

# Saúde e Cidadania:

## Equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise



### Organização:

Beatriz Padilla  
Sonia Hernández Plaza  
Elsa Rodrigues  
Alejandra Ortiz



**Título:**

Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno–infantil em tempos de crise

**Edição:**

Centro de Investigação em Ciências Sociais / **CICS – UM**

Instituto de Ciências Sociais

Universidade do Minho

Morada | Campus de Gualtar

4710-057 Braga

Telefone: +351 253 601 752

E-mail: [cics@ics.uminho.pt](mailto:cics@ics.uminho.pt) • Sítio: <http://cics.uminho.pt/>

**Organização:**

Beatriz Padilla

Sonia Hernández Plaza

Elsa Rodrigues

Alejandra Ortiz

**Créditos:**

Capa: Elsa Rodrigues

Foto: Beatriz Padilla

**Revisão:**

Elsa Rodrigues

$\LaTeX$  editor: Elsa Rodrigues  
using  $\LaTeX$ 's 'confproc' package, version 0.8 by V. Verfaillie.

**Edição digital:**

ISBN: 978-989-96335-6-8

uri: <http://hdl.handle.net/00000/0000>

Braga, Dezembro 2014

# **Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno–infantil em tempos de crise**

## **Organização**

Beatriz Padilla  
Sonia Hernández Plaza  
Elsa Rodrigues  
Alejandra Ortiz

## **Agradecimentos**

As autoras gostariam de agradecer a todas as mulheres e crianças, às organizações comunitárias, aos profissionais de saúde, assistentes sociais e mediadores interculturais que contribuíram para a realização dos dois projectos de base comunitária em que se baseia este livro, nestes tempos de crise extremamente difíceis, que se vivem em Portugal.

# Índice

## Introdução

- 1 Saúde e Cidadania: Equidade e diversidade na saúde materno–infantil em tempos de crise  
*Beatriz Padilla, Sonia Hernández Plaza*

## I.

### ***Health and citizenship: Gaps and needs in intercultural healthcare to immigrant mothers***

- 10 Saúde e Cidadania em tempos de crise: disparidades e necessidades nos cuidados de saúde às mães imigrantes  
*Beatriz Padilla, Elsa Rodrigues, Alejandra Ortiz*
- 47 Necessidades e desigualdades na saúde materno–infantil em contextos de diversidade, crise e austeridade: o caso da Área Metropolitana de Lisboa  
*Sonia Hernández Plaza*
- 72 O Acesso das Mulheres Imigrantes Grávidas à Saúde: Para Além das Barreiras Linguísticas  
*Cristina Santinho, Erika Masanet, Beatriz Padilla*

## II.

### ***Equity in maternal–child and women health: international perspectives***

- 87 An unsuccessful society: Maternal–child health determinants in Portugal (2007–2013)  
*Luís Bernardo*
- 99 Private and Public Home Births: Comparing access, options and inequalities in Portugal and Denmark  
*Mário Santos*
- 114 Las representaciones sobre las mujeres inmigrantes bolivianas en el sistema público de salud en Mendoza: el rol de las instituciones sanitarias en la reproducción de desigualdades de género  
*Gabriela Maure*
- 122 A Saúde das mulheres imigrantes idosas  
*Bárbara Bäckström*

## III.

### ***Policies and practices for the promotion of equity in maternal–child and women health***

- 141 Equidade, diversidade e participação dos cidadãos em saúde  
*Cláudia De Freitas*
- 153 Cuidar a parentalidade partilhada  
*Vasco Caleira, Fernanda Marques, António Marques, Isabel Rebelo*
- 163 From Cultural Explanation to Intercultural Dialogue: a Contribution to the Study of Cape Verdean Maternal Health in Portugal  
*Elisabeth Challinor*

- 172 **Lista de Autores**

## A saúde das mulheres imigrantes idosas

*Bárbara Bäckström\**

### Resumo

A partir de um estudo em curso, iremos analisar alguns dos testemunhos recolhidos junto de uma população de idosos imigrantes, com mais de 65 anos, para darmos a conhecer alguns aspectos acerca da saúde das mulheres imigrantes idosas.

O projeto explora várias dimensões e aspectos da vida dos idosos imigrantes, nomeadamente o tema da saúde, as questões do cuidar, das rotinas dos idosos imigrantes, aspectos relacionados com o retorno e com a ligação ao país de origem. Um dos objectivos é perceber os canais utilizados para proporcionar bem-estar, cuidados aos idosos e a relação com a saúde.

Uma hipótese é que a nível local podem responder mais rápido à realidade social em mudança de políticas nacionais, porque está mais próximo das necessidades dos idosos imigrantes.

Como questões particulares relacionadas com o tema da saúde temos a preocupação de compreender como estão os idosos imigrantes a desenvolver estratégias para aceder ao estado providência / assistência? Quais são as necessidades sociais emergentes dos idosos imigrantes? Quais são os serviços informais alternativos ou voluntários de assistência aos idosos imigrantes? E o que fornecem?

Para explorar isto, é preciso olhar para o cuidar/cuidados, o papel das redes sociais na garantia de cuidados e bem-estar disponível e escolhas de estilo de vida. Tentamos perceber quais as provisões locais de assistência social, as respostas institucionais locais para com os migrantes. Vamos realizar entrevistas com os principais intervenientes a nível local, atores locais que representam as instituições que prestam serviços sociais (setor público, privado e terceiro). iremos mapear as instituições que oferecem essa assistência ao nível local, os tipos de prestações sociais (saúde, benefícios sociais, cantinas, creches e assim por diante), a população abordada (pessoas carentes, migrantes idosos, idosos em geral). Pretendemos entrevistar os representantes dessas associações locais e informantes privilegiados que trabalham no terreno e lidam com esta realidade. No que diz respeito aos idosos imigrantes, estamos a realizar entrevistas em profundidade. As entrevistas concentram-se nas estratégias que os idosos imigrantes usam no acesso a assistência e apoios e as questões do cuidar. Até ao momento temos 21 entrevistas realizadas, das quais 12 são de mulheres.

As entrevistas estão a ser feitas em dois locais, junto de duas associações de imigrantes que lidam com os aspectos da saúde: A AJPAS,

---

\*Departamento de Ciências Sociais e de Gestão, Universidade Aberta. Investigadora do CEMRI – Universidade Aberta: ✉ [barbara.backstrom@uab.pt](mailto:barbara.backstrom@uab.pt)

no Casal da Mira e a Prosaudesc com os utentes dos Terraços da Ponte. Iremos dar conta dos seguintes aspectos da sua saúde:

A forma como as pessoas percebem o seu estado de saúde, que doenças dizem ter, o que fazem quando têm algum problema de saúde, onde vão ao médico se precisarem, se recorrem a algum lugar para pedir apoio, quem costuma ajudar, se a família e os vizinhos ajudam.

Optámos por uma metodologia qualitativa através de entrevistas semi estruturadas e o tratamento dos dados consistiu na análise de conteúdo temática das entrevistas.

**Palavras-chave:** mulheres imigrantes; saúde dos imigrantes; idosos imigrantes.

## Introdução

A novidade deste tema deriva do novo desafio demográfico que precisa ser estudado e discutido de forma comparativa e orientada. Apesar de sua importância, este assunto continua a ser bastante marginal nos estudos de migração e em gerontologia.

