



"Project financed
under the European
Fund for Integration of
Third-Country
Nationals"



INTI PROGRAMME European Fund for the Integration of Third-Country
Nationals Community Actions Project: JLS/2008/EIFX/CA/1014

**RELATÓRIO TERCEIRO WORKSHOP TRANSNACIONAL
Healthy & Wealthy Together**
"Desenvolvimento de módulos europeus comuns sobre os
migrantes, saúde e pobreza"



A SAÚDE CONTRA A POBREZA NA EUROPA
Enfoque: Crianças, Mulheres e Idosos migrantes oriundos
de países terceiros à UE.

Abril 12-15, 2011
Amadora, Portugal

Local: Academia Militar, Avenida Conde Castro Guimarães, Amadora

Organização
Câmara Municipal da Amadora

Autora: Beatriz Padilla

Financiado por
Comissão Europeia ao abrigo do Fundo Europeu para a integração de
nacionais de países terceiros

FICHA TÉCNICA

Relatório da autoria de Beatriz Padilla, Investigadora Sénior do Centro de Estudos e Investigação em Sociologia - CIES-ISCTE/IUL,
Relatório Workshop
Lisboa, Junho 2011

Contactos: beatriz.padilla@iscte.pt; padilla.beatriz@gmail.com

Índice

OBJECTIVOS DO PROJECTO	4
PARCERIAS E ENCONTROS.....	5
OBJECTIVOS DO ENCONTRO	6
METODOLOGIAS	7
CONTEXTUALIZAÇÃO – PAINEL INTRODUTÓRIO	8
POBREZA INFANTIL E A MIGRAÇÃO NA EUROPA.....	22
A POBREZA FEMININA E A MIGRAÇÃO	28
OS IDOSOS E A MIGRAÇÃO.....	33
VISITA AO TERRENO.....	36
ESTUDOS DE CASO	37
A-) Estudos de caso sobre pobreza infantil e a migração	38
B-) Estudos de caso sobre pobreza feminina e a migração.....	42
C-) Estudo de caso sobre idosos imigrantes reformados.....	57
PEQUENOS GRUPOS DE TRABALHO	59
CONCLUSÕES DO WORKSHOP TRANSNACIONAL	63
LISTA DE BOAS PRÁTICAS	70
NOTAS CONCLUSIVAS	75
LIGAÇÕES INTERNET	78
ANEXOS	80
Programa da Conferência.....	80
Lista de Participantes	86

OBJECTIVOS DO PROJECTO

O objectivo geral do Projecto “Wealthy and Healthy Together” (JLS/2008/EIFX/CA/1014) é estabelecer uma rede de trocas temáticas entre actores locais privados e públicos que trabalham com ou para os migrantes, colocando a tónica em temas como a saúde e a pobreza. Um programa de intercâmbio transnacional foi estabelecido, por um lado este programa promoveu a transferência de dados, experiências, boas práticas e políticas e por outro lado, fez emergir alguns instrumentos que emancipam os actores locais que desenvolvem a sua actividade no terreno, permitindo que estes implementem e perspectivem novas abordagens perante a pobreza e as desigualdades ao nível da saúde entre populações migrantes.

Com intuito de atingir o objectivo geral, o projecto é composto pelos seguintes objectivos específicos:

- Estabelecer parcerias com agentes e associações locais envolvendo migrantes, profissionais do sector da saúde, representantes políticos locais e outros agentes sociais estratégicos. Todos estes actores virão a constituir um Fórum Local. Pretende-se que este sustente o conteúdo do projecto no que respeita a boas práticas e à partilha de experiências. Os grupos de trabalho que se formarão terão contacto com profissionais e representantes políticos locais através da realização de reuniões colectivas encetadas ao nível local.
- Cada Fórum Local fará o mapeamento local que permita identificar os três aspectos que consideram ser mais relevantes a colmatar no âmbito da saúde dos migrantes e na pobreza que se faz sentir na sua área de intervenção.
- O Programa de Intercâmbio Transnacional terá como base as conclusões advindas dos mapeamentos locais conduzidos pelos parceiros locais. Consistirá na realização de Três workshops Transnacionais apoiados por consultores externos que visam a partilha de boas práticas, experiências e políticas entre os representantes dos Fóruns Locais. Este será complementado com uma plataforma interactiva online (com blogs, chats e perfis pessoais). Esta plataforma servirá como ferramenta que possibilita um processo contínuo de

comunicação de ideias assim como a criação e manutenção de uma base de dados.

- No que se refere à disseminação, após a realização de cada workshop será redigido e editado um guia de boas e más práticas, contendo recomendações advindas de cada um dos workshops. O guia será traduzido para línguas locais e distribuído em locais estratégicos: Centros de Saúde, Câmaras Municipais, Associações de Imigrantes, Centros de acolhimento, etc. Todos os materiais estarão igualmente acessíveis online na plataforma digital. Será ainda redigido um relatório final, que reunirá as conclusões resultantes do projecto enquanto um todo.

O projecto providenciará a possibilidade de sustentar o trabalho realizado pela comunidade em termos de práticas, o qual será suportado pela plataforma online. A duração do projecto é de 18 meses, com início em 1 de Dezembro de 2009 até à data de 31 de Maio de 2011.

Quadro 1 – Healthy & Wealthy Together.

Resultados Esperados

- A produção de três relatórios de partilha com avaliação externa reconhecida.
- A produção de atingir pelo menos 20 estudos de caso de boas práticas e 30 documentos relevantes e ligações a organizações.
- A constituição de oito Grupos de Suporte Locais.
- Oito relatórios de diagnóstico/mapeamentos locais e respectivos planos de acção.
- A realização de dois eventos locais para consulta e disseminação.
- A criação e desenvolvimento de um fórum online de partilha de boas práticas.
- A elaboração de um relatório final (geral).

PARCERIAS E ENCONTROS

O projecto é desenvolvido pela Câmara Municipal da Amadora com apoio do QeC-ERAN (Quartiers en Crise - European Regeneration Areas Network). Os restantes parceiros são o Município de Roquetas de Mar (Espanha), a Província de Piacenza e o Município de Milão (Itália), Efxini Poli (Grécia), Universidade de Birmingham e o Centro

Social e de Saúde de Belfast (Reino Unido) e Réseau Samdarra (França). O projecto é financiado pela Comissão Europeia através do Fundo Europeu para a Integração de Nacionais de Países Terceiros.

O projecto teve início com a realização da primeira **reunião do grupo de coordenação** ocorrida em Bruxelas no período compreendido entre 4 – 6 Fevereiro, 2010 e organizada pelo QeC-ERAN. Esta reunião teve o intuito de debater e apresentar os objectivos e as metas do projecto e acordar o plano de trabalho a ser desenvolvido ao longo do projecto. Entre 9-11 de Junho 2010, em Roquetas do Mar, Espanha, realizou-se **um workshop com consultores externos** incidindo sobre "A Sensibilização dos profissionais de saúde para as necessidades das populações migrantes". Em Novembro 9-12, 2010, teve lugar em Birmingham, o segundo **encontro transnacional** sobre a temática "A Saúde Mental e os serviços pré e pós parto para mulheres migrantes na Europa". Por fim, seguiu-se o último encontro intitulado "**Workshop Transnacional sobre Saúde e Pobreza**", que ocorreu no Município da Amadora, Portugal, nos dias 12-15 de Abril, 2011 com enfoque nas crianças, mulheres e idosos imigrantes. Este Relatório é resultado deste evento e consiste numa explanação dos desenvolvimentos, partilhas e discussões que dele emergiram.

OBJECTIVOS DO ENCONTRO

O objectivo do Terceiro Workshop Transnacional *Saúde contra a Pobreza na Europa* e a última conferência final "Healthy and Wealthy Together" teve intuito de reunir especialistas e representantes das diferentes partes interessadas (ONG's, Autoridades Locais e centros de investigação) de toda a Europa, para discutir e partilhar experiências com representantes das

instituições parceiras no projecto com *enfoque nas crianças, mulheres e idosos imigrantes reformados oriundos de países terceiros*.

Neste sentido, o terceiro workshop transnacional culminou no cumprimento do principal objectivo do projecto “Healthy and Wealthy Together”, através da rede de partilha temática centrada em torno da Saúde e da Pobreza, entre actores sociais locais públicos e privados que direccionam a sua acção para os imigrantes. O encontro permitiu sobretudo estabelecer contacto não apenas com os parceiros externos ao projecto, mas também entre os parceiros do mesmo, permitindo uma troca de conhecimento no que se refere a projectos específicos (boas práticas, experiências e políticas) que actualmente se estão a desenvolver um pouco por toda Europa.

METODOLOGIAS

O encontro internacional comportou diferentes formatos e metodologias, incluindo painéis, workshops e visitas ao terreno.

A primeira sessão teve dois objectivos: a) por um lado receber os participantes e b) contextualizar numa perspectiva global os debates em torno da saúde, pobreza e migração. As outras sessões consistiram e asseguraram a participação das pessoas, especialistas e participantes (envolvidos no projecto), promovendo a partilha de experiências, políticas e casos dos diferentes países da União Europeia.

Os Painéis tiveram a característica de combinar teoria e prática, por intermédio de prever um ou mais especialistas que apresentaram resultados das suas investigações e outros participantes convidados

que trabalhando no terreno apresentaram estudos de caso sobre experiências concretas ou boas práticas que se encetam no mesmo.

Todos os painéis auferiram de um espaço aberto ao debate a todos os presentes. Os participantes incluíam pessoas da entidade promotora e parceiros, assim como convidados e especialistas de países Europeus e alguns representantes e profissionais de associações locais (consultar lista de participantes em anexo). Os principais temas abordados foram: Pobreza Infantil e a Migração na Europa; Mulheres, Pobreza e a Migração; e Migrantes Idosos.

A seguir aos painéis, foram organizados três grupos de trabalho com intuito de discutir simultaneamente algumas das problemáticas explicitadas. Esta opção metodológica, tinha como ideia subjacente, enaltecer e cultivar a participação e concomitantemente trabalhar no sentido de conclusões e recomendações no que toca às temáticas do encontro.

No final, um resumo e as principais conclusões do terceiro workshop transnacional foram apresentadas pela autora deste relatório.

CONTEXTUALIZAÇÃO – PAINEL INTRODUTÓRIO

A sessão que marcou o início do encontro, tal como já fora mencionado, começou com as boas vindas aos participantes e lançou algumas pistas gerais para reflexão. Portugal apresentou algumas boas práticas que têm vindo a ser implementadas ao nível do território nacional no que concerne à integração das populações imigrantes.

Eduardo Rosa procedeu ao início formal dos trabalhos, desejando as boas vindas a todos em representação do Município da Amadora (Carla Tavares, a vereadora responsável pelo pelouro da educação,

habitação, acção social, juventude, desporto e saúde, por motivos de doença não pôde comparecer). Endereçou a plateia afirmando que a migração, a saúde e o bem-estar são assuntos importantes para todos, mas sobretudo para a Amadora devido ao facto de ser um Concelho pautado por sucessivas vagas de migração. Neste âmbito explicitou três das principais vagas migratórias ocorridas durante os últimos 50 anos:

1ª Vaga: 1950-60, consistindo fundamentalmente de migrantes internos das áreas rurais do Alentejo e região Sul do território Nacional.

2ª Vaga: O período pós 25 de Abril (Revolução dos Cravos), Portugal e nomeadamente a Amadora deparam-se com fluxos migratórios (retornados e cidadãos dos países PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) oriundos das ex-colónias, quer retornados, quer cidadãos dos países PALOP's (devido ao processo de descolonização).

3ª Vaga: Mais recentemente, indivíduos oriundos de várias regiões mundiais.

Eduardo Rosa crê que a vinda constante de pessoas, nomeadamente para a Amadora, acresce a esta riqueza e recursos, colocando a migração no centro das discussões na partilha de experiências. Considera que é um fenómeno positivo e necessário.

A segunda intervenção, proferida pelo **Haroon Saad**, Director da Qec-ERAN (Bélgica) fez um resumo geral dos últimos desenvolvimentos relacionados com a migração. Sustenta que o mundo está a passar por transições significativas em termos de população e urbanização, resultado de forças internas e internacionais do ponto de vista migratório. Num período de 18

meses, entre Dezembro 2009, quando o projecto teve início e agora, houve mudanças, sendo que muitas tenderam para pior. No período inicial, as questões em torno da crise eram residuais. Actualmente existem estratégias novas no que concerne à pobreza e o Acordo de Lisboa, ambos contêm um compromisso com a redução da pobreza até ao ano 2020 (uma redução de 20 milhões na zona da UE).

Entretanto a UE atravessa uma crise severa, que têm levado os meios de comunicação social a criar conotações e designações novas dirigidas a alguns países da UE: PIIGS (Portugal, Irlanda, Itália, Grécia e Espanha), países estes caracterizados como tendo uma elevada e perigosa dívida que culmina na desvalorização e descredibilização de tais países. Esta situação acresce da existência de outros países que também atravessam dificuldades e instabilidade como a Hungria e a Letónia (entre outros). Neste contexto de crise, falamos em sectores públicos e privados e como a pobreza deve sobrepor-se às medidas de austeridade.¹

Até 2025, prevê-se que a UE necessitará de mais mão-de-obra, sendo que este facto torna a UE dependente da migração. Qual é o tipo de migração e que perfis serão necessários? Esta questão coloca-se em diversos países. Por exemplo a Alemanha acelerou processos no sentido de adoptar medidas que promovam a migração qualificada, mesmo após a derrota anunciada do multiculturalismo e a promessa de trabalho a jovens engenheiros oriundos de Espanha. Todavia, a migração perdurará e não apenas

¹ Convirá mencionar que no período compreendido entre a conferência e o término do projecto, Portugal viu-se obrigado a pedir ajuda externa no pagamento da dívida soberana. Actualmente o governo português encontra-se em negociações com instituições como o FMI, o BCE. Como consequência desta situação, serão realizadas novas eleições legislativas em Junho de 2011.

com altas qualificações, na medida em que muitos trabalhos que não exigem qualificações emergirão.

Como tópico final, Haroon sugeriu que a questão da migração é uma questão política (exemplo: A França proibiu o uso do véu islâmico). O mapa político da Europa encontra-se também numa fase de mudança, assistindo-se à ascensão da extrema-direita, que encaram a migração como um problema e promovem políticas que propiciam conflitos e segregação. Caminhamos em direcção a uma nova Europa que considera os direitos como algo de carácter exclusivista. O projecto em questão centra-se em torno destes aspectos.

Na comunicação que se seguiu, **Giulia Cantaluppi**, também do Qec-ERAN, procedeu ao resumo dos objectivos e metodologia do projecto. Enfatizou a importância de três cidades colaborarem conjuntamente na integração de imigrantes oriundos de países terceiros da UE. O projecto surge no âmbito do quadro da estratégia de redução da pobreza até 2020, deste modo incidindo sobre a redução da pobreza entre os segmentos populacionais infantis, femininos e idosos imigrantes. A pobreza entre estes segmentos é significativa (mais de 20% no que respeita às crianças e com tendências ascendentes no que respeita às mulheres e idosos). A Giulia mencionou igualmente que neste terceiro e último encontro, os participantes organizar-se-iam estrategicamente em pequenos grupos de trabalho como meio de delinear recomendações para os decisores políticos.

As restantes comunicações que tiveram lugar na sessão de abertura, por parte de um representante político e um investigador apresentaram duas interpretações distintas sobre a migração e as políticas nesse âmbito. O primeiro, poder-se-á enquadrar no

discurso oficial em torno das “políticas de recepção e integração em Portugal”, o segundo apresentou uma perspectiva de investigação mais crítica sobre “o olhar sobre a migração, a saúde e a pobreza”.

Rosário Farmhouse, a Alta Comissária para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) do governo português, contextualizou o fenómeno migratório ao nível nacional, enaltecendo a sua importância alegando o facto de Portugal ter transitado de um país de emigração para um país de imigração. Actualmente em Portugal perto de 5% da população é imigrante, oriundos de 176 países diferentes sendo 7% destes, uma população economicamente activa. As estatísticas indicam que as cinco comunidades mais representativas são oriundos do Brasil, Ucrânia, Cabo-Verde, Roménia e Angola. As estatísticas portuguesas também indicam que a população portuguesa está a envelhecer, facto que confere ao fenómeno migratório um estatuto importante nas políticas demográficas e populacionais. Os imigrantes constituem o segmento populacional mais jovem no intervalo de idades compreendido entre os 15-39 anos.

