

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Direitos e acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva das mulheres Sikh Punjabi residentes na área metropolitana de Lisboa

Teresa Mamede

Mestrado em Sociologia

Orientadora:
Doutora Violeta Alarcão, Investigadora Integrada,
CIES, Iscte-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2023



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Sociologia

Direitos e acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva das mulheres Sikh Punjabi residentes na área metropolitana de Lisboa

Teresa Mamede

Mestrado em Sociologia

Orientadora:
Doutora Violeta Alarcão, Investigadora Integrada,
CIES, Iscte-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2023

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Violeta Alarcão, que fez muito mais do que me orientar. Obrigada por tudo o que me ensinou, por toda a compreensão, disponibilidade, encorajamento e solidariedade.

Em segundo lugar queria agradecer a todas as pessoas que aceitaram participar neste estudo, dando do seu tempo. E em especial às mulheres que foram o centro de tudo isto, por toda a paciência, por tudo o que partilharam e por toda a riqueza que me trouxeram, por toda a comida maravilhosa que me ofereceram e por toda a solidariedade.

Quero agradecer à Solidariedade Imigrante e a todas e todos que fazem da luta pelos direitos dos imigrantes a sua vida, foram eles o começo. E por isso agradeço, e também pela solidariedade.

Agradeço a todas as minhas companheiras e companheiros de biblioteca, Raquel, Mariana, António, Cláudio, Francesco, pela companhia, pela partilha e solidariedade. E também ao Sr. Paulo e à Dona São pela alegria dos almoços e por toda a solidariedade.

Agradeço às minhas companheiras da Habita, da Stop Despejos, do MRH e da Sirigaita, pela raiva e pelo prazer de lutar. E pela solidariedade.

À Ana, companheira de todas as lutas, por toda a força, imaginação, beleza e a maior solidariedade.

À Monique e ao Francisco, pela magia e paz que trouxeram aos meus dias, e pela paciência e solidariedade.

À Jessica e à Monique (outra vez) pela inspiração, pela confiança, por tudo o que é impossível pôr em palavras, e pela solidariedade.

Aos meus pais, a quem devo tudo, a quem agradeço por tudo, que me deram a coisa mais valiosa: o privilégio do tempo. Obrigada pela vossa solidariedade.

Resumo

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) engloba uma perspectiva positiva de saúde, que tem em conta direitos humanos, direitos sexuais e empoderamento feminino. Os efeitos do empoderamento feminino na SSR têm sido estudados extensivamente, mas há ainda lacunas no conhecimento da sua relação com o contexto migratório.

Com base num estudo de caso, esta dissertação visa compreender o impacto que o empoderamento feminino das mulheres Sikh Punjabi residentes na Área Metropolitana de Lisboa tem no acesso e utilização de serviços de SSR, através das suas perceções, práticas, experiências e expectativas. Recorreu-se a uma abordagem qualitativa, assente em observação direta e participante e 13 entrevistas em profundidade semiestruturadas a residentes Sikh Punjabi e atores estratégicos da área da saúde e migrações, tentando visibilizar esta comunidade e contribuir para a melhoria dos serviços de saúde.

Verificou-se que os problemas identificados na utilização dos serviços de SSR são bastante homogéneos, embora nem sempre sejam pautados por experiências negativas. As principais críticas feitas ao Serviço Nacional de Saúde referem-se à dificuldade na marcação de consultas nos Centros de Saúde, ao hiato temporal entre a marcação e a data da consulta, à falta de minúcia dos profissionais de saúde na fase do diagnóstico e, sobretudo, às dificuldades na comunicação com os profissionais.

Apesar dos efeitos perniciosos das barreiras encontradas, vimos que as mulheres Sikh Punjabi não foram demovidas da sua convicção de que têm direito a aceder a cuidados de saúde de qualidade. As estratégias implementadas demonstram o potencial para a construção de um processo de empoderamento coletivo.

Palavras-chave: saúde sexual e reprodutiva, empoderamento feminino, migração, Sikh Punjabi

Abstract

Sexual and reproductive health (SRH) embraces a positive health perspective that takes into account human rights, sexual rights and women's empowerment. While the effects of women's empowerment on SRH have been extensively studied, there are still knowledge gaps regarding its relationship with the migratory context.

Based on a case study, this dissertation aims to understand the impact that the empowerment of Punjabi Sikh women living in the Lisbon Metropolitan Area (AML) has on their access to and use of SRH services, through their perceptions, practices, experiences and expectations. A qualitative approach was used, based on direct and participant observation and 13 semi-structured in-depth interviews with Sikh Punjabi residents and stake holders from health and migration fields, in an attempt to raise awareness of this community and contribute to improving health services.

It was found that the problems identified in the use of SRH services are fairly homogeneous, although they are not always characterised by negative experiences. The main criticisms levelled at the National Health Service refer to the difficulty in booking appointments at Health Centres, the time gap between booking and the date of the appointment, the lack of detail on the part of health professionals during the diagnosis phase, and above all the difficulties in communicating with professionals.

Despite the pernicious effects of the barriers encountered, we have seen that Punjabi Sikh women have not been deterred from their conviction that they have the right to quality healthcare. The strategies implemented demonstrate the potential for fostering a process of collective empowerment.

Keywords: sexual and reproductive health, women's empowerment, migration, Sikh Punjabi

ÍNDICE

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	iii
Abstract	iv
Lista de Abreviaturas.....	vii
INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1.1. Empoderamento feminino.....	4
1.1.1. Conceptualização de empoderamento feminino.....	5
1.1.2. Desafios na operacionalização e avaliação do empoderamento feminino.....	6
1.2. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos – porque é que o empoderamento feminino é importante?	7
1.2.1. O Sistema Nacional de Saúde e a população migrante.....	8
1.3. Sikhs Punjabi	10
1.3.1. A questão de género no Sikhismo	12
1.3.2. Os Sikhs em Portugal.....	12
2. METODOLOGIA	14
2.1. Abordagem metodológica e instrumentos de recolha de dados	14
2.2. Amostra do estudo	16
2.3. Entrada no terreno.....	17
2.4. Gestão e análise dos dados.....	19
2.5. Reflexividade, considerações éticas e limitações do estudo	20
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO	24
3.1. Perspetivas dos atores estratégicos	24
3.2. Diferentes domínios da vida: trabalho, educação e domicílio	26
3.3. Processos de tomada de decisão.....	28
3.4. Perceções sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.....	33
3.5. Considerações sobre empoderamento.....	36
CONCLUSÃO	38

BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXOS.....	46
ANEXO A – Indicadores e variáveis escolhidos para a avaliação do empoderamento das mulheres Sikh Punjabi, de acordo com as três dimensões de empoderamento consideradas.....	47
ANEXO B – Guião para as entrevistas individuais a mulheres Sikh Punjabi	48
ANEXO C – Guião para as entrevistas a atores estratégicos.....	50
ANEXO D – Dados gerais sobre as mulheres Sikh Punjabi entrevistadas	51
ANEXO E – Dados gerais sobre os atores estratégicos entrevistados.....	52
ANEXO F – Fotografias	53
ANEXO G – Parecer da Comissão de Ética do ISCTE	60

Lista de Abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACM	Alto Comissariado para as Migrações
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AML	Área Metropolitana de Lisboa
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
CDI	Comissão da Diversidade e Inclusão
CHULC	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
CNAIM	Centro Nacional de Apoio a Integração de Migrantes
CRP	Constituição da República Portuguesa
DMD	Divisão da Mobilidade de Doentes
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
ICPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
INE	Instituto Nacional de Estatística
IOM	<i>International Organization for Migration</i>
ISCTE	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
MAC	Maternidade Alfredo da Costa
NPT	Nacionais de Países Terceiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UN	<i>United Nations</i>
UNFPA	<i>United Nations Population Fund Agency</i>
USF	Unidade de Saúde Familiar
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
WHO	<i>World Health Organization</i>

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde sexual e reprodutiva (SSR) tem evoluído ao longo do tempo, de uma perspetiva negativa de saúde, focada na prevenção de doenças, para uma conceptualização mais abrangente, que reconhece a importância de outras dimensões, como os direitos humanos, incluindo os direitos sexuais, e o empoderamento feminino (WHO, 2017).

Nas últimas décadas, assistimos a alguns avanços ao nível legal e das políticas públicas no reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na Europa (Thomasen, 2016). Não obstante, significativas desigualdades e disparidades no exercício destes direitos continuam a afetar alguns grupos marginalizados de mulheres, particularmente as mulheres migrantes, dado o crescimento e heterogeneidade dos fluxos migratórios e o fenómeno da feminização da migração (WHO, 2019). A migração pode reforçar barreiras estruturais e desigualdades de género, mas também tem potencial para promover o empoderamento (Ghosh, 2009).

Ao nível das políticas de desenvolvimento, nacionais e internacionais, tem vindo a ser reafirmada a interdependência entre o empoderamento feminino e a SSR (WHO, 2016), já que o controlo da reprodução e sexualidade femininas é uma das formas mais perniciosas da subjugação das mulheres a nível global.

Os efeitos do empoderamento feminino na SSR têm sido estudados de forma bastante extensa (Upadhyay *et al.*, 2014; James-Hawkins *et al.*, 2016; Prata *et al.* 2017a; Prata *et al.*, 2017b), mas há ainda muito por investigar na sua relação com o contexto migratório.

O interesse pelo tema da SSR, que deu azo a esta dissertação, surgiu em 2017 quando trabalhei como voluntária na Solidariedade Imigrante, uma associação que luta pelos direitos dos imigrantes em Portugal. Uma das áreas de maior foco da associação naquela altura era o acesso à saúde, em particular das mulheres grávidas, grupo particularmente vulnerável neste contexto. As mulheres Sikh Punjabi destacaram-se, naquela altura, por serem tão numerosas e pela urgência de intervenção que grande parte dos casos exigiam.

Os Sikh Punjabi têm já expressão considerável em Portugal, sendo uma das comunidades que mais tem crescido nos últimos anos. São facilmente discerníveis de outras comunidades sul asiáticas por causa da sua indumentária (como o uso de turbante), decorrente de normas religiosas. Apesar disso, pouco se sabe sobre esta comunidade, verificando-se uma quase invisibilidade nos estudos, quer sobre migrações, quer sobre saúde. Os poucos estudos existentes debruçam-se sobre as suas práticas migratórias e apontam Portugal como um país de transição, já que as leis de imigração mais favoráveis permitem a entrada na Europa (McGarrigle & Ascensão, 2017). Só recentemente começaram a surgir estudos que reconhecem que a comunidade se está a fixar em Portugal e que olham para as suas práticas transnacionais (ver, por exemplo, Lopes, 2020).

Este é um estudo exploratório que pretende contribuir para a produção de conhecimento sobre a importância do empoderamento na SSR e, em particular, para a visibilidade dos Sikh Punjabi em Portugal, tendo sido guiado pela seguinte pergunta de partida:

Qual o papel do empoderamento das mulheres Sikh Punjabi residentes na Área Metropolitana de Lisboa (AML) no acesso e utilização de cuidados de saúde sexual e reprodutiva (SSR)?

Para dar resposta a esta pergunta de partida, foram delineados três objetivos gerais:

- Conhecer as perceções, práticas, experiências e expectativas das mulheres Sikh Punjabi residentes da AML no acesso e utilização de serviços de SSR;
- Compreender de que forma é que o empoderamento feminino na comunidade Sikh Punjabi residente na AML pode impactar o acesso e utilização de serviços de SSR;
- Produzir recomendações para a qualidade dos serviços de SSR, culturalmente sensíveis, com foco no atendimento à comunidade Sikh Punjabi.

Com o intuito de atingir estes três objetivos, recorreu-se a uma abordagem qualitativa, assente num estudo de caso formado por mulheres Sikh Punjabi residentes na AML. Recorreu-se a observação direta e participante e foram feitas 13 entrevistas em profundidade semiestruturadas: seis a mulheres residentes, duas a casais, e cinco a atores estratégicos, como profissionais de saúde ou de organizações relevantes da sociedade civil. Para além disso, analisaram-se documentos de políticas públicas com foco no acesso à saúde de população migrante em Portugal. A partir do material recolhido, foi possível chegar a conclusões e tecer considerações sobre o papel do empoderamento das mulheres Sikh Punjabi no acesso e utilização de cuidados de SSR na AML.

Esta dissertação está organizada em cinco partes: Introdução, Enquadramento teórico, Metodologia, Análise e discussão dos resultados, e Conclusão. No capítulo que se segue, o Enquadramento teórico, apresentamos os principais conceitos mobilizados e analisamos a relação entre o conceito de empoderamento e de saúde sexual e reprodutiva; os valores fundacionais do Sikhismo e o impacto que a religião e a cultura Punjabi têm na questão de género. No segundo capítulo, fazemos uma apresentação das opções metodológicas tomadas no estudo. É justificado o enquadramento enquanto estudo de caso com carácter etnográfico e a escolha dos diferentes indicadores para avaliar o empoderamento, bem como os métodos de seleção dos participantes e as circunstâncias da entrada no terreno de estudo. Os resultados são apresentados e discutidos no terceiro capítulo – Análise e discussão. Começamos por dar conta da perspetiva dos atores estratégicos entrevistados sobre a relação entre a comunidade Sikh Punjabi e os serviços de saúde. De seguida, é feito um enquadramento sobre o trabalho, a educação e o domicílio das mulheres Sikh Punjabi entrevistadas e respetivos maridos, na Índia e em Portugal. São descritos os processos de tomada de decisão quanto às questões de mobilidade, conjugalidade e vida doméstica e as perceções sobre o acesso e utilização dos serviços de SSR. Para rematar a análise dos resultados, são feitas algumas considerações sobre o empoderamento das mulheres Sikh Punjabi, retomando o enquadramento teórico apresentado no primeiro capítulo. Por fim, na Conclusão,

recuperamos os resultados mais relevantes quanto às experiências das mulheres Sikh Punjabi no acesso à saúde, numa tentativa de contribuir para futuros caminhos de investigação e de melhoria das políticas públicas em saúde.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Empoderamento feminino

Ao longo das últimas duas décadas, o conceito de empoderamento feminino tornou-se ubíquo internacionalmente no discurso sobre desenvolvimento. Várias organizações nacionais e internacionais, no âmbito das políticas de desenvolvimento económico e social, têm vindo a afirmar a necessidade de combater as profundas desigualdades ancoradas na questão do género. É disso exemplo o Objetivo para o Desenvolvimento Sustentável 5 (UN, 2015) – a promessa de empenhar esforços globalmente para alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e meninas até 2030. Do ponto de vista das políticas de desenvolvimento, o empoderamento feminino é visto como um objetivo em si mesmo, e também como uma forma de promover o desenvolvimento em geral, já que o papel fundamental que as mulheres ocupam nas famílias e comunidades, como principais cuidadoras, é potenciador da replicação de resultados positivos em diversas esferas, como a saúde (Kar *et al.*, 1999).

As primeiras aplicações do conceito de empoderamento feminino no contexto do desenvolvimento internacional, a partir dos anos 70, foram informadas pelo trabalho de ação coletiva de base dos movimentos feministas, com uma abordagem que privilegiava a transformação das relações de poder entre homens e mulheres, a favor da igualdade (Batliwala, 1993, 2007). Neste período, a questão do empoderamento é tratada na literatura como apresentando duas facetas profundamente imbricadas (Batliwala, 1993; Kabeer, 1994; Sen, 1997): a ação coletiva, ou a transformação das raízes estruturais da desigualdade, e a transformação das consciências individuais, esta última ligada à ideia de consciência crítica ou conscientização, o termo cunhado pelo educador brasileiro Paulo Freire (1972) para explicar que, para agir, os sujeitos têm primeiro de reconhecer e compreender a sua opressão (social, política, económica).

Do ponto de vista da teorização sociológica, este enquadramento remete para o problema da relação entre as ações, individuais ou de grupos, e as estruturas sociais existentes, no âmbito da compreensão e explicação das transformações sociais.

Uma tentativa, embora já não muito recente, mas ainda assim bastante atual e influente, de resposta a uma das mais antigas questões de todas as correntes sociológicas (Pires, 2007), ou seja, compreender e explicar como as ações humanas se relacionam com as estruturas sociais e as transformam, é a teoria da estruturação de Giddens (1984, 1993). O pensamento de Giddens representa um esforço teórico imenso (ontológico e epistemológico) de superação de várias tradições sociológicas, desde as mais objetivistas (positivismo, funcionalismo, estruturalismo) até às mais subjetivistas (fenomenologia, interpretativismo) (Bryant & Jary, 2001; Stones, 2017). Seria impossível, no âmbito deste trabalho, dar conta de todas as implicações da teoria da estruturação, bem como das críticas que ao longo do tempo lhe têm sido feitas, sobretudo as que criticam o carácter demasiadamente abstrato e generalista daquela

teoria (Stones, 2017). Também não será possível abordar os autores que continuaram e aprofundaram a teoria da estruturação, bem como os que a usaram nas suas investigações empíricas (Bryant & Jary, 2001). Os conceitos da teoria da estruturação representaram “sensitizing concepts” (Blumer, 1954)¹ para o enquadramento teórico das questões relativas ao empoderamento feminino e saúde, ou seja, campos que dependem da interação complexa entre o papel da cultura, as condições socioeconómicas, geopolíticas e legais, mas também das características individuais e das mudanças que ocorrem ao longo do curso de vida de um indivíduo.

Segundo Giddens (1993), a estrutura é constituída através da ação e, reciprocamente, a ação é constituída estruturalmente: “structure must not be conceptualized as simply placing constraints upon human agency, but as enabling” (p. 169). Este entendimento implica que, no domínio da análise social, não é dada primazia nem à experiência de um ator individual, nem a nenhuma forma de totalidade social (Giddens, 1984). Ao invés, são vistos como mutuamente interdependentes, modelando a vida social de uma forma dialética. É esta a tese central da teoria da estruturação, a que Giddens (1984) chamou dualidade da estrutura, que se traduz na recursividade da relação entre estrutura e agência no desenvolvimento das práticas sociais.