O fenómeno do envelhecimento da população migrante requer novas pesquisas para evitar estereótipos, como o de retratando migrantes como um fardo para os países de destino.

A diversificação demográfica da população coloca em questão a lógica nacional dos sistemas de bem-estar, que tendem a restringir os direitos e benefícios aos cidadãos. A migração traz uma pressão de baixo para cima para modificar a noção de membro da sociedade, cidadão, e o direito de benefícios sociais.

Só na década de 2010, o envelhecimento da migração ganhou alguma visibilidade na agenda política e científica em Portugal. Apareceram pela primeira vez no II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010–2013). Em 2010, houve o estudo de Machado e Roldão (2010), bem como o estudo de Marques e Ciobanu (2012) em 2012. A edição especial da revista *Migrações* também foi publicado em 2012 sobre a Migração e o Envelhecimento Activo Machado e Roldão (2010).

O tema dos imigrantes idosos é muito recente. Os poucos estudos sobre migrantes e envelhecimento concentram-se na saúde e condições de vida, a migração de retorno, os serviços de cuidados para os idosos e a migração como estilo de vida, *lifestyle migration*.

Nos finais do século XX, a imigração em Portugal alterou-se quer em quantidade, quer em termos de origens. Portugal tem hoje cerca de meio milhão de imigrantes que representam cerca de 10% da população ativa e cerca de 5% da população residente. Os imigrantes são oriundos de mais de 150 países dos quatro cantos do mundo e falantes de cerca de 230 línguas maternas e dialetos diferentes (Pires, 2010; Rocha-Trindade, 2001; Valente Rosa, Seabra e Santos, 2004). A partir de 2000, assistiu-se a uma viragem do panorama da imigração em Portugal observando-se mudanças a três níveis: diversificação da origem dos fluxos e alteração do peso relativo dos imigrantes, diferenciação no seu perfil e definição de novos padrões de dispersão territorial. Miranda (2009) acrescenta ainda um quarto nível com o aumento significativo da imigração feminina a solo. A literatura existente tem privilegiado uma perspectiva masculina dos trajectos

migratórios, no entanto tem vindo a crescer o número de mulheres a emigrar sozinhas. Foi possível identificar dois principais padrões migratórios: as mulheres integradas num projecto familiar e mulheres que migram sozinhas (Wall, 2008). Também no estudo de Malheiros, Padilla e Rodrigues se conclui que disparou substancialmente a imigração feminina, não só em termos quantitativos mas em termos de mudança dos papéis desempenhados antes pelos homens (Malheiros, Padilla e Rodrigues, 2010).

No final de 2010, a população estrangeira residente em Portugal totalizava 445.262 cidadãos. De acordo com o relatório do SEF de 2010 houve um decréscimo de imigrantes residentes em Portugal face ao ano precedente que quebra a continuidade do crescimento da comunidade estrangeira em Portugal nos últimos anos. Como nacionalidades mais representativas surgem o Brasil, Ucrânia, Cabo Verde, Roménia, Angola e Guiné-Bissau, sem que se verifiquem alterações em termos das dez principais nacionalidades. O Brasil mantém-se como a comunidade estrangeira mais representativa, com um total de 119.363 residentes. A Ucrânia permanece como a segunda comunidade estrangeira mais representativa (49.505), seguida de Cabo Verde (43.979), Roménia (36.830), Angola (23.494) e Guiné-Bissau (19.817 cidadãos) (SEF, 2010). Segundo o INE, da população imigrante residente em Portugal a 31 de Dezembro de 2010 (445.262), 85,47% estava em idade activa (idades compreendidas entre 15 a 64 anos), 10,21% eram jovens (com menos de 15 anos de idade) e 4,32 % idosos (65 e mais anos de idade).

Se em Portugal o envelhecimento da população é uma tendência e já é uma realidade preocupante, o envelhecimento da população imigrante ainda é muito residual (Instituto Nacional de Estatística, 2010). Na maioria (em oito) das populações estrangeiras (romenos, russos, moldavos, guineenses, angolanos, santomenses, chineses e franceses), o número de pessoas idosas não chega a equivaler a 1/5 do número de jovens. Cidadãos de Espanha e do Reino Unido, pelo contrário apresentam níveis de índices de envelhecimento superiores aos da população, quer portuguesa, quer residente estrangeira em Portugal. O envelhecimento da população total residente em Portugal, embora tivesse sido bastante significativo na década de 90, ainda teria sido maior se não existissem os efectivos de nacionalidade estrangeira que são mais jovens onde predominam os indivíduos em idade activa (Valente Rosa, Seabra e Santos, 2004).

Existem diferentes categorias de imigrantes em Portugal e tal como há heterogeneidade dentro da imigração, também o há no grupo de imigrantes seniores. Distinguimos os imigrantes laborais que vieram em busca de uma vida melhor e que, entretanto com o passar dos anos, envelheceram no lugar de destino (são na maioria provenientes das ex-colónias portuguesas de África e os mais antigos imigrantes residentes em Portugal), os imigrantes, cidadãos do norte da Europa que emigraram para Portugal após a reforma, os retornados ou «dúplios emigrantes» (imigrantes portugueses, que saíram e retornaram ao país de origem após uma vida de trabalho no estrangeiro) e os imigrantes seniores que se reúnem à família, essencialmente indivíduos dependentes que seguem os filhos emigrantes ou membros da família e vieram no processo de reunificação familiar ou para tratamentos médicos. Em cada categoria existem distinções de nível socioeconómico, género, ocupação, cidadania e participação na sociedade civil. Em termos de correntes migratórias, também existem fluxos diversos e cronologicamente mais antigos ou mais recentes.

Existem, por exemplo, dentro da categoria dos imigrantes seniores os que

envelhecem no lugar de destino, os que só vêm a Portugal por razões médicas e aproveitam a rede de suporte social que aqui têm para tratar das questões de saúde, consequência do reagrupamento familiar. Outros chegam, também, ao abrigo de acordos e convenções bilaterais, em matéria de saúde, celebrados entre o Estado português e os seus países de origem. Assim, tornam-se utilizadores regulares, ou potenciais, dos cuidados dispensados pelo Sistema Nacional de Saúde Português (Estrela, 2009).

Uma parte dos migrantes reformados, tal como alguns migrantes laborais, pode, durante vários anos, circular entre origem e destino, pondo em prática o que alguns chamam «estilos de vida transnacionais». Mas essa mobilidade vai-se reduzindo com o tempo, com a entrada na quarta idade, e muitos acabam por ficar definitivamente no país onde decidiram viver a velhice. Os que envelhecem nos países de acolhimento e os que migram depois de reformados constituem os dois tipos principais de migrantes idosos nas sociedades receptoras. Mas não são os únicos. O primeiro estudo sobre o tema em Portugal detetou uma terceira situação, distinta das anteriores, que é a das pessoas idosas, principalmente mulheres, que migram para se juntarem a filhos e netos nos países de destino (Machado e Roldão, 2010).

Os cabo-verdianos são o grupo imigrante com mais idosos e o mais antigo em Portugal (Machado e Roldão, 2010). Todas as outras populações imigrantes são comparativamente mais recentes e só a partir de 1974–1975 começaram a ter alguma expressão estatística e incluem menos idosos. De acordo com Machado, entre 2001 e 2005 foram contabilizadas 1.310 entradas de idosos africanos, o que representa um acréscimo de cerca de 10% em relação ao efectivo existente em 2001 (13.070).