Farmhouse reconheceu que Portugal se encontra neste momento numa encruzilhada, ao passo que em Portugal se gere as questões em torno do fluxo e da diversidade, na Alemanha fora anunciada o fracasso do multiculturalismo. Todavia entre os países que compõem a UE existe uma grande variedade neste domínio. Portugal distingue-se da Alemanha pela história de miscigenação, que levou à adopção de medidas que converge para um modelo mais intercultural, no sentido de sustentar uma visão que possibilita aos imigrantes manter a sua cultura de origem no processo de se imergirem na cultura do país de destino. A comunicação continha referência ao quadro que se segue e que explana os diferentes modelos e políticas de imigração/integração:

Quadro 1 - Multiculturalismo / Interculturalismo (ACIDI)

	Manter cultura de origem	Não manter cultura de origem
Adoptar cultura de destino	Integração	Assimilação
Não adoptar cultura de destino	Segregação	Exclusão

Para Farmhouse, a integração é um processo bidireccional do grupo e do indivíduo. Todavia, não raras vezes, surgem problemas devido ao facto de muitos jovens não sentirem parte de nenhuma sociedade (citou o exemplo dos Afro-Americanos). No entanto a generalização necessita de ser cautelosa.

Os fundamentos base das políticas de imigração/integração são:

a-) Gestão de Fluxos (a cargo do Ministério de Assuntos Internos ou MAI).

b-) Políticas de Integração (a cargo do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural - ACIDI) que depende do Ministério da Presidência e possibilita a centralização (políticas nacionais em detrimento de políticas locais) e mais apoio e capacidades de decisão, uma vez que o Ministério da Presidência possui um estatuto superior a outros ministérios.

c-) Políticas de Desenvolvimento (a cargo do Ministério dos Negócios Estrangeiros) que se encarrega do desenvolvimento de medidas de *empowerment* no país de origem.

Cada um dos fundamentos depende de agências estatais distintas e embora não tenha sido enaltecido pela Alta Comissária, este modelo tripartido pode apresentar algumas inconsistências, nomeadamente entre a gestão e controlo de fluxos e integração, que tendem a ter subjacente filosofias também elas distintas. Usualmente o primeiro tem subjacente a preocupação com o controlo de entradas, ao passo que o segundo tende a ocupar-se da inclusão e ajustamento dos migrantes na sociedade de acolhimento. O terceiro possui um carácter maleável, podendo haver oscilações entre ambas, na medida em que está mais sujeito a elementos ideológicos e políticos do governo em funções. Convirá não descurar que algumas políticas de desenvolvimento têm subjacentes novas formas de colonialismo e neo-colonialismo.

O ACIDI é uma entidade pública que se pauta por sete valores: igualdade, diálogo, cidadania, hospitalidade, inter - culturalismo, proximidade e iniciativa. Existem decretos de lei que sustentam estes princípios: Art.13 da Constituição Portuguesa (igualdade), a Nova Lei da Nacionalidade Decreto-Lei 2/2006 que confere mais direitos às segundas e terceiras gerações dos imigrantes; a Nova Lei da Imigração Decreto-Lei 4/2007 que garante a reunificação familiar; e dois Despachos que garantem o acesso dos imigrantes à saúde e outro que assegura os mesmos direitos para crianças portuguesas e crianças de origem imigrante.

Portugal possui também três Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante (CNAIs)² localizados em Lisboa, Porto e recentemente Faro, que socorrem do modelo de Loja ("one - stop shop") que dá resposta aos diversos aspectos que se prendem com os imigrantes

² Para mais informação consultar:

http://www.oss.inti.acidi.gov.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=122&Itemid=55&lang=en

e as suas necessidades. A nível local, o apoio aos imigrantes é suportado pelos CLAIIs, que consistem em Centros Locais de Apoio à Integração dos Imigrantes (actualmente somam um total de 87), que existem por intermédio da criação de parcerias locais (Câmaras Municipais, associações de imigrantes etc.). Acresce-se ainda a existência de 5 centros especializados, assim como um centro que providencia apoio no país de origem, como é o caso de Cabo-Verde.

O ACIDI possui também ligações estreitas com a Academia, por meio do Observatório da Migração, que desenvolve investigação, incorporando nesse domínio recomendações específicas em termos de processos de tomada de decisão política. Como meio de promover a inclusão dos jovens, o ACIDI possui um vector específico, o *Programa Escolhas*³, que financia diferentes projectos com outros parceiros (associações locais e organizações não-governamentais, etc.) que diagnosticam e intervêm em diferentes domínios: educação, profissionalização, cidadania, inclusão digital, empreendedorismo, e *empowerment*. O Programa Escolhas, abrange hoje mais de 97.000 crianças e jovens.

Outra medida integracionista foi a criação do “Português para Todos”, um programa desenvolvido em parceria com o Ministério da Educação, que providencia aulas de português a estrangeiros e o recurso à mediação cultural enquanto instrumento para ultrapassar os obstáculos de comunicação existentes nos serviços públicos (existem hoje em dia, protocolos entre vários ministérios, incluindo o da saúde). A formação em mediação cultural, tem estado a cargo da Universidade Autónoma de Madrid.

³ Para mais informação, consultar: <http://www.programaescolhas.pt/>

Rosário Farmhouse crê que o documento mais importante para a imigração é o Plano para a Integração dos Imigrantes (I e II)⁴, que contém medidas específicas a serem implementadas pelos diferentes ministérios. Esta preocupação constante do Estado Português para com os imigrantes tem merecido reconhecimento Internacional. No que concerne aos Rankings, Portugal ocupa o segundo lugar no índice MIPEX (2007 e 2010)⁵ e primeiro lugar no Relatório sobre Desenvolvimento Humano das Nações Unidas (2009, p 38)⁶.

A comunicação final do painel de abertura foi da autoria da **Cristina Santinho**, que além de investigadora universitária é também activista e presidente da organização não lucrativa GIS (*Grupo Imigração e Saúde*). Embora não discordando totalmente com o que fora dito na comunicação anterior, não deixou de mencionar que existe por vezes uma descoincidência entre o que está previsto e legalmente garantido e a implementação prática do mesmo, apresentando vários motivos para o mesmo. Realçou o que ela considera a tendência errónea do fenómeno quer por parte dos meios de comunicação social, quer na Academia e Governo. Estas instituições tendem a encarar a migração como um problema e tratando-o como um evento contemporâneo, descurando a história humana que por si é desde do Homo Sapiens caracterizada por fluxos migratórios. Os migrantes procuram sempre a melhoria das condições de vida.

A exposição actual e as imagens que se produzem sobre os imigrantes que chegam à Europa vindos de todo mundo com todo

⁴ Para o II Plano para a Integração, ver:
<http://www.acidi.gov.pt/cfn/4d346c9b80687/live/Consulte+a+versão+da+Plano+2010-2013+em+Inglês>

⁵ <http://www.mipex.eu/>

⁶ <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/>

um conjunto de problemas (falta de trabalho, habitação, doença, etc.) descuram o facto de historicamente os Europeus serem protagonistas de vagas de emigração para outras regiões do globo. Ao longo do século XIX cerca de 50 milhões de pessoas emigraram para a América, Índia e África. Em Itália, 50% da população migrou para Nova Iorque e Buenos Aires e milhares de portugueses emigraram rumo ao Brasil. Para citar um exemplo, entre 1960 e 1974, mais de um milhão de portugueses saiu do território nacional.

Infelizmente em Portugal à semelhança do que ocorre na maior parte dos países que participam no Acordo de Schengen, a imigração tende a ser vista como um problema, descurando as múltiplas contribuições que a imigração dá no que se refere à relação entre a Segurança Social e Demografia, entre outros. Alegou ainda que a boa posição de Portugal no índice MIPEX se deve ao facto de não serem considerados de forma adequada as dimensões ligadas à saúde. No MIPEX, Portugal surge como primeiro no que concerne ao acesso à nacionalidade e reunificação familiar, ocupando o segundo lugar no que concerne à integração no mercado de trabalho. Todavia, não existe uma referência específica em relação aos serviços de saúde, sendo as áreas abrangidas pelo índice referentes a a) mobilidade no mercado de trabalho, b) reunificação social, educação e participação política, c) residência, d) acesso à nacionalidade e e) leis anti-discriminação. No que se refere à saúde, existem aspectos que valem a pena ser salientados, existe uma tendência geral para a privatização e o princípio de mercantilização da saúde, algo que tende igualmente agravar com o contexto de crise financeira que de momento se atravessa. Este fenómeno certamente virá a afectar o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. Outro factor de relevar é o processo de transição de médicos do Sistema Nacional de Saúde do sector público para o sector privado.

Não obstante Portugal consagrar o direito do acesso aos serviços de saúde, a implementação prática do acesso universal esbarra com obstáculos, particularmente para os indivíduos indocumentados. Para não descurar outro factor que raramente é tido em consideração, sendo este, a qualidade dos serviços a que os imigrantes têm acesso, ou melhor, a qualidade da saúde e dos serviços de saúde a que os imigrantes podem recorrer (consultar o relatório de mapeamento local disponível online)⁷. Uma melhoria qualitativa dos serviços, não pressupõe necessariamente um incremento ao nível dos custos. Neste contexto Santinho mencionou vários caminhos possíveis para a melhoria dos serviços. A introdução de pequenas mudanças (e a vontade de efectivamente mudar) bastaria para melhorar a qualidade dos serviços em muitas situações, uma destas mudanças seriam intervenções de mediação que reduzissem a descoincidência cultural e linguística que eventualmente possa existir entre profissionais e utentes.

No que se refere à investigação, sustentou a transição do paradigma dominante para um que privilegia o recurso a metodologias qualitativas enquanto meio que possibilita abordar as questões da realidade imigrante assim como meios que a possa emancipar. Argumentou que devemos reconhecer as diferenças existentes ao nível prático que os serviços de saúde providenciam. Por exemplo, um estudo recente apresentado no Fórum Local da Amadora ilustrou a falta de mediação na provisão de serviços. Um aspecto importante tendo em conta que a experiência da saúde e da doença é culturalmente variável. Deste modo, uma visão mais holística da saúde que engloba a relação entre a saúde e a pobreza, pode ser profícuo (recorrendo ao ponto de vista da antropologia médica). A saúde efectivamente não está associada apenas a

⁷ <http://www.cm-amadora.pt/files/2/documentos/20110404173625743887.pdf>

factores culturais, mas também a factores importantes como a família, trabalho e ética. O que é imperativo neste contexto é o desenvolvimento da empatia, valores éticos e conhecimento cultural, aspectos que os serviços de saúde podem incorporar por intermédio do investimento em formação na área da mediação cultural e competência cultural. A melhor solução seria incorporar a competência cultural no Sistema Nacional de Saúde, através de equipas multidisciplinares que desenvolvessem trabalho com as comunidades. A ideia seria incluir, quer imigrantes, quer cidadãos portugueses debaixo de um quadro de competência cultural, como meio de melhorar os serviços de saúde para todos.

Em jeito de conclusão a Cristina Santinho salientou dois exemplos de boas práticas que têm lugar na Amadora e que deveriam ser implementadas no território nacional: a) a unidade de saúde móvel a cargo da associação AJPAS e um dos centros de saúde locais (Venda Nova) e b) a liderança na Amadora neste projecto que visa democratizar os serviços de saúde e sociais, através do envolvimento dos seus cidadãos nos processos de tomada de decisão. No fim, partilhar experiências é sempre o primeiro passo para se dar um passo em frente.

Este painel de abertura foi seguido de uma ronda de perguntas e respostas, maioritariamente colocadas à Alta Comissária para a Imigração e Diálogo Intercultural. As questões centrais foram: Os imigrantes votam em eleições locais e nacionais? Como é que o acesso aos cuidados de saúde funciona na prática? Será que os cortes propostos pelo FMI em Portugal afectarão a intervenção do ACIDI? Qual é o impacto do Programa Escolhas?

As respostas abordaram várias questões. No que se refere à participação política, não obstante a reciprocidade se colocar na

maior parte dos casos, o ACIDI decidiu ir além, no sentido em que a reciprocidade se aplica ao Estado e não aos imigrantes, cujo país de origem não permite o direito de voto. A Alta Comissária também mencionou que o ACIDI dá apoio a propostas da juventude luso-descendente, não obstante a emigração e imigração serem tutelados por ministérios diferentes (Ministério dos Negócios Estrangeiros e Ministério da Presidência).

O acesso à saúde em Portugal é um direito universal, todavia existem muitos obstáculos, sendo que existem muitos serviços que vedam o acesso aos imigrantes. Depende do centro de saúde. Porém, os gabinetes de saúde do CNAI procuram estabelecer pontes com os centros de saúde. Outro aspecto prende-se com o pagamento de taxas a que imigrantes indocumentados estão sujeitos. A crise actual pode vir a ser um elemento que introduzirá mudanças ao nível futuro para muitos imigrantes, todavia, ainda não se sabe muito bem o grau, na medida em que o ACIDI ainda não sofreu cortes orçamentais. O ACIDI por enquanto está resguardado enquanto instituição sob a alçada do Ministério da Presidência e devido ao facto de uma parte do seu financiamento advir de fundos da UE. No que concerne ao Programa Escolhas, não existem respostas taxativas e lineares, mas existem programas de sucesso, como é o exemplo da Cova da Moura, na Amadora. A juventude da Cova da Moura tem usado de um estratégia de baixo para cima que tem vindo a revelar efeitos positivos, conseguindo envolver a juventude que advoga a mudança no sentido ascendente.

Haroon comentou que embora Portugal esteja bem posicionado no MIPEX, não cessa de apresentar resultados preocupantes no que concerne às desigualdades e que ainda existe ainda um longo caminho a percorrer. Eduardo Rosa (vereador), por fim mencionou

que a situação financeira da Amadora é equilibrada, o que se apresenta como uma boa notícia. Este acredita que quer Amadora, quer Portugal devem comprometer-se com estas necessidades, nomeadamente em relação às crianças imigrantes, mulheres e idosos.

Como reflexões finais, advindas da sessão de abertura, existem ainda outras questões a serem abordadas. A primeira é que não obstante a boa qualificação de Portugal no MIPEX e no relatório de 2009 da ONU sobre o desenvolvimento humano, é preciso ter em conta que estes relatórios (nomeadamente da ONU) representam os interesses do Estado e não tanto das populações. Assim sendo, não raras vezes sustentam medidas que não suscitam discordâncias no que se refere alguns aspectos relacionados com os regimes de mobilidade e migração moldados por esse mesmo Estado. Segundo, o MIPEX tem em consideração as leis e regulamentos, mas não a sua implementação, o que significa que nem sempre a legislação representa fidedignamente a realidade. Isto é algo particularmente recorrente em países da Europa do Sul, onde existe uma economia paralela bem consolidada, que tende a dificultar a implementação efectiva da lei. Por exemplo, a UN-HDR 2009 afirmou que “em alguns países os cuidados de saúde são providenciados a todos os migrantes, independentemente do seu estatuto legal, como será o caso de Portugal e Espanha” (p. 56). Esta afirmação é enganadora no sentido em que poderá induzir as pessoas em erro ao pensar que os cuidados de saúde podem ser gratuitos, o que não corresponde inteiramente à verdade. No caso português, não – residentes (incluindo imigrantes ilegais) têm acesso aos cuidados de saúde, mas são obrigados a pagar taxas moderadoras. Sendo verdade que existem países mais benevolentes, como por exemplo Portugal, também não deixa de ser verdade que alguns governos nacionais investem recursos como

meio de cultivarem a imagem de bons acolhedores, nesse âmbito disseminando o que eles percebem como sendo boas práticas (ainda que não raras vezes as práticas careçam de avaliação por agentes externos). Neste contexto, não deixa de ser profícuo reflectir até que ponto é que um projecto liderado por um governo nacional, deve ser replicado noutros países. Por um lado, é importante reconhecer que a CE apoia esta estratégia entre Estados como meio de promover um quadro de boas práticas. O quadro 2 (que se segue) providencia um resumo de informação chave que se encontra na página digital.

Quadro 2 – Política de Integração Migrante MIPEX

O indicador MIPEX é uma ferramenta interactiva e guia de referência para diagnosticar, comparar e melhorar políticas de integração produzidas pelo Concelho Britânico e o Grupo de Políticas Migrantes.

O MIPEX mede as políticas de integração em todos os países membros da União Europeia, incluindo a Noruega, Suíça, Canadá e os EUA até à data de 31 de Maio 2010. Recorre a 148 indicadores, criando um quadro multidimensional das oportunidades dos migrantes na participação cívica, através do diagnóstico do compromisso dos Governos com a integração. É com base no diagnóstico destas medidas políticas e a sua implementação que se evidencia a garantia (ou não) de direitos, responsabilidades e oportunidades iguais para todos os residentes.

O MIPEX III é liderado pelo Concelho Britânico e o Grupo de Políticas Migrantes e é parte integrante do projecto: *Outcomes for Policy Change* co-financiado pelo Fundo Europeu para a Integração de Nacionais de Países Terceiros.

POBREZA INFANTIL E A MIGRAÇÃO NA EUROPA

Os painéis que se seguiram deram um enfoque geral sobre a pobreza. Sendo o segundo painel referente às crianças e à migração. Este painel foi composto por três comunicações (dos quais dois faziam parte da mesma rede) e três estudos de caso referentes a Portugal, Itália e Reino Unido (casos que serão apresentados adiante, na secção reservada aos estudos de caso).

