanças, nomeadamente familiares, culturais, linguísticas, sociais, biológicas, territoriais, ambientais, políticas, religiosas, das redes de convívio e amizade, elementos que podem aumentar os riscos e as vulnerabilidades em relação aos problemas de saúde mental e física e dificultar a adaptação e a integração na nova sociedade. A experiência migratória envolve uma mudança psicossocial profunda semelhante a um luto ou a uma incapacidade, estando, em geral, associada ao estresse e ao sofrimento, mais ou menos significativos, segundo os diferentes tipos de migração, verificando-se, igualmente, que as características dos países de origem dos migrantes e dos próprios migrantes influem também na saúde desses nos países ou regiões para onde emigram (RAMOS, 1993, 2004, 2008a, 2008b, 2009, 2012a).



Múltiplos fatores interferem na integração das famílias e mulheres migrantes na sociedade ou região de acolhimento e nas mudanças de valores, atitudes e comportamentos, nomeadamente os respeitantes à maternidade e a práticas de maternagem: o tempo decorrido desde a chegada à região ou país de acolhimento; o nível de escolaridade; a origem urbana ou rural da família; a situação econômica da família na região/país de chegada; a estrutura, funcionamento e características da família, por exemplo monoparental ou nuclear; a cultura de origem e a rutura ou manutenção dos contatos com esta; e o nível de integração e as possibilidades de contato da mulher migrante com a sociedade de acolhimento, nomeadamente ao nível do trabalho, associações, grupos de mulheres, serviços de saúde ou educativos.

Na sociedade de acolhimento, o trabalho assalariado das mães migrantes (não exercido frequentemente no país de origem ou radicalmente diferente do da região de origem), a dupla jornada de trabalho, o isolamento familiar e social, novos modos de vida e novas referências socioculturais, por vezes contraditórias, trazem mudanças no estilo de vida, nas práticas reprodutivas e de fecundidade, nomeadamente na diminuição do número de filhos, e nas práticas de maternagem, por exemplo, na diminuição do período de aleitamento materno, no abandono de algumas práticas tradicionais de cuidados e socioeducativas, podendo, a migração, dificultar a vivência da maternidade e a educação dos filhos (DONNAY; THOSS, 1985; RAMOS, 1993, 2004, 2008a, 2009, 2011a, 2012c).


Como já salientava Bastide (1969), nas sociedades onde a coesão do grupo migrante é fraca e a aculturação é grande, constata-se uma ruptura das tradições, que origina uma perda de referências e de sentido relativamente às práticas



de cuidados e educação das crianças. A situação de migração poderá representar uma fonte de estresse e depressão para a mulher migrante, sobretudo para a mãe, com consequências para a criança, devido às rupturas, ao isolamento, à solidão, às dúvidas e à ansiedade que acompanham essa etapa. Com efeito, são especialmente as mães e as crianças as mais vulneráveis ao estresse, às rupturas, às transformações e aos problemas resultantes da migração (RAMOS, 1993, 2004, 2008b, 2009; UNFPA, 2006).

Algumas mulheres, sobretudo as que migram sozinhas, confrontam-se com a solidão, o isolamento, o sofrimento e a culpabilidade, ainda que se sintam mais autônomas, do ponto de vista financeiro e das relações conjugais e familiares. Muitas mulheres migrantes no passado e no presente (nomeadamente de Portugal, da Ásia, da América Latina) são obrigadas a deixarem os seus filhos no país de origem ao cuidado de familiares, sobretudo mulheres (avós, mães, irmãs, tias, meninas), ou de empregadas domésticas mais pobres, para cuidarem de outros, principalmente crianças e idosos, nos países de acolhimento, o que alguns autores designam de “maternagem transnacional” (HONDAGNEU-SOTELO; ÁVILA, 1997), de “cadeias globais de assistência” ou de “cadeias globais de cuidados” (HOCHSCHID, 2000; EHRENREICH; HOCHSCHID, 2002). Essa situação que tende a aumentar na atualidade, tem implicações psicológicas, familiares e sociais importantes, particularmente para as mães e crianças que ficam – os designados “orfãos das migrações” – e tem tendência para se repetir no tempo e no espaço (PARRENAS, 2001, 2005; RAMOS, 1993, 2004, 2008b, 2011a, 2012c).


Com efeito, a globalização e a mercantilização das tarefas domésticas e de cuidados é um fenómeno que tem vindo a



registrar-se, sobretudo desde os finais do século XX, estando cada vez mais associado às mulheres migrantes, muitas delas convertidas em “mães substitutivas da infância global”, processo que reproduz a questão da transmissão das funções domésticas e do cuidar, principalmente entre mulheres (NASH, 2012).


Em situação de migração, a família separa-se da vida comunitária tradicional, reduz-se a uma família nuclear ou monoparental, a qual deverá assegurar sozinha as responsabilidades partilhadas até aqui pela família alargada ou pela comunidade, verificando-se uma diminuição ou perda das redes de apoio familiar e suporte social, situação que vem reforçar o isolamento e a vulnerabilidade das famílias. A situação de migração poderá representar uma situação de risco e fonte de sofrimento, ansiedade, estresse, conflito e depressão para a mulher migrante, em especial durante a gravidez, no nascimento e no pós-parto, com consequências para a mãe e para a criança, devido às rupturas, à separação, ao isolamento, à solidão, à ansiedade, às dúvidas e ao desconhecimento que acompanham essa etapa (FRANKS; FAUX, 1990; RAMOS, 1993, 2004, 2008a, 2008b, 2009, 2011a, 2012a, 2012c; RADEMAKERS; MOUTHAN; NEEF, 2005; MUNK-OLSEN et al., 2006; NY et al., 2007; LOPES, 2008; SOPA, 2009; FUNG; DENNIS, 2010).