Para Giddens (1984), todas as pessoas são agentes cognoscitivos, o que significa que possuem conhecimento das condições e consequências do que fazem nas suas vidas quotidianas e que, por isso, monitorizam constantemente e ajustam as suas ações para atingir determinados objetivos. A questão da cognoscibilidade dos agentes é extremamente relevante na teoria da estruturação, uma vez que reconhece a capacidade das pessoas para a autorreflexão e autocrítica, proporcionando uma base teórica para vários graus de discordância, resistência e, assim, potencial para a transformação.

1.1.1. Conceptualização de empoderamento feminino

Não existe na literatura consenso quanto à definição do conceito de empoderamento feminino. Apesar disso, há alguns elementos-chave comuns à sua conceptualização, essencialmente elaborada numa perspetiva feminista, como os conceitos de opção, escolha, controlo, poder, agência recursos e oportunidades. Malhotra & Schuler (2005) definem empoderamento como a capacidade das mulheres para tomar decisões e afetar resultados importantes para si próprias e para as suas famílias. Batliwala (1994) vê o empoderamento como um processo simultaneamente externo e interno, que implica ganhar mais controlo sobre os recursos (condições externas), mas também sobre a própria consciência (crenças, valores e atitudes), condições essenciais para a capacidade de fazer escolhas. Sen (1994) privilegia a ideia de alteração nas relações de poder que limitam as opções e a autonomia das mulheres. De entre estas definições, emergem duas características comuns: o empoderamento como um processo e como

¹ O termo “sensitizing concepts” foi cunhado por Herbert Blumer (1954) e, segundo o autor, são conceitos que dão ao investigador social um sentido geral de referência e orientação na abordagem empírica, sugerindo direcções úteis para a investigação.

possibilidade ou capacidade para fazer escolhas. A conceptualização de empoderamento de Kabeer (2001) enquanto “the expansion in people’s ability to make strategic life choices in a context where this ability was previously denied to them” (p. 19) tem sido amplamente aceita e utilizada, por capturar o que é comum a diferentes conceptualizações de empoderamento, por ser aplicável a diversos contextos e permitir distinguir o conceito de empoderamento de outros conceitos semelhantes, como o conceito de autonomia, que mobiliza a ideia de independência, ao passo que o conceito de empoderamento convoca a ideia de interdependência. É esta última conceptualização de empoderamento que orienta o presente estudo.

De acordo com a formulação de Kabeer (2001), uma mulher a quem a possibilidade de fazer escolhas tenha sido negada é ou está desempoderada, mas, pelo contrário, uma mulher que tenha a possibilidade de fazer escolhas, apesar de ter “poder”, não é necessariamente empoderada, se essa possibilidade nunca lhe tiver sido negada. Esta conceptualização vê o empoderamento como um processo dinâmico, que envolve mudanças ao longo do tempo e compreende três dimensões inter-relacionadas: recursos ou pré-condições, incluindo recursos materiais, humanos e sociais; agência, ou o próprio processo, ou seja, a capacidade de definir objetivos e agir sobre eles (decisões de vida estratégicas), incluindo o processo de tomada de decisão e capacidade de negociação; e conquistas ou resultados, entendidos como as consequências do empoderamento para o bem-estar.

1.1.2. Desafios na operacionalização e avaliação do empoderamento feminino

A operacionalização e a questão de avaliar o empoderamento das mulheres merece atenção e é aqui que encontramos o maior desafio. Esta questão é amplamente discutida na literatura e são vários os fatores apontados para justificar estas dificuldades (Costa *et al.*, 2023; Desai *et al.* 2022; Kabeer, 2001; Malhotra & Schuler 2005; Sen, 1994).

Em primeiro lugar, se a desigualdade de género é um fenómeno complexo que se reporta a várias dimensões – social, económica, política, legal, psicológica – então também o empoderamento é um processo multidimensional (Desai *et al.*, 2022). Para além destas várias dimensões, é também essencial situar o empoderamento feminino em vários níveis, incluindo o individual e doméstico (micro), a comunidade (meso) e a sociedade (macro) (Desai *et al.*, 2022). A diversidade de termos, empregues de forma indistinta, e de conceptualizações, preclui que se crie um quadro sólido para a sua operacionalização empírica, o que, por sua vez, dificulta a comparação entre estudos e pode criar resultados inconsistentes (Malhotra & Schuler, 2005).

A determinação dos indicadores a mobilizar para avaliar o empoderamento das mulheres é talvez o fator mais problematizado. O empoderamento é eminentemente contextual, já que determinados comportamentos e atributos adquirem diferentes significados em diferentes contextos – por exemplo, a questão da liberdade de mobilidade tem bastante importância no contexto sul asiático, mas não é um indicador do nível de empoderamento de uma mulher em outra parte do mundo (Upadhyay *et al.*, 2014).

No entanto, no contexto do desenvolvimento internacional, e num quadro de direitos humanos, emerge a necessidade de formas de avaliação ancoradas em valores universais (como o direito à educação e à saúde e a independência económica), que permitam comparações entre países. Há na literatura uma discussão importante sobre a harmonização de ferramentas de avaliação intercontextuais que respeitem as especificidades locais (Malhotra & Schuler, 2005).

A avaliação da qualidade dinâmica do empoderamento é também desafiante, já que requer ferramentas empíricas que permitam medir um processo e não um estatuto. No entanto, o ênfase dado à agência na conceptualização de Kabeer (2001), como estando no centro do processo de empoderamento, permite concentrarmo-nos nas mudanças na agência e nos mecanismos através dos quais essas mudanças acontecem (Desai *et al.*, 2022). A agência é inerentemente difícil de medir, já que aquilo que podemos observar são os efeitos daquilo que as pessoas fazem, e não aquilo que as pessoas eram livres de ter feito (Hanmer & Klugman, 2016). Uma forma de tentar intuir estes processos internos (e invisíveis) de tomada de decisão é através da análise das escolhas que as pessoas fazem, como expressão da sua agência (Kabeer, 2001).

Para responder à pergunta de investigação, que relaciona o empoderamento feminino com o acesso e utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva, teremos, primeiro, de estabelecer a relação entre estes dois campos, ou seja, perceber porque é que o empoderamento é essencial à consecução do mais alto nível de saúde sexual e reprodutiva. É sobre estes temas que nos debruçaremos no subcapítulo seguinte.

1.2. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos – porque é que o empoderamento feminino é importante?

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) pode ser definida como o estado de bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade (WHO, 2017). A evolução do conceito tem progredido no sentido de uma abordagem mais abrangente, que olha para o bem-estar de uma forma geral, não apenas numa perspetiva centrada na prevenção ou erradicação da doença ou disfunção, mas englobando outras dimensões, como os direitos humanos, a igualdade de género e os direitos sexuais, numa perspetiva positiva da saúde. São várias as questões de saúde que podem ser incluídas no âmbito da SSR: os cuidados maternos e infantis, a prevenção e controlo de infeções sexualmente transmissíveis, o planeamento familiar, a contraceção, o aborto seguro, as questões relacionadas com a violência de género e a promoção da saúde sexual (WHO, 2017).

Embora seja dado especial enfoque aos comportamentos individuais, as decisões que as pessoas tomam neste âmbito são moldadas por normas sociais e culturais em torno da sexualidade, desigualdades socioeconómicas e leis, regulamentos, directivas e políticas públicas, nacionais e internacional (WHO, 2017). A SSR depende de uma interação complexa entre as características individuais, o papel da

cultura, as condições socioeconómicas, geopolíticas e legais, mas também as mudanças que ocorrem ao longo do curso de vida de um indivíduo.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD) realizada no Cairo, em 1994, constituiu um passo determinante para a introdução e articulação dos conceitos de saúde e direitos sexuais e reprodutivos e empoderamento das mulheres no discurso dominante sobre políticas de desenvolvimento a nível global, tendo a discussão sobre direitos sexuais sido adensada, um ano mais tarde, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing. Em ambas as conferências se reconheceu e reafirmou que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são elementos indispensáveis ao empoderamento das mulheres (WHO, 2017).

O controlo da reprodução e sexualidade femininas é central na negação da igualdade e autodeterminação das mulheres. A sexualidade das mulheres não só é controlada socialmente no contexto do heteropatriarcado, como é frequentemente símbolo da honra e estatuto da família, casta ou grupo étnico-racial (Das, 1976; Yalman, 1963). Assim, o papel subalterno das mulheres é mantido também através da subjugação, exploração e controlo da sua vida sexual e reprodutiva, com consequências desastrosas para a sua saúde e bem-estar geral (Rajat & McLaren, 2023).

Neste sentido, a capacidade das mulheres de controlarem a sua sexualidade e reprodução é um dos pilares do seu acesso efetivo a outros direitos. O empoderamento é um dos principais passos para o alcance pleno de direitos, já que é essencial que as próprias mulheres questionem as normas que regem a sua sexualidade e reprodução e afirmem o seu direito a tomar decisões neste campo.

Uma abordagem focada no empoderamento conduz a uma confluência nas agendas dos direitos e da saúde, uma vez que mulheres empoderadas que estão cientes dos seus direitos sexuais e reprodutivos estão numa posição mais forte para determinar como e quando aceder a cuidados de saúde.

1.2.1. O Sistema Nacional de Saúde e a população migrante

Apesar das importantes conquistas na proteção e reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na Europa, ao nível legal e das políticas públicas, não podemos esquecer-nos dos desafios que ainda persistem, nomeadamente ao nível das iniquidades e disparidades no gozo efetivo de direitos sexuais e reprodutivos que afetam especialmente grupos marginalizados de mulheres, incluindo mulheres pertencentes a minorias étnicas, migrantes indocumentadas e requerentes de asilo ou refugiadas (Keygnaert *et al.*, 2014; Thomasen, 2016).

A Constituição da República Portuguesa (CRP) e a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro) consagram a universalidade e tendencial gratuitidade dos cuidados de saúde. Quanto à SSR, especificamente, a CRP determina que cabe ao Estado “garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento familiar, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem, e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes” (artigo 67.º).

A Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), qualifica o direito ao acesso à saúde por parte de não-portugueses, determinando que “o acesso ao SNS é também garantido aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal”.

Só em 2001 é que o Estado regulamentou o acesso à saúde por parte da população migrante, dada a crescente relevância que esta população começou a ganhar no sistema de saúde. O Despacho n.º 25360/2001, de 12 de Dezembro, veio clarificar que os estrangeiros a residir legalmente em Portugal têm acesso aos cuidados de saúde e de assistência das instituições e serviços que constituem o SNS, em condições idênticas às dos cidadãos portugueses, mas introduziu uma discriminação ao princípio da universalidade, em relação aos imigrantes indocumentados. Nos termos deste despacho, os imigrantes em situação irregular podem aceder ao SNS mediante apresentação de um comprovativo da estadia em Portugal há mais de 90 dias emitido pelas Juntas de Freguesia, mas o acesso está dependente do pagamento integral de todos os cuidados prestados, “excetuando a prestação de cuidados de saúde em situações que ponham em perigo a saúde pública”. Este Despacho foi complementado, em 2009, pela Circular Informativa da Direcção-Geral da Saúde n.º 12/DQS/DMD, de 7 de Maio, que veio novamente clarificar o enquadramento e procedimentos em matéria de acesso aos cuidados de saúde por imigrantes, titulares de autorização de residência ou que se encontrem numa situação irregular. Um ponto importante foi a clarificação das situações de exceção, em que migrantes em situação irregular podem aceder a cuidados de saúde em condições idênticas às dos cidadãos portugueses, entre elas, cuidados no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, nomeadamente acesso a consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da durante a gravidez, parto e puerpério e cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos.

Apesar deste enquadramento legal aparentemente abrangente e favorável, verificam-se pesadas barreiras que dificultam e limitam o acesso da população migrante a cuidados de saúde. A última grande reforma do SNS, que começou em 2008, e as rígidas medidas de austeridades implementadas na decorrência da crise económica e financeira que atingiu Portugal, a partir de 2011, implicaram o aumento das desigualdades na saúde e reforço das dificuldades de acesso aos serviços, especialmente por parte da população imigrante (Padilla, 2013; Padilla *et al.*, 2013; Padilla *et al.*, 2018). A título de exemplo, a divisão geográfica e funcional dos centros de saúde, que criou cinco unidades de saúde diferenciadas, causa mais confusão a quem já tem dificuldade em aceder ao SNS e a redução do tempo máximo estabelecido por consulta também prejudica a população imigrante em particular, já que não contempla a situação de quem enfrenta barreiras linguísticas. Padilla (2013) identifica barreiras externas, internas e de autoexclusão na acessibilidade de facto dos imigrantes aos cuidados de saúde. As barreiras externas prendem-se com a falta de transportes públicos, desinformação por parte dos próprios utentes ou a presença de polícias e seguranças privados na entrada dos serviços, o que tem um efeito intimidatório, principalmente para os imigrantes indocumentados. As barreiras internas identificadas podem variar de serviço para serviço e têm que ver com a falta de formação e informação dos

profissionais administrativos sobre a forma de enquadramento na inscrição dos utentes imigrantes, a falta de serviços de tradução, a discriminação e falta de sensibilidade cultural por parte dos profissionais. O nível de conhecimento da língua portuguesa é apontado como barreira externa e interna, já que pode limitar o acesso *a priori* e condicionar a utilização dos serviços. Na autoexclusão, enquadram-se as situações relacionadas com estigma social, observadas mais frequentemente nos casos de saúde mental ou VIH/SIDA.

Olhando mais especificamente para o contexto da SSR de mulheres migrantes, os obstáculos que enfrentam estão sobretudo relacionados com questões socioeconómicas, mas também com fatores ao nível dos sistemas de saúde, como as listas de espera para consulta, o acesso desigual a médicos de família e aumentos dos custos das consultas e meios complementares de diagnóstico (Hernández-Plaza *et al.* 2014). É ainda importante referir que a pandemia de covid-19, e consequente interrupção no normal funcionamento dos serviços de saúde, teve um impacto considerável na SSR das mulheres (Mukherjee *et al.*, 2021). A digitalização da provisão dos serviços agravou as desigualdades no acesso à saúde, afetando particularmente grupos já vulneráveis, como é o caso dos imigrantes, e a desmobilização das redes de suporte informal durante os confinamentos, de que muitos imigrantes dependem, constituiu também um fator de acrescida dificuldade no acesso aos serviços (Gama *et al.*, 2022). Algumas das recomendações para a melhoria dos serviços em Portugal, apontadas por um estudo recente sobre direitos sexuais e reprodutivos de populações imigrantes, apontam para a necessidade da implementação de intervenções multi e intersectoriais em resposta às necessidades de uma população cada vez mais heterogénea, afectada por diversos fatores, como a pobreza, a discriminação e a exclusão, o desenvolvimento de cuidados de saúde culturalmente sensíveis, ajustados às necessidades das diferentes comunidades imigrantes, a facilitação do acesso ao SNS pelos imigrantes, em condições de igualdade com a população geral, e a melhoria da comunicação entre os profissionais e os utentes, através da garantia de serviços de interpretação e tradução (Alarcão *et al.*, 2022).

1.3. Sikhs Punjabi

Apesar de ser a quinta religião do mundo, em termos de número de seguidores, com aproximadamente 25 a 30 milhões de crentes, o Sikhismo continua a ser uma religião relativamente desconhecida e os Sikhs frequentemente confundidos com outros grupos religiosos.

A maior parte dos Sikhs vive na Índia, mais precisamente no Estado do Punjab, representando menos de 2% da população total do país. Antes da independência da Índia, em 1947, e consequente cisão com o atual Paquistão, o Punjab abrangia os atuais estados do Punjab Paquistão e Indiano. A “partition” da Índia, como é comumente chamado este período, aconteceu num contexto de grande violência e implicou uma migração em massa de hindus e sikhs do Paquistão para a Índia e muçulmanos da Índia para o Paquistão, representando até hoje um dos episódios mais traumáticos na história moderna dos dois países (Brass, 2003). Foi sobretudo depois da Segunda Guerra Mundial e da independência da

Índia que os Sikh Punjabi se começaram a estabelecer na diáspora, principalmente em países de língua inglesa, como os Estados Unidos, o Reino Unido e o Canadá (Jacobsen & Myrvold, 2012). Apesar de serem uma minoria religiosa, geralmente estão concentrados em certas cidades ou bairros na diáspora, o que os torna uma comunidade com relevância social e política e até bastante reconhecíveis, dados os seus traços físicos distintivos, que decorrem dos seus códigos de conduta, como não cortar quaisquer pelos do corpo, cobrir a cabeça com um turbante ou um lenço e usar uma pulseira de ferro no pulso direito (Jodhka & Myrvold, 2014).

O Sikhismo teve origem no século XV, no Punjab, com os ensinamentos do seu primeiro guru e fundador, Guru Nanak (1469-1539), que se estabeleceu em Kartarpur, no Punjab, e formou uma comunidade de Sikhs, que significa “discípulos” em Punjabi. O Guru Nanak inscreve-se na tradição dos poetas místicos ou poetas-santos da Índia medieval (Jodhka & Myrvold, 2014). O Guru Nanak foi sucedido por nove gurus. O último guru, Gobind Singh, morreu em 1708 e declarou que os textos dos vários gurus e outros poetas-santos hindus e muçulmanos era o eterno guru dos Sikhs, marcando o fim da linha de sucessão dos gurus do Sikhismo (McLeod, 1997). O livro sagrado, chamado Guru Granth Sahib ou Adi Granth, é considerado uma entidade viva e o sítio onde é guardado define o lugar de culto para os Sikhs – a Gurdwara, cuja tradução é “a porta do Guru” (Jodhka & Myrvold, 2014).

Discursos dominantes sobre o Sikhismo atualmente olham para os escritos do Guru Nanak e dos seus sucessores como contendo importantes ideias de reforma social e o Sikhismo como estando ancorado em princípios mais igualitários (McLeod, 1996). São disso exemplo a inclusão de textos de outras tradições religiosas no livro sagrado, incluindo do Guru Ravidas, um Dalit, a oposição ao sistema de castas e a forma como viam a questão de género, que será desenvolvida mais à frente.

