

MIGRAÇÃO INTERNACIONAL E VULNERABILIDADE EM SAÚDE: TÓPICOS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM PORTUGAL

INTERNATIONAL MIGRATION AND VULNERABILITY IN HEALTH: TOPICS ON HEALTH AND SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH POLICIES IN PORTUGAL

Cristianne Maria Famer Rocha

Doutora em Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
cristianne.rocha@terra.com.br

Camilo Darsie

Doutorando em Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
camilods@terra.com.br

Ana Gama

Mestre em Psicologia Comunitária
Instituto de Higiene e Medicina Tropical & CMDT - Universidade Nova de Lisboa
anafgama@gmail.com

Sónia Dias

Doutora em Saúde Internacional
Instituto de Higiene e Medicina Tropical & CMDT - Universidade Nova de Lisboa
sfdias@ihmt.unl.pt

RESUMO

O texto apresentado assenta numa revisão bibliográfica e documental sobre questões referentes à saúde, à migração internacional e seus impactos sobre o contexto social português, bem como no que se refere às condições de vida das imigrantes. A revisão aqui apresentada permite realizar algumas reflexões acerca dos riscos ligados à saúde que muitas vezes são enfrentados pelas comunidades imigrantes. Além disso, são apresentadas as políticas de saúde europeias e portuguesas que orientam os serviços de saúde oferecidos para imigrantes e, mais especificamente, os serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave – Imigração internacional, vulnerabilidade em saúde, políticas de saúde, saúde sexual e reprodutiva.

ABSTRACT

This paper is based on a literature and documentary review about issues related to health, international migration and its impact to the social context of Portugal and to living conditions of immigrants. The review presented in this paper provides ground for reflection on the health risks that frequently immigrant communities face. Also, it focuses on the European and Portuguese health policies that guide health services offered to immigrants and, more specifically, the sexual and reproductive health services.

Keywords - International Immigration, health vulnerability, health policies.

Recebido em: 02/09/2012

Aceito para publicação em: 14/11/2012

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1948). Ao contrário do modelo biomédico que concebe o conceito de saúde a partir de uma perspectiva reducionista, a visão holística e sistêmica defende que um conjunto complexo de dimensões (física-somática, afetiva e emocional, cognitiva, comportamental, sociocultural e ecológica) influencia o estado de saúde dos indivíduos (ANTONOVSKY, 1979; LEIGH e REISER, 1980; LAST e WALLACE, 1992). Considerando a saúde como um direito humano fundamental (WHO, 1948), a Organização aponta como condições e recursos fundamentais para o seu alcance a alimentação, a habitação, a educação, os meios econômicos adequados, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (WHO, 1948).

Atuar nos determinantes sociais de saúde, também segundo a OMS, representa a forma mais eficaz para melhorar a saúde das populações e reduzir as iniquidades sociais, questões enraizadas em crenças de justiça social e direitos humanos (CSDH, 2007). Os determinantes sociais de saúde incluem fatores estruturais de nível social, como as instituições políticas e a estrutura econômica, que se refletem na estratificação social, nos mecanismos de redistribuição de recursos, na educação, nas condições básicas de vida e trabalho, na existência de redes de suporte social e na disponibilização e acessibilidade aos serviços de saúde (JANSSENS, BOSMANS e TEMMERMAN, 2005; REIJNEVELD, 1998).

Os determinantes de saúde abrangem ainda fatores macrossociais, como as normas sociais, os padrões culturais e as questões de gênero que orientam comportamentos e atitudes face à saúde/doença e às práticas de saúde (CSDH, 2005). Simultaneamente, a predisposição genética e biológica, bem como os comportamentos individuais e estilos de vida determinam o estado de saúde dos indivíduos (CSDH, 2005; WHO, 2003a). Assim, o estado de saúde é resultado de redes complexas de múltiplos determinantes que refletem a relação entre o indivíduo/população e o seu meio.

A partir disso, considerando-se que a mobilidade das populações pode ter implicações diretas e indiretas na saúde, o estado de saúde das populações imigrantes, condicionado pela interdependência dos diversos determinantes de saúde, tem impactos no processo de integração destas populações nas sociedades de acolhimento (UN, 2005). Neste contexto, a migração internacional é, atualmente, considerada um desafio para a saúde pública e para os sistemas de saúde de vários países (DIAS e GONÇALVES, 2007).

A atual realidade da migração internacional, a heterogeneidade destas populações, a complexidade dos determinantes em saúde dos imigrantes e a falta de dados consistentes sobre estas questões leva a que as investigações na área da migração e saúde, nos contextos português e brasileiro, sejam ainda incipientes. Apesar da escassez de informações, existem dados dispersos que apontam no sentido de que alguns grupos de migrantes estão particularmente vulneráveis a problemas de saúde. Estudos indicam que algumas populações imigrantes estão em maior risco que as populações autóctones no que se refere à possibilidade de contraírem doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares (MCKAY, MACINTYRE e ELLAWAY, 2003).

