

Ponencia

Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes residentes em Portugal

José M Peixoto Caldas

PhD, Saúde Pública e Sociologia; Investigador e Docente, FAPESP/USP, CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (CIIE/FPCEUP); Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship. Email: jmpeixoto@oui-iohe.org

Lígia Moreira Almeida

PhD. em Saúde Pública, CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; MA, Psicologia da Saúde;. Email: ligia_almeida@fpce.up.pt

Abstract

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

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

Introdução

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

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

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

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

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

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

utilização e qualidade dos cuidados de saúde durante a gravidez e após o parto, e qual a sua interferência nos indicadores e resultados de saúde?

Metodologia

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

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

Estratégias e critérios de pesquisa

Foram considerados todos os estudos publicados sobre a população migrante entre 1990 e início de 2012 (realidade sociopolítica global e motivações para a migração qualitativamente diferentes antes de 1990), estabelecendo-se alguns critérios para a sua seleção: foram considerados apenas os artigos escritos em Português, Inglês, Espanhol e Francês, originais, sobre mulheres imigrantes durante a gravidez ou numa fase de maternidade recente (menos de um ano), que contemplassem avaliação quantitativa ou qualitativa sobre o acesso, uso e

/ ou qualidade percebida sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde materno- infantil, bem como avaliação de resultados de saúde e / ou apresentação de indicadores de saúde comparáveis com populações nativas.

Os critérios inicialmente definidos foram sendo refinados à medida que se avançou na pesquisa, procurando a sua adequação rigorosa aos objetivos desenvolvidos. Assim, consideraram-se apenas artigos referentes a situações de migração externa e autodeterminada (todos os artigos cujos participantes se encontravam em situação de migração forçada, eram refugiados ou requerentes de asilo foram excluídos por se referirem a processos migratórios qualitativamente divergentes, introduzindo potencial viés associado a experiências de maior perturbação e sofrimento psicossocial). Excluíram-se ainda artigos cujos participantes problemas de saúde não decorrentes da gravidez, ou associados a consumos de álcool e drogas, igualmente passíveis de interferirem nos resultados de saúde observados.

Resultados

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

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

É comumente aceite que a migração constitui um fator de risco por si só para a gestão obstétrica (e.g. marcação tardia das consultas dos cuidados pré-

natais, menos visitas (Bray et al.: 2010; Chote et al.: 2011; Sosta et al.: 2008), aumento das taxas de partos através de procedimentos cirúrgicos e cuidados pós-parto menos adequados, muitas vezes devido a uma série de barreiras no acesso aos serviços de saúde: o tempo de espera (problema enquadrado na frequente presença de condições de trabalho precárias e irregulares), falta de transporte (carências financeiras) ou ausência de intérpretes qualificados (Ganann et al.: 2011), e envolvimento empobrecido com os serviços de saúde pré-natais). Há evidências substanciais de que as barreiras linguísticas afetam negativamente o acesso a cuidados de saúde, a qualidade de atendimento, a satisfação do paciente e, por conseguinte, os resultados de saúde (Ekeus et al.: 2010; Sword et al.: 2006). Por estes motivos, e quando possível, muitos imigrantes optam por viajar de volta para seu país de origem para obter cuidados de saúde (Bray et al.: 2010).

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

vulnerável dentro de um grupo de imigrantes (mulheres com nível educacional e / ou NSE baixo) (Janevic et al.: 2011).

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

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

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

Estudos realizados no Reino Unido, Canadá e Austrália revelaram que mães imigrantes tinham mais risco de manifestar depressão pós-parto. A depressão pós- parto é cada vez mais reconhecida como tendo efeitos negativos sobre a saúde da mãe, do bebé e da família no geral. Num estudo realizado no Canadá, as imigrantes (35,1%) tinham significativamente maior probabilidade do que as canadenses (8,1%) de apresentar uma pontuação ≥ 10 na EPDS (Edimburg Postpartum Depression Scale), sendo que as mulheres recém-chegadas ao país, com pontuação ≥ 10 na EPDS apresentaram