Apesar de não serem um grupo homogéneo e de a sua identidade depender de diversos fatores sociais e culturais (Jodhka & Myrvold, 2014), estes princípios de igualdade continuam a informar e ter expressão nas vidas e práticas religiosas e sociais dos Sikhs. Por exemplo, todos os Sikhs partilham o mesmo último nome - Singh para os homens e Kaur para as mulheres – como manifestação da negação das castas, uma vez que o último nome, na Índia, é uma das formas de identificar a casta a que uma pessoa pertence. A Gurdwara (templo) é o espaço por excelência da manifestação desta ideia de igualdade, já que qualquer pessoa, independentemente da sua religião, casta, nacionalidade, género ou estatuto social pode entrar, sem distinção entre Sikhs e não-Sikhs, desde que respeite os códigos de conduta, como mostrar respeito pelo Guru Granth Sahib (livro sagrado), cobrir a cabeça e não entrar com álcool, tabaco ou qualquer tipo de intoxicante (McLeod, 1997). Todas as tarefas necessárias à manutenção da Gurdwara são feitas de forma voluntária e num espírito de cooperação e solidariedade, incluindo-se na prática da *sewa*. O conceito de *sewa* é extremamente importante para os Sikhs e pode ser considerado uma espécie de serviço social prestado à comunidade. A sua manifestação mais contundente é o *langar*, as cozinhas nas Gurdwaras em que são preparadas refeições de forma comunitárias e distribuídas a qualquer pessoa (McLeod, 1989).

1.3.1. A questão de género no Sikhismo

No século XV as mulheres na Índia estavam relegadas a um baixo estatuto social. O nascimento de meninas era desfavorecido, as mulheres não podiam deslocar-se livremente e tinham de cobrir a cara, o casamento infantil era comum, tal como o *satti*² (Gill, 2003). Algumas destas práticas ainda se verificam atualmente, mas com menor expressão. Os Gurus Sikh pregavam a igualdade de toda a humanidade e opuseram-se, por exemplo, ao pagamento do dote, ao infanticídio, à prática de *satti* e seclusão das mulheres, e afirmaram a sua liberdade religiosa, o estatuto igualitário nos templos, a possibilidade de recitar hinos sagrados, conduzir o serviço religioso e participar no *langar* na Gurdwara, afrontando o espírito da sociedade indiana daquele tempo, caracterizada por profundas desigualdades religiosas, de casta e de género (McLeod, 1997; Gill, 2003).

Tal como a questão da casta é ambivalente no Sikhismo, já que os textos que guiam a prática religiosa não se sobrepõem em absoluto à realidade social em que a maior parte dos Sikhs se insere – uma sociedade profundamente hierarquizada num sistema de castas –, também a questão de género no Sikhismo não pode ser desligada da estrutura patriarcal em que esta tradição religiosa se inscreve até aos dias de hoje (Shanker, 1994). Todos os Gurus Sikhs foram homens, as mulheres surgem nos escritos históricos Sikhs de forma excepcional e, atualmente, as instituições Sikh são, na sua esmagadora maioria, dominadas por homens (Gill, 2003, McLeod, 1997).

O respeito e a importância social reconhecida às mulheres está vinculada ao seu papel reprodutor, de esposa e mãe: “From women born, shaped in the womb, to women betrothed and wed; We are bound to women by ties of affection, on women man's future depends. If one woman dies he seeks another; with a woman he orders his life. Why then should one speak evil of women, they who give birth to kings?” (Guru Granth Sahib)³. Apesar do reconhecimento da sua liberdade espiritual e religiosa, as mulheres continuam a ser relegadas à esfera doméstica, dependentes de um marido que as protege e a quem são devotas. Os Gurus Sikhs pensaram a espiritualidade e a vida social dentro dos parâmetros da estrutura patriarcal da sociedade Punjabi do seu tempo e, por isso, também essa estrutura está inscrita nas ideias fundadores do Sikhismo. Um patriarcado certamente despojado dos seus aspetos mais violentos, mas, ainda assim, opressor.

1.3.2. Os Sikhs em Portugal

As estatísticas sobre migrações em Portugal não distinguem diferentes grupos étnico-religiosos, reportando-se os dados apenas à nacionalidade (Oliveira, 2022). Segundo dados mais recentes do SEF (2023), de entre as diferentes nacionalidades, a indiana é a quarta mais numerosa em Portugal, com 35

² *Satti* era uma prática histórica em que uma viúva se sacrificava, sentando-se em cima da pira funerária do seu falecido marido.

³ <https://www.sriganth.org/servlet/gurbani.gurbani>.

416 cidadãos indianos a viver em Portugal, e aquela que mais tem crescido ao longo dos últimos anos, à exceção da brasileira. Dados reportados pela Embaixada da Índia em Portugal apontam para a presença de 35 mil Sikhs no país (dados de Junho de 2020⁴), sobretudo dos estados do Punjab e Haryana⁵. Este dado é compatível com aquele que foi apontado pelo líder da comunidade (entre 30 e 40 mil). É importante notar que o estatuto migratório irregular desta comunidade, que é a norma pelo menos nos primeiros anos de residência em Portugal, não tem expressão nas estatísticas oficiais e é difícil de estimar, mesmo pela própria comunidade e organizações da sociedade civil, o que implica que os dados disponíveis podem estar sub-representados.

Apesar dos fluxos migratórios da Índia para Portugal não serem um fenómeno novo, estando intimamente ligados ao nosso passado colonial (Bastos & Bastos, 2001), a chegada a Portugal de indianos do Estado do Punjab, sem laços históricos ou culturais a Portugal, começou apenas nos anos 90, altura em que em Portugal havia grande procura de mão-de-obra na construção civil (McGarrigle & Ascensão, 2017). No início dos anos 2000 houve uma segunda vaga de imigração, alavancada por alterações à lei de estrangeiros que facilitaram a entrada e permanência em Portugal (Rajput, 2012). O enquadramento legal português, mais favorável à regularização do que a maior parte dos países europeus é, aliás, a principal razão para que, nas últimas décadas, os Sikh Punjabi continuem a escolher Portugal, em detrimento de outros destinos historicamente mais convencionais para fixação desta comunidade, como o Reino Unido (McGarrigle & Ascensão, 2017).

A maior parte dos Sikh Punjabi em Portugal vem de um contexto socioeconómico médio e de baixa escolarização e pertence à casta Jat, uma casta dominante no Punjab (Lopes, 2020).

Há muito pouca informação sobre os Sikhs em Portugal e esta é uma comunidade tendencialmente invisibilizada nos estudos sobre imigração e saúde. Tendo em conta o objeto deste estudo, e usando os conceitos da teoria da estruturação, se, ao nível da saúde, são vários e significativos os constrangimentos impostos pelo próprio SNS aos imigrantes, não podemos limitar a nossa análise às escolhas, boas ou más, feitas pelas pessoas. Temos, também, de olhar para as condições e circunstâncias que lhes precedem. Mas se considerarmos que as mulheres Sikh Punjabi são “indivíduos cognoscitivos”, dotadas de agência, então é preciso avaliar em que medida serão capazes de negociar, resistir, desafiar e contornar, a seu favor, as estruturas sociais que encontram em Portugal. Neste trabalho de investigação, pretendemos explorar a interação entre a agência destas mulheres, revelada nas decisões e atitudes tomadas face à saúde, e os serviços de SSR, regidos por leis, procedimentos e as práticas diárias dos seus profissionais.

⁴ <https://www.eoilisbon.gov.in/page/portugal-fact-sheet/>

⁵ Os territórios que constituem atualmente os Estado de Haryana e Himachal Pradesh faziam parte do Estado do Punjab até 1966, tendo sido separados num processo de reorganização administrativa baseada na questão linguística.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo discutimos as opções metodológicas que foram tomadas e a sua adequação para responder à pergunta de investigação que guiou o estudo: “qual o papel do empoderamento das mulheres Sikh Punjabi residentes na Área Metropolitana de Lisboa (AML) no acesso e utilização de cuidados de saúde sexual e reprodutiva (SSR)?”. O objeto de estudo são as mulheres da comunidade Sikh residentes na AML e os objetivos gerais delineados foram os seguintes:

- Conhecer as perceções, práticas, experiências e expectativas das mulheres da Sikh Punjabi residentes da AML no acesso e utilização de serviços de SSR;
- Compreender de que forma é que o empoderamento feminino na comunidade Sikh Punjabi residente na AML pode impactar o acesso e utilização de serviços de SSR;
- Produzir recomendações para a qualidade dos serviços de SSR, culturalmente sensíveis, com foco no atendimento à comunidade Sikh Punjabi.

Ao longo do capítulo será descrita a abordagem metodológica, os instrumentos escolhidos para a recolha de dados, como foi definida a amostra do estudo, as condições e circunstâncias da entrada no terreno de pesquisa, como foram geridos os dados recolhidos e as técnicas empregadas na sua análise e, por fim, tecemos algumas considerações éticas e sobre as limitações do estudo.

2.1. Abordagem metodológica e instrumentos de recolha de dados

A escolha da abordagem metodológica decorre necessariamente dos objetivos do estudo. Uma abordagem de tipo qualitativo é aquela que nos permite conhecer em maior profundidade os significados que os sujeitos da investigação atribuem às suas próprias experiências no contacto com os serviços de SSR. Tendo em conta que a investigação é centrada nas mulheres Sikh Punjabi residentes na AML, revelou-se adequado enquadrar o estudo como um estudo de caso. Yin (2018) refere que os estudos de caso permitem concentrar a investigação num fenómeno social contemporâneo dentro de seu contexto e responder a questões que se prendem com o “como” e “porquê”, mantendo uma perspetiva holística e realista. Por forma a dar o máximo de riqueza possível ao material empírico, dispusemos de vários instrumentos para a recolha de informação. Foi feita observação participante, trazendo uma dimensão etnográfica ao estudo, observação direta, entrevistas em profundidade semiestruturadas e análise de documentos. Na literatura sobre empoderamento é valorizada a utilização de métodos qualitativos. O enquadramento como estudo de caso e as entrevistas em profundidade permitem captar o processo de empoderamento e as mudanças que acontecem ao longo da vida de uma pessoa através de narrativas retrospectivas (Malhotra & Schuler, 2005). A observação é essencial (e talvez a melhor ferramenta) para avaliar as diferentes dimensões do empoderamento, já que o investigador pode aferir os resultados reais dos conflitos que emergem na vida de uma pessoa e dos interesses que prevalecem em diferentes

situações, minimizando as distorções que por vezes emergem dos relatos feitos pelas próprias (Mason, 2005). Sen (1994) sugere até que o processo de empoderamento é essencialmente qualitativo por natureza. A análise documental centrou-se na análise de políticas públicas desenhadas com foco no acesso à saúde por parte da população migrante e ainda na análise de projetos implementados por organizações da sociedade civil com o mesmo escopo.

As limitações de tempo e recursos inerentes a uma dissertação de mestrado tornaram particularmente difícil a operacionalização do carácter do empoderamento como um processo no tempo. Numa tentativa de trazer essa dimensão temporal ao estudo, algumas das questões colocadas reportavam-se ao passado, na Índia, e ao presente, em Portugal, nomeadamente, quanto ao nível educacional, à ocupação laboral e às condições e circunstâncias habitacionais.

A escolha dos indicadores (ver anexo A) que foram utilizados para a construção do guião das entrevistas semiestruturadas às mulheres Sikh Punjabi foi apoiada numa revisão da literatura sobre empoderamento e fecundidade (Upadhyay *et al.*, 2014; Costa *et al.*, 2023). As três dimensões de empoderamento propostas (recursos, agência e resultados/conquistas) são indivisíveis na determinação do significado de um indicador e a sua validade para medir o empoderamento.

Na determinação de indicadores para os recursos é importante ter em conta a situação de facto e não só o enquadramento legal naquele contexto, já que a realidade também é moldada por outro tipo de normas, como as religiosas e culturais. Assim, esta dimensão tem de ser definida pelo potencial que tem para influenciar efetivamente a tomada de decisões de vida estratégicas (agência) e os resultados e conquistas. Interessa-nos perceber se a mulher tem acesso e controlo sobre as decisões tomadas a respeito de diferentes recursos dentro da família, nomeadamente a possibilidade de estudar, a situação profissional e a disponibilidade sobre os rendimentos próprios e do cônjuge. Foi ainda importante olhar para o domínio da língua portuguesa, quer tenha sido aprendido formalmente ou no contexto da prática diária.

A agência é talvez a dimensão mais difícil de avaliar, já que estamos a falar do centro do processo de empoderamento e que este se reporta sobretudo a processos internos e invisíveis. Podemos, sim, inferir deste processo interno de tomada de decisão a partir da análise das escolhas que as pessoas fazem, como expressão da sua agência. É importante referir que não relevamos situações em que as mulheres têm capacidade para tomar decisões que já lhes cabiam, de acordo com as expectativas em torno dos papéis de género. Interessa-nos olhar para as escolhas de vida estratégicas (*strategic life choices*), aquelas que podem ser determinantes para uma série de outras possibilidades na vida, ou as escolhas que antes lhes estavam vedadas. Se aquilo que conseguimos fazer é inferir este processo interno e invisível de tomada de decisão, então a metodologia escolhida ganha aqui particular importância, já que nas entrevistas e na observação participante conseguimos mais facilmente observar as subtis negociações que acontecem na vida das pessoas quando estão perante escolhas. Para estudar o processo de tomada de decisão, foram usados indicadores referentes à mobilidade, ao casamento e vida doméstica,

numa série de variáveis que tentam capturar ou circunscrever os processos de tomada de decisão relevantes para a vida das mulheres.

Finalmente, relativamente à última dimensão do empoderamento, que se reporta aos resultados ou conquistas, e em concordância com a pergunta de investigação que guia o estudo, a análise foi dirigida para as experiências no acesso e utilização de serviços de SSR, onde se inclui o planeamento familiar, o acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto, a interrupção voluntária da gravidez (IVG), os rastreios do cancro do colo do útero e cancro da mama e as infeções sexualmente transmissíveis (IST).

Foram entrevistadas 6 mulheres Sikh Punjabi, 2 casais Sikh Punjabi e, de forma complementar, 5 atores estratégicos na área da saúde e das migrações, no sentido de captar outras perspetivas relevantes sobre o acesso dos Sikh Punjabi a serviços de SSR. Foram elaborados guiões para cada um deste tipo de entrevistas. O guião das entrevistas a mulheres Sikh Punjabi (ver anexo B) seguiu uma revisão da literatura sobre o tema do empoderamento feminino em questões relacionadas com SSR (Upadhyay et al, 2014), tentando abarcar várias dimensões da vida, tendo em conta o carácter multidimensional do conceito de empoderamento, nomeadamente as características sociodemográficas, mobilidade, questões relacionadas com a relação de conjugalidade e com a fecundidade, autonomia financeira e saúde. Quanto às entrevistas feitas a casais, foi usada uma adaptação do guião das entrevistas individuais, que permitisse a recolha das informações acima elencadas, mas também trouxesse uma dimensão mais crítica à entrevista e que permitisse o diálogo entre os participantes. Relativamente às entrevistas a atores estratégicos, decorrente do objetivo de produzir recomendações para a qualidade dos serviços de SSR, o guião (ver anexo C) foi estruturado no sentido de compreender qual era a sua perceção sobre o acesso e utilização de serviços de SSR por parte de pessoas Sikh Punjabi e foram também colocadas questões mais técnicas quanto às políticas de SSR. Sendo entrevistas semiestruturadas, todos os participantes tiveram oportunidade para introduzirem temas ou assuntos que considerassem relevantes. Duas das entrevistas a atores estratégicos foram realizadas remotamente (através de videochamada). Todas as outras foram presenciais.

O diário de campo foi utilizado como decorrência da aproximação ao terreno, para registar detalhes de contexto e expressões não-verbais, essenciais à análise e interpretação dos dados⁶.

O trabalho de campo, realizado entre maio de 2021 e agosto de 2022, foi sobretudo realizado no ambiente natural dos sujeitos de investigação, nomeadamente, nas suas casas, locais de trabalho ou no templo, trazendo um carácter naturalístico ao estudo (Abma & Stake, 2014).

2.2. Amostra do estudo

Decorre da própria pergunta de investigação a delimitação territorial do estudo. Todas as entrevistas foram realizadas na Área Metropolitana de Lisboa e de acordo com o local de residência das pessoas

⁶ Optei por não incluir o diário de campo e as entrevistas nos anexos; em primeiro lugar, porque tornaria o documento muito extenso; e, em segundo lugar, por causa de questões sensíveis reportadas nas entrevistas.

entrevistadas (ver anexo D). A maior parte das entrevistas tiveram lugar em Lisboa e Odivelas, municípios onde vivem e/ou trabalham muitas pessoas Sikh Punjabi, e onde também eu resido, o que implica necessariamente um maior conhecimento do terreno (locais de importância cultural e religiosa para a comunidade; serviços de saúde que servem a população imigrante; associações de imigrantes) e também maior facilidade de acesso a ele.

Para além do critério geográfico, limitei também a seleção dos participantes no estudo a mulheres entre os 18 e os 49 anos de idade e homens entre os 18 e os 54 anos de idade, período em que é mais provável que tenham ou venham a ter filhos; casados/as ou que vivam em relação de conjugalidade; naturais do Estado do Punjab, na Índia, pertencentes à comunidade Sikh; que entendam e se consigam expressar em português e/ou inglês. Todos os participantes correspondem a este perfil, à exceção de uma das entrevistadas, que é divorciada, acrescentando diversidade social à amostra.

O recrutamento dos participantes fez-se a partir de contactos já estabelecidos com a comunidade Sikh Punjabi e seguiu a técnica de amostragem bola de neve, ou seja, foi pedido aos participantes no estudo que identificassem outros potenciais participantes. A delimitação do número de entrevistas a realizar não foi determinada de forma absoluta *a priori*. A continuidade da recolha de informação, através das entrevistas, foi limitada pela saturação dos dados recolhidos, na medida em que comecei a ter a perceção de que as respostas dadas pelos participantes eram semelhantes às aquelas ouvidas anteriormente e, por isso, de certa forma antecipáveis. Dada a redundância informativa (Sandelowski, 1995), decidi concluir o processo de recolha de dados quando senti que a realização de novas entrevistas não estava a trazer informação realmente nova ao estudo – podendo até ser contraproducente, dada a necessária natureza reduzida de uma dissertação de mestrado.