Em relação às doenças crônicas, algumas populações imigrantes tendem a apresentar maiores taxas de prevalência de diabetes e maior taxa de mortalidade associada ao câncer, quando comparado a taxas que envolvem as populações autóctones (DESMEULES et al., 2005; HYMAN, 2007; NG et al., 2005). Alguns dados disponíveis indicam também que as populações que migram apresentam maiores riscos ligados a doenças infecciosas, como a tuberculose, o HIV/Aids e a hepatite (COKER, 2003; FENNELLY, 2004; SARACINO et al., 2005).

Estudos sugerem ainda que as populações imigrantes se encontram em maior risco de virem a sofrer de doenças mentais, especialmente, depressão, esquizofrenia e stress pós-traumático, como resultado de diversos fatores de stress presentes ao longo do processo migratório (CARTA et al., 2005).

Tendo em vista tais questões, o texto que segue apresenta uma análise descritiva, pautada em documentos internacionais e nacionais – considerando o contexto português – em relação aos temas da migração e da assistência a imigrantes. Nesta direção, nas seções que seguem, serão feitos apontamentos sobre a vulnerabilidade em saúde, no contexto da imigração internacional, sobre as diretrizes europeias que orientam os serviços de saúde para o atendimento de tais comunidades em

Portugal e, na sequência, sobre questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva de imigrantes que vivem nesse país.

Para encerrar o texto, serão retomadas algumas questões mais gerais acerca da importância do tema, bem como das especificidades que compreendem a saúde de populações migrantes.

DETERMINANTES DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE E AS POPULAÇÕES MIGRANTES

As condições em que a migração se processa podem ser fatores condicionantes em relação à vulnerabilidade em saúde das populações migrantes (IOM, 2004). Normalmente associada a fatores de risco, a migração expõe as pessoas, muitas vezes, nos países de acolhimento, a situações onde são confrontadas com contextos completamente novos em níveis social, estrutural, cultural, linguístico, entre outros (DIAS e GONÇALVES, 2007; KANDULA, KERSY e LURIE, 2004). Estas circunstâncias associam-se a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao seu país de origem (CARBALLO e NERUKAR, 2001), pois ao migrar os indivíduos levam consigo os seus perfis de saúde, os quais refletem suas histórias médicas e a qualidade dos cuidados de saúde disponíveis nos seus países de origem (ACKERHANS, 2003).

Além disso, os determinantes socioeconômicos têm sido reconhecidos como importantes fatores associados à vulnerabilidade em saúde das populações imigrantes. Alguns grupos de imigrantes apresentam piores condições de vida do que as populações dos países de acolhimento. Frequentemente, algumas destas populações residem em bairros periféricos e zonas degradadas, em habitações com reduzidas infraestruturas básicas (superlotação e sem saneamento básico) e escassos serviços sociais e de saúde (IOM, 2005). No contexto do trabalho, as atividades habitualmente desenvolvidas pelos imigrantes conjugam exposição a agentes de doença e negligência relacionada aos mecanismos de proteção no trabalho, de proteção social e nos cuidados de saúde (DIAS e GONÇALVES, 2007).

Estudos apontam no sentido de que os trabalhadores imigrantes apresentam maior vulnerabilidade em saúde, registando maior incidência de acidentes e de doenças relacionadas com atividades laborais (IOM, 2005). Os imigrantes, especialmente os que se encontram em situação irregular, podem ser mais vulneráveis a situações de exploração laboral ao estarem mais disponíveis para aceitar determinados tipos de trabalho, de maior risco e em condições precárias. Assim, as populações imigrantes tendem a desenvolver atividades profissionais de maior risco por estarem em setores de atividade marginais ou desregulados, como trabalhos sazonais, serviços domésticos e trabalho sexual (ILO, 2005). Tais atividades nem sempre garantem proteção social e laboral aos trabalhadores, fato que pode causar impactos significativos no estado de saúde dessas pessoas (PÉCOUD e GUCHTENEIRE, 2004). Além disso, a precariedade laboral, a pobreza e a exclusão social determinam diferentes graus de exposição a fatores de risco e de proteção, aumentando a vulnerabilidade em saúde das populações imigrantes (DIAS e GONÇALVES, 2007).

Na mesma direção, experiências de afastamento e de ruptura das relações sociais e familiares ao longo do processo migratório (especialmente quando o imigrante se desloca sozinho) podem influenciar o estado de saúde e de bem-estar daqueles que migram. Segundo Lazear et al. (2008), a separação da família e dos sistemas de suporte, assim como o isolamento podem ser potenciais fatores de depressão nestas populações. Neste contexto, a falta de mecanismos de apoio social e emocional pode perpetuar a exposição a fatores de risco e favorecer práticas prejudiciais à saúde (UNAIDS/IOM, 2001; SCHEPPERS ET AL., 2006; STAMPINO, 2007).

Estudos indicam que, em contextos de separação dos parceiros, alguns imigrantes se encontram em situações de maior probabilidade de adoção de comportamentos que resultam em maiores riscos de transmissão de doenças infecciosas, como o HIV/Aids. No caso das mulheres, este risco pode ser acrescido face a situações de exploração sexual (IOM, 2005). Somando-se a isso, o abandono do ambiente familiar e o contato com contextos desconhecidos e sociedades com diferentes valores, percepções e tradições podem constituir importantes desafios à capacidade dos indivíduos para lidarem com a mudança (IOM, 2003). Nos países de acolhimento, os imigrantes encontram-se, muitas vezes, num estado de transição em que mantêm determinadas representações de saúde e crenças culturais, enquanto simultaneamente se adaptam a novos contextos, situação que pode constituir fator de vulnerabilidade (IOM, 2004).