Olga Fonseca da Fundação CEBI (Fundação para o Desenvolvimento Comunitário) e **Sérgio Araújo** (consultor externo) ambos membros do Eurochild intitularam a sua comunicação: "Pobreza infantil na Europa – tendências & desafios". O Eurochild é uma rede de organizações e indivíduos espalhados pela Europa que trabalham no sentido de melhorarem a qualidade de vida de crianças e juventude na Europa. A comunicação centrou-se na apresentação do Eurochild, quer ao nível Europeu, quer ao nível nacional (Portugal). A rede é composta por 93 membros europeus que visam influenciar políticas e intervenções ao nível nacional nesse âmbito. Eurochild envolve ONG's, redes nacionais europeias e académicos que trabalham sobre as temáticas relacionadas com as crianças. O Eurochild tem como base de acção a Convenção dos Direitos da Criança da ONU. A organização também identifica boas práticas respeitantes às crianças e sustém formação a estes segmentos populacionais (crianças e jovens) com meio de os envolver no processo de tomada de decisão política.

De acordo com a página digital, o Eurochild tem as seguintes preocupações: a) partilha de informação sobre políticas e práticas b) monitorização e influência sobre políticas de desenvolvimento quer ao nível europeu, quer ao nível nacional, c) criação de grupos de interesse e parcerias entre organizações, d) representação de interesses dos membros a instâncias internacionais e e) fortalecer a capacidade dos seus membros em material de formação, aconselhamento pessoal e apoio.

Ambos mencionaram que existem quatro áreas prioritárias: 1) fortalecer a rede através da organização de eventos, partilha e grupos de trabalho, 2) influenciar medidas políticas no que se refere a crianças e trabalho infantil (em áreas específicas como desenvolvimento infantil precoce, competências parentais, crianças

institucionalizadas e a participação infantil), 3) providenciar informação no que respeita aos problemas que afectam as crianças e 4) promover a participação de crianças.

O que se sabe da pobreza infantil? Sabemos que a pobreza atinge 19% na Europa, e 21% em Portugal, 15% das crianças não terminam o ensino secundário, sendo que em Portugal o quadro é ainda mais desfavorável. Sabemos igualmente que o desemprego entre os jovens é duas vezes superior ao desemprego entre a população adulta e que constituem bolsas de pobreza e desemprego. As crianças em situação de maior risco são aquelas que advêm de famílias monoparentais, famílias alargadas, com pais desempregados e imigrantes e/ou oriundos de minorias étnicas. Um dos objectivos do Eurochild é reduzir o índice de pobreza e exclusão social das crianças, todavia mediante a crise actual é um desafio.

Um aspecto que fora enaltecido é o facto de muitas vezes os estudos descurarem a opinião das crianças, baseando-se em visões adultas negligenciando um dos principais visados. Existe a necessidade de desenvolver novos indicadores que incluam indicadores imateriais da vivência das crianças.

Olga Fonseca indicou algumas das tendências diferenciadas sobre a pobreza infantil entre os países europeus:

- Pobreza absoluta está a incrementar,
- O desemprego afecta mais os grupos marginalizados,
- Cortes salariais aumentou os níveis de pobreza,
- Jovens adultos sem expectativas futuras,
- O incremento do número de crianças em risco no sistema de cuidados públicos,
- O bem-estar mental, alimentar e geral de saúde é afectado pelas limitações orçamentais familiares,
- Programas que beneficiam as crianças estão em risco de sofrer cortes de financiamento.

Não obstante o ano de 2010 ser o ano dedicado à pobreza na Europa, esta não cessa de estar a ascender devido à crise financeira. Esta tendência agravar-se-á atendendo às exigências por parte de instituições como o FMI e o BCE no corte das despesas sociais, sendo este o caso de Portugal.

Uma das propostas do Eurochild é uma universalização e naturalização de questões como as crianças e famílias no âmbito de políticas gerais. É importante incorporar as crianças e a juventude nos processos de tomada de decisão política, ao invés de os considerar meros aprendizes como ocorre recorrentemente. Esta abordagem participativa é inovadora não tanto ao nível teórico, mas sobretudo prático, mas raramente implementado por parte de decisores políticos e serviços públicos.

Marco Benini, da Fundação Patrizio Paoletti em Itália (especialista no apoio à investigação no âmbito de crianças/juventude com base nos fundamentos do terceiro milénio), falou sobre “Implicações Educacionais e Sociológicas da pobreza na criança imigrante”. A sua pedagogia baseia-se em cinco factores que são pré-requisitos para assegurar um futuro estável para as crianças: conceptualizações de papéis, responsabilidades, prioridades, delegação e controlo. Segundo ele as organizações devem reconhecer que todos os indivíduos devem ter protecção no que concerne aos seus empregos e famílias, na medida em que o emprego/trabalho configura o elemento que permite escolhas no que concerne ao futuro. No fim, o que mais importa é a protecção dos direitos das crianças independentemente da sua origem étnica ou nacional. Todas as organizações, quer privadas, quer públicas têm a responsabilidade de assegurar o futuro das crianças.

Mostrou preocupação com a falha dupla e o trauma envolvido na migração, por um lado, nas situações em que as crianças permanecem na origem enquanto os pais são forçados a migrar. Por outro lado, o sentimento de culpa que as crianças desenvolvem devido à partida dos seus pais. Este sentimento de culpa é algo natural nas crianças, dado perceberem que falharam em ser amados pelos seus pais e conseqüentemente tendem a racionalizar que merecem ser deixados sozinhos.

Benini acredita que a globalização traduziu-se num maior distanciamento nas relações sociais e que as pessoas da periferia (países de origem/imigrantes) migram em busca de um sonho de centralidade e melhoria das suas condições de vida. Todavia, questiona quais são as capacidades da Europa em responder às necessidades das crianças? Nós enquanto Europa, necessitamos de reformular o sentido de responsabilidade, investindo desse modo, nas nossas capacidades relacionais e comunicacionais.

Benini crê nas crianças e propôs uma investigação (financiada pela Fundação Paoletti) que tem o mote de modificar o sistema educacional, tendo em vista que as crianças são o futuro. Este projecto é baseado na importância das relações e emoções, sustentando que relações saudáveis entre pais e crianças são um contributo para o desenvolvimento. Algumas das relações trabalhadas no projecto são do foro inter-pessoal, responsabilidade, priorização na delegação e controlo.

Para Benini, a migração significa uma ruptura da vida afectiva das crianças e sendo que este é um aspecto fundamental para si, a investigação deve ter especial cuidado com as dimensões éticas que emergem, nomeadamente no que concerne a crianças não acompanhadas, que dado a ruptura de laços e promessas, podem

vir a ter experiências ainda mais traumáticas. Não são raras as vezes que investigadores prometem coisas que efectivamente não são possíveis de manter o que piora a situação das crianças. Em geral, as crianças devem frequentar a escola, mas caso não queiram, cabe ao investigador indagar sobre os motivos pelos quais tal sucede, na medida em que o absentismo muitas vezes está relacionado com problemas relacionais e não devido a um genuína falta de interesse na escola. A escola deve ser um espaço onde as crianças devem desenvolver relações que lhes permite crescer. Elementos chave da educação devem ser a sua dimensão intercultural, multimédia, e novas e múltiplas tecnologias. Um estudo desenvolvido em escolas em Roma, concluíram que para as crianças com 13 anos, os pais são as principais referências, seguida do desporto e estrelas de televisão. Estas conclusões reforçam a importância do papel dos pais, na vida de uma criança⁸.

Benini também mostrou preocupação em relação às crianças que configuram uma situação de órfãos migrantes, ou gerações inteiras que são deixadas ao cuidado de outrem, situações que acarretam consequências sérias. O caso das crianças romenas, é ilustrativo, estima-se que um quinto dos romenos abandonaram o seu país e o aumento de abandono temporário cresceu ao longo dos últimos três anos. De acordo com a UNICEF, a Roménia tem cerca 350.000 crianças que são deixadas para trás, havendo situações nas quais existem agregados familiares sem nenhum dos pais responsável devido à migração, algo de facto preocupante. Estudos têm revelado que as crianças abandonadas apresentam problemas do foro psico-pedagógico, apatia e depressão. As crianças não devem ser abandonadas ou deixadas ao cuidado de outrem, na medida em que não raras vezes o seu desenvolvimento é afectado e as suas

⁸ <http://www.fondazionepatriziopaoletti.org/>

relações com adultos e outras crianças tendem a ser problemáticas. A Europa deve igualmente reflectir sobre o fenómeno do "orfanato branco".

Os comentários a esta comunicação foram tecidas pelo Haroon, que salientou que o desenvolvimento deve ser a resposta para muitos dos problemas que se erigem no âmbito da migração, reforçando a relevância do que pode ser feito nos países de origem e olhar para as causas e não para as consequências.

Em termos gerais a visão crítica de ambas as comunicações centrou-se nos aspectos psicológicos e emocionais envolvidos no momento de decisão de migrar, assim como algumas das questões em termos económicos e familiares que semelhante decisão acarreta. A migração implica a tomada de decisões que muitas vezes tendem a secundarizar as implicações emocionais.

A POBREZA FEMININA E A MIGRAÇÃO

O segundo dia do workshop transnacional centrou-se nas mulheres. O painel teve uma comunicação, seguida de quatro estudos de caso (que serão abordados adiante). A especialista foi a **Samia Brahim** que é consultora do Gabinete Euro Mediterrânico do ICT. A sua apresentação foi intitulada "Mulheres Migrantes: um valor acrescentado embora a ameaça perdure", foi baseado no co-desenvolvimento Norte-Sul, atribuindo valor acrescentado às mulheres. A sua ideia central é que as mulheres são simultaneamente um valor acrescentado e uma ameaça. Ao longo da apresentação explora estas duas visões.

Ela tece uma crítica à investigação que tende a enfatizar a feminização da migração através de metodologias quantitativas, descurando as metodologias qualitativas que podem acrescentar

maior profundidade (analítica) à vida das mulheres migrantes. Acrescentou ainda que a atenção deve ser canalizada para os motivos que levam à migração, os locais, o estado da saúde, o valor adicionado ao invés de olhar apenas a quantificação do fenómeno. Sustenta que a pobreza é uma das principais causas da migração assim como aquele que contribui para a sua instabilidade.

Sabemos que existem cerca de 200 milhões de pessoas que se deslocam para países com padrões de vida melhores. Muitos relatórios da ONU também indicam um elevado número de deslocados internos em vários países. As mulheres neste contexto tendem a ser invisíveis, pelo facto de surgirem associadas ao cônjuge e participarem muitas vezes na economia doméstica (que não é categorizada como trabalho/emprego). O Relatório 2009 UN-HDR indica que 50% dos migrantes femininas são duplamente discriminadas com base no género e origem étnica. As mulheres são mais optimistas, todavia tendem igualmente a desencantar-se com a experiência migratória o que as torna uma ameaça. As mulheres imigrantes enfrentam dificuldades várias relacionadas com os serviços de saúde, habitação, língua e outras barreiras culturais, são forçadas a adaptarem-se a uma cultura desconhecida. Não obstante a discriminação com base no género e origens étnico/raciais, não é possível alegar que todas as mulheres são pobres.

O papel tradicional atribuído às mulheres implica que estas imigrem com os filhos e recriem as raízes familiares aquando do momento de reunificação com o cônjuge. Muitas mulheres que vêm ao abrigo deste estatuto, são vedadas ao emprego e desenvolvem a sua actividade económica na economia informal. O quadro legal forjado nas décadas de 1970 e 1980, reforçam a ideia da pessoa passiva. Esta ideia tem vindo a ser desconstruída, particularmente porque

esta concepção da mulher dependente do cônjuge apresenta problemas vários: nos casos de divórcio e litígio conjugal, em termos de dependência financeira, etc.

África é dos continentes que apresenta maiores valores migratórios. De acordo com o índice de pobreza e os seus critérios, que inclui os níveis de saúde, bem-estar e educação da ONU, são as mulheres africanas que possuem maiores riscos, devido à lacuna, nomeadamente no que se refere à dimensão educacional. Deste modo, a sua condição está mais sujeita à vulnerabilidade. As que possuem qualificações e que imigram configuram uma situação de drenagem intelectual do país de origem. Todavia, mesmo detentoras de qualificações e diplomas, não raras vezes, se têm que sujeitar a trabalho de baixa qualificação. A comunicação apontou várias das ameaças a que as mulheres estão sujeitas:

- Instabilidade económica: desemprego, pobreza, falta de habitação, habitação degradada,
- Instabilidade Legal: estatuto dependente,
- Dificuldade em aceder a serviços de saúde e benefícios da Segurança Infantil,
- Barreiras Culturais: língua e outras práticas,
- Risco de exposição à violência: violação, prostituição e escravatura,
- Ser uma minoria, implicando situações de estigma e o acesso limitado a serviços vários,
- Estereótipos sexistas e racistas,
- Falta de consideração e respeito.

Por outro lado, as mulheres podem efectivamente usufruir de bem-estar, quando conseguem um incremento económico, maior acesso aos serviços de saúde e educação, conseguindo simultaneamente assegurar um futuro melhor para os seus filhos.

Na área da saúde feminina Brahimi argumenta que nem todas as mulheres possuem o mesmo estatuto. Existe variabilidade neste

âmbito na medida em que o estado geral da saúde depende das trajectórias das mulheres migrantes. Um estudo conduzido em França entre os anos de 2006 – 2008, seguindo as trajectórias de mulheres migrantes, concluiu que estas apresentam padrões de saúde 30% inferiores aos das mulheres de nacionalidade francesa, tendem a estar mais expostas ao desenvolvimento de doenças cancerígenas e possuem maiores riscos de contrair o Vírus VIH-SIDA. Outros riscos associados são a vulnerabilidade, menor acesso aos serviços, isolamento e estatuto precários, entre outros.

As mulheres sofrem mais com a epidemia da Sida, sendo a sua vulnerabilidade uma combinação de factores tais como condições socioeconómicas e afectação do estado emocional, relações de poder assimétricas, etc. Claramente associadas às últimas encontra-se a prostituição, que surge ligada à pobreza, sendo esta muitas vezes a situação que fomenta o trabalho sexual. As prostitutas imigrantes possuem menor poder sob a sua situação (por exemplo na exigência do uso do preservativo) e encontram-se mais sujeitas ao tráfico e prostituição forçada. As mulheres migrantes também estão mais expostas à violência, sendo um facto que a maioria dos refugiados e requerentes de asilo são do sexo feminino, representando 62% e são menores de 18 anos.

O comunicante acredita que na Europa existem políticas (ainda que limitadas) que valorizam as mulheres imigrantes. Esta perspectiva entende que as mulheres são um valor acrescentado em diversos aspectos:

- 1) Através das remessas ajudam o seu país de origem e a sua família, sendo que as mulheres neste âmbito configuram-se como actores de co-desenvolvimento (Norte-Sul).
- 2) Acrescentam valor à população imigrante à medida que se

vão envolvendo em associações, ONG's e organizações internacionais que procuram influenciar os centros de tomada de decisão quer ao nível local, quer ao nível da UE.

- 3) Acrescentam valor ao país de destino, uma vez que se ocupam de trabalhos que a população autóctone tende a rejeitar, promovem a diversidade, equilibram o envelhecimento da população, envolvem-se em actividades cívicas e políticas, etc.
- 4) Em consequência, mulheres migrantes adicionam valor ao mundo.

A experiência da migração possibilita às mulheres tomarem consciência das suas potencialidades e capacidades no âmbito do desenvolvimento de processos emancipatórios e nesse sentido atribuem valor a si próprias.

Por exemplo, as mulheres que usam as novas tecnologias de informação possibilitam a emergência de maior participação e democratização. Não sendo surpresa encontrar mais mulheres nas ruas a reivindicar direitos (como sucedeu na Tunísia). As mulheres passam a usar o facebook e outras redes sociais na Internet, tornando-se mais activas no envolvimento em organizações não – lucrativas quer no país de origem, quer no de destino, transformando-se em actores de transformação em ambas as sociedades. Nos países de destino as mulheres trazem diversidade à esfera económica e organizacional, tornando-se muitas vezes artistas, desportistas, profissionais etc. Em suma, as mulheres imigrantes contribuem para o multiculturalismo.

Em termos gerais, as mulheres são agentes de transformação em ambas as sociedades, melhorando as condições de vida da sua família e o desenvolvimento do seu país de origem. Os estudos de

caso do painel sobre a pobreza feminina e a migração incidiram sobre a violência doméstica (Itália), igualdade (Reino Unido) trabalho forçado (Grécia) e saúde (Espanha). A maior parte desenvolve conhecimento aprofundado sobre temas levantados pelo primeiro comunicante.

A apresentação trouxe problemáticas importantes para a discussão, todavia, conciliando potencialidades e riscos, a imagem associada à mulher imigrante é aquela de vítima. Convirá ainda mencionar que na origem de muitas das disparidades e diferenças que moldam a vida de mulheres imigrantes, advêm já do país de origem (estatutos assimétricos face aos homens, menores qualificações, autonomia na tomada de decisões, etc.). Em muitos casos, as mulheres ultrapassam estes obstáculos, sendo que um enfoque no lado positivo é também importante.