concomitantemente valores de apoio social mais baixos do que as mulheres canadianas (Stewart et al.: 2008). Um dos estudos analisados mostrou que as mulheres imigrantes experimentavam significativamente pior saúde psicológica em comparação com as mulheres australianas (maior risco de sintomas depressivos), apesar das semelhança nas características obstétricas. Embora as mães imigrantes tivessem um nível equivalente de contacto com os cuidados primários de saúde nos primeiros 3 meses após o parto, estas eram menos questionadas sobre o seu bem-estar emocional ou sobre eventuais problemas de relacionamento – lacunas de apoio social ou familiar (Eastwood et al.: 2011; Lansakara et al.: 2010), e conseqüentemente sendo menos capazes de encontrar serviços de saúde especializados (Sword et al.: 2006).

Relativamente aos resultados perinatais, um estudo indicou que, quando comparados aos nativos brancos nascidos nos EUA, mães negras e mulheres mexicanas apresentavam risco aumentado de resultados perinatais adversos (níveis mais altos de cuidados pré-natais inadequados, mais gravidez adolescente, falta de seguro e mais baixos níveis educativos em ambos os pais). Apesar do perfil de maior risco, os mexicanos não manifestaram níveis elevados de baixo peso ao nascimento (5,2%) ou mortalidade neonatal (2,6%). Por outro lado, crianças indianas, embora aparentemente de risco sociodemográfico baixo, apresentaram níveis mais elevados de baixo peso ao nascimento (9,1%), eram pequenos para a idade gestacional, e tinham mortalidade fetal (6,6%). Independentemente do NSE e apesar de recorrerem aos cuidados pré-natais mais precocemente, as mulheres indianas tinham uma incidência paradoxalmente maior de bebês de baixo peso e óbitos fetais. O estudo verificou que os fatores protetores para o baixo peso ao nascimento em nativas brancas (e.g., maior escolaridade materna, cuidado pré-natal precoce, seguro privado de saúde) não eram protetores em mulheres asiáticas, apontando para um novo paradoxo epidemiológico que requer mais investigação (Gould et al.: 2003).

A ocorrência de um nado-morto é um dos eventos mais devastadores em obstetrícia e um indicador sensível da qualidade dos cuidados de saúde e desigualdades sociais (Reeske et al.: 2011). Um estudo na Holanda revelou

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

A mortalidade materna é igualmente um acontecimento dramático. Apesar da raridade, continua a ser o principal indicador de saúde materna e, simultaneamente, um marcador da qualidade e do acesso aos cuidados de saúde (Philibert et al.: 2008; Schutte et al.: 2010). Esquemáticamente, podem considerar-se duas categorias explicativas de fatores sobre mortalidade materna: características individuais das mulheres e fatores relacionados com os serviços de saúde. Tendo em conta as características individuais das mulheres, um estudo realizado em França indicou que o risco de morte materna foi duas vezes maior para as mulheres estrangeiras (África subsaariana, Ásia, América do Norte e América do Sul). O risco de morrer de doença hipertensiva ou infeção foi quatro vezes maior para as mulheres imigrantes. A qualidade dos cuidados recebidos por mulheres que morreram foi com menor frequência ideal para as mulheres estrangeiras (9.1%) em comparação com as francesas (28.8%) e, portanto, provavelmente mais evitável entre as primeiras (25.5% vs.12.7%) (Philibert et al.: 2008). Outro estudo sobre mortalidade materna, na Holanda, mostrou que 29% das mulheres que morreram na amostra considerada eram imigrantes, sendo que estas apresentavam maior frequência (62%) de atendimentos e cuidados de baixa qualidade (Schutte et al.: 2010).