Atendendo ao frequente isolamento social das populações imigrantes e à opinião pública corrente nos países de acolhimento sobre a migração, estas populações podem ser alvo de atitudes discriminatórias quanto a suas origens étnicas, suas crenças religiosas ou suas condições de

imigrantes, fato que condiciona a adaptação e a integração dessas pessoas na sociedade de acolhimento, com impacto no seu bem-estar físico e psicossocial (SCHEPPERS et al., 2006; STAMPINO, 2007).

De acordo com algumas investigações, a associação entre imigração e vulnerabilidade em saúde parece estar relacionada com reduzidas taxas ligadas ao acesso e à utilização dos serviços de saúde (DIAS e GONÇALVES, 2007; POLITZER et al., 2001; STRONKS, RAVELLI e REJINEYVELD, 2001). Estudos indicam que, na maior parte dos países desenvolvidos, muitas vezes as populações imigrantes não se beneficiam de todos os serviços disponíveis e não são sistematicamente abrangidas pelos sistemas de informação, prevenção ou tratamento (MCMUNN et al. 1998; IOM, 2004). O acesso e a utilização dos serviços de saúde podem ser condicionados por diferentes níveis de barreiras e/ou obstáculos, especialmente legais, estruturais, econômicos e culturais (FENNELLY, 2004).

A instabilidade e a precariedade das condições de trabalho dos imigrantes, a dificuldade em obter proteção social e o custo associado aos cuidados de saúde podem constituir barreiras à utilização dos serviços de saúde por parte destas populações (DIAS e GONÇALVES, 2007). Também, as condições estruturais dos próprios serviços de saúde, por exemplo, as infraestruturas e as formas de funcionamento (localização, horário e tempo de espera para atendimento), podem condicionar o acesso e a utilização, por parte das populações imigrantes (SCHEPPERS et al., 2006). Isso ocorre por diversos motivos, entre eles, o fato de que muitas vezes, os imigrantes dependem economicamente de vários empregos, realidade que impossibilita que recorram aos serviços de saúde durante os horários de funcionamento, os quais coincidem, geralmente, com os horários de trabalho.

Além disso, persistem obstáculos no acesso aos cuidados de saúde pelos imigrantes devido a suas situações irregulares. Os profissionais dos serviços de saúde apresentam frequentemente um limitado conhecimento do quadro legal do acesso aos cuidados de saúde ou da sua aplicabilidade, o que pode resultar na exclusão das comunidades imigrantes do sistema de saúde (DIAS e GONÇALVES, 2007). Adicionalmente, verifica-se muitas vezes o receio de imigrantes ilegais em relação a denúncias feitas pelos profissionais que trabalham nos serviços de saúde (CARTA et al., 2005).

Estas situações podem fazer com que as populações imigrantes evitem utilizar os serviços de saúde, recorrendo à automedicação, à medicina alternativa e aos serviços em que não sejam pedidos documentos, como setores de urgência, farmácias, unidades móveis, entre outros (CCHS, 1997). A utilização destes tipos de serviços, em detrimento dos serviços de cuidados de saúde primários, compromete a prevenção e leva a que os imigrantes recorram aos mesmos somente em casos de emergência ou em fases avançadas de doenças. Isso, conseqüentemente, se traduz em elevados custos de tratamentos associados a intervenções tardias (GONÇALVES et al., 2003; WHO, 2003b).

Os costumes, as tradições, a religião, as questões de gênero, as crenças e representações sobre saúde e doença influenciam as práticas de saúde, os comportamentos de risco e as percepções dos imigrantes sobre as necessidades de utilização dos serviços de saúde (MARSTON e KING, 2006; SCHEPPERS et al., 2006). Práticas de saúde utilizadas nos países de origem podem perpetuar-se nos países de acolhimento, traduzindo-se numa menor procura pelos serviços de saúde.

Assim, a relação entre usuários e prestadores de cuidados pode ser condicionada pelas diferenças culturais e linguísticas, potencializadas pela falta de preparação dos profissionais de saúde para lidarem com a diversidade cultural (CHU, 2005). Também a discriminação e a estigmatização, socialmente produzidas e associadas à situação de imigrante (sobretudo a de irregular), podem ser importantes obstáculos (MAGGI e CATTACIN, 2003).

Contudo, a reduzida utilização dos serviços de saúde pode ainda ser ocasionada pelo desconhecimento das próprias populações imigrantes sobre os seus direitos nos países de acolhimento no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde. Alguns estudos indicam que tende a haver maior percepção da necessidade de procura dos serviços de saúde por parte dos imigrantes que estão há mais tempo nos países de acolhimento e que têm maior grau de alfabetização.

Os imigrantes que residem há menos tempo nos países, para além de se encontrarem numa situação de maior vulnerabilidade (e com maior dificuldade de compreensão e expressão verbal), muitas vezes desconhecem os serviços existentes e os direitos que lhes assistem, o que pode determinar uma subutilização dos serviços de saúde (SCHEPPERS et al., 2006).