Nos países europeus ocidentais que receberam migrações laborais massivas nas décadas de 60 e 70 do século XX há hoje contingentes consideráveis de imigrantes idosos, que provavelmente não regressarão à origem e se somam às populações envelhecidas desses países. Para dar só um exemplo, o número de estrangeiros com 60 ou mais anos na Alemanha passou de menos de 100 mil, em 1970, para mais de 700 mil em 2002. O que já é visível há um pouco mais de tempo em França, na Alemanha, no Reino Unido ou na Suíça, começa agora a emergir em Portugal. Dos países da Europa do Sul, que só mais tarde se tornaram receptores de migrantes, Portugal é o primeiro a assistir à formação de uma categoria de migrantes que envelheceram no país.

Segundo o Relatório estatístico do SEF para 2010, verifica-se o predomínio de títulos emitidos a cidadãos do sexo feminino, designadamente nos casos do Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, China, Moldávia e Angola (Bäckström e Castro-Pereira, 2012).

Segundo Trovão e Ramalho (2010), a feminização pode-se contabilizar em termos de taxas de crescimento por género entre 1999 e 2007. Por exemplo, no caso da Guiné-Bissau a taxa de crescimento deste fluxo migratório rumo a Portugal entre estes dois períodos foi 51 % para os homens e 111% para as mulheres.

No estudo de Machado e Roldão (2010) encontramos os dados demográficos para as imigrantes idosas em Portugal, sendo a esperança média de vida maior nas mulheres que nos homens, passando estas a ser as mais cuidadas na velhice. As mulheres morrem mais tarde e encontram-se em maior proporção.

Em relação à saúde e imigração, o processo migratório pode constituir por si um factor de risco para a saúde, podendo potenciar maior vulnerabilidade em

relação a problemas de saúde (Carballo et al., 1998). De acordo com Fonseca, Esteves e McCarrigle, em [Topa, Nogueira e Neves \(2010\)](#) existe um elevado desconhecimento do acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde mais acentuado no caso das mulheres. No artigo de [Topa, Nogueira e Neves \(2010\)](#) e dentre os factores que mais condicionam a imigração e o seu impacto e que podem levar a condições de desigualdade para os imigrantes estão as políticas de saúde que determinam o acesso a cuidados médicos e de saúde para os imigrantes.

Em termos de políticas de saúde dirigidas a imigrantes, é de conhecimento geral que esse direito está regulado no Despacho N.º 25 360/2001 ([Bäckström, 2009](#); [Pussetti et al., 2009](#)). Os estrangeiros com e sem autorização de residência devem exibir o comprovativo da sua área de residência no primeiro caso e, no outro, têm de pedir um atestado de residência na junta de freguesia, comprovando que moram em Portugal há mais de 90 dias. Em termos de pagamentos dos serviços de saúde do SNS, quem efetue descontos para a Segurança Social faz os pagamentos em condições de igualdade com os cidadãos nacionais, pagando a «taxa moderadora», de acordo com as taxas em vigor. Aos que não efetuem descontos para a Segurança Social poderão ser cobradas as despesas realizadas de acordo com as tabelas em vigor, excetuando se alguém do seu agregado familiar efetuar os descontos. Para além deste despacho, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa têm ainda acordos de cooperação com Portugal para assistência médica a cidadãos dos PALOP. A assistência médica, em Portugal, tem constituído um dos eixos estratégicos importantes no reforço da cooperação internacional no domínio da saúde (DGS, 2010).

A utilização dos serviços de saúde depende muito do estatuto jurídico em Portugal, conhecimento do sistema de saúde e a forma de acesso. O SNS é aberto e acessível.

Qualquer um que esteja registado pelas autoridades pode usar os centros de saúde (USF). Contudo, como no resto da Europa, existem listas de espera para as especialidades. Também muitos idosos imigrantes ficam sem médico de família.

Em geral os imigrantes idosos utilizam o centro de saúde da sua área de residência.

Portugal tem igualmente os acordos de cooperação em matéria de saúde com os PALOP. Também existe o PADE do ACIDI que se destina aos estrangeiros doentes.

Pessoas idosas que necessitem cuidados médicos raramente participam neste programa porque teriam de viver em casas de acolhimento durante o tratamento. As pessoas preferem ficar nas suas casas. Existe igualmente falta de conhecimento sobre os direitos e deveres. Se alguém tiver mais de 65 anos pode ter acesso ao complemento de idoso, recebendo um documento da segurança social de forma a que o idoso fique isento das taxa moderadoras. Se as pessoas não souberem isto terão de pagar 30 euros por uma consulta bem como custos adicionais para exames complementares. Isto para certas pessoas é complicado e acabam não utilizando os serviços de saúde

Perante o constrangimento do Estado, a sociedade civil tem assumido cada vez mais responsabilidades preenchendo as lacunas, deficiências e omissões estatais ([Padilla, 2013](#)).

Tentámos neste estudo compreender as formas que são utilizadas no cuidar, no cuidar do idoso em geral, e no cuidar em termos de saúde e doença, em particular.

Na interação entre a saúde dos imigrantes idosos e o envelhecimento dos imigrantes, deve-se ter em conta os determinantes comportamentais de um envelhecimento ativo ao longo da vida, nomeadamente, a adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado serão fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos. Deve-se integrar uma abordagem que respeite as especificidades do género tendo em conta não apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas, também, a construção dos papéis sociais que dão forma à identidade, ou seja, uma abordagem segundo o género permite compreender as diferenças nas necessidades sociais e de saúde entre homens e mulheres, de acordo com os diferentes modos como ambos vivem e envelhecem.

Num estudo anteriormente realizado (Bäckström, 2012) no caso das mulheres de dois grupos sociais, as do grupo popular dizem sentir-se mal com a vida que têm, porque estão doentes, porque perderam familiares. Não foram observadas grandes diferenças por género, a não ser os casos em que se percebe que os homens estão mais preocupados do que as mulheres com a estabilidade do emprego e a falta de dinheiro, enquanto as mulheres se preocupam sobretudo com a saúde. O grupo popular associa saúde a aspetos fisiológicos e o grupo de elite encara a saúde e a doença enquanto fenómenos mais globais e externos aos indivíduos. Também se verifica que as diferenças eram menos evidentes quando se comparam os homens e as mulheres do que as que encontramos quando comparamos os dois grupos socioeconómicos.

Existem já alguns trabalhos sobre a saúde das mulheres imigrantes (Dias, Rocha e Horta, 2009). O estudo parte da intersecção entre o fenómeno crescente da migração de pessoas através do globo e a saúde sexual e reprodutiva e seus impactos no desenvolvimento social e no bem-estar de indivíduos e comunidades. A literatura indica uma maior vulnerabilidade das mulheres em termos de saúde do que as mulheres do país de acolhimento. Falta de oportunidades, pobreza, limitado acesso aos serviços públicos, discriminação e exposição à violência, incompreensão de suas necessidades específicas e desconhecimento de seu sistema de crenças e valores são algumas das condições que aumentam a fragilidade das mulheres migrantes na sua relação com a saúde. Entre as mulheres africanas foi valorizado ter um grande número de filhos, aspiração que lhes parecia difícil de realizar em Portugal, por motivos económicos e debilidades das redes sociais de apoio. A falta de documentação, o desconhecimento dos seus direitos e dificuldades relacionadas com a organização dos serviços.