O nascimento de um filho provoca importantes mudanças na vida dos pais e das famílias, principalmente das mães, implicando um grande impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos e alterações nos papéis familiares, hábitos e rotinas diárias. Essa situação exige um conjunto de adaptações, readaptações e mudanças por parte dos pais, tanto ao nível psicológico, social, biológico e físico, como na gestão do tempo e compromissos, e na responsabilidade de cuidar de uma criança, processo que origina algumas dificuldades e ambivalência de



sentimentos, bem como níveis de ansiedade e de estresse, por vezes, elevados. Em contexto migratório, o nascimento, momento de ruptura psíquica e física, reativa, em geral, o sofrimento, a memória, a perda e a dor do exílio e da separação. A migração poderá vulnerabilizar a vivência da gravidez e da maternidade e as primeiras interações com a criança pelos condicionalismos impostos pela migração, nomeadamente a aculturação psicológica, a solidão/isolamento e o individualismo. O nascimento em situação migratória favorece conflitos de maternagem e disfuncionamentos culturais e psicológicos que são também verificados nas mulheres autóctones das sociedades ocidentais, problemas ligados ao isolamento e à solidão das famílias, sobretudo das mães, às mudanças e conflitos culturais, à necessidade de conciliar diversos papéis e identidades na vida familiar e profissional e à cultura do individualismo, valor dominante na sociedade contemporânea (RAMOS, 1993, 2004, 2011a; HAYS, 1997). Essa situação poderá constituir-se traumática e fonte de sofrimento, de ansiedade e de estresse, em especial para as mulheres que vêm de meios rurais ou tradicionais, onde a mãe e a criança são fonte de cuidados e acompanhamento da família e da comunidade, sobretudo feminina.


Igualmente, sendo a gravidez, o parto e os primeiros cuidados à criança nas sociedades tradicionais – por exemplo, em mulheres indígenas e ciganas, bem como africanas, asiáticas e da América Latina (de onde são originárias muitas mulheres migrantes) – rodeados de práticas e rituais que passam de geração em geração e onde a figura materna e a comunidade envolvente desempenham um papel fundamental no nascimento e nos cuidados à mãe e à criança, as mudanças vivenciadas em contexto migratório poderão originar vulnerabilidades e



sofrimento psicológico para essas mães migrantes e de minorias étnico-culturais.

A migração origina numerosas rupturas nesse processo de transmissão, de partilha e de construção de sentido, traduzindo-se, por exemplo, na perda de apoio e acompanhamento pelo grupo, na falta de suporte familiar, social e cultural e na dificuldade em atribuir um sentido culturalmente aceitável a disfuncionamentos, tais como a tristeza e o sofrimento da mãe, as queixas psicossomáticas, o sentimento de incapacidade materna, as interações mãe-criança desarmoniosas ou os distúrbios psicológicos e somáticos da criança.


A perda dos laços comunitários e familiares significa a perda da proteção física, psicológica, familiar e também da tradição. Quando a cultura e o grupo desaparecem como fonte de transmissão, nomeadamente ao nível das práticas de *maternagem*, as competências da mãe são fortemente solicitadas, tendo esta de fazer face não só às exigências de ser uma boa mãe, como também aos conflitos culturais, ao trabalho de luto e à adaptação a um novo meio social e laboral. Para algumas mulheres, ser mãe, longe da cultura materna e da família – principalmente para as que vêm de meios culturais e familiares onde esses elementos são fundamentais na transmissão, nos cuidados, na saúde e na educação –, bem como conciliar diversos papéis familiares e profissionais, esse luto, afastamento e mudanças podem originar conflitos e insegurança no papel materno e nas relações familiares, devido às contradições culturais e ao desequilíbrio entre as crenças e representações e a realidade vivenciada.



A família, especialmente a mãe migrante, transplantada de uma cultura para outra, isolada, desenraizada, corre o risco de não saber com a mesma segurança quais os gestos e os comportamentos a adotar, pois as referências não são as mesmas e o sistema referencial vacila. As práticas de saúde e educativas das sociedades industrializadas, muito dependentes dos especialistas e frequentemente diferentes ou até contraditórias das da sociedade de origem, podem colocar em causa os comportamentos tradicionais das famílias migrantes, levando-as a questionar se os seus saberes são maus ou ultrapassados. A situação de conflito cultural e a insegurança e ansiedade daí resultantes estão na origem de “conflitos de maternagem” prejudiciais para a saúde, para a relação mãe-criança e para as competências maternas e familiares (STORK, 1986; RAMOS, 1993, 2004, 2008a, 2011a, 2012c).