Foram entrevistadas 6 mulheres e 2 casais Sikh Punjabi. Nas entrevistas a casais pretendemos observar a dinâmica entre o casal e, sobretudo, a forma como as diferentes dimensões do empoderamento são encaradas em conjunto. Complementarmente, foram realizadas 5 entrevistas a atores estratégicos (ver anexo E): 2 profissionais de saúde que integram serviços culturalmente sensíveis, 1 profissional de saúde que trabalha num serviço de saúde integrado numa instituição que presta apoio diverso a imigrantes, 1 gestora de projetos numa organização que intervém na capacitação das organizações da sociedade civil e trabalha especificamente com diversas comunidades migrantes, e 1 líder (informal) da comunidade Sikh Punjabi.

2.3. Entrada no terreno

Em 2017 e 2018 fiz trabalho voluntário em Lisboa na Solidariedade Imigrante, uma associação para a defesa dos direitos dos imigrantes, fundada em 2001. É uma das maiores associações de imigrantes do país, com cerca de 50 mil membros provenientes de uma enorme diversidade de países de origem, mas na sua vasta maioria provenientes de países terceiros. A composição de sócios que recorrem à associação

reflete, em certa medida, as tendências migratórias para Portugal e, no período em que estive ativa, destacava-se a presença de imigrantes do subcontinente indiano.

As minhas tarefas na associação estavam sobretudo relacionadas com o apoio na instrução dos processos de regularização administrativa. Apesar de não fazer atendimento, a frequência regular do espaço da associação permitiu-me estar em contacto direto com os sócios. Para além disso, integrei um projeto da associação denominado *Saúde Sem Barreiras* sobre o acesso à saúde pela população migrante em Portugal, que partiu da constatação, nos atendimentos, de que havia um número crescente de sócios que recorriam à associação especificamente por questões relacionadas com as dificuldades no acesso à saúde. De entre as dificuldades que eram reportadas à associação, destacavam-se os casos de mulheres grávidas que não conseguiam aceder aos cuidados de saúde primários ou que, tendo acesso, enfrentavam várias barreiras na utilização destes serviços. Dada a afluência deste tipo de situações, a associação organizou, em 2017, dois eventos sobre imigração e gravidez e produziu uma brochura informativa sobre os direitos e deveres das mulheres imigrantes grávidas. Apesar de este ser um problema amplo e relevante para a maioria das mulheres imigrantes Nacionais de Países Terceiros (NPT), as mulheres Sikh Punjabi ressaltaram naquela altura. Por um lado, por serem tão numerosas – em 2017, o número de imigrantes Sikh do Punjab representou a maior parte dos novos sócios da associação. Por outro, pela urgência de intervenção que grande parte dos casos exigiam. Muitas destas mulheres vinham sozinhas à associação, já que os maridos, estando a trabalhar, tinham muito menos disponibilidade para as acompanhar, recém-chegadas ao país, muitas vezes já vindo grávidas para Portugal ou tendo engravidado pouco depois da chegada. Estando em Portugal há pouco tempo, a maioria ainda estava indocumentada, não dominava a Língua portuguesa - e por vezes nem o Inglês - e não conheciam a estrutura do SNS, o que as colocava numa posição de agravada vulnerabilidade, face às normais barreiras com que qualquer imigrante já se depara no acesso à saúde, nomeadamente o facto de estarem já grávidas em estado avançado sem terem sido vistas por um profissional de saúde. Para além disso, este panorama parecia de facto particular desta comunidade, não se verificando dinâmicas semelhantes com outras comunidades NPT, como é o caso dos PALOP, comunidades também com forte presença na associação. Nos casos mais críticos, em que, por exemplo, a gravidez já estava avançada, chegámos a intervir diretamente, acompanhando algumas mulheres a Centros de Saúde e Hospitais. Eu cheguei a fazer o acompanhamento de duas mulheres Sikh Punjabi grávidas a consultas no Centro de Saúde, sendo que uma delas, que acompanhei de forma mais continuada e prolongada, acabou por ser uma das participantes no estudo.

O meu envolvimento com a Solidariedade Imigrante foi, na realidade, muito mais amplo do que as horas passadas à frente do computador a escrever requerimentos numa das salas da associação. Participei em eventos culturais, como o Festival ImigrArte ou pequenos concertos organizados na sede da associação, participei em celebrações religiosas dinamizadas por sócios, como o Eid ou a celebração do aniversário do Guru Nanak, fundador do Sikhismo, participei em manifestações e concentrações de imigrantes que se organizavam e mobilizavam também a partir da associação, e participei em

celebrações ou momentos de convívio mais íntimos, graças aos laços de amizade e companheirismo que se estabeleceram entre algumas das pessoas que trabalhavam na associação e alguns sócios.

Entre 2018 e 2020 trabalhei como técnica de apoio à vítima na Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Na APAV estava afeta à Unidade de Apoio à Vítima Migrante e de Discriminação, dedicada especificamente ao apoio a pessoas migrantes vítimas de crime e pessoas vítimas de alguns crimes e formas de violência específicas, independentemente da sua nacionalidade, como discriminação e tráfico de seres humanos, mutilação genital feminina ou casamento forçado. As minhas responsabilidades incluíam o contacto direto com utentes (atendimento e acompanhamento dos processos de apoio) e também um trabalho de assessoria na gestão da Unidade, a nível nacional. Neste período, tive também contacto com mulheres Sikh Punjabi que recorreram à APAV, sobretudo por serem vítimas de violência doméstica. Uma das utentes que acompanhei acabou também por ser uma das participantes no estudo. Para além disso, o trabalho de assessoria implicou um contacto alargado com várias outras organizações da sociedade civil com intervenção em torno das questões migratórias, o que me proporcionou uma compreensão alargada das dinâmicas e funcionamento deste ecossistema do ponto de vista institucional.

Todas estas experiências, algumas mais estritamente profissionais, outras mais militantes e outras ainda mais pessoais e íntimas, colocaram-me numa posição de acesso privilegiado à comunidade Sikh Punjabi. O aprofundamento de uma relação de confiança revela-se particularmente difícil com pessoas imigrantes, especialmente se estiverem indocumentadas, por receio de eventuais consequências legais que possam advir da partilha das suas experiências de vida. A minha presença em lugares e momentos estratégicos, e o facto de estar integrada em estruturas institucionais cujos objetivos explícitos eram a defesa ou proteção dos seus interesses e em que a confidencialidade assumia uma importância primordial, contribuiu grandemente para que me vissem como sua aliada. No momento em que determinei os parâmetros para este estudo e comecei a mobilizar os contactos desenvolvidos desde 2017 e a identificar os meus informantes já se tinha estabelecido uma relação de reciprocidade, na medida em que a minha aproximação não era meramente extrativa, o meu papel era também o de ajudar a resolver obstáculos, ajudar a compreender como navegar o sistema.

2.4. Gestão e análise dos dados

Para uma melhor apresentação dos resultados e uma vez que o material empírico tem origens diversas, o que acarreta uma grande quantidade de informação, foi necessária uma organização sistémica.

As entrevistas foram maioritariamente gravadas, com a autorização dos participantes, exceto quando considerei que a fluidez da interação seria seriamente comprometida. Os ficheiros de áudio foram transcritos tão rapidamente quanto possível.

Foi mantido um diário de campo em que foram registadas todas as impressões objetivas e subjetivas decorrentes das entrevistas e observação. Algumas anotações breves foram feitas na presença dos

participantes, mas, de forma a não quebrar a espontaneidade das conversas conviviais que se estabeleciam, as notas de campo foram sobretudo registadas quando já me encontrava sozinha, na forma escrita ou oral, com o máximo de detalhe e profundidade possíveis. Tentei também manter registos detalhados das minhas impressões pessoais e sentimentos decorrentes da experiência de observação ou entrevista, de forma a tentar identificar quaisquer fatores que pudessem afetar a interpretação dos dados (Fusch *et al.* 2017). Foram feitos alguns registos fotográficos (ver anexo F).

Dada a importância que a entrada no terreno teve para o próprio estudo, decidi também ter em conta a informação relevante que obtive antes de iniciar o trabalho de campo propriamente dito, quando estava a trabalhar com imigrantes em contexto associativo.

Durante o período de recolha de dados, foram sendo feitas algumas anotações sobre padrões identificados ou questões a explorar e aprofundar, que foram dando pistas para a continuidade do trabalho de campo. Concluída a recolha de informação, as entrevistas foram escutadas novamente, lidas e relidas, foram feitas anotações sobre algumas contradições observadas, dúvidas e indicações teóricas, fazendo assim uma primeira interpretação dos dados. Posteriormente, foram sendo identificados os temas mais prevalentes das entrevistas, sempre em articulação com o diário de campo, que permitiu complementar e enriquecer a informação recolhida nas entrevistas, e foi feita uma análise temática. Um dos benefícios da análise temática é a flexibilidade que oferece ao investigador e a possibilidade de ser aplicada a uma série de abordagens teóricas e epistemológicas (Braun & Clarke, 2006). Um tema captura algo importante sobre os dados em relação à pergunta de investigação e representa um certo nível de padronização das respostas ou significados atribuídos pelos participantes aos temas abordados. A análise temática é particularmente útil quando o estudo incide sobre uma área sub-investigada e quando o objetivo é dar voz aos próprios participantes sobre o tópico em análise (Braun & Clarke, 2006). Em todo o caso, e dada a quantidade de informação recolhida, algumas opções foram tomadas quanto aos temas de interesse que foram selecionados e reportados, já que o investigador nunca é passivo no processo de investigação. Dirigi a minha atenção para a observação das diferentes dimensões da vida que permitem informar sobre o empoderamento da mulher e, em particular, a todas as questões relacionadas com o contacto com serviços de SSR.

Todas as citações das entrevistas e diário de campo incluídas na apresentação e análise dos resultados (capítulo 3) foram mantidas na língua em que foram proferidas, para evidenciar a forma como as pessoas entrevistadas se expressaram e para evitar a alteração do sentido do que foi dito.

2.5. Reflexividade, considerações éticas e limitações do estudo

As circunstâncias da entrada no terreno, elaboradas acima, implicaram necessariamente que já houvesse relações de amizade estabelecidas com alguns dos participantes no estudo, principalmente em relação aos meus informantes-chave. Foi muito importante tomar consciência dessas dinâmicas e vê-las, não como uma ameaça para o trabalho de investigação científica, mas como uma vantagem para a

prosseção dos objetivos do estudo (Glesne, 1989). Os entrevistados com quem já havia uma relação de confiança e de amizade sentiam-se mais confortáveis com o processo da entrevista, o que se traduziu numa recolha de informação mais rica. Foi um desafio refletir sobre como a minha presença estaria a afetar o trabalho de campo e os resultados, principalmente nos contextos de entrevista em que já detinha uma quantidade considerável de informação sobre a vida e experiências das pessoas que estava a entrevistar. A questão da objetividade nas ciências sociais tem sido amplamente discutida e novas perspetivas têm emergido, no sentido de reconhecer que este objetivo é inatingível, principalmente quando os sujeitos da investigação são pessoas com quem o investigador tem necessariamente de criar uma relação para poder realizar o trabalho de campo (Payne & Payne, 2004). Foi privilegiada a transparência em relação à minha própria posição no campo e a intersubjetividade, na medida em que a partilha de alguns aspetos da minha vida pessoal foi importante para que os participantes se sentissem confortáveis e trouxe maior equilíbrio e equidade ao trabalho de campo. Tentei manter um diário de campo o mais denso e detalhado possível, em que anotava não só aquilo que observava, mas também a forma como me sentia antes, durante e depois dos momentos de recolha e intuições sobre a forma como os sujeitos me percecionavam, de forma a poder analisar o impacto da minha subjetividade na análise da informação recolhida.

Pelo facto de ser portuguesa e ter trabalhado em diferentes serviços que prestam apoio a pessoas migrantes, foi muito frequente durante o trabalho de campo que houvesse uma certa expectativa em relação à minha intervenção na resolução de questões práticas, que extrapolavam o âmbito da investigação, ou o mero esclarecimento de dúvidas, mesmo por pessoas que tinha acabado de conhecer. Aceitei de bom grado ter esse papel, que vi como essencial para o desenvolvimento de uma relação de confiança que me permitiu um maior acesso à informação que buscava.

Tentando criar condições o mais favoráveis possível ao trabalho de campo, deixei que fossem sempre os participantes a escolher o local das entrevistas, de acordo com o que fosse mais prático e confortável para si e que implicasse menor embaraço ao seu dia-a-dia. Tentei parecer o mais natural e consensual possível nos contextos e ambientes em que me encontrava. Isto implicou, por exemplo, que aceitava sempre que me era oferecida comida e que obedecia às regras de género impostas, nomeadamente nos locais de culto e em celebrações, quanto à roupa permitida e aos espaços a que podia aceder.

Pela sensibilidade dos dados que pretendia recolher, decidi submeter o projeto para aprovação ética pela Comissão de Ética do ISCTE, que emitiu parecer favorável, visto estarem asseguradas a natureza voluntária do estudo, a anonimização e a privacidade dos/das participantes e a confidencialidade dos dados coligidos (ver anexo G).

Comecei as entrevistas sempre por explicar o âmbito do estudo, pedir autorização para a gravação e por explicitar os meus compromissos éticos. Só não recorri à gravação nas entrevistas em que a pessoa entrevistada começava a falar mais espontaneamente e a interrupção para pedir para gravar comprometeria a fluidez do momento. O documento do consentimento informado assinado apenas por

mim era entregue aos participantes no início ou no fim da entrevista, havendo duas versões – uma em português e outra em inglês, dependendo da língua em que a pessoa se sentisse mais confortável. No final das entrevistas perguntava sempre se queriam escolher o seu nome fictício. Esta sugestão foi sempre bem recebida e contribuiu para a criação de um momento mais descontraído. Por exemplo, uma das entrevistadas escolheu para si a alcunha que deu ao marido quando se conheceram e começaram a namorar.

O processo da entrega do consentimento informado e da gravação das entrevistas representou, por vezes, um certo obstáculo à espontaneidade do diálogo. Por um lado, porque algumas participantes verbalizaram sentir vergonha de realizar a entrevista por acharem que o seu nível de inglês não era bom o suficiente e apresentou-se como um desafio desconstruir a ideia de que a gravação não tinha nenhum carácter formal e era apenas um instrumento para que eu pudesse, mais tarde, analisar a entrevista, sendo depois a gravação destruída. Por outro lado, alguns entrevistados revelaram alguma relutância inicial em partilhar certas informações sobre as suas experiências e estratégias relativamente ao processo migratório e de regularização administrativa, por terem contornos ilegais. Quanto a este aspeto, foi essencial a confiança transmitida pelos informantes-chave e também a minha reiteração de que não havia qualquer julgamento da minha parte e que a informação seria anonimizada. Para além disso, e seguindo o princípio basilar de que o investigador deve fazer o que estiver ao seu alcance para proteger os direitos dos sujeitos da investigação, os seus interesses, sensibilidades e privacidade, para além da anonimização dos dados, foram excluídas todas as informações que poderiam permitir a identificação dos participantes, como dados pessoais ou partes da sua história que os tornariam demasiado reconhecíveis, assim como informações que poderiam expor as estratégias dos imigrantes para ultrapassar certas barreiras, como as leis de imigração.

A questão da língua também foi, por vezes, um elemento que dificultou as entrevistas, uma vez que algumas das pessoas entrevistadas não eram fluentes em inglês, o que implicou que eu tivesse de perder algum tempo a garantir que tudo tinha sido compreendido de parte a parte, repetindo e reformulando o que era dito para confirmar que tinha percebido corretamente. Uma das entrevistadas fez questão que uma das informantes-chave, sua amiga, estivesse presente para ajudar com a comunicação e houve várias entrevistas em que recorremos mutuamente a ferramentas de tradução para clarificar certas palavras.

Para conseguir abordar, nas entrevistas, temas particularmente sensíveis, como questões relacionadas com a conjugalidade, papéis de género e sexualidade, tive de pôr em prática algumas estratégias. Das (1976) explica como as relações sociais dos Sikh Punjabi são construídas em dois níveis, o “backstage”, mais instintivo, decorrente de forças biológicas, e o “frontstage”, aprendido e regulado por regras de etiqueta e honra. O tema da sexualidade é relegado para o nível de “backstage” e, por isto, não é discutido ou abordado abertamente, especialmente entre familiares. A minha posição de *outsider* em relação à comunidade foi, neste ponto, uma vantagem, na medida em que senti que havia uma maior abertura para discutir estes temas sensíveis precisamente por eu não estar sujeita ao mesmo tipo de

normas culturais e religiosas e haver menos receio de algum tipo de julgamento da minha parte ou de quebra na confidencialidade que pudesse expô-los perante outras pessoas da comunidade (Singh & Kaur, 2020). O facto de eu ser uma mulher a entrevistar, sobretudo, outras mulheres foi também uma vantagem (Williams, 1993) na medida em que há já uma base de entendimento comum em relação a temas como reprodução e sexualidade. Ainda assim, exceto com as participantes com quem já tinha de facto uma relação de confiança estabelecida, não comecei nunca as entrevistas pelos tópicos mais difíceis de abordar (sexualidade e conjugalidade). A conversa começava essencialmente como uma conversa sobre saúde e as questões sobre a maternidade vinham sempre primeiro por ser um tópico sobre o qual os participantes (homens e mulheres) falavam com maior facilidade. Por vezes, senti que as entrevistas eram vistas com alguma solenidade ou formalidade, o que pode ter proporcionado alguma artificialidade nas respostas obtidas. Daí a importância da triangulação dos dados através da utilização de diferentes métodos de recolha de informação.