Um outro estudo é o coordenado por Padilla, «*Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes*». O projecto tem por questão central a «cidadania de saúde» dos imigrantes e das mulheres grávidas como primeiro passo para a promulgação dos direitos de cidadania em Portugal.

Portugal reconhece o direito dos migrantes ao Sistema Nacional de Saúde independentemente da sua situação legal. No entanto, na prática vários obstáculos são conhecidos, como a língua, problemas de comunicação, falta de informação, a competência cultural dos profissionais de saúde e resistências administrativas. Este estudo analisa o papel da cultura, a desigualdade e exclusão social na saúde das mulheres imigrantes grávidas e dos cuidados de saúde materna.

Há imigrantes idosos que desconhecem por completo os seus direitos. O II Plano para a Integração dos Imigrantes decidiu apostar no combate à vulnerabilidade socioeconómica dos idosos imigrantes, divulgando o apoio institucional

disponível. Destaca-se como novidade a intervenção junto dos idosos imigrantes, uma população que sofre por vezes de uma dupla exclusão (ACIDI, 2010).

A área de intervenção dedicada a medidas junto dos idosos imigrantes aposta no combate à vulnerabilidade socioeconómica através da divulgação das respostas institucionais disponíveis e que a maioria desconhece, divulgando os apoios sociais, os direitos decorrentes das contribuições feitas para a segurança social e as formas de acesso aos mesmos, não só em Portugal mas também nos países de origem e na União Europeia, cujo acesso é por vezes dificultado ou mesmo impossibilitado por desconhecimento das formas de acesso (ACIDI, 2010). A população imigrante ainda está maioritariamente concentrada numa faixa etária jovem e ativa. Apesar disso, a intervenção no futuro deverá ser no sentido de dar aos idosos imigrantes, que vão sendo cada vez em maior número, acesso a informação útil, dando-lhes a conhecer os seus direitos. Muitos desconhecemos e até poderiam, por exemplo, ter direito a ser cidadãos portugueses (porque reúnem as condições para tal), sem nunca terem procurado adquirir a nacionalidade, o que lhes daria acesso a benefícios sociais e apoios, apesar da atual conjuntura ser desfavorável e o caminho ser o do gradual desaparecimento do Estado Providência e de um Estado social, uma menor proteção, o fim das reformas e pensões para as gerações futuras e mesmo para as que estão ainda no ativo. É muito importante analisar para agir, no sentido de entendermos o que se pode e deve fazer como respostas a estas novas realidades.

As populações imigrantes mais antigas em Portugal – oriundas essencialmente dos PALOP – estão a chegar primeiro à terceira e quarta idade no nosso país, apresentando fatores de vulnerabilidade que requerem particular atenção do Estado português (e.g. instabilidade de carreiras contributivas, baixas reformas ou inexistência de direitos a pensões, desconhecimento dos mecanismos de proteção social) que justificam a tomada de medidas a curto e a médio prazo.

## Metodologia

O objectivo da análise é observar as questões da saúde das imigrantes idosas. Optámos por uma metodologia qualitativa através da realização de entrevistas semi estruturadas para recolha da informação. O tratamento dos dados consistiu na análise de conteúdo temática das entrevistas e na identificação de diferenças e semelhanças entre as mulheres.

O projeto explora entre outros aspectos as diferenças nas políticas de bem-estar em dois municípios e os canais utilizados para proporcionar bem-estar, cuidados aos idosos e saúde. Uma hipótese é que a nível local podem responder mais rápido à realidade social em mudança de políticas nacionais, porque está mais próximo das necessidades dos idosos imigrantes.

Como questões particulares relacionadas com o tema da saúde temos a preocupação de compreender como estão os idosos imigrantes a desenvolver estratégias para aceder ao estado providência/assistência? Quais são as necessidades sociais emergentes dos idosos imigrantes? Quais são os serviços informais alternativos ou voluntários de assistência aos idosos imigrantes? E o que fornecem ?

Para explorar isto, é preciso olhar para o cuidar/cuidados, o papel das redes sociais na garantia de cuidados e bem-estar disponível e escolhas de estilo de vida. A hipótese é de que os migrantes são agentes ativos.

Tentamos perceber quais as provisões locais de assistência social, as respostas institucionais locais para com os migrantes. Vamos realizar entrevistas com os principais intervenientes a nível local, atores locais que representam as instituições que prestam serviços sociais (setor público, privado e terceiro). Gostaríamos de identificar as instituições que oferecem essa assistência ao nível local, os tipos de prestações sociais (saúde, benefícios sociais, cantinas, creches e assim por diante), a população abordada (pessoas carentes, migrantes idosos, idosos em geral). Pretendemos entrevistar os representantes dessas associações locais e informantes privilegiados que trabalham no terreno e lidam com esta realidade. No que diz respeito aos idosos imigrantes, estamos a realizar entrevistas em profundidade. As entrevistas concentram-se nas estratégias que os idosos imigrantes usam no acesso a assistência e apoios e as questões do cuidar. Até ao momento temos 21 entrevistas realizadas, das quais 12 são de mulheres.

As entrevistas estão a ser feitas em dois locais, junto de duas associações de imigrantes que lidam com os aspectos da saúde: a AJPAS, no Casal da Mira e a Prosaudesc com os utentes dos Terraços da Ponte. Iremos dar conta dos seguintes aspectos da sua saúde: a forma como as pessoas percebem o seu estado de saúde, que doenças dizem ter, o que fazem quando têm algum problema de saúde, onde vão ao médico se precisarem, se recorrem a algum lugar para pedir apoio, quem costuma ajudar, se a família e os vizinhos ajudam.

Optámos por uma metodologia qualitativa através de entrevistas semi-estruturadas e o tratamento dos dados consistiu na análise de conteúdo temática das entrevistas.

Este estudo apresenta limitações. Os casos que escolhemos estudar são apenas os de frequentadores de duas associações locais de apoio ao imigrantes. As mulheres aqui representadas têm todas um perfil sócio-económico baixo e vivem em contextos de grande vulnerabilidade sócio-económica e moradoras em bairros de realojamento/habitação social. Deveria perceber-se como é o caso das não frequentadoras destas associações (atualmente existe seguramente um número muito significativo de idosos imigrantes que assumem um importante papel na vida ativa das suas comunidades e existirão outros, que pela fragilidade provocada por doenças, permanecem confinados em casa, onde a solidão está presente), comparar com mulheres imigrantes idosas de outros perfis sócio-económicos e ainda falta comparar com os homens que entrevistámos.

## **Resultados**

Ambos os fenómenos, envelhecimento e migrações, têm sido intensamente estudados, mas raramente a interacção entre estes dois processos fora analisada, e esta é uma realidade que necessitamos conhecer e acompanhar em Portugal.

### **Perfis das mulheres idosas**

São mulheres entre os 65 e os 80 anos (65 anos, com mais de 65 anos (não sabe a idade), 68 anos, 70 anos (3), 72, 73, 76 anos, 77 anos (2), 80 anos); têm como nacionalidades a portuguesa e caboverdiana, 3, só Cabo verdiana 5, só portuguesa 2, natural de Cabo verde e de Moçambique, agora portuguesas e de São Tomé 2.