OS IDOSOS E A MIGRAÇÃO

A migração tornou-se um fenómeno alastrado na Europa, novos desafios se insurgem. Muitos dos imigrantes que não regressaram ao seu país de origem, encontram-se actualmente reformados na Europa. A situação destes imigrantes merece um olhar mais atento. A **Cristina Roldão**, é investigadora no Centro de Investigação e Estudos em Sociologia (CIES-ISCTE/IUL), fora convidada enquanto especialista externa a falar sobre este fenómeno. A sua comunicação intitulava-se “Imigrantes Idosos: a nova face da imigração em Portugal”.

Cristina Roldão, fez parte da equipa de investigação, sob a coordenação do Fernando Luís Machado e financiado pelo

Observatório da Imigração.⁹ O estudo sobre imigrantes idosos residentes em Portugal, identificou vários grupos entre grupos de imigrantes idosos: cidadãos europeus reformados, profissionais em cargos de alta chefia de gestão, os luso-africanos, brasileiros, indianos e moçambicanos. Na medida em que a compreensão deste fenómeno requer o olhar para o processo de descolonização, o estudo incluía uma análise estatística que indicou que 1,4% da população são migrantes idosos e destes 39% são oriundos da UE-15, 34% PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa). Os imigrantes do PALOP vieram maioritariamente pelo processo de reunificação familiar.

O primeiro grupo, os idosos imigrantes da UE, podem ser classificados em três grupos diferentes, a) idosos reformados (63% dos idosos reformados reside no Algarve), b) imigrantes com altas qualificações (empresários, técnicos, patronato, etc.) e 3) migrantes por motivos afectivos conjugais (menos significativo, sendo mais mulheres que adquiriram a cidadania portuguesa com ex-emigrantes Portugueses). O segundo grupo dos PALOP imigrantes idosos são migrantes laborais de descendência luso-africana. Este grupo é o que se encontra mais afectado pela pobreza e se vêem mais dependentes da sua família, com menores qualificações e reside em Lisboa e Setúbal. O terceiro grupo é mais diverso, inclui indianos e brasileiros, empresários e pequenos comerciantes, com nível mais elevado de qualificações entre outros aspectos.

Um dos indicadores demográficos que nos permitem compreender o fenómeno é a esperança de vida: enquanto que na UE a média é de 77 anos, os portugueses falecem em média aos 78 e os indivíduos oriundos dos PALOPS aos 74, sendo os de Guiné-Bissau aqueles que

⁹ Ver o estudo Machado e Roldão em:
http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos_OI/OI_39_atualizado.pdf

registam menor esperança de vida, que se encontra nos 69 anos. Os Guineenses vêm para Portugal por motivos de acesso a serviços complexos de saúde inexistentes no seu país ao abrigo de acordos e protocolos entre ambos os Estados.¹⁰ Em geral são pessoas - doentes evacuados que se socorrem destes acordos ou contornam o sistema. Em qualquer dos casos, os utentes e os seus familiares enfrentam situações difíceis durante a hospitalização e após a dispensa médica.

É obvio que as condições de saúde dos diferentes grupos de imigrantes idosos diferem consideravelmente. O estudo (Machado & Roldão, 2010) identificou diferentes tipos de processos de envelhecimento de acordo com o estatuto socioeconómico a) envelhecimento de exclusão, b) envelhecimento na pobreza mas com laços familiares de apoio e integração, c) envelhecimento com apoio social/integração, d) envelhecimento activo e confortável com integração social e e) envelhecimento isolado confortável.

Um aspecto a ter em consideração no que respeita aos idosos imigrantes em Portugal é a probabilidade de não regressarem ao seu país de origem. Os seus projectos de vida alteraram-se, passando de temporário para permanente quando se aperceberam que as suas famílias e apoio também se encontram no país de destino. É ainda de acrescentar que a maior parte dos imigrantes estão também já mais familiarizados com o sistema de saúde, em geral com melhores recursos do que no país de origem. Todos estes motivos sugerem que permanecerão cá. Não deixa de ser importante realçar que embora muitos residam em Portugal há longo tempo, são muitas vezes desconhecedores dos seus direitos (o direito à reforma, segurança social, etc.). Estima-se que cerca de

¹⁰ Ver tese de mestrado de Adelina Henriques:
http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Colec_Teses/Tese32WEB.pdf

35.000 migrantes envelhecerão em Portugal durante os próximos anos, sendo que se torna necessário reflectir e incorporar este fenómeno no delineamento futuro de políticas públicas de modo a assegurar os seus direitos e acesso aos serviços sociais e de saúde.

Um estudo de caso sobre imigrantes idosos em França foi também apresentado. O estudo sobre idosos imigrantes constitui uma nova tendência na investigação na UE. O estudo de caso será discutido adiante, juntamente com os restantes estudos de caso.

VISITA AO TERRENO

Inicialmente estavam previstas duas visitas ao terreno (à Associação dos Unidos de Cabo-Verde e à Escola Intercultural das Profissões e do Desporto da Amadora), mas por motivos inesperados apenas a segunda se realizou.¹¹ Esta escola foi criada em 1999 com o apoio da Câmara Municipal da Amadora em parceria com outras organizações locais. Os seus objectivos são de providenciar formação a pessoas que abandonaram o ensino, socorrendo de currículos alternativos, centrando-se na educação vocacional e oferecendo cursos que respondem às necessidades do mercado. A escola tem como objecto três grupos: juventude, adultos e idosos, oferecendo neste contexto diferentes programas. No caso da juventude, a escola providencia formação (cursos de formação para quem é menor de 25 anos de idade e as Novas Oportunidades para reconhecimento e certificação de competências). Para os cidadãos idosos, a escola oferece diferentes programas para pessoas com 50 ou mais anos (Recriar a vida) e/ou com mais de 65 anos (Oficina multiserviços) promovendo o envelhecimento activo e serviços de apoio para os que deles necessitam.

¹¹ Para mais informação, consultar: <http://www.escolaintercultural.pt/>

Acrescido a isto, a Escola Intercultural desenvolve vários projectos que proporcionam respostas a uma variedade de situações. Estas são: a) apoio a associações e micro-empresas (promovendo o empreendedorismo e pequenos negócios), b) Desenvolvimento de práticas desportivas por intermédio da educação, procurando dar competências e desenvolver oportunidades para aqueles que abandonam o sistema de ensino regular, c) Expo Amadora, que consiste numa mostra das boas práticas desenvolvidas na Amadora, d) Projecto para a inclusão e cidadania que promove políticas de inclusão de crianças e jovens, como a reinserção escolar, e) Sala de acolhimento para crianças e f) um escola profissional Cabo-Verdeana que oferece apoio pedagógico e técnico a uma escola similar em Cabo-Verde, na Ilha do Sal.

A visita foi produtiva na medida em que permitiu um espaço de promoção do diálogo e partilha entre parceiros, assim como a oportunidade de ver como os projectos são implementados no terreno, conseguindo abarcar os três grupos identificados no workshop transnacional: crianças, género/mulheres e os idosos.

ESTUDOS DE CASO

O terceiro workshop transnacional, teve a apresentação e discussão de oito estudos de caso, advindos de diferentes países europeus, que incidiram sobre crianças, mulheres e migrantes idosos. Todos constituem respostas específicas a necessidades das populações locais. Os estudos apresentam não apenas ONG's e organizações não – lucrativas mas também a provisão de serviços públicos, ilustrando como a diversidade é gerida socialmente e se adapta às mudanças que muitas vezes a migração impõe.

A-) Estudos de caso sobre pobreza infantil e a migração

1 – Intervenção comunitária na saúde materno-infantil e no planeamento familiar. Este projecto foi apresentado pela **Catarina Portelheiro, Adelaide Verde e Joana Menezes**, enfermeiras na unidade móvel integrado no centro de saúde da Venda Nova, na Amadora, Portugal. O projecto teve início em 1993 durante a construção do programa “Saúde no século XXI”. O objectivo era reduzir e conseguir abranger populações em bairros periféricos/excluídos e marginalizados da Amadora. No seu caso pessoal, particular enfoque foi dado à saúde materno-infantil.

As enfermeiras referiram que uma das características principais da intervenção se prende com a reactualização constante e permanente. A necessidade de se adaptarem às necessidades cambiantes das populações obrigam a desenvolver novas medidas e formas de intervenção junto a estas populações. Promovem uma intervenção integrada e holística, consistindo numa tríade metodológica: a unidade móvel, visitas domiciliárias e a promoção da saúde por meio da educação. A sua acção também apoia o agendamento de consultas e gerir processos individuais e familiares. Na unidade móvel oferecem serviços no local, mas não desencorajam a ida ao centro de saúde. Muitas vezes agendam consultas no mesmo. Os membros da unidade móvel têm a responsabilidade de acompanhar os processos dos utentes, visando assegurar a implementação das recomendações médicas (visitas domiciliárias). Muitas vezes a unidade móvel participa em festas do bairro, como estratégia de promover a saúde, sendo hoje em dia localmente conhecidas.

A filosofia da intervenção é a proximidade, enquanto estratégia que colmata problemas comunitários. A proximidade é assim implementada através da unidade móvel e outras actividades de

promoção da saúde (formação para jovens, educação sexual, etc.). O projecto tem 10 anos e o seu sucesso deve-se ao facto das enfermeiras possuírem conhecimento local que permite uma intervenção mais eficiente e alargada. Outro aspecto a ser tido em consideração é o facto de estar integrado no Serviço Nacional de Saúde, o que possibilita uma maior abrangência no que concerne aos centros de saúde e populações alvo. No entanto é de ressaltar que são as qualidades humanas das enfermeiras que assume centralidade em fazer a diferença. Não é raro estarem presentes estagiários (de escolas de enfermagem e saúde pública) como meio de adquirirem formação na competência cultural e partilha de conhecimento, trabalhando com populações diversas.

2 – A Integração de Menores e o processo de inclusão na província de Piacenza, Itália. Este projecto foi apresentado pelo **Massimo Magnaschi** (Fundação Cáritas Autónoma de Piacenza-Bobbio ad Scalabrini Centre¹²), e **Francesco Millione** (Fundação de emergência e juventude da Cáritas Autónoma de Piacenza-Bobbio). Para perceber o projecto, é importante ter conhecimento sobre as mudanças demográficas que ocorreram nesta região de Itália. Referiram que a imigração cresceu significativamente e o que tradicionalmente seria algo masculinizado, tem vindo a transformar-se devido aos processos de reunificação e também menores não acompanhados. Em termos demográficos, Piacenza possui uma média de idades entre os residentes estrangeiros de 30.5 anos, e 70% dos imigrantes encontram-se abaixo dos 40 anos de idade. Outro dado impressionante é que 20% de todas as crianças na cidade serem de origem imigrante. Estes dados demográficos sustentam a preocupação com questões ligadas à intervenção junto a crianças e jovens.

¹² <http://www.caritaspicenzabobbio.org/>

As origens dos imigrantes são muito diversas: Albânia, Marrocos, Roménia, Macedónia, mas também a migração feminina de países da Europa de Leste não pertencentes à UE e também migrantes da América Latina (predominantemente do Equador, Bolívia e Perú).

Em geral, a maior parte dos imigrantes ocupam postos de trabalho desqualificados e mal pagos. No que respeita aos jovens, também o perfil destes é diverso, aqueles que migraram por um projecto pessoal, aqueles que migraram ao abrigo da reunificação familiar mas se encontram maioritariamente sozinhos, os jovens não acompanhados (principalmente do Egipto, Albânia, Marrocos). A intervenção junto a esta população é importante sendo um dos meios privilegiados para isso a família, quando esta existe.

A maior parte dos jovens chegaram nos últimos cinco anos e experienciaram vários problemas. Antes da chegada, geralmente passavam grandes temporadas no país de origem, afastados dos progenitores, ao cuidado de outros membros da família, normalmente avós. A separação seguida da reunificação traz muitas vezes incertezas e dificuldades, assim como traumas diversos na família, que passam por um processo de reajustamento num contexto diferente. O processo de ajustamento é difícil e é comum haver problemas ao nível identitário, que os leva a integrar-se em grupos marginais. Os comunicadores acreditam que não estão integrados e portanto as duas práticas que estes procuram desenvolver são: a) a recepção e programas de educação para menores não acompanhados (em Itália, 130 crianças, 3% são não acompanhadas) passando apoiar estes até aos 18 anos e b) os serviços regionais civis para jovens estrangeiros em Emilia Romagna e na Província de Piacenza.

3 – Crianças de origem Africana e de origem minoritária: a experiência na Irlanda do Norte. Este caso foi apresentado pelo **Max Petrushkin**, do Concelho para as Minorias Étnicas da Irlanda do Norte (NICEM). Belfast é caracterizada por uma alta taxa de desemprego, baixas qualificações entre jovens e crianças e fluxos migratórios de imigração e emigração, entre outros. Encontra-se atrasado cerca de 20 anos no que se refere a um enquadramento legal e social que permita responder a questões que se levantam com a migração e conseqüentemente a inclusão. Dados que reportem para imigrantes e minorias são de qualidade escassa, todavia sabe-se que existem 80.000 pessoas nascidas fora do país e que 10% dos nascimentos são por mães imigrantes.

NICEM¹³ foi criado em 1994 e continua com os principais objectivos de promover boas relações raciais, eliminar a discriminação racial e promover a igualdade racial. Estes objectivos são implementados da seguinte forma:

- Identificação e resposta às necessidades das comunidades africanas e minorias étnicas;
- Defesa dos direitos das comunidades africanas e minoritárias;
- Representação e promoção do sector africano e minoritário;
- Apoio a lideranças provenientes das comunidades africanas e minoritárias;
- Promover acções de sensibilização para as questões do racismo, particularmente ao nível das instituições;
- Formação para potenciais líderes das comunidades africanas e minoritárias.

NICEM trabalha em várias frentes: legislação, advocacia, aquisição de competências e formação, apoio a vítimas de racismo e discriminação. A NICEM trabalha mais especificamente, com populações imigrantes como meio de promover a autonomia e incremento de bem-estar na família. A sua população alvo são os

¹³ <http://www.nicem.org.uk/>

trabalhadores migrantes que experienciam dificuldades várias no acesso aos serviços públicos devido a obstáculos culturais e linguísticos. Oferece apoio em diversas dimensões, tais como: habitação, acesso aos cuidados de saúde e educação, segurança social e direitos laborais, apoio linguístico, discriminação racial e imigração. O programa que apoia os migrantes inclui:

- a) Provisão de informação sobre direitos e a sua defesa, envolvendo-se em processos de advocacia.
- b) Aconselhamento e guia na habitação.
- c) Orientação na chegada.
- d) Identificar e estabelecer um relacionamento com serviços de saúde, ajuda em registos, cartões médicos e consultas.
- e) Identificar e indagar sobre formações adicionais nos serviços. Apoio na matrícula escolar.
- f) Possibilita o aconselhamento no que se refere a direitos dos imigrantes e laborais. Apoio para as vítimas de discriminação racial e intimidação.
- g) Disponibilização de Clínicos e profissionais para aconselhamento.

B-) Estudos de caso sobre pobreza feminina e a migração

Os quatro estudos de caso sobre mulheres, pobreza e migração incidiram sobre aspectos que abrangem a intervenção em situações de violência doméstica, tráfico, equidade e saúde.

4 – Operacionalizar Princípios de emergência para a intervenção em casos de violência doméstica. A apresentação foi bipartida: i) rede de serviços integrados para o combate à violência contra as mulheres e ii) formação em políticas e

processamento. Foi apresentado pela **Gabriella Muretto**, coordenadora local do programa em Milão, Itália.

A intervenção nesta área deve-se ao incremento da violência contra as mulheres que tem vindo assolar a região de Milão. Ao longo dos últimos 6-7 anos, a área metropolitana de Milão tem-se deparado com a necessidade de criar serviços mais adequados de resposta ao abuso e violência dirigida a mulheres italianas e estrangeiras. Os serviços de saúde da cidade e os serviços de urgência têm contribuído para o diagnóstico deste tipo de situações. O projecto surge assim como uma resposta governamental às solicitações de hospitais locais perante o aumento de denúncia de casos de violência (definição que abarca várias dimensões: físicas, psicológicas, e económicas). O aumento da violência física observado nos contextos anteriormente mencionados terá sido então o que contribuiu para o surgimento de iniciativas de resposta específica. Desde do dia 23 Abril, 2009, com a lei 23 sobre a perseguição é que a violência se criminalizou. O governo local criou uma rede integrada de instituições sociais públicas e privadas de modo a procurar proporcionar apoio qualificado na guerra contra as mulheres.

A já consolidada rede de Milão, encontra-se ligada a outras organizações não-lucrativas ao nível provincial e nacional. A rede inclui uma clínica que opera o ano inteiro, resultado de um acordo entre várias associações e agências que intervêm com vítimas de violência (providenciam apoio nomeadamente em estabelecer contactos, casas de acolhimento, e actividades de ocupação, aconselhamento ao nível legal, psicológico, saúde, hospitalização, etc.). Como é que as mulheres acedem aos serviços?