No geral, os resultados e indicadores de saúde tendem a assumir uma pior expressão que frequentemente se associa com o estado documental dos migrantes. Um estudo realizado na Suécia identificou problemas de acesso aos cuidados de saúde especialmente entre os imigrantes ilegais. Os fatores de risco que as mulheres em situação irregular identificaram como comprometedores da saúde materna foram: stress no trabalho, condições socioeconómicas precárias, estatuto ilegal, problemas de comunicação e pouca informação recebida sobre o recém-nascido (Bollini et al.: 2007). Um estudo italiano corroborou igualmente esta questão: as imigrantes irregulares representam um grupo vulnerável em maior risco de partos na adolescência, complicações da gravidez, abortos espontâneos e provocados (Fedeli et al.: 2010). Observaram-se, também, outros estudos que robusteceram estes dados (Geltman e Meyers: 1999; Reed et al.: 2005), mostrando taxas mais altas de anemia e complicações no parto (incluindo sangramento excessivo e sofrimento fetal) entre a população em situação irregular, revelando a necessidade de cuidados pré-natais distintos neste grupo. Um estudo diferente relativo à solicitação de esterilização após o parto (PPTL) indicou que as residentes indocumentadas dos Estados Unidos recebiam com menor probabilidade uma PPTL solicitada, principalmente devido problemas de financiamento. As mulheres que receberam com sucesso laqueação de trompas apresentavam mais frequentemente partos por cesariana, eram residentes nos EUA, tinham maior seguro público ou privado durante a gravidez, e compareciam a consultas pré-natais. As mulheres residentes ilegais nos Estados Unidos que tiveram parto vaginal receberam significativamente menos PPTL que as residentes documentadas com o mesmo tipo de parto (OR = 0.36 (0.21-0.61)) (Thurman et al.: 2009; Thurman e Janecek: 2010). Este estudo evidenciou adicionalmente que mulheres com solicitação de esterilização não executada estavam mais propensas a ter alta hospitalar sem receberem informação sobre planeamento familiar e controlo de natalidade, sendo que 46.7% estavam novamente grávidas no espaço de um ano (Thurman e Janecek: 2010).

Por último, no que diz respeito à qualidade dos cuidados recebidos, a qualidade inferior nos cuidados tem sido sugerida como fator determinante

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

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

mulheres migrantes, pelo menos durante a gravidez), portanto, reforçando fatores explicativos orientados para as diferenças entre a qualidade e o conteúdo dos cuidados pré-natais (Reeske et al.: 2011).

Discussão dos Resultados

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

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

Vários estudos mostram que a igualdade de acesso a cuidados pré-natais adequados difere entre grupos étnicos, reforçando a pertinência da noção de equidade, mais do que da igualdade (Johnelle Sparks: 2009). Há uma necessidade premente de investigação adicional para facultar uma compreensão aprofundada sobre as percepções das mulheres imigrantes acerca das barreiras individuais, do sistema e da comunidade, a fim de melhor orientar o planeamento de serviços e de políticas de saúde ajustadas, e melhor responder às necessidades que estas mulheres manifestam. Muito para além da etnia da mulher e da literacia em saúde que apresenta, associada a determinantes culturais e pessoais, o conceito das parturientes sobre uma boa assistência materna é muito semelhante e transversal: cuidados de saúde pautados pelo respeito, segurança e compreensão. As dificuldades de comunicação são potencialmente perigosas, aumentando o risco de atraso na assistência e intervenção obstétrica (Malin e Gissler: 2009). Intérpretes profissionais devem estar disponíveis sempre que barreiras linguísticas sejam identificadas. A boa assistência médica é uma combinação de prática clínica de qualidade aliada a comunicação adequada, muito para além da acessibilidade aos serviços. Por este motivo, as perspectivas do paciente são, hoje em dia, um elemento essencial frequentemente integradas na avaliação da qualidade dos cuidados de materno- infantis (Jonkers et al.: 2011).

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

almejando uma qualidade superior e transversal de cuidados, e o empoderamento das mulheres e seus recém-nascidos (Malin e Gissler: 2009).

Referências Bibliográficas

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

BRAY, J.K., et al.. 2010. Obstetric care of new European migrants in Scotland: an audit of antenatal care, obstetric outcomes and communication. *Scott Med J*, 55(3): p. 26-31.

BUNEVICIUS, R., KUSMINSKAS, L., BUNEVICIUS, A., NADISAUSKIENE, R., JURENIENE, K., e POP, V. 2009. "Psychosocial risk factors for depression during pregnancy". *Acta Obstetricia et Gynecologica*, May. 2009, vol. 88, no. 5, p. 599-605.