As dificuldades psicossociais, emocionais e culturais, sobretudo nos primeiros anos de migração, a insegurança, a depressão e o isolamento das relações sociais e familiares, assim como a sobrecarga de trabalho, poderão provocar, em certos casos, um empobrecimento nos cuidados e nas estimulações dos filhos, um desequilíbrio no sistema de interação mãe-criança, uma inadequação das respostas familiares, em particular maternas, as necessidades da criança ou mesmo o fortalecimento de certas práticas protetoras, nomeadamente de práticas mágico-religiosas (RABAIN; WORNHAM, 1990; RAMOS, 1993, 2004, 2008a; MONTEIRO, 2005).

Algumas mães migrantes, vivenciando dificuldades de aculturação, isoladas, desenraizadas, muitas vezes deprimidas, faltando-lhes referências tradicionais sobre as quais se apoiarem, por vezes, mães muito jovens ou que não tiveram contato com as práticas e as tradições de maternidade da sua cultura



de origem, não encontram em si mesmas, nem no meio familiar e social, os recursos necessários para se adaptarem a um novo meio e cultura e para cuidarem dos seus filhos. Verificamos, nesses casos, uma maior vulnerabilidade da mãe e da criança, mais situações de risco, mais depressões e psicoses, nomeadamente pós-parto, mais distúrbios psicossomáticos, tais como vômitos na gravidez, insônias, sobretudo nas mães primíparas, menor vigilância pré-natal, mais problemas de identidade, assim como mais distúrbios funcionais do bebê, nomeadamente problemas de sono e alimentação.


Em contexto migratório, a gravidez e o parto poderão ser vivenciados com alguma dificuldade e sofrimento, pois existe um conjunto de rituais que desaparece e que desempenhava um papel protetor e uma função psicológica importante. O universo anônimo, isolado, tecnológico e estranho das instituições de saúde e de certas práticas médicas consideradas pelas mães, violentas, traumatizantes e impúdicas, não respeitando modalidades de proteção tradicionais, vem aumentar a vulnerabilidade, reforçar a situação de isolamento, de estresse e de angústia para a mulher originária de outro universo cultural. A mulher migrante, sobretudo aquela que é mãe pela primeira vez, vive esse período, frequentemente, com medo, ansiedade e muito estresse devido ao isolamento e às grandes diferenças entre o meio cultural, familiar e protetor de origem e o universo anônimo, distante, tecnológico e incompreensível com o qual se vê confrontada. Essa situação “estranha”, de estresse e de vulnerabilidade, poderá ter consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebê, influenciar na comunicação com os profissionais de saúde, na adesão e utilização dos serviços de saúde e, ainda, desencadear, nos profissionais de saúde, desmotivação, comportamentos inadequados, etnocêntricos e



agressivos, atitudes de rejeição, problemas de comunicação e dificuldades de diagnóstico (RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2012a, 2012b; BULMAN; MCCOURT, 2002; CUADRADO, 2004; FLORES, 2006; SCHEPPERS et al., 2006).

Importa destacar que as representações e as crenças que as mulheres e as famílias têm sobre os conceitos de saúde e doença, de cuidados de saúde e meios de proteção, bem como dos próprios serviços de saúde formais, influenciarão nos seus cuidados de saúde e na procura dos serviços de saúde. Também a situação de clandestinidade em que se encontram algumas mulheres grávidas imigrantes contribui para que só iniciem o acompanhamento médico em uma fase avançada do processo de gravidez, por temerem ser denunciadas às autoridades. Os estudos evidenciam que o atraso ou a falta de procura de serviços de saúde para vigilância de gravidez ou outros problemas de saúde deve-se às experiências de isolamento e discriminação e aos múltiplos obstáculos e dificuldades que elas encontram, de carácter informativo, administrativo/burocrático, comunicacional, cultural, econômico, laboral ou familiar, quando acedem ou tentam aceder aos serviços de saúde.

Investigações sobre a saúde das mulheres migrantes, nomeadamente na União Europeia, na América do Norte, na América Latina e na Ásia, registam, sobretudo, problemas de saúde reprodutiva, apontando piores indicadores de saúde associados a essas mulheres, bem como maior tendência para assumir comportamentos de risco, menor predisposição para adotar comportamentos de prevenção e maior falta de informação sobre saúde sexual e reprodutiva. Muitas mulheres migrantes têm poucos conhecimentos sobre os serviços sociais e de saúde, utilizam, em geral, menos frequentemente os serviços




de saúde reprodutiva do que as mulheres não migrantes, não recebem com frequência cuidados pré-natais – ou recebem de modo inadequado ou tardio –, apresentam uma menor utilização de métodos contraceptivos e maior vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, registrando mais gravidezes indesejadas, taxas mais elevadas de aborto espontâneo, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade e morbidade materna, perinatal e infantil (RAMOS, 2004, 2008a, 2009, 2011a, 2012c; RADEMAKERS; MOUTHAAAN; NEEF, 2005; MACHADO et al., 2006; BRAGG, 2008; ZHOU, 2000; WOLFF et al., 2008).