Os agentes sociais (através de parcerias) que providenciam resposta às necessidades das mulheres são:

- Forças de Segurança,
- Procuradoria Geral,
- Entidades Públicas (Instituições de serviços social para adultos vulneráveis, escolas, etc.),
- Unidades de Rua,
- Hospitais locais,
- Centros de Saúde locais,
- Associações,
- Vítimas (população – alvo).

A sua definição de violência é bastante abrangente e comporta os seguintes aspectos: violência sexual, violência doméstica e familiar, psicológica, exploração, *bullying* (coação), injustiça, chantagem, subjugação, abuso continuado, violência económica, entre outros. A situação de pobreza agrava de diferentes formas as expressões de violência. Estatísticas indicam que o tipo de violência prevalecente é física (38%), psicológica (31%), sexual (13%), prostituição (1%). No que respeita às faixas etárias, 18% das mulheres situam-se entre os 16-24 anos e 15% entre os 40-44 anos. No que se refere às nacionalidades mais representadas (além da nacionalidade italiana) destacam-se Perú, Equador, Roménia e Marrocos. Outros dados indicam que entre 2007-2010, 2323 mulheres foram vítimas de violência sendo 76% dos casos violência física e 40% dos casos são mulheres de origem estrangeira. Esta alta incidência entre as mulheres imigrantes, ilustra necessidades específicas para este segmento populacional, nomeadamente ao nível linguístico e cultural. Os programas de apoio alargado devem incorporar estas especificidades, de forma a serem eficientes.

A experiência de trabalho com mulheres imigrantes vítimas de violência elucida acerca dos principais problemas que as mulheres enfrentam: dificuldades linguísticas (a maioria), culturais (particularmente mulheres do Magreb) e o medo de perder os laços

com os filhos. Os casos das mulheres migrantes tendem a ser mais complexas, pois não obstante o abuso, permanecem junto ao agressor (ou família) com medo de perder os filhos, requerendo uma maior diversidade de serviços interculturais de modo a servir esta população.

A sua experiência de campo também oferece conhecimento sobre os problemas que surgem no âmbito da reunificação familiar, que resultam muitas vezes dos processos de ajustamento ao novo contexto. Por norma, as famílias ao se reunirem novamente, deparam-se com mudanças operadas aquando da separação e que eventualmente provocam fricções, nomeadamente no que se refere aos papéis de género, comportamentos infantis perante a autoridade parental (devido à separação). Os problemas de saúde mais prevalentes entre as mulheres, são a neurose (51%), com pobreza relacionada (38%), violência (11%) e problemas de desordem alimentar.

Um dos programas específicos sobre a violência doméstica para mulheres é a "Donna". Este programa já proporcionou 1277 consultas ginecológicas, das quais 45% estavam relacionadas com a violência doméstica e o abuso sexual, 33% com desordens psiquiátricas e 22% problemas de ansiedade.

Esta fora a informação de contextualização que legitima a necessidade do programa de intervenção em violência doméstica em Milão, que providencia formação às forças de segurança. O projecto tem como objectivo estabelecer parcerias e redes entre as diversas forças policiais, como meio de promover a coordenação entre as mesmas na resposta à violência doméstica.

O projecto é composto por cursos de formação de operacionais da Polícia em Milão e a província limítrofe (Polícia Local, Polícia Nacional, Carabinieri). Estes cursos pretendem:

- Promover um quadro e monitorizar a rede institucional e privada de apoio existente em Milão.
- Sensibilizar para as questões da violência doméstica.
- Transformar a percepção dos oficiais policiais sobre a violência, considerando-a uma ofensa grave contra a integridade da pessoa.
- Criação de formas de acção colaborativas de prevenção e protecção das vítimas de violência doméstica (Municípios, ONG's, Autoridades Policiais, Hospitais, Centros de Saúde locais, etc.).
- Delinear uma base comum de fundamentos e princípios operacionais.

Entre os formandos, 67% eram do sexo masculino e 33% do sexo feminino. Foi criado um documento processual que contém os princípios base e os procedimentos a serem seguidos em casos de violência, mesmo antes de as forças policiais chegarem presencialmente (obtenção de informação, recolha de indícios, testemunhas, etc.). Uma das consequências de implementação do programa foi a crescente coordenação entre as diferentes forças de segurança (desde da polícia de base aos procuradores). O programa também criou uma crescente atenção e sensibilização para a violência e os métodos de intervenção.

Quadro 3 – Ilustração de Serviços e Contactos

Emergency services	
• shelters for women with or without children	
Cell. 335.8129695 Cell. 335.1900528 Cell. 335.1900535	call before 11 pm if shelter is requested. Women and children may be escorted to shelters after this time
• emergency aid in the case of sexual or domestic violence	
Tel. 02.550324895 Tel. 02.55033797	Emergency Aid for Sexual and Domestic Violence, Social Assistant or Psychologist

5 – Equidade e uma Taça de chá. O estudo de caso foi apresentado pelo **Nigel Brookhouse** do Narthex Birmingham, Reino Unido. Narthex Sparthill é uma organização religiosa de caridade criada pela Igreja Anglicana St. John que procura responder às necessidades das diferentes populações que vivem na comunidade. A região geográfica é uma das mais empobrecidas do Reino Unido, com o segundo maior índice de crianças com menos de 5 anos a viver na pobreza, e uma alta taxa de concentração de minorias étnicas, maioritariamente Muçulmanas Asiáticos. A organização não é financiada pelo Governo.

Narthex trabalha no sentido de colmatar crises, providenciando serviços de acolhimento e outros, a refugiados e requerentes de asilo. O trabalho é conduzido por 7 técnicos e 42 voluntários. Suportam vários projectos que têm como população alvo as minorias étnicas e requerentes de asilo/refugiados: mulheres, crianças e jovens, homens e idosos entre outros. O apoio cobre várias áreas desde de infra-estruturas, educacionais e desportivas, aconselhamento, etc. Um dos serviços é uma Loja central (“one – stop shop”) que oferece aconselhamento a pessoas de baixos recursos económicos e minoritárias. Outro prende-se com serviços - centros de saúde e um espaço de acolhimento (que oferecem serviços de saúde a mulheres migrantes, incluindo mulheres grávidas). Existe também um projecto de aprendizagem familiar (actividades de ocupação dos tempos livres) e projectos parentais (que oferecem actividades para crianças pequenas e as suas famílias), o clube dos trabalhos de casa (providenciando um espaço seguro de estudo), um clube de futebol (desporto e treino para as idades entre os 11 e os 15 anos), o clube do bom companheiro de almoço (para os cidadãos idosos), o acolhimento de homens (para

homens isolados e com depressão), o clube de amizade feminina (para mulheres isoladas e vítimas de violência doméstica) e uma enfermeira da igreja (que providencia ajuda emocional, espiritual e de saúde), clínicas para neo-natais (providenciando a partilha de tarefas de cuidados infantis), assistência social para a família e comunidade (apoio ao nível familiar, para mães e filhos na sua casa).

O Nigel apresentou o panorama geral da organização com intuito de contextualizar a situação das mulheres migrantes. O trabalho da organização com mulheres migrantes iniciou-se com uma iniciativa por parte da esposa do pastor da igreja. Ela procurou responder às necessidades das mulheres que se dirigiam à igreja pedindo ajuda. Inicialmente ela oferecia roupa de criança e infantil. Existem diversos factores que são determinantes no bem-estar e saúde das mulheres migrantes: pouca capacidade financeira, depressão, solidão, tratamentos desumanos por parte das autoridades estatais, residência e condições de acolhimento inadequadas, deturpação mediática, etc. É tendo em conta estes aspectos que a NARTHEX define os princípios que se seguem:

- Todos os indivíduos são valorizados independentemente da comunidade de pertença, crença ou etnia.
- Igualdade no atendimento.
- Tratar o próximo como a nós mesmos.
- Cada utente é uma pessoa e não um número.
- Respeitar a intimidade da pessoa e a sua condição (não se intrometer em assuntos que extravasam aquelas necessárias para ajudar).

Narthex trabalha com pessoas através de processos de acompanhamento e triagem, recebendo utentes por intermédio de

agências e canais reconhecidos (38 agências de selecção e triagem) Nos últimos 6 anos, a Narthex já ajudou 120 mulheres grávidas, oferecendo não apenas apoio nas necessidades 'objectivas' mas uma componente humana e de inter - relação. Nesta sequência, fez menção a dois casos específicos: da Shasia e da Regina.

6 – O trabalho forçado entre mulheres migrantes: um crime visível mas velado. Este estudo de caso veio por parte do Centro de Investigação em Assuntos Femininos (RCWA) na Grécia e foi apresentado pela **Katerina Chaireti**, membro já de longa data do Movimento Feminista Grego parte do Movimento Feminino não-alinhado e da Rede Grega Feminista Telesilla.

Chaireti argumentou que a migração é um fenómeno com velhas raízes, sendo que a sua feminização é algo mais recente. As mulheres migrantes estão mais sujeitas ao trabalho forçado, grande parte devido ao facto de haver uma grande concentração de trabalho feminino associado a papéis tradicionais que tomam lugar na esfera privada da casa. O trabalho doméstico é delegado sobre as mulheres e muitas vezes sob portas fechadas. É usual que mulheres migrantes sejam contratadas como empregadas, desenvolvendo semelhante actividade sob condições mais precárias que as mulheres nacionais. A esfera privada, acaba por propiciar um espaço que possibilita a expressão de abusos, trabalho forçado mesmo em condição de serem contratadas. A exploração e o abuso de mulheres migrantes são de ordens diversas: ausência de segurança social, baixos salários, horários prolongados, condições de trabalho e habitação precárias. O quadro legal existente é deficiente na resposta a estas situações e deve ser alvo de transformação.

Até aos anos de 1990, a maioria das mulheres migrantes eram esposas ou mães, ao passo que agora são na sua generalidade migrantes laborais. Porém sucede que muitas não cessam de ter de conciliar as duas dimensões. Estudos comprovam que mundialmente as mulheres dedicam muito tempo às tarefas domésticas, ainda que trabalhem fora de casa. Existe um risco agravado: a prostituição. O comunicador acredita que as mulheres procuram vários caminhos de forma a evitar a prostituição, sendo que tal nem sempre se torna possível.

Qual é a questão de não incluir as mulheres? Uma prende-se com o descaramento do trabalho doméstico. Não existe regulação sobre as tarefas que as mulheres cumprem. Existem mulheres que para escapar aos papéis que lhe são tradicionalmente atribuídos, socorrem-se da migração e conseguem trazer algumas problemáticas para a esfera pública. Todavia, muitas vezes deparam-se com condicionalismos vários no novo contexto, que tendem a reforçar e a reproduzir algumas das dinâmicas das quais se queriam afastar (algumas mulheres nesta situação acabam por se imbricar na esfera doméstica).

As mulheres migrantes sofrem de violência de vários tipos: verbal, psicológica, física entre outras. Por exemplo, 80% dos Ucrânianos que imigram são mulheres. E as mulheres que atravessam a fronteira ocidental via térrea ou costeira para a Europa? Existe muito tráfico nestas fronteiras, não sendo coincidência que a maior parte é de crianças e mulheres. Acesso ao mercado de trabalho na esfera pública não é tarefa fácil para as mulheres, vendo-se muitas vezes empurradas para a prostituição ou para ambientes fechados e confinados que se permeiam a uma maior exploração. Devido ao desconhecimento dos seus direitos e ao medo de perder o seu estatuto, muitas mulheres ficam sujeitando-se a baixos salários ou

contratos de trabalho precários e irregulares, e não reivindicam os seus direitos. Na Grécia houve programas de regularização 1992, 2001 e 2005, sendo que muitas das mulheres legalizadas foram vítimas de tráfico (particularmente nos últimos dois processos). O movimento feminista grego e o movimento não-alinhado quer uma mudança ao nível legislativo que proteja as mulheres e ofereça apoio em casos de violência.

Convirá mencionar que embora as mulheres possam ser sujeitas a crimes da mesma natureza em todos os países de destino, existem sempre especificidades contextuais dos países de acolhimento. Nas fronteiras mais importantes, as mulheres são passíveis de estar mais sujeitas à exploração. Onde ocorrem situações de violência, (Guerra, deslocalização, tensão cívica, etc.), catástrofes naturais entre outros, as mulheres são as que mais sofrem. Nas situações de tensão cívica e política, as mulheres estão mais permeáveis à violação. Isto tem sido documentado em várias ocasiões quer dentro da Europa, quer fora da mesma. Recentemente, por exemplo, temos os eventos da Líbia, que têm sido particularmente duros para as mulheres, nomeadamente situações de violação. Sucede que muitas vezes as mulheres são vistas como objectos e a vingança é expressada sobre os seus corpos. As mulheres violadas, não raras vezes acabam por ser rejeitadas e ostracizadas, sendo que as crianças que nascem fruto de uma violação sofrem também o estigma. Muitos dos casos de violação que ocorrem nestes contextos são pela mão das forças armadas.

7 - Um olhar sobre a saúde das mulheres: a criação de uma rede em Roquetas de Mar. Este estudo de caso foi apresentado pela **Pilar Baraza** (enfermeira e responsável pelo departamento de cidadania dos Serviços Nacionais da Andalúzia e Almeria Ocidental) e pela **Maria Teresa Granados** (enfermeira e antropóloga,

coordenadora também dos Serviços de Saúde da Andalúzia na Almeria Ocidental).

O caso da Almeria é muito interessante, sendo que a região é denominada oceano plástico, devido às estufas de produção agrícola que existem na região. Este tipo de produção introduziu várias mudanças na região. A mão-de-obra imigrante que trabalha neste sector não possui as condições mais saudáveis e de bem-estar. As enfermeiras perguntam como se trabalha com a migração, a pobreza e as mulheres? Nas últimas décadas, deu-se a feminização dos fluxos migratórios, sendo os serviços de saúde menos acessíveis às mesmas. As unidades descentralizadas de saúde abrangem maioritariamente os homens (quer autóctones, quer migrantes), que têm diversos problemas ligados à diabetes ou SIDA, entre outros.

As taxas de migração aumentaram exponencialmente devido em grande parte aos programas de regularização (2000 e 2005) e à reunificação familiar e contribuem activamente para a feminização da migração. A excepção neste contexto são as mulheres oriundas da Europa de Leste, pois as mulheres tendem a ter os seus próprios projectos migratórios que não se encontram necessariamente dependentes dos seus maridos. As mulheres tendem a sofrer de discriminação tripartida: enquanto mulheres, pobres e imigrantes.

Foram muitas as problemáticas levantadas pelas mulheres migrantes:

- Invisibilidade: a imigração é referida como um fenómeno essencialmente masculino e do foro económico;
- População Jovem: 60-80% encontram-se em idade fértil;
- Origem Diversa: a maior parte da América do Sul, África e Europa de Leste;
- Europa;
- As exigências do Mercado não respondem ao capital que as mulheres possuem, tendência central no sector dos serviços;

- As mulheres sofrem uma tripla discriminação no trabalho com base na classe social, género e etnicidade;
- Em geral, não apresentam doenças diferentes das mulheres espanholas, são mulheres saudáveis: efeito da imigração saudável.

No que diz respeito à saúde das mulheres, as suas patologias não são diferentes da população feminina espanhola, todavia devido ao trabalho e ao contexto de migração, existem especificidades próprias (ex. Viver num ambiente cultural diferente com diferentes práticas culturais) e um maior recurso a alguns serviços. As suas necessidades são diferentes por motivos relacionados com família e laços de parentesco, que podem trazer maior tensão na vida das mulheres migrantes. Algumas das necessidades específicas destas mulheres na saúde prendem-se com:

- Contracepção;
- Interrupção Voluntária da Gravidez;
- Educação Sexual;
- Atenção à gravidez, nascimentos e pós-parto;
- Programas de prevenção: cancro da mama, cancro cervical, etc.;
- Cuidados pediátricos;
- Vulnerabilidade social e riscos:
 - Violência de género,
 - Prostituição.

As mulheres imigrantes têm diferentes padrões de recurso aos serviços de saúde. Por exemplo, tendem a ter mais gravidezes que as mulheres autóctones, necessitando de maiores serviços de assistência nesse domínio, mais apoio no planeamento familiar e contracepção, entre outros. Muitas mulheres ainda assumem postos ligados aos cuidados de outrem, necessitando de mais apoio familiar e formação para desenvolver a sua actividade.

O Segundo Plano de Saúde da Andaluzia pretende identificar as falhas do sistema e as situações de exclusão social, particularmente as desigualdades no acesso à saúde. No campo dos cuidados de

saúde, o seu plano inclui:

- **Acesso** facilitado aos serviços públicos de saúde.
- A melhoria da qualidade dos cuidados e problemas de saúde relativas à população migrante e as suas famílias.
- Incorporação das perspectivas da população migrante no que se refere ao **programa de saúde materno-infantil**.
- Expansão do **plano "Cuidar e os cuidadores"** adaptando este aos problemas de saúde das famílias migrantes.
- Adaptar o modelo de saúde mental de modo a incorporar a diversidade cultural.
- Providenciar cuidados à população mais vulnerável: prostituição.