A nacionalidade atual é maioritariamente cabo verdiana (8), portuguesa (2) e São Tomense (2).

Em termos de situação legal/jurídica têm a situação regular (Autorização de residência, BI ou residência comunitária). Três não tem documentos, não tem a situação regularizada.

Estas mulheres fizeram o ensino primário completo e incompleto, ou nunca andaram na escola. Já em idades mais avançadas 3 mulheres fizeram cursos de alfabetização, uma anda na escola na igreja e uma delas andou num curso de cozinha.

A maioria veio trabalhar como empregada domestica, nas limpezas. Uma numa torrefação de café e outra trabalhava na copa de um café.

As mulheres que chegaram há menos tempo nunca trabalharam e duas vieram expressamente para tratamento.

Quatro mulheres declararam estar reformadas com pensões mínimas entre os 200 e os 372 euros. No entanto a maioria não recebe nenhuma reforma nem pensão.

Todas elas tiveram filhos, entre 2 (1), 3 filhos (2, sendo que num dos casos, teve 3 filhos mas 1 morreu, tem 1 rapaz e 1 rapariga), 5 filhos (morreu 1, ficou com 4, 6 filhos (já tinha 4 filhos lá, teve mais 2 cá), 7 filhos (teve 5 filhos lá e 2 aqui (entretanto faleceram 2 filhos)), 7 filhos (uns em CV e outros em Portugal, veio sozinha, grávida do 5º filho, nasceram 6, um foi um aborto, um morreu, ficou com 5 filhos), 8 filhos (nasceram 8 filhos, morreu 1 filhos, 2 holandá, 2 em cabo verde, 3 em Portugal; teve 8 mas morreram 2, ficaram 6), 10 filhos (nasceram 10 e ficaram vivos 3 num caso e outra senhora teve 10 filhos, dos quais 2 já em Portugal).

A maioria veio sozinha para Portugal, principalmente as que chegaram há 40–42 anos atrás). Já tinham filhos no país de origem e vieram primeiro elas, só depois mandaram vir ou foram buscar lá os filhos. Algumas ainda vieram a ter mais filhos em Portugal. Quase todas elas deixaram lá os pais dos filhos de lá, e arranjaram outros homens em Portugal com quem vieram a ter mais filhos. Mesmo nesses casos, a quase totalidade das mulheres nunca viveu com os pais dos filhos, vivem apenas com os filhos e algum outro familiar (mãe, pai, pais delas). Três mulheres ficaram viúvas. Presentemente, nenhuma das mulheres está numa situação conjugal, com excepção de uma.

É muito frequente esta forma de agregado familiar em que as mulheres são mães solteiras e têm filhos de diferentes homens. Quanto aos filhos, neste momento quase todos estão imigrados em países diferentes, por isso distantes destas mães idosas.

Na maioria dos casos, pelo menos um dos filhos morreu e num caso extremo de uma senhora que teve 10 filhos, apenas sobreviveram três.

Em termos de rotinas e do dia a dia são pessoas muito sedentárias e pouco activas: *«passa o dia em casa, está sozinha só tem a filha, põe uma cadeira à janela e fica a ver. Em casa, limpa a casa, trata da roupa, cozinha»*; *«vai ao centro de dia passa lá o dia, vai passear, está sozinha»*; *«vai à rua ter com umas amigas»*; *«vai à igreja»*; *«não vai ao centro de dia porque tem de se pagar. Em casa faz, vai a casa da filha, de amigos. vai para a consulta durante a semana»*; *«faz passeios da igreja, com gente da igreja, vai a Fátima»*; *«ajuda, faz comida leva às vizinhas, vai visitar as vizinhas, vai à escola da igreja, curso de alfabetização»*; *«vai a casa de senhoras amigas, faz costura, faz para as pessoas amigas, sem pedir dinheiro»*. Algumas mulheres cuidam de uma horta perto de

casa, vão a pé, fazem «movimentos». Todas referem ver televisão como uma das actividades mais frequentes, bem como arrumar e limpar, cozinhar, lavar a louça e tratar da roupa. Apenas num caso disse que ainda faz alguns trabalhos, passa a ferro para receber dinheiro. A condição socioeconómica atua no quadro de envelhecimento ativo a par com as condições de saúde e determina as atividades que os idosos desenvolvem, as quais dependem da categoria profissional e do nível de instrução.

Distinguimos nos casos que já pudemos analisar, mulheres imigrantes laborais que vieram em busca de uma vida melhor e que, entretanto com o passar dos anos, envelheceram no lugar de destino e as que vieram há menos tempo podem ser consideradas como o tipo de imigrantes seniores que se reúnem à família, essencialmente indivíduos dependentes que seguem os filhos imigrantes ou membros da família e vieram no processo de reunificação familiar ou para tratamentos médicos.

Os dados sugerem um processo de reagrupamento familiar específico, em que imigrantes inactivos e idosos, vêm juntar-se às suas famílias imigradas em Portugal, em busca de melhores condições de assistência na velhice (Machado e Roldão, 2010; Marques e Ciobanu, 2012).

Foi possível identificar a migração feminina a solo enquanto o padrão predominante. No entanto podemos distinguir dois tipos de migração feminina. As mulheres que vieram há cerca de 40 anos chegaram sozinhas, muitas delas já tinham filhos e deixaram-nos no país de origem, reunindo se a eles posteriormente em Portugal.

Há as mulheres que vieram já idosas há 3, 4, 10, 12, 13, 14, 15 anos, vieram com filhos ou vieram juntar-se aos filhos que já são adultos, para serem elas a cuidarem delas e elas a cuidarem dos netos. Esta situação é a que foi identificada por Machado e Roldão (2010), que é a das pessoas idosas, principalmente mulheres, que migram para se juntarem a filhos e netos nos países de destino.

A razão é dupla. Por um lado, são pessoas que precisam do apoio da família na velhice; por outro lado, ainda estão em condições de darem elas próprias apoio à família na gestão doméstica quotidiana e no cuidado com as crianças.

Quase nenhuma destas idosas vive atualmente sozinha (vivem com filhos e netos, ou só com filhos, ou com os netos), apenas duas mulheres referiram viverem sozinhas.

Um dos principais motivos para virem para Portugal é a condição de saúde destas mulheres e a necessidade de fazer e operações. Nos restantes casos, vêm juntar-se aos filhos para os filhos tomarem conta deles.

Vimos também que nenhuma delas frequenta lares de idosos ou instituições que acolhem idosos, com excepção de uma idosa que frequenta o centro de dia da santa casa da misericórdia durante o dia porque fica sozinha, mas que vive com filho, nora e netos. Ela foi um dos casos que os filhos mandaram vir a mãe para ficar junto deles em Portugal, para eles poderem tomar conta dela em casa.

Os imigrantes idosos raramente recorrem a um dos tipos de prestação de cuidados formais (apoio domiciliário, lares ou centros de dia), sendo estes cuidados assegurados pelas mulheres das famílias. As mulheres asseguram o cuidar e uma presença contínua traduzida por serviços, bens e suportes materiais. Em Portugal, no caso dos imigrantes africanos, a rede de familiares e amigos já existente no país de acolhimento tem sido um dos fatores decisivos para a escolha do local de destino.