CACCIANI, L., et al.. 2011. Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. *BMC Public Health*. 11: p. 294.

CANAVARRO, M. 2001. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: quarteto.

CARBALLO, M. (2009a). "Communicable diseases". En: FERNANDES, A, MIGUEL, J (eds.). *Health and migration in the european union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. p. 53-70.

CARBALLO, M. (2009b). "Non-communicable diseases". En: FERNANDES, A, MIGUEL, J. (eds.). *Health and migration in the european union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. p. 73-82.

CHOTE, A.A., et al.. 2011. Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in The Netherlands. *The Generation R Study. Matern Child Health J*, 15(6): p. 689-99.

DAVID, M., J. PACHALY, e K. VETTER. 2006. Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 274(5): p. 271-278.

DIAS, S, e ROCHA, C. 2009. *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras*. Lisboa: ACIDI, I.P.

EASTWOOD, JG., PHUNG, H., e BARNETT, B. 2011. "Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Dic. 2011, vol.45, no.12, p. 1040-1046.

EL REDA, D.K., et al.. 2007. Lower rates of preterm birth in women of Arab ancestry: an epidemiologic paradox--Michigan, 1993-2002. *Matern Child Health J*, 11(6): p. 622-7.

ESSEN, B., et al. 2002. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG*. 109(6): p. 677-82.

FEDELI, U, ALBA, N, LISIERO, M, ZAMBON, F, AVOSSA, F, e SPOLAORE, P. 2010. "Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Nov. 2010, vol. 89, no. 11, p. 1432-1437.

FERNANDES, A. E J. MIGUEL, 2009. *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

GANANN, R, SWORD, W, BLACK, M, e CARPIO, B. 2011. "Influence of maternal birthplace on postpartum health and health services use". *Journal of Immigrant and Minority Health*. Abr. 2011, vol. 14, no. 2, p. 223-229.

GELTMAN, P.L. e MEYERS,A.F. 1999. Immigration legal status and use of public programs and prenatal care. *J Immigr Health*. 1(2): p. 91-7.

GOULD, J.B., et al.. 2003. Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the United States: a dual epidemiologic paradox. *Pediatrics*. 111(6 Pt 1): p. 676-82.

INGLEBY, D, CHIMIENTI, M, HATZIPROKOPIOU, P, e FREITAS, C. 2005. The role of health in integration. En: FONSECA, M, MALHEIROS, J. (eds.). *Social integration and mobility: education, housing and health*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos. p. 88-119.

JANEVIC, T., SAVITZ, D.A. e JANEVIC,M. 2011. Maternal education and adverse birth outcomes among immigrant women to the United States from Eastern Europe: a test of the healthy migrant hypothesis. *Soc Sci Med*. 73(3): p. 429-35.

JAYAWEERA, H, e QUIGLEY, MA. 2010. "Health status, health behaviour and healthcare use among migrants in the UK: evidence from mothers in the Millennium Cohort Study". *Social Science and Medicine*. Sep. 2010, vol. 71, no. 5, p. 1002-1010.

JOHNELLE SPARKS, P. 2009. "One size does not fit all: an examination of low birthweight disparities among a diverse set of racial/ethnic groups". *Maternal and Child Health Journal*. Nov. 2009, vol. 13, no. 6, p. 769-779.

JONKERS, M, RICHTERS, A, ZWART, J, ORY, F, e VAN ROOSMALEN, J. 2011. "Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: Patients' perspectives". *Reproductive Health Matters*. May. 2011, vol. 19, no. 37, p. 144-153.

LANSAKARA, N, BROWN, SJ, e GARTLAND, D. 2010. "Birth outcomes, postpartum health and primary care contacts of immigrant mothers in an Australian nulliparous pregnancy cohort study". *Maternal and Child Health Journal*. Sep. 2010, vol. 14, no. 5, p. 807-816.

MACHADO, M, SANTANA, P, CARREIRO, H, NOGUEIRA, H, BARROSO, e R, DIAS, A. 2007. "Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes". *Revista Migrações*. Sep. 2007, no. 1, p. 103-127.