Em relação ao projeto inicial, tinha a expectativa de conseguir realizar pelo menos 2 grupos focais com 3 casais Sikh Punjabi para estudar os processos coletivos de construção de significados em torno da SSR, o que acabou por não acontecer, sobretudo por falta de disponibilidade dos participantes e dificuldade de articulação de agendas entre todos, sobretudo dos maridos, todos eles empregados e com pesada carga horária laboral. Consegui, no entanto, realizar 3 entrevistas em pares. Em duas delas entrevistei ambos os elementos do casal em simultâneo, que foi interessante para observar a dinâmica entre os dois e perceber como articulam em conjunto as suas perceções individuais sobre os diferentes indicadores em análise. Ao contrário do que antecipei, não foi mais difícil abordar os temas relacionados com o casamento e a vida doméstica com a presença dos maridos, inclusive quanto à utilização de contraceção, por exemplo. Na outra entrevistei duas mulheres, sendo que uma delas era uma das minhas informantes-chave e já tinha sido entrevistada individualmente. O seu papel era, sobretudo, fazer a tradução, mas ela acabou por também fazer comentários às minhas perguntas e criou-se um diálogo entre as três.

Em relação às entrevistas aos atores estratégicos, é importante mencionar que só foi possível entrevistar profissionais de serviços de saúde do centro de Lisboa, já que não obtivemos resposta a pedidos feitos a centros de saúde nos municípios de Odivelas em Loures, onde a comunidade Sikh Punjabi tem bastante expressão também.

Uma vez que não há informação sobre a prevalência desta comunidade no SNS, foi também feito um pedido de dados à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) sobre todos os indivíduos com registo nos ACES da AML de nacionalidade indiana, com o apelido “Singh” (sexo masculino) e com o apelido “Kaur” (sexo feminino), por unidade de saúde e percentagem em relação à população total da unidade. Nunca obtivemos os referidos dados.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO

3.1. Perspetivas dos atores estratégicos

As entrevistas a atores estratégicos na área da saúde e também dentro da própria comunidade Sikh foram feitas na fase inicial do trabalho de campo, de forma a explorar a perspetiva “do outro lado” sobre o acesso dos Sikh Punjabi aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR), apesar de o foco da investigação ser nas experiências da própria comunidade.

O líder da comunidade identificou a saúde e a educação como dois eixos de grande importância para a comunidade e identificou o facto de as mulheres Sikh Punjabi estarem quase totalmente afetadas à vida doméstica como um dos maiores problemas (“women are bound to home services”). Na sua perspetiva, isto deve-se ao baixo investimento das famílias e do Estado na educação das mulheres. Para si, esta questão está na origem de muitos outros problemas sociais da comunidade, como por exemplo o facto de haver vários agregados a partilhar a mesma casa, em sobrelotação, devido aos baixos rendimentos, já que a maior parte das famílias pode contar apenas com um salário – o do homem: “If a woman is educated she can help her child, she can go any place without any fear, she will not need help, she can find a job. If both [in the couple] have income, they can find a house just for them”. Identificou o problema da aprendizagem da língua portuguesa como determinante neste caminho de emancipação das mulheres da comunidade. Contou que chegaram a promover aulas de português na Gurdwara e que as aulas eram frequentadas sobretudo por mulheres. O projeto acabou por durar apenas seis meses, tendo sido interrompido por causa da pandemia de covid-19.

Todos os outros afirmaram ter um contacto tangencial com a comunidade Sikh. Não foi possível identificar padrões de utilização dos serviços, particularidades da relação que é estabelecida com os profissionais de saúde ou dificuldades específicas em relação a esta comunidade. As referências à comunidade Sikh reportaram-se a histórias pontuais e, por vezes, a perspetivas contraditórias:

“Eu tenho tido situações em que vão desacompanhadas e sei que já estão mais empoderadas e autónomas e, e não, não, nem sempre, muitas vezes vêm sozinhas ou então vêm com alguma amiga ou alguma familiar, mas não diretamente com o marido.” – Médico de família na USF da Baixa

“(…) a primeira pessoa que vai ao serviço e que acompanha naquele momento inicial acaba por ser o pai. (...) Portanto acaba por ser ali a ligação. Também porque a nível de língua às vezes tão cá há mais tempo e já a trabalhar e já estabeleceram algumas relações e já têm a nível de língua uma maior facilidade.” – Enfermeira na unidade de cuidados intensivos neonatais do Hospital Dona Estefânia

Não existem dados disponíveis sobre a prevalência de determinadas comunidades étnico-religiosas inscritas nos diferentes serviços de saúde e a ACSS não nos forneceu os dados pedidos a este respeito (ver subcapítulo 2.5.), no âmbito do projeto de investigação. Não é possível saber, neste momento, se os serviços em questão têm ou não um número significativo de utentes da comunidade Sikh. Ora, não é possível perceber se este desconhecimento é fruto de um limitado contacto com a comunidade por esta

não recorrer efetivamente a estes serviços de forma preponderante ou se se deve a uma invisibilidade dos Sikh Punjabi nos serviços que não permite que os profissionais os identifiquem como tal.

As entrevistas acabaram por incidir sobre o acesso da comunidade migrante aos serviços de saúde, de uma forma mais geral. Aqui verificámos maior consenso, sobretudo quanto aos problemas e dificuldades. Todos deram ênfase à barreira linguística e às barreiras administrativas/burocráticas, mesmo enquadrando-as de diferentes maneiras.

A falta de tradutores, intérpretes ou mediadores socioculturais nos serviços implica recorrer a soluções alternativas que podem não ser totalmente fiáveis ou comprometer a confidencialidade, como o recurso à Linha de Tradução Telefónica do Alto Comissariado para as Migrações, o recurso a amigos/as e/ou familiares ou mesmo ao Google Tradutor.

“Nós com a questão da língua tivemos já várias opções. Nomeadamente o serviço de tradução do ACM. (...) Por telefone é o mais habitual, apesar de muitas vezes não nos atenderem ou não conseguirem dar resposta, pronto. (...) Depois existem sempre pessoas, da família, que nós facilitamos a entrada para fazer a tradução, que depois, tivemos a falar acerca disto e por causa da confidencialidade e do sigilo profissional, que seria, não seria o mais correto. (...) E depois há o Google Tradutor, que também não é fidedigno [risos] mas pronto, lá nos resolve as situações no momento, mas pronto.” - Enfermeira na unidade de cuidados intensivos neonatais do Hospital Dona Estefânia

O tema das barreiras administrativas/burocráticas é complexo e foi descrito de forma multifacetada. A legislação em si não é vista como um problema, mas sim a sua operacionalização, quer por questões burocráticas, informáticas ou por falta de conhecimento. Por um lado, foi identificada a falta de conhecimento dos direitos e enquadramento legal e operacional dos cidadãos imigrantes no SNS por parte dos funcionários administrativos e, por outro, a dificuldade dos próprios imigrantes em navegar o SNS e perceber a sua estrutura (ex.: em que circunstâncias se devem dirigir a um Hospital ou a um Centro de Saúde, como fazer marcação de consultas, se os serviços são pagos ou não, quem tem direito ao número de utente). A questão da discriminação xenófoba no acesso à saúde foi apenas mencionada de forma tímida, episódica. Foi descrita como sendo, na maior parte das situações, uma barreira administrativa/burocrática, que é percebida pelos imigrantes como discriminatória apenas por não compreenderem o que está realmente em causa.

“Também acontecem erros dos profissionais atuarem de forma incorreta quer a nível de inscrições, quer a nível de, de enfim, de, de alguns discursos... isto acontece, mas também, quer dizer, não é... não é este o grosso das situações que chegam ao Gabinete da Saúde, estas queixas ou, ou por supostamente discriminação, suposta discriminação, não. Curiosamente aparece muito a recusa. E quando eu vou desmontar aquilo, aquilo não foi uma recusa.” – Enfermeira gestora e coordenadora do Gabinete da Saúde do CNAIM

“(…) os serviços acabam por não ter capacidade de resposta e facilitam o... e dificultam o acesso a todos os utentes que não têm médico de família, inclusivamente a eles [imigrantes] que terão a barreira extra da língua, cultura, etc.” – Médico de família na USF da Baixa

Apesar de a legislação não ter sido identificada como um problema, houve várias referências nas entrevistas às lacunas nos procedimentos, que, em sentido lato, fazem parte da lei. Isto obriga os serviços a criarem as suas próprias soluções e muitas vezes apenas graças à disponibilidade dos profissionais.

“(…) nós não temos uma política, nós não temos linhas orientadoras, princípios orientadores, quer dizer nós até podemos ter as regras, os decretos-lei, as coisas todas, não é, que tão no papel, mas que depois não chegam ao nosso conhecimento. Também às vezes por nossa culpa porque nós não estamos em cima disso e estamos preocupados com outras coisas, e patologias e clínicas e isso, mas que isto faz parte do processo de cuidar, não é.”
- Enfermeira na unidade de cuidados intensivos neonatais do Hospital Dona Estefânia

As soluções apontadas consistiram no investimento na formação contínua dos profissionais, a compilação da legislação e procedimentos, que são atualmente muito dispersos e de difícil consulta, e a criação de programas de sensibilização e promoção de literacia em saúde para as comunidades, assim como programas de mediação sociocultural nos serviços.

Foi também interessante verificar que estes serviços/instituições trabalham em rede e conhecem-se uns aos outros, mesmo que não haja necessariamente protocolos formais estabelecidos. A necessidade de encontrar estratégias práticas para resolver os problemas do dia-a-dia, quando as soluções não estão protocoladas, fomenta um certo nível de interdependência entre os intervenientes nesta constelação de serviços públicos e organizações da sociedade civil que trabalham com a população migrante.

3.2. Diferentes domínios da vida: trabalho, educação e domicílio

No trabalho de campo foram exploradas algumas questões sobre o contexto de origem, numa tentativa de dar expressão à dimensão temporal do processo de empoderamento, em relação às entrevistadas e aos maridos, nomeadamente quanto à escolaridade, ocupação profissional e domicílio. Verificámos que os maridos têm um nível de escolaridade igual ou inferior ao das entrevistadas. Parece haver uma sobre representação de habilitações académicas superiores (ver anexo D), tendo em conta outros dados recolhidos sobre esta população em Portugal. Lopes (2020) não identificou nenhum Sikh Punjabi com nível de educação superior no seu estudo etnográfico sobre a comunidade em Lisboa e no Punjab. A este respeito, cabe dizer que, em todos os casos, a escolarização foi feita exclusivamente na Índia e que nos parece não ser possível equiparar de forma linear a escolaridade na Índia e em Portugal, nos casos em estudo.

Alguns dos casais não vieram para Portugal diretamente, tendo passado por outros países Europeus (Alemanha, França, Malta e Espanha). No caso da Dilpreet e do marido, antes de virem para Portugal, estiveram emigrados em Singapura. A Jasmin e a Sandeep vieram para Portugal sem os maridos, na expectativa de conseguirem regularizar-se e depois pedir o reagrupamento familiar.

Na maioria das situações, os maridos são os principais provedores de sustento da família, à exceção da Sandeep, da Dilpreet e da Lovepreet, que não é casada. Em relação à sua ocupação profissional, verificámos maior diversidade de profissões na origem do que em contexto migratório: gestor de um

serviço de telefone público, trabalhador de uma empresa de painéis solares e organizador de festas de casamento num hotel, foram alguns dos trabalhos realizados na Índia. Em Portugal, a maioria trabalha ou já trabalhou no sector da construção civil e agricultura. O marido da Mandy trabalha atualmente para uma plataforma de distribuição de comida.

Em relação às entrevistadas, os estudos foram determinantes na questão laboral em apenas dois casos: a Dilpreet fez um curso profissional de cabeleireira e trabalhou nessa área, quer na Índia, quer em Singapura, tendo chegado a ser gestora de um salão de beleza, e a Lovepreet fez um mestrado em educação e deu aulas como professora de educação física na Índia. Quanto ao trabalho em contexto migratório, também no caso das entrevistadas as opções laborais são mais limitadas do que na Índia. Apenas a Mandy e a Priya nunca trabalharam em Portugal. A Mandy, na Índia, trabalhava num salão de beleza, negócio que abriu com o marido. Disse que ainda não começou a trabalhar em Portugal porque não sabe falar bem Português e, por isso, está agora a aprender. A Priya chegou a trabalhar em França numa empresa de costura e gostava de ter a sua própria loja em Portugal, mas para já tem de ficar em casa porque não consegue arranjar creche para os filhos. A Jasmin e a Vicky não estavam empregadas no momento da entrevista, mas a Jasmin trabalhou num restaurante na Alemanha e está à procura de trabalho em Portugal e a Vicky trabalhou, em Portugal, num restaurante e na limpeza de jardins municipais, antes de engravidar. A Sandeep trabalhava na Índia como ajudante num hospital e em Portugal trabalha num minimercado cujo dono é indiano. A Jasmin gere e trabalha no negócio familiar – um minimercado – juntamente com o marido. A Lovepreet também tem um minimercado com o irmão, mas é sobretudo ela que se ocupa da loja, uma vez que o irmão tem outro trabalho a tempo inteiro. A Preet não tem um trabalho a tempo inteiro, mas dá explicações particulares de inglês a cerca de 10 crianças Sikh, que foi conhecendo através da Gurdwara. É importante referir que a maternidade tem um peso significativo na questão laboral: não trabalhar durante a gravidez e durante os primeiros anos de vida das crianças, até que entrem para a creche/escola, é encarado com grande naturalidade.

Foi importante perceber como é feita a gestão dos rendimentos familiares, especialmente nos casos em que apenas o marido trabalha. O mais comum é haver apenas uma conta bancária e mesmo nos casos em que ambos auferem rendimentos estes são reunidos num só “bolo”. A Jasmin, a Priya, a Vicky e a Mandy, que não têm rendimentos autónomos, dependem exclusivamente dos rendimentos dos maridos, e também a Preet, que, apesar de dar explicações, não tem um rendimento completo. As decisões sobre a canalização dos rendimentos são feitas em conjunto. Por exemplo, a Preet disse que decidem em conjunto quando e quanto enviar em remessas às famílias na Índia, não havendo distinção entre o apoio dado aos pais do marido ou aos pais dela. Verbalizaram poder aceder ao dinheiro sempre que precisam, por acesso direto à conta bancária ou pedindo aos maridos. Por vezes, não acedem diretamente ao dinheiro, mas comunicam aos maridos o que precisam e eles tratam das despesas. No caso da Jasmin, cujo marido vive na Alemanha, e por uma questão prática, este envia-lhe todos os meses o montante necessário para a sua subsistência e da filha. No caso da Sandeep, cujo marido está na Índia, tendo ambos rendimentos autónomos, foi também relatada a partilha de rendimentos, quando necessário, de

forma bidirecional, ou seja, quando ela precisa o marido envia dinheiro e quando o marido precisa ela também o apoia. A Lovepreet, que é divorciada, tem o seu próprio salário, mas partilha despesas com o irmão. Em todas as situações, foi descrita a gestão conjunta dos rendimentos.

Quando à questão habitacional, no Punjab a regra da patrilocalidade é a norma (Das, 1976) e, por isso, a maioria foi viver para casa da família dos maridos depois de casar. Somente a Dilpreet e a Vicky viviam apenas com os maridos. Em Portugal, é mais comum viverem apenas em casal e com os filhos, mas isso nem sempre é possível dado o elevado custo de vida, sobretudo os preços da habitação, em comparação com os salários, questão que foi evidenciada pelas próprias. A Preet e o marido partilham casa com outras famílias Sikh Punjabi, tal como a Sandeep. A Lovepreet vive com o filho e o irmão e a Vicky e o marido partilham casa com a irmã da Vicky e a filha dela.

3.3. Processos de tomada de decisão

Na condução das entrevistas semiestruturadas foi dada grande liberdade para que as entrevistadas falassem e desenvolvessem os temas que eram mais relevantes para si e até que mudassem a direção da entrevista. A maior parte das perguntas eram deixadas em aberto, já que, para tentar penetrar e encontrar pistas sobre essa dimensão interna da agência, que se reporta ao processo de tomada de decisão, foi necessário deixar que transparecessem reflexões e até desabafos. Os processos de tomada de decisão em análise têm que ver com o próprio processo migratório que, apesar de não ser o foco da entrevista, é relevante para contextualizar a análise e as narrativas das entrevistadas e contribui para compreender os outros processos de tomada de decisão (Leandro, 2004), a escolha de parceiro, a possibilidade de separação/divórcio, a partilha das responsabilidades domésticas, a negociação e resolução de conflitos na tomada de decisões sobre a vida familiar, o número de filhos e o momento da conceção, a utilização de métodos contraceptivos, as razões que levam a procurar cuidados de saúde e a liberdade de mobilidade no dia-a-dia.

A decisão de emigrar para Portugal não foi deixada ao acaso e revelou um processo reflexivo, ancorado num conhecimento significativo da legislação, sobretudo graças às redes de partilha de informação que a comunidade já estabelecida no país promove. A principal razão apontada prende-se com as leis de imigração em Portugal e a possibilidade de regularização. Todas entraram na Europa com visto de turismo e, portanto, todas passaram por um período de irregularidade administrativa. Em alguns casos, Portugal é visto como um ponto de passagem e o objetivo final é obter a nacionalidade e emigrar novamente, sobretudo por causa dos baixos salários em Portugal e cada vez mais elevado custo de vida. Num dos casos, o da Dilpreet, a motivação para vir para Portugal foi especificamente o facto de imigrantes irregulares terem acesso ao SNS e, especificamente os menores, terem acesso gratuito, já que o seu filho começou a apresentar problemas de saúde graves e acabou por ser diagnosticado, já em Portugal, com um síndrome raro que impacta significativamente o seu desenvolvimento.

“So after that we decided to move from Singapura and I, I researched, then I found, ok the Portugal is a place where we can get the residency paper also and Sonny [filho] can get the, the, the... treatment also free, even without residency.” – Dilpreet

Todas eram casadas quando emigraram e a maior parte fê-lo em casal, à exceção da Jasmin e da Sandeep, que vieram para Portugal sozinhas. Não é comum que mulheres Sikh Punjabi migrem desacompanhadas dos maridos, sendo o processo mais comum o do reagrupamento familiar das mulheres depois dos maridos já se terem instalado (Lopes, 2020), o que também não se verificou nos casos em estudo, o que revela esta tendência recente de feminização da migração (Neves *et al.*, 2016). Estes dois casos em que emigraram sozinhas revelam, no entanto, a importância dada a um projeto de vida comum estrategicamente planeado.