## Saúde, recursos e apoios

Na saúde, todas com exceção de uma mulher referiram problemas de saúde, sendo os mais frequentes a tensão alta (5), diabetes (7), fazem dieta, colesterol (2), esquecem-se muito das coisas (2), sentem dores. estas são as doenças próprias da idade. Duas senhoras estão mal da vista, tem cataratas.

Algumas mulheres tiveram problemas de pernas, braços, anca ou coluna e foram operadas. sentem algumas dores e câibras.

Uma senhora queixa-se de alergias e asma mas tem desde que vivia em Cabo Verde e outra teve pneumonia e tem falta de ar.

Uma senhora relata um episódio já antigo de um problema que teve em cabo verde: tem uma doença, desde os 26 anos. pisou o chão quente, queimou não conseguia andar, consultas atrás de consultas.

Outra idosa queixa-se de um mal estar geral (sente se mal, não come, não apetece evacuar, tem dor de barriga, às vezes febre, não dorme bem com o frio. no mesmo sentido outra senhora dia que não tem a saúde muito boa (sente se mal disposta, dor de cabeça, não tem muito sono para dormir, a dor incomoda-a, fica cansada).

Três mulheres vieram para Portugal em tratamento. uma tinha úlcera, toma remédios, tentou operar a úlcera, ficou para tratamento; Outra caiu, fez operação e agora está à espera para operar ao útero, tem um mioma. A terceiro veio doente e para fazer tratamentos, tem dor na anca já fez exames, análises, raio x, marcou operação, quando foi tinha tensão alta não podia operar.

Uma senhora disse não ter nenhuma doença.

Ninguém referiu estar a sofrer algum problema de saúde mental. No entanto quando lhes perguntamos se está sozinha ou sente -se só? se sente que está isolada? sente se triste? deprimido? a maioria diz que sim, sente-se sozinhas, sentem-se triste, às vezes eu choro, mas mais à noite. «O que é que eu hei-de fazer? Esta não é a minha terra». Uma senhora diz que não sente nenhuma tristeza, já viveu tudo agora está bem. Uma diz que se sente sozinha mas não está triste. Duas senhoras sentem medo e não saem de casa, o bairro é perigoso.

Encontrámos um caso que está triste e a família trata mal a idosa, não lhe dá dinheiro e ela deseja regressar para cabo verde, lá tem muita gente e pode ir a casa das pessoas amigas. Aqui, apesar de ter sido chamada por um dos filhos para viver com ele, a mulher e os filhos, a senhora está a passar muito mal.

Quando têm algum problema de saúde, vão ao médico de família do centro de saúde (CS Damaia-Venda Nova, Alfovelos, Centro de saúde de Sacavém, Pontinha) ao Hospital a que pertencem (Amadora-Sintra, Curry Cabral, Santa Maria) ou a um hospital da especialidade (hospital ortopédico na parede, tratamentos na Clínica de Santo António para análises e exames), ou consulta de oftalmologia.

Quase todas médico de família, três senhoras não tem médico de família (são atendidas pelo médico que estiver disponível), uma delas também não tem cartão de utente, paga 5 euros (paga 5 euros porque vai pela filha, faz uma inscrição esporádica por cada consulta). Uma senhora diz que não vai ao médico, não tem médico. Foi ao hospital Beatriz Ângelo. foi de ambulância, porque caiu e partiu a anca.

Vão ao atendimento médico da AJPAS no bairro Casal da Mira para pedir análises e receitas para remédios. Quando perguntamos o que faz falta no bairro dizem que faz falta um centro de saúde no bairro, os médicos de família, um

lugar para conviver, um lugar ao ar livre para fazer comida no fogareiro, uma mercearia, uma papelaria, mais um café. Podemos aceitar a hipótese que a nível local podem responder mais rápido à realidade social em mudança de políticas nacionais, porque está mais próximo das necessidades dos idosos imigrantes.

Estas mulheres estavam ou na AJPAS ou na Prosaudesc e utilizam este recurso que é um serviço médico oferecido a estas populações, nos bairros e que dão apoio em matéria de saúde. É um recurso valioso e indispensável, dado não existir, pelo menos no bairro do Casal da Mira nenhum centro de saúde. Mesmo tendo Centro de saúde e médico de família, as pessoas preferem recorrer ao atendimento médico na AJPAS aos sábados de manhã porque fica ao lado de casa e porque não têm de se levantar de madrugada para garantirem uma consulta no centro de saúde a que pertencem, porque têm de esperar às vezes um mês por uma consulta e porque também é um serviço gratuito. Mesmo tendo de esperar durante algum tempo é sempre mais fácil e cómodo utilizar este serviço oferecido pela associação.

Mas para além destas vantagens de proximidade e destas associações ser uma excelente intervenção no âmbito da saúde a nível local muitos utentes também procuram ser ajudados pelas associações, mesmo não o declarando, por questões de falta de acesso aos medicamentos, tratamentos, dificuldades na marcação de consultas. Como refere [Padilla \(2013\)](#) a existência deste tipo de intervenções ou boas práticas no âmbito da saúde a nível local, são muitas vezes não sustentáveis ao longo do tempo pelo que acabam por ser interrompidas segundo a disponibilidade dos financiamentos.

Quem as ajuda quando estão doentes ou precisam de ir ao médico são os netos ou os filhos. Uma delas diz mesmo que a filha costuma ir com ela ao médico, quando não pode manda a neta, nunca vai sozinha porque não sabe o autocarro nem o caminho. Duas senhoras dizem que vão sozinhas às consultas (e vai cedo senão não encontra a consulta).

Os imigrantes idosos que estão reunidos com a sua família estão mais protegidos porque muitas vezes o principal apoio para os imigrantes é oferecido pelos membros das redes sociais às quais pertence, sejam elas as de origem ou as mais recentes, criadas na comunidade de acolhimento. A família e as pessoas mais próximas aparecem como recursos fundamentais nas relações com a pessoa idosa nas comunidades imigrantes. As famílias são muitas vezes o lugar primordial das trocas intergeracionais, de apoio e de cuidados.

Num estudo anteriormente realizado, em que se procurou entender a relação entre condições socioeconómicas, saúde e envelhecimento activo, identificaram-se as actividades relacionadas com o envelhecimento activo, a relação com a saúde, as estratégias utilizadas desse envelhecimento activo e os seus determinantes. Concluímos que as famílias são muitas vezes o lugar primordial das trocas intergeracionais, de apoio e de cuidados ([Bäckström, 2012](#)). As solidariedades familiares «informais» são uma forte fonte de entreaajuda e de trocas que contrabalançam com a solidariedade formal. Os tipos de ajuda e de «cuidar» entre os membros da família vêm colmatar as necessidades básicas de dificuldades de gestão de tempo, de espaço, de dinheiro, que as ajudas públicas não suplantam.

Relativamente ao retorno ao país de origem, a maioria não deseja voltar porque considera que aqui tem mais apoio do estado e melhores condições na saúde, para além de terem cá os filhos que cuidam delas. Uma senhora manifestou muita vontade de regressar porque não tem nada aqui, apesar de viver

na casa de um filho (sente-se muito sozinha e muito triste). Pediu ajuda ao programa de retorno voluntário. Outras têm casa construída lá, gostavam de voltar mas adiam esse projecto. Preferem ir lá visitar a família e voltar para Portugal, mas com o avançar da idade vão viajando lá. Duas senhoras pensam que a vida de uma pessoa em Cabo Verde é pior, não há trabalho, mas tem saudades. «*Cabo Verde com trabalho é uma terra cinco estrelas, mas com trabalho. Cabo verde é a melhor terra, nós terra*». Uma idosa disse que cá as pessoas são mais acarinhadas do que lá (neste caso em Moçambique), outra que gosta muito de estar aqui.