MALIN, M, e GISSLER, M. 2009. "Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland". *BMC Public Health*. Mar. 2009, vol.9.

MARTINS, I, FARIA, A, e LAGE, G. 2010. *Diversidade cultural urbana*. Porto: Câmara Municipal do Porto.

McDONALD, J.A., et al.. 2008. Reproductive health of the rapidly growing Hispanic population: data from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2002. *Matern Child Health J*. 12(3): p. 342-56.

MERRY, L, GAGNON, AJ, HEMLIN, I, CLARKE, H, e HICKEY, J. 2011. "Cross-border movement and women's health: how to capture the data". *International Journal for Equity in Health*. Nov. 2011, vol. 10, no. 1.

MERRY, LA, GAGNON, AJ, KALIM, N, e BOURIS, SS. 2011. "Refugee claimant women and barriers to health and social services post-birth". *Canadian Journal of Public Health*. Jul./Ago. 2011, vol. 102, no. 4, p. 286-290.

PADILLA, B, e MIGUEL, J. 2009. "Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action". En: FERNANDES A, MIGUEL, J. (eds.). *Health and migration in the european union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. p. 15-22.

PADILLA, B, PORTUGAL, R, INGLEBY, D, FREITAS, C, e LEBAS, J. 2009. Health and migration in the European Union: good practices. In FERNANDES A, MIGUEL, J. (eds.). *Health and migration in the european union: better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. p. 101-118.

PHILIBERT, M., C., DENEUX-THARAUX, e BOUVIER-COLLE, M.H. 2008. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG*. 115(11): p. 1411-8.

PUIG SOLA, C., et al.. 2008. [Hospital admission in newborns according to ethnicity and parents' country of origin in an urban area of Barcelona [Spain]]. *Gac Sanit*. 22(6): p. 555-64.

RAVELLI, A.C.J., et al.. 2011. Ethnic differences in stillbirth and early neonatal mortality in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 65(8): p. 696-701.

REED, M.M., et al. 2005. Birth outcomes in Colorado's undocumented immigrant population. BMC Public Health. 5: p. 100.

REESKE, A., et al.. 2011. Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. BMC Pregnancy Childbirth. 11: p. 63.

REICHMAN, N.E., et al.. 2008. Racial and ethnic disparities in low birthweight among urban unmarried mothers. Maternal and Child Health Journal. 12(2): p. 204-215.

RUMBOLD, A, BAILIE, RS, DAMIN, S, DOWDEN, M, KENNEDY, C, COX, R, O'DOMOGHUE, L, LIDDLE, H, KWEDZA, R, THOMPSON, S, BURKE, H, BROWN, A, WEERAMANTHRI, T, e CONNORS, C. 2011. "Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: baseline data for an ongoing quality improvement initiative". BMC Pregnancy & Childbirth. Abr. 2011, vol. 11, no. 2.

SCHUTTE, J.M., et al. 2010. Rise in maternal mortality in the Netherlands. BJOG. 117(4): p. 399-406.

SOSTA, E., et al.. 2008. Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study. J Travel Med, 15(4): p. 243-7.

STEWART, D.E., et al.. 2008. Postpartum depression symptoms in newcomers. Can J Psychiatry. 53(2): p. 121-4.

SWORD, W., S. WATT, e P. KRUEGER. 2006. Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 35(6): p. 717-27.

THOMSEN, S, HOA, DTP, MÅLQVIST, M, SANNEVING, L, SAXENA, D, TANA, S, BEIBEI, Y, e BYASS, P. 2011. "Promoting equity to achieve maternal and child health". Reproductive Health Matters. Nov. 2011, vol. 19, no. 38, 176-182.

THURMAN, A.R., HARVEY, D. e SHAIN, R.N. 2009. Unfulfilled postpartum sterilization requests. J Reprod Med. 54(8): p. 467-72.

THURMAN, A.R. e JANECEK, T. 2010. One-year follow-up of women with unfulfilled postpartum sterilization requests. Obstet Gynecol. 116(5): p. 1071-7.

Van ROOSMALEN, J., et al. 2002. Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in The Netherlands. BJOG. 109(2): p. 212-3.