POLÍTICAS DE SAÚDE E IMIGRAÇÃO EM PORTUGAL

As políticas de saúde vigentes nos países de acolhimento e o estado de saúde das populações imigrantes têm vindo a ser reconhecidos como indicadores de integração destas comunidades. Neste contexto, é sabida a necessidade do fortalecimento do compromisso político como eixo fundamental para que as políticas públicas sejam equitativas na construção e garantia dos direitos dos cidadãos e contribuam positivamente para a promoção e proteção da saúde das populações imigrantes.

Em nível internacional, e com base nos princípios da universalidade, equidade e solidariedade, a Comissão Europeia realça a importância de prevenir a pobreza e exclusão social, e de garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade, uma vez que estes aspectos constituem importantes determinantes da saúde. A União Europeia salienta que cada Estado Membro deve providenciar cuidados de saúde de qualidade e adaptados às necessidades dos diferentes grupos da população, atendendo às condicionantes específicas de cada sistema nacional de saúde (EUROPEAN COMMISSION, 2004). Em 2001, o Conselho da Europa expressou preocupação relacionada ao fato de que poucos países europeus desenvolverem políticas de saúde abrangentes aos imigrantes e refugiados, e de estas populações nem sempre terem disponíveis serviços de saúde social e culturalmente ajustados às suas necessidades (COUNCIL OF EUROPE, 2001). Vários países apresentam regulamentos que estabelecem o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, contudo, persiste uma lacuna entre as políticas e a prática (BRORING et al., 2003).

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa estabelece para todos os cidadãos o direito à saúde e à proteção da saúde (artigo 64º) (Diário da República, I Série - A, n.º 155, Constituição da República Portuguesa, de 12 de Agosto de 2005). Em 1990, foi aprovada pela Assembleia da República, a Lei de Bases da Saúde que reconhece o direito dos indivíduos à prestação de cuidados globais de saúde. Este direito é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, atendendo às condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (Diário da República, I Série, n.º 195, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

Em 2001, foi dado um importante passo na promoção do acesso universal aos serviços de saúde das populações imigrantes em Portugal, com a publicação do Despacho nº 25.360/2001 (Diário da República, II Série, n.º 286, de 12 de Dezembro de 2001). Neste documento, é facultado o acesso ao SNS em igual tratamento, para os cuidados de saúde e para a assistência farmacêutica, aos cidadãos estrangeiros que residem legalmente em Portugal e portadores do cartão de usuário do Serviço. Determina-se ainda que o acesso ao SNS é facultado aos cidadãos estrangeiros sem autorização de residência nem visto de trabalho (isto é, indocumentados ou em situação irregular) mediante a apresentação de um documento que comprove a sua residência em Portugal há mais de 90 dias. Os cidadãos estrangeiros menores de idade e não legalizados estão abrangidos pelo Decreto-Lei nº 67/2004, em que é regulamentada a criação de um registo nacional que permite o acesso aos serviços do SNS com os mesmos direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional (Diário da República, I Série - A, n.º 72, de 25 de Março de 2004).

O Decreto-Lei nº 173/2003 introduz o pagamento de taxas moderadoras a todos os cidadãos que efetuem descontos para a Segurança Social. No entanto, existem exceções para as quais há isenção de pagamento: crianças com idades inferiores a 12 anos; jovens em consulta no Centro de Atendimento a Adolescentes; mulheres grávidas ou no puerpério; mulheres em consulta de planeamento familiar; desempregados inscritos nos Centros de Emprego e seus dependentes; beneficiários de subsídios atribuídos por razões de carência económica; e pessoas com doenças crônicas (Diário da República, I Série - A, n.º 176, de 1 de Agosto de 2003). Aos cidadãos estrangeiros que não efetuem descontos para a Segurança Social, são cobradas as despesas efetuadas de acordo com as tabelas em vigor, com exceção das situações para as quais os cuidados de saúde são gratuitos: situação de carência económica; quando alguém do agregado familiar efetua descontos; situação de perigo para a Saúde Pública; e no contexto de doenças transmissíveis, saúde materno-infantil, planeamento familiar e vacinação.

No quadro da cooperação internacional de apoio ao desenvolvimento, o Estado Português tem vindo a empenhar-se em participar ativamente na melhoria das condições de saúde das populações dos países africanos que partilham a língua portuguesa. Neste sentido, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs) têm constituído espaços de intervenção prioritária da cooperação no domínio da Saúde. Por outro lado, em Portugal, a assistência médica a cidadãos oriundos dos PALOPs é também um dos eixos estratégicos relevantes no reforço da cooperação internacional no que se refere à saúde (LORETO, 2004). Encontram-se atualmente em vigor Acordos de Cooperação

Internacional em matéria de evacuação de doentes, celebrados entre Portugal e os PALOPs, quais sejam Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Angola, Guiné-Bissau e Moçambique. Em 2003, foi estabelecido o Acordo que possibilitou a concessão de vistos temporários para tratamento médico a cidadãos dos Estados Membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (Diário da República, I Série - A, n.º 174, Decreto n.º 32/2003, de 30 de Julho). Em dezembro de 2007, através de um protocolo de cooperação realizado entre o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) e o Instituto da Segurança Social, foi criado um Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros (PADE) com o objetivo de dar uma resposta de acolhimento temporário e apoio financeiro a doentes estrangeiros provindos dos PALOPs, durante a sua estada em Portugal para tratamento. Encontra-se igualmente em vigor o Acordo de Segurança Social ou Seguridade Social entre a República Portuguesa e a República Federativa do Brasil, que assegura aos nacionais brasileiros que se encontrem em Portugal o direito a cuidados de saúde em condições de igualdade em relação aos portugueses, independentemente do vínculo ao regime de segurança social (Diário da República, I Série - A, n.º 198, Resolução da República n.º 54/94, de 27 de Agosto).