A Jasmin veio para Portugal com a filha, enquanto o marido ficou na Alemanha. O plano é que ela consiga regularizar-se e depois pedir o reagrupamento familiar dele, que, apesar de estar em situação irregular na Alemanha e sem possibilidade de se regularizar, consegue auferir um salário muito mais alto lá e assim suportar toda a família [notas de campo, entrevista à Jasmin, Janeiro 2022]

Relativamente à escolha de parceiro, é importante notar que os casamentos arranjados são ainda a norma na Índia. Apesar de se verificar, nas últimas décadas, um processo de modernização, em que as mulheres são mais ativas no processo de escolha e é menos frequente que os cônjuges só se conheçam no próprio dia de casamento, os casamentos arranjados continuam a ser mais prevalentes do que os chamados *love marriage* (Allendorf & Pandian, 2016). Um exemplo desta modernização é o caso da Lovepreet, que teve um casamento arranjado, mas os seus pais recusaram a primeira proposta porque ela queria prosseguir os estudos. Cinco das oito entrevistadas referiram ter *love marriages*. Em apenas um dos casos (Priya) foi relatado um conflito com a família em torno da escolha de parceiro, por questões relacionadas com a casta. Eles conheceram-se na Universidade e começaram a namorar. A família dela opôs-se ao casamento porque a casta dele tem estatuto de *scheduled caste*, o termo previsto na Constituição Indiana para aquilo que mais comumente conhecemos como *Dalits* ou párias. Este conflito com a família, que incluiu os pais e os irmãos, durou vários anos. Acabaram por se casar passados 8 anos de namoro quando a família aceitou finalmente a união e, um ano mais tarde, emigraram para França. O casamento da Jasmin foi descrito como *love come arranged*, o que significa que depois de terem comunicado às respetivas famílias a intenção de casar, estas estiveram ativamente envolvidas nesse processo e aprovaram a união, à semelhança daquilo que acontece nos típicos casamentos arranjados (Jodhka & Myrvold, 2014). O caso da Lovepreet, enquanto mulher Sikh Punjabi divorciada, é raro⁷. O divórcio não é de todo prevalente no Punjab, sendo até uma prática bastante estigmatizante (Mand, 2005). A Lovepreet veio com o marido para Portugal e aqui começou a ser vítima de violência doméstica, que se intensificou quando engravidou. O apoio do seu irmão, que também vivia em Portugal, foi decisivo neste processo de separação, e posterior divórcio. Na cultura familiar Punjabi, é o irmão de

⁷ Não encontrei nenhuma outra mulher separada ou divorciada em todo o meu contacto com a comunidade Sikh Punjabi.

uma mulher o único elemento da família que tem a obrigação moral de a proteger do seu marido (Das, 1976). Foi ele que procurou ajuda e acionou os meios de socorro, o que permitiu que ela fosse acolhida numa Casa de Abrigo para vítimas de violência doméstica com o filho. Mas a motivação mais determinante na tomada de decisão foi não querer que o filho, na altura com 5 meses, se tornasse também violento, um dia:

«Tá a pensar muito porque... um mulher indiana é muito complicada para fazer isso divorcing. (...) Depois 12 dias eu pensei muito e depois eu disse “não”. Eu não consegui porque amanhã eu não queria ver meu menino [filho] igual. Então não vale a pena dar tudo vida ou muitos anos e depois pensar “ai, porque eu não foi aquele tempo...”»

O peso que os filhos têm na tomada de decisão de uma separação ou divórcio foi também abordado com a Dilpreet, que foi a única outra entrevistada que disse ser infeliz no casamento. Essa insatisfação não está relacionada com violência, mas com sentir uma enorme falta de apoio por parte do marido, na gestão do negócio de família (minimercado), nas questões domésticas e com o filho. A Dilpreet sente que recai sobre si todo o peso das questões da vida da família, agravadas pelo facto de o marido ter um problema de alcoolismo e os problemas de saúde do filho. No caso da Dilpreet, o filho é referido como principal motivação para não avançar com uma separação, apesar de já ter considerado essa possibilidade várias vezes:

“I brought up in this culture where the separations - we, we practice like this from our childhood - where the separations we don't feel it is a good... good decision always. (...) Because all the children I think they will love to live with the parents, not with the mother or with the father. Because this is the natural boundary. And (tsk) I'm thinking we got no right, you know, to break or split the natural boundaries (...)”

Os relatos sobre a partilha das tarefas domésticas relacionadas com a manutenção da casa, cozinhar e tratar dos filhos revelaram que estas recaem sobretudo sobre as mulheres, mas isso nem sempre foi problematizado, especialmente quando os maridos têm um trabalho a tempo inteiro e elas não. As compras são geralmente feitas em conjunto. A Lovepreet, a Jasmin e a Sandeep não vivem em conjugalidade, pelo que este tema não mereceu grande destaque. A Lovepreet não pode contar com a pensão de alimentos do ex-marido, tendo já recorrido ao Tribunal de Família e Menores várias vezes por atrasos e falhas nos pagamentos. Disse também que ele nunca visita o filho e raramente telefona. Ela partilha casa e despesas com o irmão desde que saiu da Casa de Abrigo. A Jasmin não deixou de fazer alguns comentários sobre a maneira como os homens indianos veem as tarefas domésticas: “Indian men not working with woman in the kitchen!”. A Dilpreet, que de todas é a mais sobrecarregada pelas responsabilidades domésticas, também teceu alguns comentários, sem perder o sentido de humor: “Children, cooking, household chores... It's all the woman's job. The men job in Indian mentality just earn the money and this is the way. And in my case that one also not. (risos) I am more blessed! (risos)”. A Vicky foi a única que reconheceu viver num contexto familiar (com o marido e a irmã) de verdadeira interajuda: “He's [o marido] nice. He's cleaning. I'm washing clothes. Sister is cooking”.

Mesmo nos casos em que os maridos estão fisicamente ausentes, as decisões mais importantes, sobretudo aquelas que dizem respeito aos filhos, são tomadas em conjunto. A Jasmin e a Sandeep disseram ambas que a tomada de decisões dependia sempre de um processo de diálogo. No entanto, a Jasmin disse que em caso de desentendimento, era ela que tinha a palavra final. A Dilpreet e a Lovepreet assumiram que são elas que tomam todas as decisões sozinhas, já que sentem que não podem contar com o marido e ex-marido, respetivamente. As restantes referiram também que as decisões são sempre tomadas em conjunto depois de um processo de diálogo e negociação. A observação das dinâmicas entre a Mandy e o marido fazem-me pensar que é ela que tem a palavra final, já que é sobretudo ela que gere o dinheiro da família, paga as contas e trata de todas as burocracias e durante a entrevista, que foi feita aos dois em conjunto, ele deferia a ela a resposta a algumas das minhas perguntas.

A decisão de ter filhos e em que momento é, salvo algumas exceções, negociada entre o casal e tomada em conjunto: “Always two primeiro fala depois decidem, quero ou não quero. Ele quero, eu também quero. Eu quero, ele também quer. Porque amor... Is love... He’s very caring for me” (Sandeep). A Priya já tem dois filhos, uma menina e um menino, e gostava de ter mais dois, mas o marido não quer, considera que dois é suficiente. Quando abordámos este assunto na entrevista, pareceu-me que encara esta recusa do marido com alguma tristeza, e disse que ia esperar antes de voltar a discutir o assunto. O caso da Lovepreet teve contornos bastante violentos, já que ela não queria engravidar porque não estavam regularizados e não tinham trabalho, mas disse ter sido muito pressionada pelo marido. Depois de engravidar, o marido disse que só aceitaria o bebé se fosse um rapaz. A Jasmin e a Sandeep não planearam a primeira gravidez, mas estão a planejar a segunda, que está dependente do sucesso do processo de reagrupamento familiar dos maridos. De facto, a decisão sobre o momento de conceção não é alheia ao próprio processo migratório, no caso da Vicky, da Jasmin e da Mandy, que esperaram pela conclusão do processo de regularização para engravidar (ou tentar, no caso da Jasmin).

Para a Preet, que disse querer muito ser mãe, o adiamento desta decisão prende-se com o facto de ter um cancro e achar que só deve engravidar quando estiver saudável:

“(...) You know, babies make big... the mother blood. I have already a problem with my blood so how I can get it? Because I will- Now if I will conceive a baby they will born with my same problem. So that's why I can't get baby. If I will be ok with medicine, I will be ok, after 2 years, 1 year then I will can. I will conceive, yes.”

A maneira como a Preet verbalizou esta preocupação remete-nos para as crenças relacionadas com a conceção na cultura Punjabi: a mulher fornece o terreno e o homem a semente; a qualidade da prole é determinada pela qualidade da semente, mas o terreno tem de ser capaz de suportar e fazer crescer; o sangue da criança é formado pelo sangue da mãe e é por isso que as mulheres grávidas não têm menstruação (Das, 1976). A informação sobre a doença da Preet foi mantida em segredo em relação aos sogros, mas não em relação à própria família, para evitar que possa ser posta em causa a escolha dos sogros quanto ao casamento, já que é considerado importante que as qualidades reprodutivas do homem e da mulher sejam equivalentes (Das, 1976):

“...They want to become grandparents (...) They will be very worry about this problem, so that's why I didn't tell them about this problem.”

É ainda importante referir que a Preet disse também apoiar-se na perspectiva da médica que a segue em oncologia, deferindo para a sua opinião profissional o momento em que será adequado começar a tentar engravidar.

Muitas vezes a família, sobretudo os pais, tentam influenciar a decisão de ter mais filhos, sobretudo para garantir que existe pelo menos um herdeiro do sexo masculino, dado o valor social que os filhos homens têm na Índia (Pande & Astone, 2007).

“No, my family... want another baby, boy. You know, in... I don't know you... maybe you know, Indian culture peoples want boy, not a girl. You know? (...) Mandeep only told to my parents and our parents not, we don't need a boy, we just need a girl, not another baby, so we decided. Maybe - we thinking - maybe if we decided second baby if got a baby boy, maybe we love more to boy.” – Mandy

Abordar o tema da contraceção não foi fácil. Por vezes, acho que não compreendiam as perguntas, apesar de tentar usar palavras diferentes e explicar ao que me estava a referir sem usar os conceitos em si; noutras situações, tive a sensação de que havia alguma fuga à própria pergunta. Percebemos que, nos casos em que são usados métodos contraceptivos, é preferido o método barreira (preservativo) e que existe uma grande resistência à utilização da pílula. Apenas a Priya disse estar a tomar a pílula, decisão tomada em conjunto com o marido e decorrente da decisão de não terem mais filhos agora. Quando foi possível perceber a razão por detrás desta relutância, constatámos que se deve ao receio de comprometer a fertilidade. O médico de família da USF da Baixa que entrevistei disse ter a perceção de que esta comunidade preferia efetivamente o método barreira, quando comparada com a população geral. Também aqui se revelou a ingerência dos pais:

A Vicky disse que nas consultas na MAC falaram sobre a utilização de contraceção. Continuou a não usar a pílula porque a família não quer, acham que poderia prejudicar uma gravidez futura. Usam preservativo. [notas de campo. Entrevista à Vicky e ao Param. Março 2022]

É importante referir que na Índia o método contraceptivo mais prevalente é a esterilização, sobretudo das mulheres, resultado latente de um programa de esterilização forçada em massa implementado nos anos 70 e do baixo investimento público na promoção de métodos alternativos não permanentes e não invasivos (Singh *et al.* 2021).

Em todos os casos, foi evidente que a decisão de ter filhos, o momento da conceção e número de filhos não é deixada ao acaso. É resultado de um processo de reflexão sobre as condições materiais (estatuto em território nacional, estabilidade financeira) e de negociação, entre o casal e com os pais. No entanto, em nenhum caso isto se traduziu na procura de consultas de planeamento familiar. A procura de apoio médico acontece no caso de se verificarem dificuldades na conceção, quando há uma gravidez indesejada ou para o normal acompanhamento da gravidez. A gravidez ocupa o lugar central na conceção de SSR, dando ênfase à importância cultural que o papel reprodutor das mulheres Sikhs tem, tal como descrito no subcapítulo 1.3.1.

Foi também bastante evidente que não há qualquer tipo de medicina preventiva. Os serviços de saúde são utilizados apenas em caso de doença. A única exceção foi a Dilpreet, que foi proactiva na procura deste tipo de rastreios. Esta questão está intimamente ligada ao contexto de origem. Na Índia não existem programas de rastreio do cancro do colo do útero devidamente organizados (Taneja *et al.*, 2021) e a maior parte das entrevistadas nem reconhecia o nome do exame (*pap smear*).

Quanto à liberdade de mobilidade, este é um indicador-chave para a avaliação do empoderamento das mulheres sul asiáticas (Desar *et al.*, 2022). Todas as entrevistadas descreveram mover-se autonomamente para desempenhar as tarefas do dia a dia, estando apenas dependentes dos maridos em situações pontuais pela falta de transportes públicos ou porque precisam de apoio com a comunicação em língua portuguesa, nos casos em que os maridos já são mais fluentes. Apenas a Lovepreet tem carro próprio.

«(...) because I'm very self-dependent. I'm not self-dependent, first of all. I always ask my husband “please leave me from this house, from this time” because bus service is not very high (...) so I, I told to my husband I need something so he... gifted to me a bicycle.» – Preet

As deslocações à Índia foram descritas por todas as entrevistadas como sendo feitas em conjunto. Dada a predominância da regra de patrilocalidade no Punjab (Das, 1976), geralmente vão primeiro visitar a família do marido e só depois os seus próprios pais.

3.4. Perceções sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva

Sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde, foi importante perceber se as experiências foram positivas ou negativas, que tipo de obstáculos, barreiras ou problemas foram encontrados, estratégias mobilizadas para os ultrapassar, como viam a relação com os profissionais daqueles serviços e se gostariam de fazer alguma sugestão para a melhoria dos serviços. Os resultados foram muito homogéneos. As experiências não foram sempre negativas, mas os problemas identificados foram sempre os mesmos.

As maiores fontes de insatisfação relatadas prendem-se com os elevados tempos de espera, a dificuldade na marcação de consultas nos Centros de Saúde, a falta de minúcia dos profissionais de saúde na fase de diagnóstico – a percepção de que não procuram a “raiz” dos problemas –, a não priorização das situações de gravidez e, sobretudo, as dificuldades na comunicação com os profissionais:

“They don't want to understand the situation! In Centro de Saúde... people not... I think they should understand the situation! What we are saying! So every time they say no doctor, no appointments... This is not a good, because some... if woman is pregnant so I think they have duty for give the doctor.” – Mandy

As pessoas Sikh Punjabi entrevistadas revelaram um desconhecimento da estrutura do SNS e dificuldades em navegar o sistema de saúde. Não é clara a diferença entre os Centros de Saúde e os Hospitais, por vezes referidos como “local hospitals” e “big hospitals”, e em que situações se devem dirigir a uns e outros.

A procura por cuidados de saúde acontece sobretudo quando estão grávidas ou quando detetam dificuldades a engravidar ou no pós-parto. Por exemplo, a Jasmin achou que estava com um desequilíbrio hormonal, dado o crescimento anormal de pelos faciais e a dificuldade em engravidar, e, por isso, foi ao Centro de Saúde. Esta experiência foi relatada como positiva, uma vez que sente que a médica lhe deu soluções (foram feitos alguns exames e agora está a fazer um tratamento hormonal). A Sandeep referiu que também irá procurar apoio médico quando começar a tentar engravidar (depois da reunificação com o marido) porque acredita que terá dificuldades, já que teve o primeiro filho há 10 anos. Depois do nascimento do segundo filho, a Priya foi às urgências hospitalares porque detetou irregularidades na menstruação que a preocuparam. Foi encaminhada para o Centro de Saúde, onde foram prescritos alguns exames e medicação, tendo também tido um desfecho positivo. Fora as situações em que é detetado um problema, e mesmo quando a gravidez é planeada, não verificámos a procura de consultas de planeamento familiar.

Nenhuma experiência de parto foi descrita como negativa, ao contrário do acompanhamento da gravidez, bastante conturbado em alguns casos. Quando descobriu que estava grávida, a Mandy foi duas vezes ao Centro de Saúde onde já tinha feito a inscrição esporádica e uma vez a outro Centro de Saúde próximo sem conseguir nunca agendar uma consulta por não haver médicos disponíveis e por não ter autorização de residência⁸, segundo os funcionários com quem falou. Só conseguiu marcar uma consulta depois da intervenção da Associação Solidariedade Imigrante e quando já estava no quinto mês de gravidez. As mulheres entrevistadas contaram várias histórias de outras mulheres que também só tiveram a primeira consulta quando a gravidez já estava muito avançada. A Vicky descobriu que estava grávida em outubro de 2021 e sente que está a ser muito difícil o contacto com o seu Centro de Saúde. Não compreende porque é que na primeira consulta lhe prescreveram apenas o exame ao sangue para confirmar a gravidez (“I’m a mother, I know I’m pregnant”), referiu que em todas as consultas até ao momento tem um médico diferente, o que a obriga a repetir muita informação já prestada anteriormente, e também que a segunda consulta foi cancelada pelo próprio Centro de Saúde porque não havia nenhum profissional que falasse inglês. O marido, Param, disse que não compreende porque é que os médicos não falam sobre a alimentação, sobre que tipo de vitaminas e suplementos que ela devia tomar ou sobre a necessidade de fazer exercício físico. A Vicky foi a única mulher entrevistada a contar ter feito uma IVG. A principal razão foi não quererem ter filhos antes de ter residência. A decisão foi tomada em conjunto pelo casal, com o apoio dos pais. A experiência foi descrita como positiva, apesar de a estrutura do SNS se ter revelado uma dificuldade, já que não sabia onde se deveria dirigir, o que resolveu por tentativa-erro.