Todas concordam que em África uma pessoa idosa consegue fazer uma vida com mais qualidade, se tiver saúde e porque lá existe uma forte rede de apoio, são mais atentos, temos sempre família, aqui são pessoas conhecidas não é a família. Mas algumas mulheres precisam de estar em Portugal porque têm filhos ou netos dependentes a cargo e porque sentem que a saúde já não lhes permite o regresso: *Se a minha filha está cá eu estou bem aqui*.

Quase todas já lá voltaram algumas vezes depois de chegarem a Portugal, uma nunca voltou lá desde que veio (diz que vai um dia).

Como já foi referido noutros estudos, as razões para não regressarem para o país de origem são várias.

Muitos migrantes que chegam ao país de destino têm planos para voltar aos seus países de origem (o chamado «mito de retorno»), mas depois de viver no exterior por muitos anos acabam encontrando razões para ficar. Os idosos imigrantes vivem um conflito duplo. Eles sentem-se estrangeiros no país onde viveram por três ou quatro décadas, mas também se sentem estrangeiros no seu país de origem devido a uma grande distância, e o mito do retorno permanece, para a maioria, um mito.

Alguns deles estão tão familiarizados com a nova morada que preferem não investir por uma nova mudança, enquanto outros têm descendentes e sentem que são necessários para cuidar dos netos e também são cuidados pelas suas famílias e a rede que construíram. As vantagens que o país anfitrião oferece em termos de bem-estar e qualidade de vida em termos de acesso a uma melhor saúde para a maioria dos migrantes que chegaram nos anos 80 dos países africanos também são motivos para ficar.

A partir do cruzamento de dois eixos, o do envelhecimento e o da condição socioeconómica que tem num pólo a velhice pobre e no outro a velhice confortável, Machado identificou tipologias de envelhecimento ativo e socialmente integrado e envelhecimento inativo e socialmente isolado. No eixo relativo ao quadro de envelhecimento está a condição de saúde. Mais saúde contribui para um envelhecimento ativo e socialmente integrado e menos saúde contribui para um envelhecimento inativo e socialmente isolado, como em Machado e Roldão.

O padrão destas mulheres é o de uma baixa condição socioeconómica - velhice pobre e podemos afirmar que as mesmas encontram-se na tipologia de envelhecimento inativo e socialmente isolado.

Estas mulheres podem ainda enquadrar-se na categoria a que Machado e Roldão chamaram de «velhice pobre familiarmente integrada» ou pouco mas também se pode revelar alguma «velhice pobre socialmente enquadrada». São mulheres com fracos recursos económicos combinados com relacionamentos sociais mais restrito confinado quase totalmente à esfera familiar. Esta «integração» previne o isolamento e a precariedade.

É de realçar que em ambos os bairros, estas mulheres são provenientes de

bairros de barracas e que foram realojadas nas casas de habitação social.

Distingue-se a velhice pobre integrada familiarmente e socialmente pelos aspectos ligados a actividades da «vida social» e «fora de portas» (sair, conviver, ir à igreja, ir às compras, ser membro de uma associação, jogar às cartas com amigos e vizinhos, encontram-se com conterrâneos, ocupam-se das hortas) em relação a uma actividade mais circunscrita ao meio doméstico e rede familiar.

Encontrámos uma mulher apenas que pode ser considerada um caso de velhice pobre socialmente excluída, onde para além da falta de rendimentos existe a falta de apoio e de rede social, apesar dela viver com o filho, nora e netos, mas que a maltratam.

Estas mulheres são muito vulneráveis e pobres. São geralmente pouco participativas e activas nas questões de saúde. Recorrem aos cuidados de saúde primários em contextos essenciais e básicos. Se a visão da cidadania em saúde pode trazer oportunidades, pode também, tendo em conta segmentos de população sénior com fragilidades que lhes conferem maior vulnerabilidade e necessidades específicas, constituir-se como uma ameaça no que respeita ao acesso à saúde e exercício da cidadania em saúde da pessoa idosa. Estes grupos vulneráveis são mais aliterados em saúde e têm mais dificuldade para aceder aos recursos da comunidade e do país, ou seja, de exercer a sua cidadania em saúde. Em relação à cidadania de saúde estas mulheres idosas não estão preparadas para se envolverem nas decisões em relação à saúde.

Seja pelo lado da condição socioeconómica seja pelo lado das relações de sociabilidade, os migrantes idosos podem envelhecer mais integrados ou mais à margem da sociedade de acolhimento. O estatuto socioeconómico, os tipos de sociabilidade com familiares, amigos e vizinhos e a condição de saúde – aspeto fundamental na velhice – são dimensões fundamentais para mapear os quadros de envelhecimento dos idosos em geral e dos idosos migrantes em particular e para equacionar a questão do envelhecimento ativo. Mais do que a idade em si mesma, o quadro de envelhecimento depende da condição de saúde. O que impõe a alguns idosos mais jovens um envelhecimento inativo é a doença e o que permite a alguns mais velhos um envelhecimento ativo é a saúde de que gozam.

Podemos concluir, que na generalidade, o perfil de saúde destas mulheres idosas imigrantes não se distingue muito do perfil das mulheres portuguesas na mesma situação de pobreza. São mulheres muito vulneráveis economicamente, as pensões que recebem são muito baixas porque descontaram menos do que os homens.

Também vamos ao encontro das conclusões de Machado, podendo afirmar que a integração social destas mulheres idosas é feita num enquadramento familiar, sendo a reunificação familiar um aspecto fundamental da qualidade de vida e na saúde mental e corporal destas mulheres imigrantes.

## Referências

ACIDI (2010), *II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010-2013)* – *Resolução do Conselho de Ministros N.º 74/2010*.

ACIDI (2007), *I Plano para a Integração dos Imigrantes* – *Resolução do Conselho de Ministros N.º 63-A/2007*.

- Amado, N. (2008), *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos, sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*, Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Andrade, I. (2008), *Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*, Lisboa: ACIDI, Coleção Teses 21.
- António, S. (2010), *Avós e netos: relações intergeracionais, a matrilinearidade dos afectos*, 1ª Ed., Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Assis, M. (2005), «Envelhecimento activo e promoção da saúde: Reflexão para as acções educativas com idosos» in *Revista APS*, Vol. 8, N.º 1.
- Bäckström, B. (2012), «Envelhecimento ativo e saúde num estudo de caso com idosos imigrantes», in *Revista Migrações*, N.º 10, Observatório da Imigração.
- Bäckström, B., Castro-Pereira, S. (2012), «A questão migratória e as estratégias de convivência entre culturas diferentes em Portugal» in *Rev. Inter. Mob. Hum.*, Brasília, Ano XX, N.º 38, pp. 83–100.
- Bäckström, B. (2011), «Comportamentos de saúde e doença numa comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa» in *Saúde e Sociedade*, São Paulo, Vol. 20, N.º 3.
- Bäckström, B. (2009), *Saúde e Imigrantes: As representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*, Lisboa: Observatório da Imigração, Coleção Teses 24.
- Bäckström, B., Carvalho, A. e Inglês, U. (2009), «A nova imigração e os problemas de saúde em Portugal – O Gabinete de Saúde do Cnai enquanto um observatório para o estudo da saúde dos migrantes em Portugal» in *Revista Migrações*, N.º 4, Abril 2009, Observatório da Imigração.
- Bolzman, C., Fibbi, R., Vial, M. (2006), «What To Do After Retirement? Elderly Migrants and the Question of Return» in *Journal of Ethnic and Migration Studies*, Vol. 32, N.º 8, pp. 1359–1375.
- D’Almeida, A. (2003), *O impacto da Imigração em Portugal nas contas do Estado*, Observatório da Imigração, 1, Lisboa: ACIME.
- Dias, S., Rocha, C., e Horta, R. (2009), *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo*, Estudos OI 32, Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI).
- Direcção-Geral da Saúde, Circular Normativa (2004), *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, N.º 13/DGCG.
- Estrela, P. (2009), «A Saúde dos Imigrantes em Portugal» in *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 45–55, Dossier Multiculturalidade.