A promoção do acesso aos serviços de saúde é contemplada no Plano para a Integração dos Imigrantes (PII). Este Plano determina um conjunto de nove medidas específicas que buscam promover uma maior integração dos imigrantes na área da saúde com a participação de treze Ministérios (ACIDI, 2007). Com o intuito de garantir o acesso dos imigrantes a cuidados de saúde, foi criado, em 2003, o Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante, resultado de uma parceria entre o ACIDI e o Ministério da Saúde. Não prestando diretamente cuidados de saúde, este Gabinete tem como principais objetivos identificar os problemas dos imigrantes no acesso ao SNS, informar sobre os seus direitos e deveres, desbloquear situações de acesso em articulação com centros de saúde, hospitais e/ou instituições promotoras de saúde, e acompanhar e encaminhar utentes em situações de carência social e de cuidados de saúde. O Gabinete de Saúde é acessível a todas as populações imigrantes, independentemente da situação legal, e desenvolve as suas atividades com a colaboração de mediadores socioculturais (HORTA e CARVALHO, 2007).

POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM PORTUGAL E SUA INTERFACE COM A QUESTÃO DA IMIGRAÇÃO

Ao longo dos anos, várias conferências e convenções das Nações Unidas têm procurado integrar os direitos de saúde sexual e reprodutiva no discurso dos direitos humanos universais. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento representou um marco na adoção de uma definição abrangente de saúde sexual e reprodutiva e dos seus direitos, sendo destacado o direito de as pessoas alcançarem o mais elevado nível de saúde sexual e reprodutiva (UN, 1994; UNFPA, 1996). A Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995, reforçou o direito dos indivíduos à decisão livre e responsável sobre a sua vida sexual e reprodutiva (UN, 1995; WHO, 2006).

Em 2002, o Parlamento Europeu, reforçando os compromissos assumidos nas Conferências do Cairo e de Beijing, aprovou a Resolução sobre Direitos em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva (EUROPEAN PARLIAMENT, 2002). Esta Resolução constitui atualmente um importante recurso e instrumento de promoção do debate destas questões a nível da UE e dos vários Estados Membros. A Resolução recomenda aos Estados Membros a disponibilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva gratuitos ou de custo reduzido, adequados e de qualidade, com especial atenção para os grupos mais vulneráveis (EUROPEAN PARLIAMENT, 2002).

Em 2004, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa adotou a Resolução *European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights*², que apela ao desenvolvimento de uma estratégia europeia de promoção destes direitos e à preparação, desenvolvimento e implementação de estratégias nacionais abrangentes de melhoria da saúde nesta área. Na mesma Resolução, foram feitas recomendações aos Estados Membros sobre a necessidade de se promover uma estratégia participativa na formulação de programas apropriados que respondam de forma eficaz às necessidades em saúde sexual e reprodutiva de grupos vulneráveis, como são reconhecidos os imigrantes (COUNCIL OF EUROPE, 2004).

No âmbito da promoção dos direitos e cuidados de saúde sexual e reprodutiva, a Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF - International Planned Parenthood Federation, uma rede global de associações de 180 países) produziu, em 1995, a Carta sobre os Direitos Sexuais e

² Estratégia Europeia para a Promoção da Saúde sexual e Reprodutiva e Direitos (*tradução livre*).

Reprodutivos, instrumento orientador do plano estratégico da Federação e que visa melhorar a capacidade das associações membros e outras ONGs para advogar estes direitos (IPPF, 1997). Em 2003, a IPPF desenvolveu um plano estratégico centrado em 5 áreas emergentes da saúde sexual e reprodutiva, onde as questões de gênero e dos direitos são transversais: acesso aos serviços por parte de populações marginalizadas; saúde sexual dos adolescentes; manejo para melhorar a legislação sobre saúde sexual e reprodutiva; redução das barreiras aos serviços, acesso à prevenção, cuidados e tratamento em HIV/Aids; e aborto seguro (IPPF, 2003). Mesmo assim, apesar do importante papel do Parlamento Europeu e de organizações internacionais e não-governamentais, a promoção dos direitos humanos e de saúde sexual e reprodutiva é ainda limitada no que diz respeito às políticas da UE e às práticas desenvolvidas nos Estados Membros (JANSSENS, BOSMANS e TEMMERMAN, 2005).