Destacamos, por exemplo, que, na Holanda, as taxas de mortalidade perinatal e infantil são mais elevadas nas famílias imigrantes do que na população holandesa (TROE, 2008). No Reino Unido, as taxas de mortalidade infantil são cerca de 1,5 vezes superiores em filhos de mulheres migrantes do que em crianças inglesas (SMITH et al., 2000). Já na Noruega, constatou-se um número mais elevado de bebês com baixo peso à nascença nas mães imigrantes, comparativamente às mães autóctones (VANGEN et al., 2002). Em Portugal, dos nascimentos verificados entre 1995 e 2006, destaca-se a maternidade em idades mais jovens e maior frequência de nascimentos de bebês prematuros de baixo peso nas mulheres imigrantes africanas, comparativamente às mulheres portuguesas (HARDING et al., 2006).

Comunicação e competências interculturais nos cuidados de saúde

A cultura e as especificidades culturais influenciam a forma de pensar, sentir e agir numa sociedade cada vez mais multicultural, pelo que as competências interculturais dos diversos profissionais dos domínios social, da saúde, da




psicologia e da educação têm sido objeto de estudo, tanto nos EUA como na União Europeia, e de recomendações de várias associações profissionais, nomeadamente da Associação Americana de Psicologia (APA, 2003).

Os profissionais que trabalham no âmbito da saúde necessitam conhecer e compreender as culturas das populações com que trabalham, as suas particularidades comunicacionais e a sua relação com as crenças, os comportamentos de saúde e as práticas de cuidados, sendo importante adotar uma comunicação culturalmente competente e desenvolver competências interculturais. Algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde têm a ver com a falta de conhecimento e de respeito dos profissionais sobre as representações e as crenças de saúde e doença dos doentes/usuários e sobre as relações destes com o seu mundo social, familiar, espiritual, cultural e comunitário. No caso dos imigrantes, é necessário conhecer as experiências pré-migração e pós-migração, o contexto social, cultural e familiar e as relações com os cuidados de saúde, relativamente à região ou país de origem e à região ou país de acolhimento, de modo a prevenir e a identificar adequadamente o tipo de cuidados de saúde necessários.


Com efeito, os aspetos sociais e culturais podem constituir barreiras e dificuldades aos cuidados de saúde: por um lado, pela sua influência na forma de percecionar a saúde e a doença e o recurso aos cuidados de saúde; por outro, pelas dificuldades que os prestadores de cuidados de saúde têm em lidar com as populações que provêm de culturas diferentes, nomeadamente ao nível linguístico, comunicacional, relacional e cultural.

O encontro com a diferença cultural nos cuidados de saúde pode levar a reações emocionais e a comportamentos de



insegurança, rejeição e abandono, ou a atitudes etnocêntricas, de preconceito, de discriminação e de violência dos profissionais de saúde, sobretudo quando não há conhecimento sobre a cultura do doente e formação na área da comunicação e das relações interculturais. Também a falta de informação e de conhecimentos da legislação e dos direitos por parte das populações migrantes e de minorias étnico-culturais, bem como dos prestadores de cuidados nas unidades de saúde poderá conduzir a um inadequado acesso à saúde e a processos de discriminação, atraso e recusa de atendimento da parte dos profissionais de saúde. Do mesmo modo, a falta de formação adequada para trabalhar com esse tipo de população poderá conduzir a dificuldades no acolhimento, comunicação, diagnóstico, cuidados prestados e insatisfação no doente/usuário. Por exemplo, as queixas das mães migrantes em relação aos serviços e aos cuidados de saúde são variadas, nomeadamente: falta de informação ou informação incompreensível ou inadequada; diferenças nas representações e nas práticas de cuidados; insegurança e sentimentos de incompreensão e discriminação; problemas de comunicação; dificuldades administrativas e de acesso aos serviços de saúde (RAMOS, 1993, 2004, 2007, 2008a, 2012c).

Os profissionais que não possuem formação e competência para trabalhar com indivíduos e grupos de diferentes origens culturais encontram também dificuldades de várias ordens e manifestações, frequentemente, insatisfação, atitudes etnocêntricas e comportamentos inadequados. Trabalhar, comunicar, viver e educar em contexto multicultural exige o desenvolvimento de um conjunto diversificado de competências do domínio intercultural, que podemos agrupar deste modo (RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2011b, 2012a, 2012b):




- *Competências individuais* que desenvolvam atitudes e comportamentos os quais favoreçam interações sociais harmoniosas entre os indivíduos e as culturas e que promovam uma atitude de descentração, a qual permitirá flexibilizar e relativizar princípios, modelos e competências apresentados como únicos e universais e evitar muitos comportamentos de intolerância, discriminação e exclusão.

- *Competências (inter)culturais*, sobretudo linguísticas, comunicacionais e pedagógicas, que facilitem, por um lado, a comunicação intercultural e a consciencialização cultural e, por outro, que promovam intervenções culturalmente competentes, inclusivas, profissionais e cidadãos culturalmente sensíveis e implicados.

- *Competências tecnológicas*, nomeadamente ao nível do domínio e utilização das técnicas audiovisuais e das tecnologias de informação e comunicação (TIC).


- *Competências de cidadania* que tornem possível o funcionamento democrático, aberto e plural das sociedades, organizações e serviços, particularmente sociais e de saúde.