Não verificámos qualquer tipo de medicina preventiva, à exceção da Dilpreet, que tinha feito há pouco tempo os rastreios do cancro do colo do útero e cancro da mama, por iniciativa própria. No

⁸ O SEF já tinha aceite o pedido de autorização de residência do marido, faltando só a emissão do cartão de residência.

primeiro caso, porque leu que era aconselhável fazer a partir dos 40 anos; no caso do cancro da mama, porque sentiu dores.

A própria comunidade foi mencionada como um recurso importante e verificámos que há uma grande partilha de informação sobre as condições de acesso e a qualidade dos próprios serviços. O marido da Vicky disse que, por vezes, acompanha outros imigrantes ao Centro de Saúde para os ajudar, uma vez que ele já conhece melhor o funcionamento e já consegue comunicar em Português. A Priya pronunciou-se sobre a qualidade de um dos Hospitais de Lisboa apesar de nunca lá ter sido atendida, mas porque outras mulheres da comunidade lhe disseram que era muito bom. Por vezes, a comunidade funciona também como dissuasor. A Sandeep não teve praticamente contacto com os serviços de saúde desde que vive em Portugal, à exceção da vacinação contra a covid-19, e costuma ir à farmácia quando está doente, porque lhe disseram que os imigrantes em situação irregular não eram atendidos:

«Só farmácia. Porque tudo disse “no, no ajudar nada in Hospital, no tem residência, não posso dar ajuda” (...) Yeah, I'm scared. Não posso... porque tudo disse, tudo! Indiano, português também. Também disse. Não muito bem ajudar in Hospital. Muito complicado...»

A relação com os médicos e enfermeiros foi descrita como geralmente positiva, ao contrário dos funcionários administrativos, estando esse primeiro contacto na origem da maior parte dos problemas de acesso e perceção de discriminação, relacionados com o desconhecimento da língua portuguesa.

Quando as experiências não são positivas, as expressões mais usadas para descrever os profissionais são “not cooperative” e “rude”, ao passo que quando as experiências são positivas são descritos como “nice”, “friendly”, “helpful” e “thorough”. As experiências negativas relatadas são mais prevalentes nos cuidados de saúde primários do que nos cuidados hospitalares.

Muitas vezes foi feito um paralelismo com a Índia e a rapidez na obtenção de cuidados, se se tiver dinheiro para os pagar.

A Vicky não sabia que havia hospitais privados em Portugal e disse que se tivesse sabido antes, teriam optado por recorrer a serviços de saúde privados para o acompanhamento da gravidez. Desvalorizou a gratuitidade do SNS, se o verdadeiro preço a pagar são os elevados tempos de espera: “If I in India maybe my third ultrasound done. At least in India you pay but it’s quicker”. [Notas de campo. Entrevista Vicky e Param. Março 2022]

As viagens à Índia são também uma oportunidade para recorrer aos cuidados de saúde lá, quando sentem que aqui não é dada a atenção devida aos problemas reportados:

A Mandy sofreu enxaquecas fortes durante vários meses. Foi duas vezes ao Centro de Saúde sem que lhe tivesse sido marcada consulta por falta de médicos. Na terceira tentativa foi acompanhada pelo marido, que se exaltou, mas conseguiu que fosse marcada consulta. Fez um TAC. Quando voltou ao Centro de Saúde para marcar nova consulta para entregar os resultados do exame, voltaram a dizer-lhe que não havia médicos disponíveis. Traduziu o que estava escrito no relatório e percebeu que não havia indicação de nada anormal e decidiu esperar pela viagem à Índia para ir ao médico. Na Índia, o médico disse-lhe que as enxaquecas eram fruto da falta de visão e que deveria usar óculos. [Notas de campo. Entrevista Mandy e Mandeep. Junho 2022]

As medicinas ayurvédica, alopática e homeopática foram valorizadas por algumas das participantes, não como um substituto, mas como um complemento.

3.5. Considerações sobre empoderamento

O processo de empoderamento está ancorado na capacidade de fazer escolhas de vida estratégicas. É importante fazer uma reflexão sobre o que está em causa quando falamos em escolhas. Ao avaliar se uma conquista incorpora ou não uma escolha significativa, temos de nos perguntar se outras escolhas eram não só materialmente possíveis, mas se eram concebidas como estando dentro do domínio da possibilidade (Kabeer, 2001). Em primeiro lugar é necessário que haja alternativas de entre as quais escolher. Por outro lado, a disponibilidade de alternativas, de poder pelo menos imaginar a possibilidade de ter escolhido de forma diferente, é crucial para a emergência de uma consciência crítica, processo pelo qual as pessoas passam de uma posição de aceitação inquestionável da ordem social para uma perspectiva crítica sobre ela. Ora, antes de concluirmos que não é dada importância à medicina preventiva, temos de nos questionar sobre se essa sequer era uma alternativa, dentro do imaginário de possibilidades. O contexto de origem não oferecia essa possibilidade e o contexto português também não, na medida em que a informação sobre este tipo de serviços não é de fácil acesso, não existem programas amplos e consistentes de literacia em saúde e mesmo quando as mulheres têm médico de família este não parece ser um tema abordado pelos próprios profissionais.

Ainda sobre a questão das escolhas de vida estratégicas, é interessante observar como o contexto migratório cria um leque de novas possibilidades (Mand, 2005). A imigração é uma oportunidade para escapar ao controlo da família que quer ingerir numa série de decisões, como o número de filhos, ou o sexo dos filhos, ou o tipo de contraceção utilizada. O processo de imigração também é uma oportunidade para escapar a um mau casamento, quando essa possibilidade dificilmente existiria no contexto de origem, pela proximidade física, que exacerba o poder que a família e a comunidade têm sobre a tomada de decisão.

Sáimos juntas da Gurdwara em direção ao metro. Durante a entrevista ela tinha dito que ia dar uma aula ainda naquele dia e que o marido a iria levar, mas pareceu-me que o marido, entretanto, teve de ir embora e, portanto, ela saiu sozinha. No caminho, a Preet disse que na sua cultura tinham de fazer sempre tudo em função da família. Referiu também a pressão que sentia por parte da família e pessoas próximas (especialmente os sogros) para ter filhos e que a distância ajudou com isso; consegue mais facilmente justificar o porquê de não ter ainda engravidado (querem assentar, querem esperar pela nacionalidade, etc.). [Notas de campo. Entrevista à Preet. Agosto 2021]

De entre estas novas possibilidades, podemos ainda apontar a existência de certo tipo de serviços, como é o caso das Casas de Abrigo para vítimas de violência doméstica, que no caso da Lovepreet foram determinantes para que conseguisse sair de casa em segurança e com apoio adequado.

A forma como avaliamos o empoderamento depende do contexto em que as mulheres se inserem (Desai *et al.*, 2022). A escolha dos indicadores mobilizados para medir o empoderamento deve também refletir os critérios das escolhas das próprias mulheres, aquilo que para elas é valorizado como emancipatório, ou os valores das comunidades em que se inserem, evitando que emerjam os valores daqueles que fazem a avaliação. Um dos indicadores escolhidos tinha que ver com a independência

económica: ter ou não um salário próprio, poder ou não dispor dos rendimentos do cônjuge. Em mais do que uma entrevista a relevância desta questão foi quase descartada e, de uma forma carinhosa e compreensiva, até ridicularizada, sendo evidenciado o meu olhar de mulher ocidental:

“If the girl, the wife, don't earn money this doesn't matter in our religion. (...) for example to me, my husband earn money, I'm now I'm not good, if I will not have a tuition... tuition type service I will, I can't work so much heavy so I will have to be stay at home and if I will didn't get money, get earn money, it's doesn't matter in our culture. My husband is there for me. So you know self-independent is good, according to your culture and you society, now every girl and every wife is working now, you know. So if the lady don't work it doesn't matter.” – Preet

“I have money, I pay. They have money, they payed. It's all - tudo assim. Indiano tudo assim. No separate money mulher marido. Tudo junto. Indiano tudo assim.” – Sandeep

No Punjab, é esperado que os homens, que geralmente são quem tem trabalho assalariado, ponham o rendimento ao dispor da família alargada (Singh & Bhandari, 2012). Os rendimentos não são vistos como algo individual. Cada um ocupa um papel diferente na família e o trabalho não-assalariado no lar, feito pelas mulheres, é muito valorizado (Lopes, 2020). Daí que as mulheres sintam que os rendimentos dos maridos lhes são devidos, também são seus. Não se trata de tentar romantizar a dependência económica das mulheres. Esta análise só pode ser feita quando o marido efetivamente acolhe este entendimento. Esta questão ganharia outros contornos em contextos em que há violência conjugal, por exemplo.

Por fim, e resgatando os conceitos da teoria da estruturação, apesar dos inegáveis efeitos perniciosos das barreiras encontradas no acesso e utilização dos serviços de SSR – por exemplo, um crescente ceticismo em relação aos serviços de saúde, fruto do desgaste, e as possíveis consequências para a própria saúde, dada a falta de intervenção oportuna – vimos que as mulheres não foram demovidas da sua convicção de que têm direito a aceder a cuidados de saúde de qualidade e a ser tratadas de forma digna.

«And I told her [médica]: “Look, I need to give him the vaccinations, and the child have the right to get the vaccination weather we are on tourist or we are whatever! [...] We are planning to live here!” (...) Then the doctor she was quite shocked (...) and I said “(...) you may be, yeah, right at your point but I was right at my point also! So I need to find out or figure it out the way how I can, you know, get the vaccination done for my son”» – Dilpreet

As mulheres entrevistadas não deixaram de decidir ter filhos, situação em que os serviços de saúde são mais procurados e valorizados, e de procurar estratégias para conseguir ultrapassar os entraves que lhes foram impostos. Aliás, as dificuldades encontradas mobilizaram a procura de informação e de apoio, quer dentro da própria comunidade, com pessoas mais experientes, quer junto de associações da sociedade civil que lutam pelos direitos dos imigrantes, como é o caso da Solidariedade Imigrante. Depois de adquirirem informação e conhecimento sobre possíveis estratégias para contornar os entraves no acesso à saúde, passam também elas a apoiar mulheres recém-chegadas, criando assim oportunidades para a dimensão coletiva do processo de empoderamento.

CONCLUSÃO

Neste estudo procurámos compreender o impacto que o empoderamento feminino das mulheres Sikh Punjabi residentes na AML tem no acesso e utilização de SSR, através das suas perceções, práticas, experiências e expectativas, numa tentativa de dar visibilidade a esta comunidade e também contribuir para a produção de recomendações para a melhoria da qualidade dos serviços.

Observámos que o contacto com os serviços de saúde ocorre, sobretudo, durante a gravidez e no pós-parto, confirmando a importância cultural que a maternidade assume nesta comunidade. Foi enfatizado pelas mulheres Sikh Punjabi, diversas vezes, que a gravidez devia ser considerada prioritária, reconhecendo que o SNS tem recursos limitados, mas faz uma má gestão das situações que deveriam merecer atenção primordial.

Para além das questões relacionadas com a gravidez, o contacto com os serviços de saúde acontece principalmente em situações de enfermidade, verificando-se uma quase total ausência de saúde preventiva. À exceção de uma das mulheres Sikh Punjabi entrevistadas, que tinha realizado há pouco tempo o primeiro papanicolau, as restantes não conheciam o exame e, as que conheciam, consideraram-no desnecessário na ausência de sintomas. O contexto de origem pode oferecer algumas explicações. O cancro do colo do útero é um dos tipos de cancro que mais afeta mulheres na Índia, mas não são ainda visíveis os impactos dos esforços empenhados na sua prevenção ao longo das últimas décadas (Bhatla, 2021). Apesar disso, não podemos deixar de considerar o contexto em que estas mulheres se inserem atualmente. Portugal implementou nos anos 90 um programa de rastreio oncológico de base populacional para cancro do colo do útero que atualmente tem uma cobertura geográfica em todo o território (Portugal, 2021), o que implica que os próprios serviços de saúde devem convocar os utentes elegíveis para a realização do rastreio (Despacho n.º 8254 de 21 de setembro de 2017). Ora, no caso em estudo, três das oito mulheres Sikh Punjabi tinham médico de família e eram elegíveis para o rastreio, tendo em conta a idade. No entanto, nunca este assunto foi sequer abordado em consulta. A entrevistada que tinha realizado o rastreio fê-lo por iniciativa própria.

A falta de prevalência de medicina preventiva não é um problema exclusivo das mulheres Sikh Punjabi. A subutilização dos serviços de saúde, particularmente saúde preventiva, por parte da população migrante, está bem documentada (Rosano *et al.*, 2017). As barreiras linguísticas e a falta de acesso a informação são dois dos obstáculos mais frequentemente reportados (Marques *et al.*, 2020) e foram aquelas que também nós observámos. A falta de contacto regular com os profissionais de saúde, principalmente dos cuidados de saúde primários, é apontada como potenciadora da baixa prevalência dos rastreios, já que os profissionais podem contribuir para aumentar a literacia em saúde e, assim, desconstruir algumas crenças erradas, como o facto de não ser necessário fazer rastreios na ausência de sintomas (Nunes *et al.*, 2021; Marques *et al.*, 2023). No futuro, seria interessante perceber de que forma é que a saturação dos Centros de Saúde, sobretudo nos grandes centros urbanos, onde o número de profissionais médicos é manifestamente insuficiente para a quantidade de utentes, impossibilitando que

a maior parte das pessoas (incluindo portugueses) tenha sequer médico de família (Cortez, 2010), se relaciona com outros fatores de ordem mais individual para justificar a baixa incidência de medicina preventiva, como os rastreios oncológicos.

As experiências de acesso e utilização dos serviços de SSR não foram sempre descritas como negativas, mas os problemas identificados pela comunidade foram sempre os mesmos, evidenciando uma grande homogeneidade nos resultados obtidos a este respeito. As principais críticas feitas ao SNS dizem respeito à dificuldade na marcação de consultas nos Centro de Saúde, ao hiato temporal entre a marcação e a data da consulta, que, para alguns dos entrevistados, não compensa a gratuidade dos serviços, a falta de minúcia dos profissionais na fase do diagnóstico, mas sobretudo, e de forma transversal, as dificuldades na comunicação com os profissionais do SNS, especialmente com os funcionários administrativos, com quem têm o primeiro contacto e que, por vezes, são percebidas como uma prática discriminatória.

Apesar das barreiras encontradas, foi muito interessante observar, nos seus comportamentos e até na forma de se expressarem, que há uma clara dissociação entre “sentir a barreira” e “aceitá-la”. Os entraves foram enfrentados de forma confiante e determinada na esmagadora maioria das situações e, por isso, podemos considerar que o impacto foi mínimo na determinação das escolhas de vida estratégicas que eram por elas valorizadas, nomeadamente a decisão de ter filhos e garantir o melhor nível de cuidados de saúde para os seus filhos. Na maior parte das situações, não havia sequer um vestígio de dúvida quanto ao seu direito a receber cuidados de saúde de qualidade, e em pé de igualdade com a restante população, e o dever do Estado em garanti-lo. Os obstáculos foram, aliás, potenciadores de um processo de empoderamento coletivo, já que as estratégias mobilizadas para os ultrapassar implicaram a procura de soluções junto de outras pessoas da comunidade, mais experientes, e organizações da sociedade civil que lutam pelos direitos dos imigrantes, como a Associação Solidariedade Imigrante. Estes mecanismos encontrados têm um enorme potencial de replicação, já que, à medida que foram acumulando conhecimento, também elas passaram a apoiar outras mulheres imigrantes.

A literatura sobre saúde e migrações é unânime na importância do investimento e desenvolvimento de serviços culturalmente sensíveis (WHO, 2019; IOM 2020). Também em Portugal tem sido dada cada vez mais atenção a esta questão. São disso exemplo, na AML, a USF da Baixa e o Hospital Dona Estefânia⁹, ambos serviços culturalmente sensíveis, e tentativas para a implementação de mediação sociocultural nos serviços de saúde (Reis *et al.*, 2018). Esta abordagem centrada na importância das competências culturais, que enfatiza o papel dos fatores culturais como determinantes das desigualdades na saúde, em contextos de diversidade associada às migrações, não teve qualquer expressão nas

⁹ O Hospital Dona Estefânia integra a Comissão da Diversidade e Inclusão (CDI) do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) que tem como missão “promover a construção de práticas inclusivas sustentadas na diversidade cultural e nas necessidades especiais dos utentes que recorrem ao CHULC”. <https://www.chlc.min-saude.pt/estrutura-de-apoio-tecnico/comissao-da-diversidade-e-inclusao/>

expectativas verbalizadas pelas pessoas Sikh Punjabi entrevistadas, em relação ao SNS. De facto, a única reivindicação que foi expressa de forma consistente e contundente foi a necessidade de garantir a presença de pessoas que falem inglês nos serviços.

A sensibilidade cultural dos serviços é, sem dúvida, um objetivo importante, mas enquanto não for garantido o acesso verdadeiramente universal aos cuidados de saúde, quaisquer esforços empenhados que não sejam nesse sentido poderão não produzir os resultados esperados.