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa estabelece que cabe ao Estado, no respeito da liberdade individual, a garantia do direito ao planeamento familiar e à promoção de uma vida sexual e reprodutiva saudável, gratificante e responsável. No enquadramento legal da saúde sexual e reprodutiva, cabe ainda ao Estado organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o livre acesso de todos os cidadãos, sem qualquer discriminação, à prestação de informação e de serviços, à gratuidade dos cuidados prestados e dos produtos necessários, à confidencialidade da consulta, ao exercício de uma maternidade e paternidade conscientes, à prevenção das gravidezes não desejadas e ao combate às doenças sexualmente transmissíveis (Diário da República, I Série - A, n.º 155, Constituição da República Portuguesa, de 12 de Agosto de 2005; Diário da República, I Série, n.º 71, Lei n.º 3/84, de 24 de Março; Diário da República, I Série, n.º 240, Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro).

No que se refere aos direitos dos imigrantes, tal como já foi referido anteriormente, a legislação em vigor determina que as consultas de planeamento familiar sejam gratuitas, independentemente do estatuto legal dos usuários imigrantes. Na definição e implementação de políticas nacionais relativas ao planeamento familiar, saúde e bem-estar da família, o trabalho desenvolvido pelas organizações não governamentais tem sido fundamental.

Em relação à saúde materno-infantil em Portugal, o esforço ao nível político e dos serviços de saúde traduziu-se numa evolução positiva dos indicadores de saúde, em particular no que diz respeito à diminuição das taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil (INE, 2002; MACHADO et al., 2006; WHO 2007). Atualmente, o acesso às consultas de saúde materna e infantil é gratuito, independentemente do estatuto legal das mulheres. Está prevista, ainda, de acordo com o Decreto-Lei n.º 70/2000, a gratuidade de todos os exames e consultas médicas efetuadas durante a gravidez e até 60 dias após o parto, bem como o parto hospitalar e qualquer internamento por motivo de gravidez num hospital ou maternidade do SNS (Diário da República, I Série, n.º 103, de 4 de Maio de 2000).

No contexto da interrupção voluntária da gravidez – aborto –, que está regulamentada na Lei n.º 16/2007, estão previstos os mesmos direitos de acesso às mulheres imigrantes. De acordo com a Portaria n.º 741/A2007, após a interrupção da gravidez, os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem garantir às mulheres a prescrição de um método contraceptivo adequado e a marcação de uma consulta de saúde reprodutiva ou de planeamento familiar a ser realizada após a interrupção da gravidez.

Sobre a prevenção e controle de infecção pelo HIV/Aids, o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Infecção HIV/Aids (2011-2015) identifica como uma das áreas prioritárias de intervenção a prevenção da infecção, com particular atenção às populações mais vulneráveis (incluindo os imigrantes). O diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids em Portugal é anónimo, confidencial e gratuito, independentemente do estatuto legal.

FECHAMENTO

Levando-se em consideração as discussões atuais sobre as populações migrantes e, no caso deste texto, que vivem em Portugal, é importante observar que essas comunidades não podem ser consideradas como grupos homogêneos no que diz respeito aos conhecimentos, às atitudes e aos comportamentos face à saúde. Deve-se lembrar, ainda, que existem lacunas relevantes relacionadas aos conhecimentos, por parte de imigrantes, sobre questões que envolvem a saúde e, mais especificamente, sobre a saúde sexual e reprodutiva. A problematização dessas questões permitirá que se compreenda de forma mais aprofundada o tema, com vistas a uma contribuição, para práticas de saúde mais adequadas à realidade das populações migrantes.

Cabe ser dito, nesta direção, que o isolamento social das populações imigrantes, muitas vezes reflexo das zonas geográficas de residência e da estigmatização e discriminação quanto à sua condição de imigrante ou origem étnica, condiciona a sua integração na sociedade de acolhimento do modo como pode ser observado no caso de Portugal. Tal isolamento mantém as populações segregadas em grupos, o que pode contribuir para a manutenção ou agravamento das desigualdades sociais e dos fatores de risco na área da saúde. As políticas de imigração, por este motivo, devem promover a inclusão social, reduzir as atitudes discriminatórias e contribuir para a redução dos fatores associados à vulnerabilidade das populações imigrantes face à saúde e, especialmente, à saúde sexual e reprodutiva. Afinal, se as instâncias públicas e privadas pretendem reduzir as iniquidades em saúde e os fatores e condições de risco dos imigrantes, é necessário que ocorram intervenções nos determinantes sociais, principalmente naqueles relacionados à criação de condições de acolhimento mais positivas.

Ao mesmo tempo, combinar intervenções praticadas por diferentes setores, em parceria, que incluam o aumento das redes de suporte destas comunidades, e que permitam uma maior sustentabilidade, certamente possibilitarão a obtenção de ganhos reais em saúde nas comunidades migrantes. De forma prioritária, em ambientes de maior vulnerabilidade, é necessário desenvolver estratégias de nível macrossocial que identifiquem os recursos de cada comunidade, que reconheçam fraquezas e necessidades, que reorganizem as redes sociais e que permitam desenvolver um sistema de apoio mais compreensivo. Neste contexto, a colaboração das ONGs é fundamental na medida em que elas têm um papel determinante na ampliação de redes de apoio destas comunidades e na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das populações imigrantes.