As competências interculturais promovem a reflexão e a capacidade de colocar em prática a consciência e os conhecimentos multi/interculturais nas relações com indivíduos culturalmente diferentes. A competência intercultural implica que, em um contexto de diversidade cultural, de interação e de coabitação intercultural, o indivíduo tenha consciência, capacitação e competências técnicas que lhe permitam compreender,



aceitar e dialogar com o *outro* e fazer-se compreender ao nível comunicacional e relacional. As competências interculturais dão aos profissionais a capacidade para integrar a diversidade individual e cultural nas suas abordagens teóricas e práticas, tendo em vista um melhor desempenho profissional e a compreensão da alteridade e das relações entre o *Eu* e o *Outro* (RAMOS, 2007, 2008a, 2012a, 2012b). Para Cross et al. (1989), a *competência cultural* é concebida como um conjunto articulado de comportamentos, atitudes e políticas que se manifestam num serviço, organização ou entre os profissionais, os quais permitem intervir adequadamente em situações interculturais. A *competência cultural* poderá assim ser trabalhada ao nível de diferentes dimensões: individual/interpessoal, centrada nos profissionais; de serviço (social, educativo, de saúde, etc.); e institucional/organizacional (hospital, centro de saúde, escola, etc.).


As competências interculturais exigem o desenvolvimento de um conjunto diversificado de atitudes, valores, conhecimentos e aptidões básicas que capacitem os profissionais para trabalhar em contextos de diversidade cultural com grupos minoritários, nos vários setores de intervenção, nomeadamente ao nível individual, interpessoal e comunicacional. Ao nível dessas competências, alguns autores salientam como muito importante para a qualidade da intervenção social, psicológica, educacional ou da saúde o desenvolvimento de algumas aptidões dos profissionais, tais como as competências comunicacionais e relacionais baseadas na empatia, respeito mútuo, curiosidade, generosidade, abertura, confiança e reconhecimento do *outro*, bem como a adaptabilidade, consciência cultural, autorreflexão e conhecimento dos seus preconceitos, estereótipos e atitudes discriminatórias e racistas e dos outros grupos culturais (LADMIRAL; LIPIANSKY, 1992; SUE, 2001; COHEN-ÉMERIQUE,



1993; BYRAM, 1997; RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2011b, 2012a, 2012b; PAILLARD, 2011). Investigadores como Brislin e Yoshida (1994) sublinham ainda três aspetos a terem em conta no âmbito das competências interculturais: a consciência, o conhecimento e a informação sobre as culturas e as diferenças culturais; as atitudes em relação às diferenças culturais, como os preconceitos, o entusiasmo ou o “choque emocional”, quando comunicam com pessoas de culturas diferentes; as competências comportamentais. Outros autores, como Weaver (2008), acentuam igualmente a importância da consciência crítica, da autoconsciência no desenvolvimento da competência intercultural, assim como outros valores e atitudes, nomeadamente a abertura de espírito, a motivação para a aprendizagem, o sentido de justiça social e a humildade. Já para Hoopes (1980 apud RAMOS, 2011A), no desenvolvimento das competências interculturais e na comunicação intercultural, é importante a tomada de consciência do grau de determinismo cultural dos comportamentos e é necessário desenvolver a *consciencialização cultural*. Essa constitui um processo de aprendizagem cultural que visa desenvolver a capacidade de analisar o mundo do ponto de vista de outra cultura, bem como a aquisição de competências para reconhecer as diferenças, a pluralidade e a alteridade.

Considerações finais


É necessário proporcionar ao indivíduo migrante e à sua família um contexto capaz de transformar a vulnerabilidade, a exclusão, o sofrimento e os riscos frequentemente associados à migração num processo dinamizador, participativo, criativo e inclusivo.



É importante um paradigma de abordagem da diversidade cultural, da mobilidade e dos grupos minoritários, não como um problema, mas como um recurso de capacitação e revalorização de identidades culturais e de cidadania(s), uma oportunidade de desenvolvimento individual, social e cultural e um processo de resiliência. Isso de modo a fortalecer as competências dos indivíduos e dos grupos para se conscientizarem dos seus direitos e deveres e para enfrentarem a diferença, a alteridade, a mudança e o projeto de vida de forma positiva e participativa.

É fundamental ter em conta as desigualdades, a discriminação social, econômica e de gênero, e a violência a que, muitas vezes, a população de diferentes origens sociais e culturais e as minorias étnico-culturais estão sujeitas. As políticas interculturais e migratórias têm de ter em conta as questões de gênero, analisar e dar importância aos problemas e às necessidades das mulheres e dos homens oriundos de outras culturas, assim como às desigualdades de gênero. Na integração social, bem-estar e saúde das famílias e mulheres migrantes são determinantes não só as atitudes e os comportamentos da sociedade de acolhimento, como também as políticas internacionais e nacionais relativas à diversidade cultural e à migração, sobretudo sociais, educacionais e de saúde.

É importante reconhecer a migração feminina como uma fonte de desenvolvimento individual e familiar, levando em consideração, ao mesmo tempo, os riscos e as vulnerabilidades para a saúde, para a discriminação social, laboral e econômica e para a exploração a que essa população está frequentemente sujeita. Assim, deverá promover-se o acesso de todos, em particular das mulheres e das famílias em contexto de interculturalidade e migração, aos serviços sociais, educacionais, de saúde e de informação, nomeadamente capacitar sobre a




conscientização dos seus direitos e deveres e o recurso aos diferentes serviços.