Neste âmbito criou-se uma rede de territórios que inclui Municípios, ONG's e associações 'de' e 'pró' imigrantes, que são conhecedores dos problemas destes segmentos populacionais. Uma das estratégias é o planeamento participativo, onde reuniões comunitárias têm lugar. Um dos casos foi uma reunião em El Ejido, que teve lugar ao abrigo do seminário Imigração e Saúde em 2007. A reunião juntou várias ONG's, 14 associações de imigrantes, 6 Municípios e 5 associações de imigração (membros rotativos), assim como profissionais da saúde. A comissão tem como objectivos: monitorizar os serviços de saúde comunitários, reconhecer a influência das redes sociais migratórias, identificar trabalho comunitário como estratégia de promover a saúde entre as populações migrantes. O resultado desta reunião foi a identificação de 42 medidas de prevenção, promoção da saúde e intervenção. Uma acção específica é a organização de reuniões e encontros locais sobre a saúde e a migração, procurando promover a criação de redes locais.

Um caso específico, foram os encontros em 2008, 2009 e 2010 em Aguadulce, que levou à proposta de diversas medidas de acesso à saúde, educação para a saúde dentro da comunidade e a extensão para grupos de mulheres mais vulneráveis. Todos os anos centram-

se numa temática, que abrange desde da prevenção ao mutualismo em termos de apoio às segundas gerações. Mais recentemente em 2011, na resposta a novas necessidades, foi aberto um novo centro de saúde em Roquetas. Segundo consta, 52% dos nascimentos que ocorrem são de mulheres imigrantes, que entre outros problemas possuem estatuto irregular. A averiguação da situação levou à identificação dos seguintes problemas:

1. Problemas linguísticos e culturais no acesso aos cuidados de saúde;
2. Falta de oportunidades para a juventude;
3. Falta de planeamento familiar;
4. Elevada taxa de IVG entre as mulheres imigrantes (a maior parte da Europa de Leste);
5. Horários de trabalho extensos com consequências para o desenvolvimento das crianças;
6. Desconhecimento no que respeita a hábitos de saúde na parentalidade: o uso do termómetro, etc.;
7. Não adesão aos tratamentos;
8. Distribuição gratuito de medicamentos para pessoas de baixos recursos económicos;
9. Práticas arriscadas no trabalho agrícola: estufas, lojas, etc.

Perante a identificação destes problemas o grupo desenvolveu as seguintes propostas de intervenção:

1. Mediação em centros de saúde;
2. Planeamento familiar gratuito;
3. Aulas de língua espanhola adaptadas aos horários de trabalho;
4. Associações de Formação e ONG's no que respeita ao acesso ao sistema de saúde;
5. Adaptação cultural dos cuidados prestados;
6. Workshops sobre planeamento familiar e saúde materno-infantil;
7. Workshops sobre protecção laboral;
8. Desenvolvimento de recursos e princípios para as mulheres;
9. Trabalhar com mulheres vulneráveis: prostituição e violência de género;
10. Formação nos cuidados aos idosos e crianças dependentes como meio de propiciar mais oportunidades de emprego;
11. A criação de um grupo de trabalho sobre a saúde nos

Municípios.

A proposta concreta pretendia envolver e promover a participação de todos os cidadãos na saúde e comunidade. Esta tarefa específica levou à organização de várias actividades de promoção da saúde, incluindo acções de incremento do acesso aos cuidados de saúde, saúde reprodutiva, intervenção em doenças sexualmente transmissíveis, alimentação saudável, e cuidados de higiene a recém-nascidos. Também se realizaram seminários de prevenção da tuberculose, mediação na saúde materno-infantil, vacinação, prevenção VIH-SIDA para jovens em colaboração com as associações. Todas estas actividades foram desenvolvidas no âmbito da sociedade civil, o que traz vantagens ao nível da inclusão das populações – alvo, possuindo a capacidade de adaptar as intervenções às necessidades destas populações e ultrapassar barreiras culturais. No caso da prostituição, as acções organizadas expandiram-se a mulheres em situações de precariedade nas ruas, ou que têm trabalhado nas estufas. Dá-se importância aos métodos apropriados (com recurso a novas tecnologias de informação e meios audiovisuais) em horários flexíveis. Conseguiram também criar um cartão de saúde temporário que permite um maior acesso aos serviços de saúde.

Uma reflexão geral em torno dos casos apresentados sobre mulheres imigrantes é que a vulnerabilidade transcende várias posições e estatutos, tornando difícil conceptualizar estas enquanto seres com agência e emancipadas. Muitos programas promovem o *empowerment*, mas as descrições das situações ilustram e enfatizam as vulnerabilidades, descurando as suas valias e capacidades na sobrevivência e na ultrapassagem dos diversos obstáculos que encontram. Mais programas devem enfatizar o poder das mulheres e as suas capacidades em enfrentar as dificuldades. Outros programas têm um modo de proceder e uma

perspectiva de cima para baixo, tendendo a paternalizar as práticas culturais das mulheres imigrantes tendo por referência as boas práticas desenvolvidas em alguns países da UE. Um destes exemplos é a aprendizagem de hábitos de higiene, como se não estivessem familiarizadas com práticas deste foro no seu país de origem. Esta visão tende a descurar o facto da pobreza e a falta de condições económicas serem o motor de limitações neste domínio (ex. As mulheres poderão não ter acesso a água ou produtos de higiene). O mesmo pode ser dito no que se refere à nutrição, como se nas culturas de origem, não existam boas práticas de nutrição. No caso da experiência migratória um dos problemas pode estar relacionado com os instrumentos usados na confecção de alimentos (nomeadamente a ausência destes) e ingestão dos mesmos. Estas visões paternalistas, necessitam de problematização futura, pois embora haja boa intencionalidade, produz efeitos enviesados. Neste sentido, não é de estranhar que muitos dos casos apresentem as mulheres como vítimas ao invés de agentes.

C-) Estudo de caso sobre idosos imigrantes reformados

8 – SaCoRa (Grey Hair), França. Este Estudo de caso foi apresentado pela **Anne Berthier**. O projecto consiste numa resposta a um problema identificado no terreno, consequência de migrações mais antigas advindas do Magreb. A França tem vindo a ser alvo de várias vagas de migração, uma logo após a Segunda Guerra Mundial que contribuiu para a reconstrução do país e outra relacionada com a história colonial (descolonização). À semelhança de muitos outros casos, migrantes que inicialmente pretendiam uma estadia temporária, acabaram por permanecer no país. Não obstante muitos dos imigrantes do sexo masculino visitarem os seus países de origem, acabam por desenvolver raízes em França e acostumarem-se ao estilo de vida em França. Atingindo a idade de reforma, muitos optam por permanecer em França, ainda que as

suas famílias estejam no estrangeiro. A permanência prolongada longe do país de origem, suscitou a criação de hábitos que os impossibilitava de regressarem à sua família. Consequentemente, muitos dos migrantes idosos, tendem a encontrar-se sozinhos. Em muitos casos, os homens trabalhavam ilegalmente e enviavam remessas para a família. Todavia, ainda que tenham feito descontos ao longo da vida activa, muitos não chegam a usufruir do direito à reforma, sendo que quando chegou a idade de reforma, para além de se encontrarem sozinhos, estavam também desprotegidos e isolados.

Um dos problemas comuns é que o trabalho tende a assumir um papel central na sua vida, assim que, chegada a idade de reforma deparam-se com uma situação de solidão e isolamento. Ao perder o estatuto laboral, que os honrava, simultaneamente perdem os laços emocionais com as suas famílias: esposas, filhos e netos.

Outros, ainda que recebam pensões, perderam autoridade familiar e no seu país de origem, sendo 'destronados' pelo filho mais velho ou outro membro familiar, não fazendo sentido o seu regresso. Estes homens experienciam a reforma de modo dramática, estando isolados, deprimidos, tristes e em más condições. Alguns homens vivem entre viagens ao país de origem e França, sem qualquer consulta acerca do seu estado médico, tornando-se muitas vezes sem-abrigo.

O comunicador, criou um grupo de discussão e mais tarde uma associação com um mediador cultural que ajuda a resolver alguns problemas em termos linguísticos e organiza actividades culturais (ex. cerâmica). Também já fizeram dois documentários com a história de vida das pessoas envolvidas e as suas famílias como meio de reatar as raízes de origem.

A organização também trabalha com mulheres imigrantes. Existem mulheres imigrantes que também se encontram sozinhas e que sempre permaneceram no domínio doméstico, não possuindo qualquer tipo de pensão ou benefício. Mesmo França sendo um dos países mais benevolentes em termos de benefícios a residentes desprotegidos, muitas mulheres não conseguem devido à falta de documentação (inclusive passaporte). Estas mulheres também se encontram isoladas sendo muitas viúvas, divorciadas e linguisticamente incapazes. Migrantes idosos (da Algéria, Marrocos e Tunísia) são mais jovens que os Franceses, sendo que se encontram entre os 50 e os 60 anos de idade, mas por vicissitudes da vida tendem a envelhecer precocemente.

Existem muitas coisas que podem ser feitas para ajudar quer homens idosos, quer mulheres migrantes. Uma delas é facilitar acesso a benefícios através de acções de esclarecimento de modo a torná-los mais autónomos. Para a execução desta tarefa bastariam acções de voluntariado e a distribuição de brochuras com informação simplificada inclusive para analfabetos, ou providenciar competências literárias como ferramenta de *empowerment*.

Um aspecto importante é que o envelhecimento não foi algo antecipado pelos decisores políticos, todavia impõe-se uma reflexão sobre esta matéria em termos de gerações do presente e do futuro.

PEQUENOS GRUPOS DE TRABALHO

Como foi referido anteriormente na secção dedicada à metodologia, o workshop internacional incluiu duas sessões de discussão aberta com participantes e agentes chave, num processo de reflexão para produzir ideias e conclusões. As duas sessões incidiram sobre diferentes aspectos relevantes tendo como pano de fundo o futuro. Um focando sobre a economia do conhecimento para o século XXI e

o segundo, centralizando o olhar nas mulheres migrantes (guias de discussão foram providenciados pela entidade organizadora).

Seguem-se os guíões de discussão:

Grupo de Trabalho – I Tema

Competências do século XXI

Neste momento histórico, a economia exige do Homem que este enalteça e valorize as suas capacidades de reflexão em torno de si mesmo e das suas práticas. Tendo isto em conta, que tipo de competências são consideradas essenciais para a progressão civilizacional que tem como base a co-existência e o benefício mútuo?

*Adquirir Formação para educar *

Educar significa enaltecer as melhores qualidades que uma pessoa possui e naquelas com quem trava conhecimento. Assim sendo, não é uma função exclusiva desencadeada por grupos sociais dedicadas ao ensino, re-educação ou apoio a jovens ou adultos necessitados. A área urbana, o relacionamento entre entidades e operadores públicos, a arquitectura, a organização do espaço e dos serviços constituem a atmosfera na qual os indivíduos se movem. Que modelo ambiental (físico – relacional – ideal) será efectivamente capaz de expressar valores orientados para a paz e co-existência?

As disciplinas:

O mundo no qual vivemos é complexo, onde centenas de variáveis se intersectam, criando o que chamamos um fenómeno social. A formação de agentes chave e oficiais públicos é essencial para melhor perceber o estado do mundo, sujeito a fluxos constantes. Esta complexidade inclui o estado de alerta de cada indivíduo sobre si próprio e do seu papel. Que disciplinas podem definir o cerne da formação de pessoas qualificadas na criação, na saúde e implementar o fabrico de relações com os cidadãos?

Criatividade:

Criatividade significa a habilidade em responder e origina uma visão (complexa e constantemente posta a reflexão) no sentido de procurar uma melhor compreensão sobre o ambiente, o contexto e as circunstâncias nas quais fenómenos sociais surgem, crescem e se desenvolvem. É necessário desenvolver abordagens nas quais a

criatividade é enaltecida de forma a proporcionar ambientes, que facilitam os relacionamentos e onde espaços de encontro são “pré-feitos”. Uma massa crítica de pessoas dedicadas ao processo criativo é a forma ideal de assegurar inovação. Que papel e que espaços devem ser reservados nas cidades para estes centros de investigação de excelência?

*Inteligência respeitosa e ética *

Ética e respeito são a base de uma economia sustentável e do futuro. O nosso mundo é complexo na medida em que é feito de interacções complexas que definem a exposição a riscos, caso não se esteja preparado para os mesmos. O que é que define a estabilidade e um horizonte pessoal ético? Uma educação emocional e afectiva desde tenra idade, a proximidade à família e a oportunidade de usufruir de figuras parentais são a base para o desenvolvimento de inteligência ética. Que políticas, e quais as “micro-acções territoriais” devem ser criadas de modo a promover que o respeito e a ética sejam o centro da nossa política educacional?

*Educação ao Longo da Vida *

A capacidade de o homem se conhecer a si mesmo é um processo inacabado. O progresso científico leva-nos à descoberta de novos elementos que nos esclarecem relativamente ao modo como os seres humanos funcionam e se organizam. As ciências neurológicas, em particular, enaltecem alguns dos mecanismos que governam o nosso dia-a-dia. Algo que nos permite uma maior compreensão sobre os desafios que se apresentam aos indivíduos.

Uma larga campanha de disseminação parece acompanhar os cidadãos na compreensão da situação experiencial do “homem moderno” e os mecanismos que nesta condição governam. A linguagem científica, todavia, não permite o acesso da população no seu sentido mais lato, a necessidade da existência de programas de disseminação extensiva ad hoc parece emergir. Na definição de resolução de crises, ferramentas e dados devem ser providenciados: neste contexto que intervenções podem ser implementadas e desenvolvidas?

*Ciência e Tecnologia *

O desenvolvimento tecnológico e científico resulta de intuições intelectuais; a questão que deve ser reconhecida é que o processo intuitivo também se consubstancia na dimensão emocional. Sem uma preparação/formação adequada de gestão emocional, o processo criativo fica limitado e perde o seu carácter relacional,

ético e de apoio. Que papel tem a gestão emocional (ao nível individual e colectivo) no relacionamento dos bairros e cidades em momentos de crise. Qual é o papel dos meios de comunicação social neste contexto?

*Globalização e atenção *

A Globalização não é algo que diga respeito apenas às finanças, economia ou empresas. A globalização é também, acima de tudo, uma dimensão que reporta à atenção disseminada por elementos estimulantes em várias dimensões espaço-temporais. O défice que eventualmente existe deve-se a nós próprios. O problema é que a atenção nem sempre nos caracteriza. Neste processo dispersamos-nos no que concerne à nossa própria vida, levando ao colapso dos sistemas humanos. Como é que a gestão e orientação da atenção se impõe como um factor importante no desenvolvimento e gestão das realidades urbanas?

GRUPO DE TRABALHO – II TEMA

1. Imigração, Emigração, Migração: Quem é quem?
2. Porque é que é necessário falar das mulheres migrantes tendo em consideração realidades multi-dimensionais?
3. Que acções podem ser desenvolvidas por associações e outras organizações para combater a violência contra os migrantes?
4. Quais são os meios mais eficazes para exercer pressão positiva de forma a reduzir a pobreza dos migrantes?
5. Quais são os factores chave que possibilitam uma integração eficiente e eficaz das mulheres?
6. Que acções concretas devem ser implementadas de forma a combater a estigmatização?
7. Quais são os futuros empregos e trabalhos para as mulheres migrantes?

CONCLUSÕES DO WORKSHOP TRANSNACIONAL

O encontro internacional encerrou com as notas conclusivas apresentadas pela **Beatriz Padilla**, autora deste relatório.

Conclusões do Terceiro Workshop Transnacional Healthy & Wealthy Together

A saúde contra a pobreza na Europa: Crianças, mulheres e migrantes idosos de países terceiros

Após três dias intensos de apresentações, debates e discussões, posso argumentar que se insurgem mais perguntas do que respostas, mas ainda assim é de salientar que o workshop trouxe exemplos de casos práticos de boas práticas que nos dão esperança.

As reflexões concentraram-se em torno da situação na UE e os cenários do ponto de vista geral que as crianças, mulheres e migrantes idosos experienciam. Reconheceu-se que o quadro legal da UE e as suas directivas constituem os princípios guias que moldam todo o tipo de políticas: imigração e controlo de fluxos migratórios, integração, acesso à nacionalidade, serviços sociais, entre outros. Contudo, ficou evidenciado a variabilidade dos contextos e a diversidade de cenários que existem. Cada região possui as suas especificidades, o que os torna únicos e singulares. Estas especificidades dão origem a diferentes medidas de intervenção que em última instância têm subjacentes modelos ideológicos e políticos. Os modelos políticos variam, sendo que as entidades governamentais, assim como organizações não governamentais estão atentos e procuram desenvolver boas práticas com base em casos de sucesso, adaptando estas ao contexto em que trabalham. As boas práticas estão hoje em dia na

moda, sendo que neste encontro tivemos oportunidade de conhecer alguns.