Enfatiza-se, ainda, a importância da adequação das intervenções, de forma a lidar com as diferenças e as necessidades específicas de cada grupo, e a adoção de abordagens holísticas acerca da saúde como um todo, que contemplem as várias dimensões do conceito e o bem-estar das populações. Tais estratégias poderão conduzir os serviços de saúde, em especial aqueles oferecidos a imigrantes em Portugal, a intervenções mais congruentes com os desejos, os valores e as necessidades pessoais desses usuários. Isso colabora, também, no sentido de se criar maior aceitação por parte das populações imigrantes às ações propostas e, conseqüentemente, aumentar a eficácia da implementação de tais ações.

Considera-se fundamental para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva no contexto português, a compreensão acerca dos diversos fatores envolvidos nesta temática e a complexidade das situações em que os imigrantes negociam seus comportamentos sexuais, os quais podem agir de forma a promover ou impedir a proteção da sua saúde. Neste contexto, a natureza interpessoal subjacente aos comportamentos sexuais e reprodutivos deve ser levada em conta, bem como os papéis tradicionais associados ao gênero, as diferenças de poder nas relações heterossexuais e a identificação cultural, pois podem facilitar ou limitar a adoção de práticas saudáveis em saúde sexual e reprodutiva.

O reconhecimento e a compreensão dos complexos determinantes que envolvem a saúde sexual e reprodutiva poderão contribuir para a construção de programas de promoção da saúde mais efetivos. Apesar do comportamento individual ser determinante na âmbito da vulnerabilidade a situações de risco, as decisões não são tomadas com base em uma decisão individual, mas envolvem um complexo contexto ambiental.

Tem sido reconhecido que as condições em que a migração se processa têm impacto na saúde das populações, e na saúde sexual e reprodutiva em particular. Neste sentido, as opções em saúde estão muito dependentes dos fatores associados ao processo de migração, incluindo os constrangimentos socioculturais, econômicos e políticos. Assim, para garantir mudanças comportamentais efetivas e sustentadas, é necessário trabalhar na promoção dos recursos individuais (competências cognitivas, emocionais e sociais), mas também na ativação dos recursos de apoio nos contextos ambientais em que os imigrantes estão inseridos.

Com base nas reflexões aqui realizadas, torna-se evidente a relevância de modelos sociais de saúde positiva, no contexto português, centrados nas necessidades dos indivíduos e da população, e adaptados às suas especificidades. Isto implica uma abertura à comunidade, permitindo o seu envolvimento no que diz respeito ao processo de saúde-doença. As comunidades com as quais se pretende intervir devem ser reconhecidas como elementos colaboradores fundamentais durante todo o processo de planejamento, desenvolvimento e implementação de intervenções. Neste sentido, é necessário o desenvolvimento de modelos que permitam e promovam o envolvimento, a participação

e o fortalecimento dos imigrantes e suas comunidades para que possam contribuir com alternativas para a promoção da saúde nesta área. Levar em consideração a opinião das comunidades imigrantes sobre o planejamento das atividades e de programas desenvolvidos na área da saúde, utilizar os seus recursos específicos e investir em programas de prevenção, informação e desenvolvimento de competências são estratégias que poderão permitir às mesmas tornarem-se atores ativos na melhoria da saúde como um todo. Por outro lado, abordagens inovadoras como o desenvolvimento de programas de educação em saúde podem constituir estratégias eficazes para o enfrentamento das dificuldades apresentadas pelas comunidades de imigrantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural. **Plano para a Integração dos Imigrantes** – Resolução do Conselho de Ministros n. 63-A/2007, 2007.

ACKERHANS, M. Health issues of ethnic minority and migrant women. **Entre Nous: The European Magazine for Sexual and Reproductive Health**. v. 55, p.12-13, 2003.

ANTONOVSKY, A. **Health, Stress and Coping**. San Francisco: Jossey Bass, 1979.

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

CARBALLO, M. e NERUKAR, A. Migration, refugees and health risks. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, n. 3, p. 556-560, 2001.

CARTA, M et al. Report on the Mental Health in Europe working group. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, v. 1, n.13, 2005.

CCHS - Committee on Community Health Services. Health care for children of immigrant families. **Pediatrics**, v. 100, n. 1, p. 153-156, 1997.

CHU, C.. Postnatal experience and health needs of Chinese migrant women in Brisbane, Australia. **Ethnicity and Health**, v. 10, n. 1, p. 33-56, 2005.

COKER, R. **Migration, Public Health and compulsory screening for TB and HIV - Asylum and Migration Working Paper 1**. London: IPPR, 2003.

COUNCIL OF EUROPE. **Parliamentary Assembly Recommendation: Health conditions of migrants and refugees in Europe**. 2001. Disponível em <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta01/erec1503.htm#1>. Acesso em 12/08/2012.

COUNCIL OF EUROPE. **Parliamentary Assembly Resolution: European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights**. 2004.

CSDH – Commission on Social Determinants of Health. **Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences**. Geneva: WHO. 2005.

CSDH – Commission on Social Determinants of Health. **Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes – Interim Statement**. Geneva: CSDH. 2007.

DESMEULES, M. et al. Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980-1998: Results of a national cohort study. **Journal of Immigrant Health**, v. 7, n. 4, p. 221-232, 2005.

DIAS, S., e GONÇALVES, A. AIDS-related stigma and attitudes towards AIDS-infected people among adolescents. **AIDS Care**, v. 18, n. 3, p. 208-214, 2007.