O desenvolvimento de políticas e programas de saúde eficazes, nomeadamente, de saúde sexual e reprodutiva, exige o tomar em conta das realidades sociais, económicas, familiares, culturais e migratórias das comunidades e indivíduos, bem como do acesso aos serviços de saúde. Deverá, igualmente, ter em conta as representações, as crenças, as atitudes e os comportamentos relacionados com a sexualidade, a reprodução e a maternidade dos indivíduos e dos grupos de culturas diferentes, bem como cuidados de saúde culturalmente competentes.

Torna-se importante intervir ao nível da prevenção perinatal, escutar as famílias, principalmente ajudar os pais e as mães a investirem no seu papel paterno e materno e na relação com as suas crianças, sendo necessário, também, aprender a reconhecer o sofrimento e as dificuldades das mães migrantes e de outras culturas, por meio da expressão de queixas físicas, de distúrbios psicossomáticos, de preocupações em relação à criança e de pedidos de ajuda social. Favorecer a partilha das suas vivências com outras mães na mesma situação ou da mesma cultura e permitir-lhes comunicar na sua língua, quando necessário, por intermédio de outras mulheres que partilham a mesma língua, revela-se também importante.

É necessário desenvolver uma abordagem integrada, global e multi/interdisciplinar da mobilidade humana, baseada nos direitos humanos fundamentais e na formulação de políticas públicas adequadas e coordenadas, nomeadamente sociais e de saúde. Essa abordagem deverá incluir e enfrentar as causas principais das migrações no país de origem, como, por exemplo, a pobreza, a exclusão, as desigualdades, a discriminação e a instabilidade social e política, e deverá integrar estratégias e



políticas específicas dirigidas a essa população, tanto nos países de origem, como nos países de acolhimento.

É importante facultar aos trabalhadores migrantes informação antes da partida sobre as condições sociais, culturais e de trabalho na sociedade de acolhimento, sobre seguro de vida, planos de pensão e proteção na saúde, bem como formação ao nível de conhecimentos básicos de língua, a fim de facilitar a transição e a integração dos migrantes e membros das suas famílias na região/país de acolhimento.

As problemáticas sociais, culturais, educacionais e sanitárias decorrentes do encontro de culturas, da vivência entre culturas, exigem novos modelos conceptuais e metodológicos, novas estratégias de intervenção e políticas públicas coerentes na sua aplicação prática, capazes de gerir a diversidade cultural e de promover e harmonizar a inclusão, os direitos e a igualdade de oportunidades com a participação, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar de todos os indivíduos, nacionais ou migrantes, de grupos minoritários ou majoritários, em particular das mulheres e famílias vivendo em contextos de interculturalidade.

A formação na área da multi/interculturalidade, da comunicação intercultural e da comunicação em saúde é muito importante para o diálogo entre culturas, para a comunicação entre usuários e profissionais e para o desenvolvimento de *competências interculturais* nos vários setores de intervenção, em particular no âmbito social e da saúde. Essa formação, visando o desenvolvimento de cuidados culturalmente competentes, é essencial, sendo fundamental para o conjunto dos intervenientes, para os profissionais que trabalham em contextos nacionais, cada vez mais multiculturais, como ao nível da cooperação internacional e da ajuda humanitária.



Referências

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA. Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice and Organizational Change for Psychologists. **American Psychologist**, v. 58, n. 5, p. 377-402, 2003.

BASTIDE, R. La socialisation de l'enfant en situation d'acculturation. **Carnets de l'enfance**, n. 10, p. 26-35, jun. 1969.

BENNEGADI, R., BOURDIN, M., PARIS C. Les apports de l'anthropologie médicale clinique dans la relation soignant-soigné en situation interculturelle. **La revue du soignant en santé publique**. Paris, n. 34, p. 14-16, nov./dec. 2009.


BRAGG, R. Maternal deaths and vulnerable migrants. **Lancet**, v. 371, n. 9616, p. 879- 881, 2008.

BRISLIN, R.; Yoshida, T. **Intercultural communication training: an introduction**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

BRORING, G. et al. **Access to care: Privilege or right? Migration and HIV Vulnerability in Europe**. Woerden: European Project AIDS e Mobility, 2003.

BULMAN, K.; MCCOURT, C. Somali refugee women's experience of maternity care in west London: a case study. **Critical Public Health**, v. 12, n. 4, p. 365-380, 2002.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.



BYRAM, M. **Teaching and assessing intercultural communicative competence**. Clevedon: Multilingual Matters, 1997.

CAMILLERI, C. **Les Stratégies Identitaires**. Paris: PUF, 1990.

COHEN-ÉMERIQUE, M. Travailleurs sociaux et interculturel: Quelle démarche? In: GRONG-DAHMANE, F. (Ed.). **Enfants d'ici, enfants d'ailleurs**. Ramonville Sainte-Agne: Érès, 1993.

CONSELHO DA EUROPA – CE. **Diversity and cohesion: new challenges for the integration of immigrants and minorities**. Strasbourg: Publicações do Conselho da Europa, 2001.


CROSS, T. et al. **Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed**. Washington, D.C: Georgetown University Child Development Center, 1989.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH – CSDH. **Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences**. Geneva: WHO, 2005.