- Fernandes, A. (2008), *Questões Demográficas, Demografia e Sociologia da População*, Lisboa: Edições Colibri.
- Fernandes, A. (2007), «Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991–2001)» in *Análise Social*, Vol. XLII, N.º 183, pp. 419–443.
- Fernandes, A. (2007), «Dossier» in *Fórum Sociológico*, Edição N.º 17 (II Série).
- Fernandes, A. (2005), «Envelhecimento e Saúde: em foco» in, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23, N.º 2, Julho/Dezembro, pp. 45–48.
- Fernandes, A. (2001), «Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida» in *Sociologia, Problemas e Práticas*, N.º 36, pp. 39–52.
- Fonseca, M. et al. (2007), «Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política», in Dias, S. (org.), *Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde*, N.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 27-52.
- Instituto Nacional de Estatística (2010), *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*, Lisboa: INE.
- IOM, World Migration (2003), *Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move*, Switzerland.
- Lazear, K., Pires, S., Isaacs, M., Chaulk, P. e Huang, L. (2008), «Depression among low-income women of colour: Qualitative findings from cross-cultural focus groups» in *Journal of Immigrant and Minority Health*, N.º 10, pp. 127–133.
- Lima-Costa, M. e Veras, R. (2003), «Saúde pública e envelhecimento» in *Cadernos Saúde Pública*, Vol.19, N.º 3, pp. 700–701.
- Machado, F. e Roldão, C. (2010), *Imigrantes Idosos, Uma Nova Face da Imigração em Portugal*, Lisboa: Observatório da Imigração, Coleção Estudos 39.
- Malheiros, J., Padilla, B. (Coord.) e Rodrigues F., (2010), *Mulheres imigrantes empreendedoras*, Lisboa: Organização Internacional para as Migrações, Presidência do Conselho de Ministros e Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Marques, M. e Ciobanu, R. (2012), *Migrantes Idosos em Portugal*, Cascais: Princípia.
- Massé, R. (1995), *Culture et santé publique*, Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Miranda, J. (2009), *Mulheres imigrantes em Portugal. Memórias, dificuldades de integração e projectos de vida*, Lisboa: Observatório da Imigração/ACIME.

- Nobre, S. (1993), *Emigration, Retour et Agriculture dans un village de Trás-os-Montes (Portugal)*, Tese de Mestrado, CIHEAM, Montpellier.
- Padilla, B. (2013), «Saúde dos imigrantes: Multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal» in *Revista Internacional de Mobilidade Humana*, Brasília, Ano XXI, N.º. 40, pp. 49-68.
- Paúl, C., (2005), «Envelhecimento activo e redes de suporte social» in *Revista Sociologia*, Porto: Faculdade de Letras.
- Peixoto, J. (2008), «A demografia da População imigrante em Portugal» in Lages, M. e Matos, A. (Coord.), *Portugal: Percursos de Interculturalidade*, 2, Lisboa: Acidi.
- Pires, R. (Coord.), (2010) *Portugal – Atlas das migrações internacionais*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Comissão Nacional para as Comemorações do Centenário da República e Edições Tinta-da-China.
- Pussetti, C. (coord.), Ferreira, J., Lechner, E. e Santinho, C. (2009), *Migrantes e Saúde Mental. A Construção da Competência Cultural*, Lisboa: Observatório da Imigração, Colecção Estudos 33.
- Rocha-Trindade, M. (2001), «História da imigração em Portugal» in *Janus 2001*, Anuário de Relações Exteriores, pp. 170-173.
- Ruspini, P. (2009), *Elderly Migrants in Europe: An Overview of trends, policies and practices*, University of Lugano (USI), Switzerland.
- Sardinha, J., Bäckström, B., Castro-Pereira, S., Campos, R. e Moreira, D., (2011) *Histórias Biográficas de Imigrantes em Lisboa*, Universidade Aberta: CEMRI, Lisboa.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2011), *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, 2010*, SEF/Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento).
- Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D., (2003) «Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa», *Revista de Saúde Pública*, Vol. 37, N.º 3, pp. 364-71.
- Topa, J., Nogueira, C. e Neves, A. (2010), «Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico» in *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, Vol. 41, N.º 3, pp. 366-373.
- Torkington, K. (2010), «Defining Lifestyle Migration» in *Dos Algarves – Revista da ESGHT/UAlg*, N.º 19, disponível on-line em [www.dosalgarves.com/](http://www.dosalgarves.com/).
- Townsend, P., Black, D. (1992), *Inequalities in health: the Black Report*, London: Penguin.

- Trovão, S. e Ramalho, S. (2010), *Repertórios femininos em construção num contexto migratório pós-colonial: Dinâmicas familiares, de género e geração*, Lisboa: Observatório da Imigração/ACIDI, Estudo 42, Vol. 1.
- United Nations (2009), *Replacement migration: Is it a solution to declining and ageing population?*, Washington, D.C.: United Nations Population Division.
- Valente Rosa, M., Seabra, H. e Santos, T. (2004), *Contributos dos «Imigrantes» na Demografia Portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira*, Observatório da Imigração/ACIME, Estudo 4.
- Veloso, E. (2008), «A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002» in *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*, Lisboa.
- Wall, K. (2008), «Trajectórias de Mulheres Imigrantes em Portugal» in *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*, Lisboa.
- Warnes, A., Friedrich, K., Kellaher, L. e Torres, S. (2004), «The diversity and welfare of older migrants in Europe» in *Ageing and society*, Vol. 24, N.º 3, pp. 307–326.
- Williams, S., Gabe, J. e Calnan, M. (Eds.) (2000), *Health, medicine and society: key theories, future agendas*, London/New York: Routledge.
- World Health Organization (2005), *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*, World Health Organization (trad. Suzana Gontijo) – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- World Health Organization (2002), *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, Madrid, Spain.

#### Outras referências:

Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações 2012, disponível *on-line* em <http://ec.europa.eu/social/ey2012.jsp?langId=pt>.

Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas, 2010, <http://www.ine.pt/>.

Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Prioridades, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Vol. I – Prioridades, Lisboa, 2004, disponível em *on-line* em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol1.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf).

Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Orientações estratégicas, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Vol. II – Orientações estratégicas, Lisboa, 2004, disponível *on-line* em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol1.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf).

PORDATA, disponível *on-line* em <http://www.pordata.pt/>.