Antes de entrar detalhadamente nos tópicos discutidos, convirá reflectir sobre algumas das questões que se impõem em função das discussões que tiveram lugar durante os três dias. É usual haver um silêncio generalizado sobre políticas e boas práticas, particularmente no campo da saúde e migração. A teoria diz-nos que as Boas Práticas, para efectivamente serem boas, devem seguir determinados princípios: serem pautadas pela inovação, fazer a diferença (surtir efeitos), terem um efeito sustentável ao nível da sua reprodução e aplicabilidade. São importantes porque providenciam uma ligação entre a investigação e as instâncias de decisão política. As boas práticas constituem uma forma criativa de fazer frente aos problemas diagnosticados nos sistemas, mas não são a norma. Num momento de descrença e desilusão, nada melhor do que nos focarmos em boas práticas, à semelhança do que fora feito ao longo desta semana. Um dos elementos chave subjacente às boas práticas são os valores, que a maioria das vezes não são explícitos, sendo que os valores devem ser prioritários, na medida em que são o que nos permitem concluir se efectivamente as práticas são boas. Isto é uma questão que merece reflexão.

Ao longo do workshop foi apresentada informação que ilustra as mudanças estruturais ocorridas na UE ao longo dos últimos 50 anos. Países de emigração transformaram-se em países de imigração e países de imigração reforçaram o seu estatuto enquanto tal. Neste contexto muitos dos países transitaram de países com práticas acolhedoras para o endurecimento no que respeita à recepção dos imigrantes. Nos 18 meses do projecto, a UE entrou numa crise profunda, o Japão foi vítima de catástrofes naturais (terramoto), o Médio Oriente e Norte de África encontram-

se em alvoroço na luta pela democracia. Todos estes acontecimentos fazem-se acompanhar por crises humanitárias e vagas de refugiados, que não tendem a abrandar as políticas migratórias. Estes eventos têm contribuído para o aumento da pobreza, sendo a resposta da sua redução algo de difícil alcance. Todavia, reconhecemos a politização da questão da migração e isto é algo importante no que respeita ao delineamento de recomendações realistas.

Quais são os temas discutidos hoje em dia? Nós centralizámos atenção na relação entre a pobreza e a infância, a pobreza e o género (nomeadamente no que respeita às mulheres) e a pobreza de migrantes idosos na UE.

Portugal é um dos países que é apresentado como tendo políticas integracionistas, todavia no que respeita a políticas de controlo, gestão de fluxos e apoio no desenvolvimento nos países de origem encontra-se com relativo atraso. Ainda assim, existem práticas em Portugal que podem ser seguidas como exemplo, tal como as práticas de expansão dos centros locais, pelo país fora, a imigrantes, tendo por base o estabelecimento de parcerias com a sociedade civil, programas de juventude para migrantes e autóctones por norma com risco de pobreza.

A Cristina recordou-nos que a migração não é um fenómeno novo, sendo que as pessoas sempre se deslocaram com intuito de procurar condições de vida melhores. Fez um excelente reparo ao mencionar que ao passo que acessibilidade formal existe, o problema concentra-se no acesso real a cuidados de qualidade. Em muitos países a qualidade é mais uma questão de vontade do que propriamente uma questão de recursos. Desenvolver investigação com metodologias audazes que se socorrem da empatia como

ferramenta, configura-se como algo que propicia uma melhor compreensão sobre as visões dos imigrantes e a forma como estes encaram a saúde e a doença. Neste sentido a saúde está intersectada com a pobreza e uma visão holística ao abrigo da abordagem da antropologia médica, poderia ser um caminho profícuo a trilhar. Existem vários aspectos que devem ser tomados em consideração: aspectos culturais, família e trabalho, e valores éticos. Uma abordagem eficiente será aquela que olha as questões ligadas à migração como algo que surge ligada à vulnerabilidade (pelo menos do ponto de vista político, e em momentos de recessão). Todavia, as "populações vulneráveis" não devem ser consideradas despidas de poder, no sentido em que a tónica no *empowerment* constitui o cerne de uma boa intervenção.

No que respeita à temática das crianças, referiu-se que não apenas se necessita de conduzir investigações, mas também se impõe construir indicadores que sustentem tomadas de decisão, identificar as necessidades não materiais das crianças, fortalecer as redes que já existem e promover a criação de novas redes e incorporar a voz das crianças no que respeita à identificação dos seus problemas e soluções. Algo que a maior parte dos estudos tendem a descurar.

Qualquer política que tem como população alvo as crianças deve incluir a dimensão afectiva e emocional. As crianças são parte da família, mas a família pode ser também parte dos problemas que as afecta. É importante ter em consideração a variedade de casos: acompanhados, não acompanhados com e sem trauma, com e sem apoio familiar, com comportamentos de risco e sem os mesmos. Nalguns casos a reunificação familiar pode despoletar problemas inesperados que tendem a ser mais agravados no caso dos adolescentes.

Uma forma de conseguir chegar às crianças e adolescentes é por intermédio dos serviços e cuidados materno-infantis na unidade móvel. Um dos aspectos mais relevantes das unidades móveis prende-se com os recursos humanos (enfermeiros e outros auxiliares) que conhecem a população e são flexíveis o suficiente para conseguir identificar as mudanças que vão ocorrendo com a população alvo ao longo do tempo. Os serviços integrados parecem ser a chave que colocam a tónica na promoção da prevenção ao invés da intervenção, mas possuindo a capacidade de o fazer quando a situação assim o exigir. Algumas das características comuns entre políticas são: a eficiência das intervenções ao nível local, a importância de mediadores culturais e da competência cultural; políticas que se concentram no desenvolvimento socioeconómico e educação. É importante manter em mente que as crianças são as gerações futuras, sendo que as deficiências que possam existir terão impacto futuro no todo que constitui a UE. A exclusão das crianças trará e reproduzirá mais exclusão, pelo que as políticas devem ter este aspecto em consideração.

Mulheres... vivemos num mundo sexista, mas as mulheres migrantes são mais discriminadas devido ao género, etnicidade e classe social. As mulheres e os seus filhos estão mais expostas à pobreza. São necessárias medidas feministas que terminem com a exploração, violência, e violência simbólica. Sexismo significa injustiça, desigualdades na educação, mercados de trabalho, divisão do trabalho e menos oportunidade de auto-realização e para as mulheres migrantes a jornada dupla, transforma-se numa tripla jornada.

Uma apresentação sugere que as mulheres são um valor acrescentado em várias dimensões: no país de origem e no país de destino, na dimensão demográfica, na assistência a crianças e

idosos. Outra apresentação centralizando-se na violência, abarcou a mesma enquanto um fenómeno que é sofrido por todas as mulheres migrantes e não-migrantes. Todavia, no caso dos migrantes existem especificidades próprias que não devem ser descuradas, tais como o isolamento, o medo de deportação entre outros aspectos, que tendem a contribuir para uma situação ainda mais grave. A violência assume várias formas: físicas, psicológicas, domésticas, familiares, exploração, chantagem, *bullying*, injustiça, violência económica, abuso continuado, subjugação, violação, etc. Deste modo, as intervenções devem ser do resultado de coordenação entre uma panóplia de serviços diversificados. A reunificação, pode dar origem a mais violência e portanto são diversos os aspectos que devem ser tidos em consideração: características culturais, dificuldades linguísticas, relações entre crianças e maridos, etc.

São muitas as questões que emergem: como prevenir a violência? Como lidar com casos de violência que ocorrem entre a população migrante? Quais são as verdadeiras opções para as mulheres migrantes? A vida das mulheres está em risco e nessa medida quais são os serviços que podem ser implementados e oferecidos? Não obstante, a violência ainda se manifestar, os programas que são integrados e oferecem uma diversidade de serviços têm tido mais sucesso. Estes integram serviços que abrangem desde serviços de aconselhamento a outros membros da família e acesso a casas de acolhimento. O combate contra a violência implica a formação das forças policiais, agentes de segurança como meio de desenvolver estratégias de combate ao mesmo.

Uma das tendências dos fluxos migratórios é a sua feminização. Esta tendência acarreta desafios no que respeita aos serviços de saúde para os migrantes e as suas famílias, sendo a saúde sexual e

reprodutiva uma das dimensões enaltecidas. Os casos apresentados diagnosticaram as seguintes necessidades entre as mulheres migrantes: contracepção, IVG, educação sexual, gravidez, a promoção da saúde e necessidades específicas para mulheres vulneráveis que se encontram sujeitas a violência e prostituição. Poder-se-á ainda acrescentar que devido ao facto de muitas das mulheres trabalharem nos serviços domésticos (trabalhadoras internas, empregadas domésticas e cuidados a idosos) alguns programas oferecem formação nestas áreas.

Providenciar diferentes tipos de acessibilidade tem sido importante, particularmente para aqueles que possuem estatuto ilegal, sendo que a criação do cartão (temporário) em Roquetas de Mar é um bom exemplo no que concerne à saúde pública e aos direitos humanos.

A UE encontra-se num processo de envelhecimento, e não obstante os imigrantes contribuíram do ponto de vista demográfico, muitos imigrantes entretanto também envelheceram, sendo a sua saúde mais um fenómeno a ser tido em consideração. Como é que estão a envelhecer? Quais são os seus problemas? Uma situação que ocorre com frequência é a vinda de idosos reformados do Norte da Europa para os países do Sul da Europa. Existem regulamentos que abordam esta questão e tendem a considerar isto como algo ligado à mobilidade e não à migração, sendo que a privação socioeconómica nestes casos não se coloca.

Todavia, o caso dos migrantes oriundos de países terceiros à UE é bastante diferente. Para além da privação socioeconómica, muitas pessoas deparam-se com o isolamento, a inactividade e perda de autonomia. Muitos dos imigrantes optam por não regressar ao seu país de origem para a reforma, relacionado com o facto de os filhos

muitas vezes se encontrarem no país de acolhimento e o receio de pioras no que respeita ao envelhecimento no seu país de origem. Não obstante muitos dos imigrantes se encontrarem na UE há muito tempo, são desconhecedores dos seus direitos, do tipo de apoio a que têm direito, sendo o trabalho das associações locais essencial para o bem-estar destas populações.

Em suma, como podemos resumir algumas das palavras-chave e recomendações que emergiram do encontro?

- Políticas locais e intervenção são a melhor estratégia pela proximidade que possuem.
- Coordenação e diálogo entre agências e a sociedade civil evitando situações de justaposição.
- Consciencialização cultural que inclui serviços culturais adequados e mediação.
- *Empowerment* e participação em serviços de planeamento e provisão. Trabalhar com as populações.
- Combater a pobreza a todos os níveis, beneficiando todos.
- Age Hoje, a geração futura está em risco. Políticas de inclusão para todos na zona da UE é imperativo.

Algo a realçar e a reforçar: vulnerabilidade não significa destituído de poder.

LISTA DE BOAS PRÁTICAS

Existe uma crescente literatura sobre as boas práticas no mundo em torno de políticas, programas e intervenções. Boas Práticas têm-se tornado centrais no estudo de delineamento de políticas, deste modo, reflectir sobre o que são e para que servem, é de extrema importância. Um dos problemas transversais às Boas

Práticas é o facto de ser algo dado como garantido e do foro do senso-comum. Muitos livros, textos, relatórios e artigos não providenciam uma definição de boas práticas, sendo no entanto noções incorporadas sem qualquer tipo de reflexão e explicação. Mais recentemente, houve uma passagem de Melhores Práticas para Boas Práticas (Padilla et al 2009¹⁴). *Melhores* foi muito usado na literatura Anglo-Saxónica ao passo que o *Boas* tem sido mais utilizado noutras regiões, evitando hierarquias ou competição. A Comissão Europeia tem vindo a incorporar este quadro no financiamento de projectos de investigação financiados pelos fundos da UE.

As Boas Práticas são simultaneamente uma ferramenta e uma metodologia que permite o acesso à informação sobre as práticas ou os programas implementados num determinado sítio, podendo ser adaptados para outros contextos. Isto não é novidade, no entanto, vários investigadores têm identificado pistas que facilitam o sucesso, disseminação e replicação. Porém, as especificidades de cada contexto, assim como, as populações alvo devem servir de ponto de partida e chegada no que se refere à replicação de tais práticas na medida em que constituem entidades variáveis.

O workshop transnacional centrou-se em três populações alvo diferentes. Deste modo, as recomendações devem ser usadas com cautela. Existem muitos aspectos a serem tidos em consideração no delineamento, avaliação e reprodução de boas práticas. De qualquer das formas, acreditamos que uma listagem de boas práticas pode vir a ser um instrumento útil embora exija um olhar cuidado e uma

¹⁴ Padilla, Beatriz, Rui Portugal, David Ingleby e Claudia de Freitas. 2009. Boas Práticas na Saúde e na Migração na União Europeia. In Ana Fernandes e Jose Pereira Miguel, *Health and Migration in the EU: Better Health for All in and inclusive society*, edited by the Portuguese Presidency of the EU Council. Pro-Book Publishing Limited: London, pp. 101-115.

análise que possibilite adaptar semelhante lista às populações alvo. Por isso, não deixámos de salientar alguns aspectos.

Listagem de Boas Práticas

Aspectos Gerais:

- As populações Imigrantes são heterogéneas e diversas. Os imigrantes vêm de diferentes países, culturas, e estatutos socioeconómicos. As comunidades imigrantes são diferentes mesmo no território nacional, sendo este um aspecto que os programas devem ter em consideração.
- Os imigrantes são indivíduos detentores de conhecimento no seu país de origem. Sabem e conhecem a organização social no qual se mobilizam. Deste modo a vulnerabilidade dos imigrantes na sociedade acolhedora advém da incerteza e da sua capacidade limitada em navegar no âmbito do sistema legal e não se deve à ignorância.
- Os imigrantes são detentores de práticas imbuídas na sua cultura, mas a cultura não pode ser essencializada ou naturalizada, no sentido em que todas as práticas culturais têm sido construídas. A fronteira de aceitação de práticas culturais deve ser os Direitos Humanos.
- A desigualdade é um dos principais problemas que os imigrantes enfrentam, sendo que em muitas situações as barreiras resultam de diferenças culturais e obstáculos erigidos em torno do acesso a recursos e direitos.
- Todas as práticas (boas ou más) se baseiam num conjunto de valores. A identificação prévia destes valores é central na avaliação das práticas que são encetadas. Os valores podem estar tão embutidos nas práticas que são de difícil identificação. Os valores

transversais são, igualdade, humanidade, o valor da vida, a não discriminação, etc.

- Programas holísticos tendem a ser mais eficientes devido ao facto de incorporarem uma interpretação da saúde e dos problemas nesse contexto. Deste modo, olhar para os determinantes sociais gerais da saúde é de extrema importância.

Acessibilidade & Qualidade

- O acesso universal assegura uma boa saúde pública.

- Uma boa saúde pública e direitos humanos são mais importantes do que estatutos legais.

- O acesso aos serviços é tão importante como a qualidade dos serviços.

- Uma resposta de qualidade às necessidades dos imigrantes depende da interpretação correcta dos seus problemas. Ter uma equipa capaz de lidar com a interpretação das necessidades é incontornável. Providenciar acções de formação para profissionais da saúde é um elemento chave na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

- Ferramentas transversais que melhoram o acesso e a qualidade são: a existência de serviços de tradução, disseminação numa linguagem compreensível quer do ponto de vista oral, quer escrita, informação total no que se refere às implicações através do aconselhamento, entre outros domínios.

- Criação de ambientes hospitalares, nos centros de saúde e unidades sociais, amigáveis para os imigrantes (existem muitas

recomendações das redes já existentes) que tendem a propiciar acessibilidade e qualidade.

- A melhoria das competências e capacidades em compreender o funcionamento dos sistemas sociais e de saúde, como meio de evitar que os imigrantes se deparem com uma situação de dependência.
- Programas que providenciam competências aos imigrantes e reforçam o seu *empowerment*, fomentando a sua agencialidade e reduzindo a sua vulnerabilidade a longo prazo.
- As práticas não se devem centrar particularmente em nenhuma das partes envolvidas (profissionais da saúde ou utentes) pois ambos são importantes.

Para as crianças, as mulheres e os idosos

- As práticas devem incluir as populações alvo no planeamento (incorporar as suas opiniões e envolvê-los tornando-os também responsáveis) como parceiros activos na procura de soluções para os seus problemas.
- As crianças imigrantes, as mulheres e os idosos devem estar envolvidos em todos os níveis e não devem ser vistos como totalmente dependentes e destituídos de poder.
- As mulheres imigrantes e as crianças podem necessitar de apoio e serviços específicos no caso de violência (doméstica, física, psicológica), dentro deste, o apoio refere-se principalmente à habitação e protecção dos ofensores, assim como apoio psicológico.

- As mulheres e crianças de tráfico devem usufruir de apoio especializado e protecção que abrange desde o apoio psicológico ao aconselhamento legal.
- As crianças imigrantes assim como seus progenitores são grupos que podem eventualmente precisar de apoio e assistência no processo de transição, nomeadamente no que se refere à reunificação familiar.
- Para os imigrantes reformados, o envelhecimento activo é um bom princípio.