CUADRADO, S. et al. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. **Anales de Pediatría**, v. 60, n. 1, p. 3-8, 2004.

DONNAY, F.; THOSS, E. **Aspects of family planning and migration**. Copenhagen: World Health Organization, 1985.

EHRENREICH, B.; HOCHSCHILD, A. (Ed.). **Global women: nannies, maids and sexworkers in the new economy**. New York: Henry Holt and Company, 2002.



FLORES, G. Language barriers to health care in the United States. **N. England J. Med.**, v. 355, n. 3, p. 229-231, 2006.

FRANKS, R.; FAUX, S. Depression, stress, mastery, and social resources in four ethnocultural women's groups. **Research in Nursing and Health**, New York, v. 13, p. 283-292, 1990.

FUNG, K.; DENNIS, C. Postpartum depression among immigrant women. **Current opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v. 23, n. 4, p. 342-348, 2010.

HARDING, S. et al. Birth Weights of Black African Babies os Migrant and Non-Migrant Mothers Compared With Those of Babies of European Mothers in Portugal in Portugal. **Annals of Epidemiology**, v. 16, n. 7, p. 572-579, 2006.

HAYS, S. **The cultural contradictions of motherhood**. New Haven: Yale University Press, 1997.

HOCHSCHILD, A. Global care chains and emotional surplus value. In: HUTTON, W.; GIDDENS, A. (Ed.). **On the edge**: living with global capitalism. New York: Free Press, 2000.

HONDANGNEU-SOTELO, P.; AVILA, E. "I'm here but I'm there". The meanings of Latina transnational motherhood. **Gender and society**, v. 11, n. 5, p. 548-571, 1997.

HOOPEES, D. Intercultural Communication concepts and the psychology of intercultural experience. In: PUSCH, M. (Ed.). **Multicultural education**: a cross cultural training approach. Chicago: Network, Inc., 1979.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE.
Estatísticas da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE. **A população estrangeira em Portugal.** Lisboa: INE, 2012.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION – IOM. **World Migration Report 2010 - the future of migration: building capacities for change.** Geneva: IOM, 2010.


LADMIRAL, J.; LIPIANSKY, E. **La communication interculturelle.** Paris: Armand Colin, 1992.

LAZEAR, K. et al. Depression among low-income women of colour: qualitative findings from cross-cultural focus groups. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 10, p. 127-133, 2008.

LOPES, L. C. Gravidez em contexto de seropositividade num grupo de migrantes da região de Lisboa. In: RAMOS, N. (Org.). **Saúde, migração e interculturalidade.** João Pessoa: EDUFPB, 2008. p. 311-347.

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

MANUEL, H. I. Mulheres Timorenses em Portugal: Representações e práticas sobre planeamento familiar. In: RAMOS, N. (Org.). **Saúde, migração e interculturalidade.** João Pessoa: EDUFPB, 2008. p. 261-310.



MONTEIRO, I. **Ser mãe na cultura hindu: maternidade e cuidados à criança na comunidade hindu de Lisboa.** 2005. 230 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) – Universidade Aberta, Lisboa, 2005.

MOSHER, W. et al. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. **Advance Data**, n. 350, p. 1-36, 2004.

MOZÈRE, L. Travail informel et projet de vie: les domestiques philippines à Paris. In: BARBE, N.; LATOUCHE, S. (Dir.). **Economies choisies, Mission à l’Ethnologie.** Paris: Ed. Maison des Sciences de l’Homme, 2004. p. 93-108. (Ethnologie de la France, 20)


MUNK-OLSEN, T. et al. New parents and mental disorders. **Journal of the American Medical Association**, v. 269, n. 21, p. 2582-2589, 2006.

NASH, M. Nuevos horizontes y viejos dilemas: los retos de la era global. In: NASH, M. (Ed.). **Mujeres en el mundo: historias, retos y movimientos.** Madrid: Alianza Editorial, 2012. p. 309-339.

NY, P. et al. Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner’s involvement. **Reproductive Health**, n. 4, p. 9-12, 2007.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **International Migration.** New York: OECD, 2000.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **International Migration.** New York: OECD, 2012.



PAILLARD, S. Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services. In: RECHEL, B et al. **Migration and health in the Europe Union**. New York: Mc Graw Hill, 2011.

PARRENAS, R. **Servants of globalization: women, migration and domestic work**. California: Stanford University Press, 2001.


PARRENAS, R. **Children of global migration**. Stanford: Stanford University Press, 2005.

PCM/ACIDI, IP. **II Plano para a Integração dos Imigrantes, 2010-2013**. Lisboa: ACIDI, IP, 2010.

PLANO NACIONAL PARA A IGUALDADE DE GÉNERO, CIDADANIA E NÃO DISCRIMINAÇÃO 2014 -2017 (V PNI). Resolução do Conselho de Ministros n.º 103/2013. **Diário da República**, 31 dez. 2013. Série 1, n. 253.

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT – PNUD (2009). **Lever les barrières: mobilité et développement humain**. New York: Programme des Nations Unies pour le développement, 2009.