EUROPEAN COMMISSION. **Communication from de Commission to the Council, the European Parliament, the European Economical and Social Committee of the regions. Modernization of the social protection for the development of high quality, accessible and lasting public health care and prolonged care: support to the national strategies through a method of open coordination**. Brussels: COM. 2004.

EUROPEAN PARLIAMENT. **Resolution on Sexual and Reproductive Health and Rights**. 2002. Disponível em <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=//EP//TEXT+REPORT+A5-2002-0223+0+DOC+XML+V0//EN>. Acesso em 30/10/2008.

FENNELLY, K. **Listening to the Experts: Provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees**. Malmo: Malmo University. 2004.

GONÇALVES, A. et al. Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 55-64, 2003.

HORTA, R. e CARVALHO, A. O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. **Migrações**, v. 1, p.179-186, 2007.

HYMAN, I. **Immigration and Health: Reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada**, CERIS Working Paper, n. 55. 2007. Disponível em <http://ceris.metropolis.net/Virtual%20Library/WKPP%20List>. Acesso em 03/05/07.

ILO – International Labour Office. **Immigration, Discrimination and Integration in Europe: Policy Options for Europe in the 21st Century**. 2005. Disponível em http://ec.europa.eu/employment_social/events/2005/demographic_change/taran_txt_en.pdf Acesso em 11/08/2012.

INE – Instituto Nacional de Estatística. **Resultados definitivos: A mortalidade infantil em Portugal**. 2002.

IOM – International Organization for Migration. **World Migration 2003: Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move**. Switzerland: IOM. 2003.

IOM – International Organization for Migration. **Glossary on Migration**. Geneva: IOM. 2004.

IOM – International Organization for Migration. **World Migration 2005: Costs and Benefits of International Migration**. Switzerland: IOM. 2005.

IPPF – International Planned Parenthood Federation. **IPPF Charter Guidelines on Sexual and Reproductive Rights**. UK: IPPF. 1997.

IPPF – International Planned Parenthood Federation. **Annual Programme Review 2003-2004**. London: IPPF. 2003.

JANSSENS, K., BOSMANS, M. e TEMMERMAN, M. **Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe**. Ghent: ICRH. 2005.

KANDULA, N., KERSEY, M. e LURIE, N. Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. **Annual Review of Public Health**, v. 25, p. 357-376, 2004.

LAST, J. e WALLACE, R. **Public Health and Preventive Medicine (13th Edition)**. Norwalk, CT: Appleton and Lange. 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.

LEIGH, H. e REISER, M. **The patient: biological, psychological and social dimensions of medical practice**. New York: Plenum. 1980.

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

MAGGI, J. e CATTACIN, S. **Needed Basic Research in Migration and Health: 2002-2006**. Neuchâtel: SFM. 2003.

MARSTON, C. e KING, E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. **Lancet**, v. 368, p. 1581-1586, 2006.

MCKAY, L., MACINTYRE, S. e ELLAWAY, A. **Migration and Health: A Review of the International Literature**. Glasgow: Medical Research Council – Social and Public Health Sciences Unit. 2003.

MCMUNN, A., et al. Health service utilization in London's African migrant communities: Implications for HIV prevention. **AIDS Care**, v.10, n.4, p. 453-462,1998.

NG, E. et al. **Dynamics of Immigrants' Health in Canada: Evidence from the National Population Health Survey**. 2005. Disponível em <http://www.statcan.ca/english/research/82-618-MIE/2005002/pdf/82-618-MIE2005002.pdf>. Acesso em 17/04/07.

PÉCOUD, A. e GUCHTENEIRE, P. **Migration, human rights and the United Nations: an investigation into the low ratification record of the UN Migrant Workers Convention**. Geneva: Global Commission on International Migration. 2004.

POLITZER, R., et al. Inequality in America: The contribution of health centres in reducing and eliminating disparities en access to care. **Medical Research Review**, v. 58, n. 2, p. 234-248, 2001.

REIJNEVELD, S. Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 52, n. 5, p. 298-304, 1998.

SARACINO, A. et al. Access to HAART in HIV-Infected immigrants: A retrospective multicentre Italian study. **AIDS Patient Care and STD's**, v. 19, n. 9, p. 599-606, 2005.

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.

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

STRONKS, K., RAVELLI, C. e REIJNEVELD, A. Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 55, n. 10, p. 701-707, 2001.

UN – United Nations. **Report of the International Conference on Population and Development (Cairo): Programme of Action**. New York: UN. 1994.

UN – United Nations. **Beijing Declaration and Platform for Action**. New York: UN. 1995.

UN – United Nations. **Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision**. Geneva: UN. 2005.

UNAIDS/IOM. **Migrants' Right to Health**. Geneva: UNAIDS. 2001

UNFPA – United Nations Population Fund. **Programme of Action of the international Conference on Population and development**. Cairo, 5-13 September, 1994. New York: United Nations Population Found. 1996.

WHO – World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**. 1948

WHO – World Health Organization. **International Migration, Health and Human Rights. Health & Human Rights Publication Series**. 2003a.

WHO – World Health Organization. **Gender and HIV/AIDS**. 2003b.

WHO – World Health Organization. **Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health**. Geneva: WHO. 2006.

WHO – World Health Organization. **Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank**. 2007.