Sistema de Saúde e Social

- As práticas imbricadas no sistema público tendem a ser melhores do que os modelos da sociedade civil. Evitam problemas como a falta de financiamento, são não assistencialistas e tendem a melhorar o sistema.
- A melhoria dos serviços de saúde e sociais para os imigrantes são importantes também para as populações nacionais, particularmente no que respeita ao enaltecimento da competência cultural, as desigualdades e a qualidade.

NOTAS CONCLUSIVAS

Quais são os temas que devem ser incorporados nesta secção, tendo em conta todas as questões após uma reflexão mais aprofundada, que foram abordadas ao longo do workshop transnacional realizado no âmbito do projecto Healthy and Wealthy Together? Certamente que sai reforçada a evidência do entrelaçamento entre a pobreza, enquanto um determinante da

vulnerabilidade entre as populações imigrantes, particularmente no que concerne às crianças, mulheres e idosos e não o inverso. Isto é um aspecto importante a ter em conta quando se aborda as questões em torno da imigração e a criação de políticas para os segmentos populacionais identificadas como população alvo.

Um aspecto igualmente a ter em conta é o facto de não obstante a raça e a etnicidade serem categorias importantes no domínio do estudo das migrações, olhar para a cultura, as diferenças culturais, a pobreza e o estatuto socioeconómico revelam ser incontornáveis de análise. Por outras palavras, se os imigrantes percebem a saúde e a doença em função de crenças culturais, entre outros aspectos, o seu estatuto socioeconómico, os recursos que estão disponibilizados e ao seu alcance e o capital social são elementos que facilitam ou pelo contrário, dificultam a acessibilidade aos serviços sociais e de saúde. Deste modo, não é a “cultura” que determina o estado geral de saúde.

Um aspecto que valerá a pena realçar é do domínio das políticas, pois os centros de tomada de decisão, aquando do delineamento de instrumentos e programas contra a exclusão devem não apenas se centrar nas questões em torno das diferenças culturais, mas também na pobreza, estatuto socioeconómico e ausência de recursos. Por outro lado, no que se refere à intervenção, se esta se baseia unicamente no elemento cultural, os resultados (de políticas e programas) tendem a partir de uma visão essencialista, acabando por reforçar e criar mais barreiras para as populações migrantes e nacionais.

Isto não significa que a intervenção seja esvaziada de elementos culturais, diversidade e sensibilidade. Pelo contrário, a combinação entre os aspectos que reportam para a “cultura” e as dimensões

socioeconómicas tendem a ser mais bem sucedidas quer em termos financeiros, quer em termos populacionais. Esta abordagem cultural – social - económica sai fortalecida do ponto de vista político. Recordemos que a imigração é uma questão politizada e tal como fora mencionado anteriormente num contexto de crise, a imigração tende a ser bode expiatório para muitos dos problemas. Esta abordagem tripartida, poderá colmatar esta tendência.

A abordagem socioeconómica é crucial no caso das boas práticas, quer em termos da sua justificação, quer em termos de trabalho de terreno. Do ponto de vista das entidades financiadoras, os programas legitimam-se quanto mais abrangentes em termos de variabilidade das populações (que partilham determinadas características, não apenas do foro cultural mas também socioeconómico) que abrangem: imigrantes, minorias étnicas – nacionais, populações de baixo rendimento, populações deslocadas, etc. No que diz respeito ao terreno, não fará sentido excluir pessoas pela sua origem nacional/étnica/racial dos serviços, quando podem necessitar de vacinação ou consultas de rotina. Deste modo, e pelo contrário, o esforço deve ser canalizado para a expansão dos serviços às diversas populações. Para citar um exemplo, a unidade móvel da Venda-Nova não exclui (nem é esse o seu intuito) o atendimento e acesso aos serviços que este proporciona, a nacionais portugueses que residem no bairro.

Uma observação pertinente é que as Boas Práticas devem ser consideradas bons exemplos, no entanto, a maioria não propiciam respostas gerais às limitações do sistema, sendo o seu alcance de pouca envergadura. Ainda que sejam audazes e de elevado valor, não devem ser vistas como alicerces. As Boas Práticas são boas ideias advindas do terreno, por parte dos operacionais que se deparam diariamente com dificuldades. No entanto, as soluções que

implementam são sempre parciais e tal como a Padilla et al (2009¹⁵) sugere providenciam um bom e competente retalho, mas não se configuram como soluções universais. Tendem também a colmatar algumas das deficiências das políticas públicas, mas não são soluções a longo prazo, nem tão pouco devem assumir a responsabilidade que confere ao Estado nestas matérias. Um aspecto positivo das Boas Práticas é que nos permitem compreender melhor a relação entre a comunidade e o sistema.

Em jeito final, uma palavra de cautela relacionado com olhar os imigrantes como “uma população vulnerável”. Muitas das situações, de facto, indicam que os imigrantes e designadamente as crianças, mulheres e idosos, são populações em risco e mais sujeitas à exclusão e privação. Todavia, também não cessam de ser sujeitos que querem intervir nas soluções para os seus problemas, cultivando assim um processo emancipatório e de agencialidade. Deste modo, um enfoque e abordagem centrada na vulnerabilidade necessita de ser cautelosa. Os imigrantes enfrentam barreiras, obstáculos, e muitas dificuldades, mas não são populações totalmente passivas e destituídas de poder. Pelo contrário, sobrevivem o processo migratório, das regiões mais longínquas e variadas, o que as torna populações fortes e determinadas.

LIGAÇÕES INTERNET

<http://www.mipex.eu/>

<http://www.fondazionepatriziopaoletti.org/>

<http://www.caritaspiacenzabobbio.org/>

¹⁵ Padilla, Beatriz, Rui Portugal, David Ingleby and Claudia de Freitas. 2009. Good Practice Report on Health and Migration in the European Union. In Ana Fernandes and Jose Pereira Miguel, *Health and Migration in the EU: Better Health for All in and inclusive society*, edited by the Portuguese Presidency of the EU Council. Pro-Book Publishing Limited: London, pp. 101-115.

<http://www.euimmigration.org/>

<http://www.scalabrini.org/>

<http://www.escolainterultural.pt/>

<http://picum.org/en>

<http://picum.org/en/publications/conference-and-workshop-reports/25872/>

<http://picum.org/en/publications/conference-and-workshop-reports/25474/>

<http://www.nicem.org.uk/>

<http://www.iom.int/jahia/Jahia/activities/by-theme/migration-health>

http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2010_capacity_needs_health_aspects.pdf

http://www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/en/index.html

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf

<http://www.programaescolhas.pt/>

<http://www.acidi.gov.pt/>

http://mighealth.net/index.php/Main_Page

<http://www.migrant-health-europe.org/>

<http://www.migrant-health-europe.org/files/AMAC%20Public%20Report.pdf>

<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/HealthMigrationEU2.pdf>

<http://www.un-instraw.org/grvc/news/new-publication-migration-and-health-in-europe>

<http://www.un.org/>

<http://www.unhcr.ch/>

<http://www.gcim.org/en/>

<http://www.icmh.ch/>

<http://www.forcedmigration.org/>

<http://www.icmpd.org/>

ANEXOS

Programa da Conferência

HEALTHY & WEALTHY TOGETHER

Desenvolvimento de módulos europeus
comuns sobre os migrantes,
saúde e pobreza

3.º Workshop Transnacional

HEALTH AGAINST POVERTY IN EUROPE

***focus on: Child, women and older retired
migrants***

from Third National Countries

**12 -15 de Abril de 2011
AMADORA – Portugal**

Local:

Academia Militar (Workshop - 13 a 15 de April).

<http://www.academiamilitar.pt/contactos/aquartelamento-da-amadora.html>

Av. Conde Castro Guimarães
2720-113 Amadora
Portugal

<http://www.qec-eran.org/>
<http://project1.qec-eran.or>

Terça-Feira, 12 de Abril
(16.00-18.00)
Reunião do Grupo de Coordenação 4 (SGM4)

Apenas para os coordenadores do Projecto

Local:

Biblioteca Municipal Dr. Fernando Piteira Santos – Amadora

Av. Conde Castro Guimarães, 6
Reboleira – 2720 AMADORA

18.30 – *Concerto da orquestra Geração*
Recreios da Amadora (Av. Santos Matos, N.º. 2, Venteira-Amadora)

Quarta-Feira, 13 de Abril
(09.00-13.00)

(09.00-09.30) Recepção dos participantes

- Carla Tavares, "Boas-vindas", *Vice-Presidente da Câmara Municipal da Amadora, responsável pelos Pelouros da Educação, Habitação, Acção Social, Juventude, Desporto e Saúde, Portugal.*
- Haroon Saad, "Apresentação e enquadramento do Workshop", *Director do Qec-ERAN, Bélgica.*
- Giulia Cantaluppi, "Objectivos e metodologia do projecto", *Coordenadora do Projecto H&W, Bélgica.*
- Rosário Farmhouse, "Contextualização do problema a nível nacional", *Alta Comissária para a Imigração e Diálogo Intercultural, Portugal.*
- Cristina Santinho, "Um olhar sobre migrações, saúde e pobreza", *Investigadora do Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA), Instituto Superior de Ciências Empresariais e Emprego (ISCTE/IUL), e Presidente da Associação " Grupo Imigração e Saúde", Portugal.*

Perguntas e Respostas (15 m)

Intervalo 11.00 -11.30

(11.30-13.30)
TEMA 1: Pobreza infantil e migração na Europa

- Olga Fonseca, "Pobreza infantil na Europa – Tendências & desafios", Fundação CEBI & Sérgio Araújo, Expert independente, Eurochild Portugal.
- Marco Benini, "Implicações educacionais e sociológicas sobre a temática das crianças imigrantes e pobreza", *perito em processos educacionais, Fondazione Patrizio Paoletti, Itália.*

WG1 Estudos de caso:

Facilitador: Marco Benini

- Catarina Portelheiro, Maria Adelaide Verde e Joana Menezes, "Projecto de Intervenção Comunitária em Saúde Materno-Infantil e Planeamento Familiar", *Enfermeiras da Unidade Móvel – ACES VII – Amadora, Portugal.*
- Massimo Magnaschi e Francesco Milione "Integração de menores e processo de inclusão na Província de Piacenza", *Itália.*
- Max Petrushkin, "Crianças de BME... a experiência da Irlanda do Norte", *Centro de Aconselhamento a Imigrantes Belfast, Reino Unido.*

Almoço buffet no local (13.30-14.45)

(14.45-17.00)
Trabalhos de Grupo sobre o TEMA 1
(Divisão em 3 GRUPOS)

Apenas para os parceiros transnacionais

20.30 –Jantar

Quinta-Feira 14 de Abril
(09.00-13.30)
TEMA 2: Mulheres, Pobreza e Migrações

- *Perito: Samia Brahim, "As mulheres migrantes: uma mais valia apesar das ameaças permanecerem", Consultora no Conselho Euromediterrânico TIC, Estratégia, Gestão e Organização, França.*

Perguntas e Respostas

WG2 Estudos de Caso:

Facilitador: Somia Brahim

- Gabriella Mureto, "Orientações Operacionais para a intervenção de emergência em caso de violência doméstica", *Coordenadora Local do Projecto, Milão, Itália.*
- Nigel Brookhouse, "Igualdade, e uma chávena de chá", *Narhex Birmingham, Reino Unido.*

Intervalo 11.00-11.30

- Katerina Chaireti, "Trabalhos forçados contra as mulheres imigrantes: um crime visível, mas também dissimulado", *Centro de Investigação em Assuntos sobre Mulheres (RCWA), Grécia.*
- Pilar Baraza e Teresa Granados, "Um olhar sobre a saúde da mulher: um caso de parceria no Município de Roquetas de Mar", *Roquetas de Mar, Espanha.*

Almoço buffet no local (13.30-14.30)

MESA REDONDA e discussão (uma hora)

**VISITA DE ESTUDO
(15.30-17.30)**

Apenas para os parceiros transnacionais (opção pelas visitas 1 ou 2)

1. Escola Intercultural das Profissões e do Desporto da Amadora

<http://www.escolaintercultural.pt/>

A EIPDA foi criada em 1999 com suporte da Câmara Municipal da Amadora, em parceria com a Cooptécnica/ Escola Profissional Gustavo Eiffel e a AERLIS. Representa uma alternativa aos cursos académicos e ao abandono e insucesso escolares, através da educação profissional. Pretende-se que os cursos e formação constituam uma resposta eficaz às necessidades do mercado de trabalho.

2. Associação Unidos de Cabo Verde

<http://www.aucv.blogspot.com/>

A AUCV foi criada na Amadora há 20 anos e desde então que tem vindo a desempenhar funções sociais, e culturais de suporte para seus associados e para a população local, que maioritariamente apresenta indicadores de exclusão social.

Apenas para os parceiros transnacionais

20.30 –Jantar

**Sexta 15 de Abril
(09.30-12.30)
TEMA 3 – Imigrantes Idosos**

- Cristina Roldão, "Imigrantes idosos: A nova face da imigração em Portugal", *Investigadora no Centro de Estudos de Sociologia (CIES), Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE/IUL)*.

WG3 Estudo de Caso:

- Anne Berthier, *de SaCoRa Lyon, França*

Perguntas e Respostas (15 minutos)

Divisão dos participantes por pequenos grupos de trabalho para a discussão final

APRESENTAÇÃO DO TRABALHO dos grupos

- Beatriz Padilla, *Conclusão do PRW3, Investigadora Sénior no Centro de Estudos de Sociologia (CIES), Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE/IUL)*.

**12.30-13.30 Brunch no local
E FINAL DA CONFERÊNCIA**

Para informações:

Giulia Cantaluppi
g.cantaluppi@cec-eran.org
Tel.: +32/491562805

Ana Monteiro
ana.monteiro@cm-amadora.pt
Tel: +351/214948200, ext.
1811/1814
+351/969020274

Lista de Participantes

NOME	PARCEIRO
ANGELIKI TSEVA	GREECE
ANN BOLSTRIDGE	BIRMINGHAM
ANNE BERTHIER	LYON
ASSUNTA PARADISO	PIACENZA
BOYDELL LESLEY	BELFAST
CARMELA BAGNATO	MILANO
CATHERINE DOHERTY	BELFAST
DAVE NEWALL	BIRMINGHAM
DENISE WRIGHT	BELFAST
FRANCESCO MILLIONE	PIACENZA
GABRIELA MURETTO	MILANO
GIULIA CANTALUPI	BELGIUM
HANANE EL MANSOURI	ROQUETAS
HAROON SAAD	BELGIUM
JUAN FRANCISCO IBORRA	ROQUETAS
KATERINA CHAIRETI	GREECE
KRIMNIANIOTI MARIA	GREECE
LISA GOODSON	BIRMINGHAM
MALORIE GENY	LYON
MARCO BENINI	EXPERT
MASSIMO MAGNASCHI	PIACENZA
MATA KALOUDAKI	GREECE
MAX PETRUSHKIN	BELFAST
NICOLA HAUW	BELGIUM
NIGEL BROOKHOSE	BIRMINGHAM
OLIVIA NEVISSAS	LYON
PILAR BARAZA	ROQUETAS
PIRILLO ANNA	PIACENZA
SAMIA BRAHIMI	EXPERT
TERESA GRANADOS	ROQUETAS
ZINEB DOULFIKAR	LYON

ALCIDES MENDES	ASS. ESPAÇO JOVEM SANTA FILOMENA
ALEJANDRA ORTIZ	CIES-ISCTE/IUL
ALPIO MORRIS	UCSP REBOLEIRA (C.SAUDE)
ANA MENDES	CMA (CAMARA MUNICIPAL AMADORA)
ANA MONTEIRO	CMA (CAMARA MUNICIPAL AMADORA)
ANTONIO CARLOS	ASPAS
ANTONIO QUARESMA	A PARTILHA
BEATRIZ PADILLA	CIES-ISCTE/IUL
CARLA CALDEIRA	CMA (CAMARA MUNICIPAL AMADORA)
CATARINA PORTILHEIRO	UCSP, VENDA NOVA
CRISTINA ROLDÃO	CIES-ISCTE/IUL
CRISTINA SANTINHO	CRIA-ISCTE/IUL
DINA MOREIRA	CMA (CAMARA MUNICIPAL AMADORA)
ELISABETE BAPTISTA	ESC. FRANCISCO MANUEL MELO
ERIKA MASANET	CIES-ISCTE/IUL
JOANA MENEZES	UCC AMADORA - ACES VII
JORGE MIRANDA	FUNDAÇÃO BENFICA
LILIANA CRUZ	CMA (CAMARA MUNICIPAL AMADORA)
MA. ADELAIDE MARTINS	UCC AMADORA - ACES VII
MA. CLARA RODRIGUES	CMA (CAMARA MUNICIPAL AMADORA)
MA. JOANA LEMOS	
MA. MANUELA ESTEVES	CMA (CAMARA MUNICIPAL AMADORA)
OLGA FONSECA	FUNDAÇÃO CBI
SILVIA LOPES	CMA (CAMARA MUNICIPAL AMADORA)
SONIA HERNADEZ PLAZA	CIES-ISCTE/IUL
SONIA ROCHARTE	CMA (CAMARA MUNICIPAL AMADORA)



Lisboa, 30 Junho 2011