RABAIN, J; WORNHAM, W. Transformation des conduites de maternage et des pratiques de soins chez les femmes migrantes originaires de l’Afrique de l’ouest. **Psychiatrie de l’enfant.**, v. 33, n. 1, p. 287-319, 1990.



RADEMAKERS, J.; MOUTHAN, I.; NEEF, M. Diversity in sexual health: Problems and dilemmas. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 10, n. 4, p. 207-211, 2005.

RAMOS, N. **Maternage en milieu portugais autochtone et immigré**: de la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique. 1993. 736 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade René Descartes, Paris, Sorbonne, 1993. v. 2.

RAMOS, N. **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa: Universidade Aberta, 2004a.


RAMOS, N. Género, identidade e maternidade em famílias na diáspora. In: SIMAS, R. (Coord.). **A vez e a voz da mulher. Relações e migrações**. Lisboa: Colibri, 2004b. p. 285-299.

RAMOS, N. Famílias migrantes: acolhimento e solidariedade na sociedade multicultural. **Revista Cidade Solidária**. Lisboa, Santa Casa da Misericórdia, v. 32, p. 14-21, 2004c.

RAMOS, N. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. **Psychologica**, Coimbra, v. 45, p. 147-169, 2007.

RAMOS, N. (Org.). **Saúde, migração e interculturalidade**. João Pessoa: EDUFPB, 2008a.

RAMOS, N. Crianças e famílias em contexto migratório e intercultural. Desafios às práticas e políticas educacionais, sociais e de cidadania. In: RAMOS, N. (Coord.). **Educação, interculturalidade e cidadania**. Bucareste: Milena Press, 2008b.



RAMOS, N. Saúde, migração e direitos humanos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2009.

RAMOS, N. Género e Migração: Dinâmicas e políticas sociais, familiares e de saúde. In: BOSCHILA, E. R.; ANDREAZZA, M. L. (Org.). **Portuguesas na diáspora: histórias e sensibilidades**. Curitiba: EDUFPR, 2011a. p. 263-282.


RAMOS, N. Educar para a interculturalidade e cidadania: Princípios e desafios. In: ALCOFORADO, L. et al. (Org.). **Educação e formação de adultos: políticas, práticas e investigação**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2011b. p.189-200.

RAMOS, N. Comunicação em Saúde e Interculturalidade – Perspetivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **Revista Eletrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2012a.

RAMOS, N. Comunicación en la salud e interculturalidade: para una mejor intervención en salud en el contexto de diversidad cultural. In: PRIEGO ALVAREZ, H; REMOALDO, P. (Org.). **Mercadotecnia social en salud: teoría y práctica**. Tabasco: Universidade Juárez Autónoma de Tabasco, 2012b.

RAMOS, N. Migração, Maternidade e Saúde. **Reportório, Teatro e Dança**. Salvador, v. 15, n. 18, p. 71-83, 2012c. Número Temático – Movimento Criatividade e Cura.

RAMOS, N. Migração, Tráfico de pessoas e trabalho doméstico. **Revista Políticas Públicas**. São Luís, v. 18, n. 2, p. 425-438, 2014a.



RAMOS, N. Migrações e alteridade: desafios para a saúde coletiva. In: CAVALCANTE, L.; TEIXEIRA, S.; RODRIGUES, S. (Org.). **Psicanálise, saberes e práticas em saúde**. Curitiba: CRV, 2015. p. 271-300.

SCHEPPERS, E. et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. **Family Practice**, v. 23, n. 3, p. 325-348, 2006.

SMITH, G. et al. Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. **Critical Public Health**, v. 10, n. 4, p. 375-408, 2000.


SOPA, M. **Representações e práticas da maternidade: em contexto multicultural e migratório**. 2009. 366 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) – Universidade Aberta, Lisboa, 2009.

STAMPINO, V. Improving Access to multilingual health information for newcomers to Canada. **Journal of the Canadian Health Libraries Association**, n. 28, p. 15-18, 2007.

STORK, H. **Enfances indiennes: étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant**. Paris: Le Centurion, 1986.

SUE, D. Multidimensional facets of cultural competence. **The Counseling Psychologist**, v. 26, p. 790-821, 2001.

TROE, E. **Ethnic differences in fetal growth, birth weight and infant mortality**. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008.



UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION – UNESCO. **Déclaration Universelle sur la Diversité Culturelle**. Paris: UNESCO, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127162f.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND – UNICEF. Situação mundial da infância – 2011. **Adolescência – Uma fase de oportunidades**. New York: UNICEF, 2011.

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNICEF. State of world population 2006. **A passage to hope: women and international migration**. New York: UNFPA, 2006.

VANGEN, S. et al. The heavier the better? Birth weight and perinatal mortality in different ethnic groups. **International Journal of Epidemiology**, n. 3, p. 654-660, 2002.

WEAVER, H. Striving for cultural competence: Moving beyond potential and transforming the helping professions. In: DANA, R.; ALLEN, J. (Ed.). **Cultural competency training in a global society**. New York: Springer, 2008. p. 135-155.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Migration and health: towards and World Health Organization. **Migration and health: towards and understanding of health care needs ethnics minorities**. Netherlands: Ed. M. Colledge, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Amsterdam Declaration: Towards Migrant Friendly Hospitals in an Ethno Culturally Diverse Europe**. MFH: Task Force, 2004.