BIBLIOGRAFIA

- Abma, T. A., & Stake, R. E. (2014). Science of the particular: An advocacy of naturalistic case study in health research. *Qualitative health research*, 24(8), 1150-1161.
- Alarcão, V., Machado, F. L., Candeias, P., Virgolino, A., Santos, O., Pintassilgo, S., Pascoal, P. M., & Costa, A. (2022). *Cidadania e direitos sexuais de populações imigrantes em Portugal*. Observatório das Migrações (Vol. 73). Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações, ACM, IP.
- Allendorf, K., & Pandian, R. K. (2016). The Decline of Arranged Marriage? Marital Change and Continuity in India. *Population and development review*, 42(3), 435-464. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2016.00149.x>
- Batliwala, S. (1993). *Empowerment of Women in South Asia: Concepts and Practices*. Mumbai: Asian-South Pacific Bureau of Adult Education.
- Batliwala, S. (1994). The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action. In G. Sen, A. Germain and L. C. Chen (Eds), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*. Boston: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Batliwala, S. (2007). 'Taking the Power out of Empowerment: An Experiential Account'. *Development in Practice*, 17(4/5), 557-65.
- Bastos, S., Bastos, J., (2001). *De Moçambique a Portugal. Reinterpretações Identitárias do Hinduísmo em Viagem*. Lisbon: Fundação Oriente.
- Bhatla, N., Meena, J., Kumari, S., Banerjee, D., Singh, P., & Natarajan, J. (2021). Cervical cancer prevention efforts in India. *Indian Journal of Gynecologic Oncology*, 19(3), 41.
- Brass, P. R. (2003). The partition of India and retributive genocide in the Punjab, 1946-47: Means, methods, and purposes 1. *Journal of Genocide Research*, 5(1), 71-101. <https://doi.org/10.1080/14623520305657>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bryant, C. G., & Jary, D. (Eds.) (2001). *The contemporary Giddens: Social theory in a globalizing age*. New York: Palgrave.
- Cortez, I. (2010). Desigualdade no acesso aos cuidados de saúde primários - A outra face das USF. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(2), 189-94. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i2.10734>
- Costa, J. C., Saad, G. E., Hellwig, F., Maia, M. F. S., & Barros, A. J. (2023). Measures of women's empowerment based on individual-level data: a literature review with a focus on the methodological approaches. *Frontiers in Sociology*, 8.
- Das, V. (1976). Masks and faces: an essay on Punjabi kinship. *Contributions to Indian Sociology*, 10(1), 1-30. <https://doi.org/10.1177/006996677601000101>
- Desai, S., Chen, F., Reddy, S., & McLaughlin, A. (2022). Measuring Women's Empowerment in the Global South. *Annual Review of Sociology*, 48, 507-527.
- Freire, P. (1972). *The Pedagogy of the Oppressed*. Harmondsworth: Penguin.
- Fusch, P. I., Fusch, G. E., & Ness, L. R. (2017). How to conduct a mini-ethnographic case study: A guide for novice researchers. *The qualitative report*, 22(3), 923-941.
- Gama, A., Marques, M. J., Rocha, J. V., Azeredo-Lopes, S., Kinaan, W., Machado, A. S., & Dias, S. (2022). 'I Didn't Know Where to Go': A Mixed-Methods Approach to Explore Migrants' Perspectives of Access and Use of Health Services during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13201. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013201>
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society. Outline of the Theory of Structuration*. Berkley and Los Angeles: University of California Press.
- Giddens, A. (1993). *New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of Interpretative Sociologies*. Stanford: Stanford University Press.

- Gill S. S. (2003). Malaysian Sikhs and gender issues. *Akademika*, 63(1), 45–55.
- Glesne, C. (1989). Rapport and friendship in ethnographic research. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 2(1), 45-54.
- Ghosh, J. (2009): Migration and gender empowerment: Recent trends and emerging issues. Published in: *Human Development Research Paper (HDRP) Series*, Vol. 04, No. 2009
- Hanmer, L., & Klugman, J. (2016). Exploring women's agency and empowerment in developing countries: Where do we stand? *Feminist Economics*, 22(1), 237-263.
- Hernández-Plaza, S., Padilla, B., Ortiz, A., & Rodrigues, E. (2014). The value of grounded theory for disentangling inequalities in maternal-child healthcare in contexts of diversity: a psychosociopolitical approach. *Psychosocial Intervention*, 23(2), 125-133.
- IOM (2019). Migration and health: Current issues, governance and knowledge gaps. In *World Migration Report 2020*, 212–49.
- Jacobsen, K. A., Mryvold, K., (2012). *Sikhs across borders: transnational practices of European Sikhs*. London: Bloomsbury Academic.
- James-Hawkins L, Peters C, VanderEnde K, Bardin L, Yount KM. (2016). Women's agency and its relationship to current contraceptive use in lower- and middle-income countries: A systematic review of the literature. *Global Public Health*, 13:7, 843-858. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1239270>.
- Jodhka, S. S., & Myrvold, K. (2014). Sikhism and its changing social structure. In Bryan Turner, Oscar Salemink (Eds.) *Routledge handbook of religions in Asia* (pp. 63-76). Routledge.
- Kar, S. B., Pascual, C. A., & Chickering, K. L. (1999). Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 49(11), 1431-1460.
- Kabeer, N. (1994). *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*. London: Verso.
- Kabeer, N. (2001). Reflections on the measurement of women's empowerment. In *Discussing women's empowerment-theory and practice*. Sida Studies No. 3. Stockholm: Novum Grafiska AB.
- Keygnaert, I., Guieu, A., Ooms, G., Vettenburg, N., Temmerman, M., & Roelens, K. (2014). Sexual and reproductive health of migrants: does the EU care? *Health policy*, 114(2-3), 215-225.
- Leandro, M. E. (2004). Dinâmica social e familiar dos projectos migratórios – uma perspectiva analítica, *Análise Social*, 170, 95-118.
- Lopes, J. (2020). *Sikh Punjabi transnational families in Lisbon and Punjab: How are gender roles maintained and negotiated within Punjabi migrants' transnational families in Lisbon and Punjab?* [dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/22134>
- Malhotra, A. & Schuler, S. R. (2005). Measuring Women's empowerment as a variable in international development. In D. Narayan (Ed.). *Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives* (pp. 71-88). Washington. The World Bank.
- Mand, K. (2005). Marriage and Migration through the Life Course: Experiences of Widowhood, Separation and Divorce amongst Transnational Sikh Women. *Indian Journal of Gender Studies*, 12(2-3), 407-425. <https://doi.org/10.1177/097152150501200211>
- Marques, P., Nunes, M., Antunes, M. D. L., Heleno, B., & Dias, S. (2020). Factors associated with cervical cancer screening participation among migrant women in Europe: a scoping review. *International journal for equity in health*, 19, 1-15.
- Marques, P., Geraldes, M., Gama, A., Heleno, B., & Dias, S. (2023). What is the role of attitudinal barriers on cervical cancer screening non-attendance? Findings from a cross-sectional study with migrant women in Portugal. *BMC Women's Health*, 23(1), 1-11.
- Mason, K. O. (2005). Measuring Women's Empowerment: Learning from Cross-National Research. In D. Narayan (Ed.). *Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives* (pp. 89-102). Washington. The World Bank.

- McGarrigle, J., & Ascensão, E. (2017). Emplaced mobilities: Lisbon as a translocality in the migration journeys of Punjabi Sikhs to Europe. *Journal of Ethnic and Migration Studies* (April), 1-20. doi:10.1080/1369183X.2017.1306436.
- McLeod, H. W. (1989). *Who is a Sikh? The Problem of Sikh Identity*. The Clarendon Press.
- McLeod, W. H. (1996). *The Evolution of the Sikh Community: Five Essays*. Delhi; Oxford: Oxford University Press.
- McLeod, W. H. (1997). *Sikhism*. Penguin Books.
- Mukherjee, T. I., Khan, A. G., Dasgupta, A., & Samari, G. (2021). Reproductive justice in the time of COVID-19: a systematic review of the indirect impacts of COVID-19 on sexual and reproductive health. *Reproductive health*, 18(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01286-6>
- Neves, S., Nogueira, C., Topa, J., & Silva, E. G. (2016). Mulheres imigrantes em Portugal: uma análise de gênero. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 723- 733. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400015>.
- Nunes, M. F., Leite, A. H., & Dias, S. F. (2021). Inequalities in adherence to cervical cancer screening in Portugal. *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 30(2), 171-177. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000612>
- Oliveira, C. R. de (2022). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2022*. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 7). Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP).
- Padilla, B. (2013), Saúde dos Imigrantes: Multidimensionalidade, Desigualdades e Acessibilidade em Portugal. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana - REMHU*, 40, 49-68.
- Padilla, B., Hernández-Plaza, S., De Freitas, C., Masanet, E., Santinho, C. & Ortiz, A. (2013). Cidadania e diversidade em saúde: Necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados. *Saúde & Tecnologia* (Suplemento), e57-e64. <https://doi.org/10.25758/set.924>.
- Padilla, B., Rodrigues, V., Lopes, J., & Ortiz, A. (2018). Saúde dos Imigrantes: desigualdades e crise no SNS. In R. M. do Carmo, J. Sebastião, J. Azevedo, S. da C. Martins, & A. F. da Costa (Eds.), *Desigualdades Sociais: Portugal e a Europa* (pp. 315-334). Lisboa: Mundos Sociais.
- Pande, R. P., & Astone, N. M. Astone (2007). Explaining son preference in rural India: The independent role of structural versus individual factors. *Population Research and Policy Review* 26(1)- 1-29.
- Payne, J., & Payne, G. (2004). Key concepts in social research. *Key concepts in social research*, 1-248.
- Pires, R. (2007). Árvores Conceituais: Uma reconstrução multidimensional dos conceitos de acção e de estrutura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 53, 11-50.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2021). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Prata N., Fraser A, Huchko MJ, Gipson JD, Withers M, Lewis S, Ciaraldi EJ, Upadhyay UD. (2017a). Women's empowerment and family planning: a review of the literature. *J Biosoc Sci*. Nov; 49(6): 713-743. <https://doi.org/10.1017/S0021932016000663>
- Prata, N., Tavrow, P., & Upadhyay, U. (2017b). Women's empowerment related to pregnancy and childbirth: introduction to special issue. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(Suppl 2), 352. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1490-6>
- Rajat, S., & McLaren, M. A. (2023). Decolonial Reproductive Justice: Analyzing Reproductive Oppression in India. *Feminist Formations*, 35(2), 78-105.
- Rajput, D. (2012). *A Aprendizagem do Português enquanto Língua de Acolhimento: A Comunidade Punjabi em Portugal* [Tese de Mestrado]. Universidade de Lisboa.
- Reis, A., Spínola, A., Backström, B., Chaves, C., Santiago, M. C., Santinho, C., Coutinho, E., Quintela, M. M., Karimo, N. & Dénis, T. (2018). Projeto meios: da estratégia aos resultados preliminares identificados em contextos de cuidados de saúde. *Revista da UI-IPS*, 6(2), 13-19.
- Rosano, A., Dauvrin, M., Buttigieg, S. C., Ronda, E., Tafforeau, J., & Dias, S. (2017). Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC health services research*, 17(1), 588. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2549-9>

- Rowlands, J. (1997). *Questioning Empowerment: Working with Women in Honduras*. Oxford: Oxfam Publishing.
- Sandelowski, M. (1995), Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18: 179-183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>
- SEF (2023). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2022*. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.
- Sen, G. (1994). Women's empowerment and human rights: the challenge to policy. In: Graham-Smith F, editor. *A report of the population summit of the World's scientific academies*. London: Royal Society London.
- Sen, G. (1997). Empowerment as an Approach to Poverty, Working Paper Series 97.07. *Background paper for the UNDP Human Development Report*. New York: UNDP.
- Shanker, R., (1994). Women in Sikhism. In A. Sharma & K. K. Young (Eds.) *Religion and women*. (pp. 183-210). New York: State University of New York Press.
- Singh, H., Kaur, J. (2020). *State of the Panth: Sikhs & Sexuality (Report 6)*. Sikh Research Institut. https://assets-global.website-files.com/5e29591964852b5d27d96ea4/5f8174a6cb62d948c9a2a5b3_SOTP-6_Sikhi_and_Sexuality__Sikhri.org_©Sep_2020_Digital.pdf
- Singh, P., Singh, K. K., & Singh, P. (2021). Factors explaining the dominion status of female sterilization in India over the past two decades (1992-2016): A multilevel study. *PLoS One*, 16(3), e0246530.
- Singh, S., & Bhandari, M. (2012). Money management and control in the Indian joint family across generations. *The Sociological Review*, 60(1), 46-67.
- Stones, R. (2017). *Structuration theory*. Bloomsbury Publishing.
- Taneja, N., Chawla, B., Awasthi, A. A., Shrivastav, K. D., Jaggi, V. K., & Janardhanan, R. (2021). Knowledge, Attitude, and Practice on Cervical Cancer and Screening Among Women in India: A Review. *Cancer control: journal of the Moffitt Cancer Center*, 28. <https://doi.org/10.1177/10732748211010799>
- Thomassen, K. (2016). Advancing women's sexual and reproductive rights in Europe – a snapshot of legal and policy progress from 1986 to 2016. *Entre Nous – The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 85, 14–15.
- Uberoi, P., (1993). *Family, kinship, marriage in India*. Oxford in India Readings in Sociology and Social Anthropology. Delhi: Oxford University Press.
- United Nations (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 (A/RES/70/1).
- Upadhyay, U. D., Gipson, J. D., Withers, M., Lewis, S., Ciaraldi, E. J., Fraser, A., ... & Prata, N. (2014). Women's empowerment and fertility: a review of the literature. *Social science & medicine*, 115, 111-120.
- Williams, C. L., & Heikes, E. J. (1993). The Importance of Researcher's Gender in the In-Depth Interview: Evidence from Two Case Studies of Male Nurses. *Gender and Society*, 7(2), 280–291. <http://www.jstor.org/stable/189582>.
- WHO (2010). *Health of migrants – the way forward: report of a global consultation IOM International Organization for Migration* [Internet]. 2010. Available from: www.who.int/hac. [cited 2018 Nov 24].
- WHO (2016). *Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 agenda for sustainable development in Europe – leaving no one behind*. Copenhagen, Denmark.
- WHO (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Department of Reproductive Health and Research, Geneva: World Health Organization.
- WHO (2019). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*.
- Yalman, N. (1963). On the Purity of Women in the Castes of Ceylon and Malabar. *The Journal of The Royal Anthropological Institute Of Great Britain And Ireland*, 93(1), 25-58.

Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6^a ed.). Los Angeles: Sage Publications.

ANEXOS

ANEXO A – Indicadores e variáveis escolhidos para a avaliação do empoderamento das mulheres Sikh Punjabi, de acordo com as três dimensões de empoderamento consideradas

Dimensões do empoderamento	Indicadores	Variáveis
Recursos	Educação	Nível educacional
	Socioeconómicos	- Situação profissional (na Índia e em Portugal) - Disponibilidade sobre os próprios rendimentos e sobre os rendimentos do cônjuge
	Integração	- Domínio da língua portuguesa - Estatuto em território nacional - Tempo em Portugal - Idade de migração
Agência	Mobilidades	- Razões para emigrar e escolha do país de destino - Condições à chegada (sozinha/acompanhada; tipo de visto; rede de suporte) - Deslocações ao país de origem - Deslocações do dia-a-dia em contexto migratório (trabalho, lazer, compras, serviços, etc.)
	Casamento e vida doméstica	- Liberdade na escolha do parceiro, idade à data do casamento e diferença de idades - Possibilidade de separação/divórcio - Negociação e resolução de conflitos na tomada de decisão - Partilha das responsabilidades domésticas (despesas, filhos, tarefas) - Satisfação com a vida conjugal e íntima - Razões que levam a procurar cuidados de saúde - Quem frequenta os serviços de saúde (os dois, só a mulher, só o homem; um acompanha o outro) - Negociação sobre número de filhos e momento da concepção - Negociação sobre a utilização de métodos contraceptivos
Resultados	Acesso e utilização de serviços de SSR	Experiências no acesso e utilização de serviços de SSR (barreiras, pontos positivos, pontos negativos, sugestões de melhoria)

GUIÃO PARA AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Introdução

- Breve explicação do estudo
- Entrega do documento de consentimento informado

Características sociodemográficas da entrevistada e do cônjuge

- Idade
- Naturalidade
- Nacionalidade
- Estatuto em território nacional
- Língua materna
- Domínio do português
- Religião
- Escolaridade

Casamento

- Idade de casamento
- Liberdade na escolha do parceiro
- Possibilidade de expressar opiniões e de discordar do cônjuge
- Distribuição de tarefas domésticas

Mobilidade

- Processo migratório
- Ano/idade de chegada a Portugal
- Acompanhada/não acompanhada
- Com ou sem autorização
- Férias ao país de origem e outros
- Deslocações do dia-a-dia: compras, serviços de saúde, serviços públicos, ONGs e organizações de base comunitária, locais de culto religioso, escola, etc.

Poder de decisão sobre questões da vida doméstica

- Gestão do orçamento familiar
- Compras (grandes e/ou pequenas)
- Questões relacionadas com os filhos (educação, saúde, casamento, etc.)
- Quem tem a palavra final, quando há desacordo
- Cuidados individuais de saúde

Autonomia financeira

- Situação profissional e profissão
- Nível de rendimentos
- Disponibilidade sobre os próprios rendimentos (se os houver)
- Disponibilidade sobre os rendimentos comuns
- Conta bancária autónoma ou conjunta
- Quem faz pagamentos e como; quem levanta/deposita dinheiro do banco

Saúde sexual e reprodutiva e direitos

- Negociação sobre número de filhos e momento da concepção
- Negociação sobre a utilização de métodos contraceptivos
- Experiências no acesso a serviços de SSR (médico de família, IVG, gravidez, vigilância ginecológica, ISTs)
- Satisfação com a vida conjugal, afectividade e proximidade conjugais

Conclusão

- Espaço para que a entrevistada possa acrescentar ou clarificar alguma coisa

GUIÃO PARA AS ENTREVISTAS A ACTORES ESTRATÉGICOS

Caracterização socioprofissional

- Profissão/cargo
- Proximidade com o tema da saúde sexual e reprodutiva
- Proximidade com a comunidade Sikh da AML

Percepção da utilização dos serviços de SSR por parte da comunidade Sikh

- Padrões de utilização masculinos e femininos (necessidades, expectativas)
- Particularidade no acesso a cuidados de SSR pela comunidade Sikh
- Relação com os profissionais de saúde (formas e contextos de interacção)
- Determinantes de SSR na comunidade Sikh

Políticas de SSRD

- Configurações legais, políticas e institucionais dos cuidados de SSR respeitantes a migrantes
- Conceptualização da perspectiva de género e migratória nos programas de SSR
- Dificuldades e desafios

ANEXO D – Dados gerais sobre as mulheres Sikh Punjabi entrevistadas

	Preet	Lovepreet	Dilpreet	Jasmin	Sandeep	Priya	Vicky	Mandy
Naturalidade	Índia, Punjab	Índia, Punjab	Índia, Punjab	Índia, Punjab	Índia, Punjab	Índia, Punjab	Índia, Punjab	Índia, Punjab
Nacionalidade	Indiana	Indiana	Indiana	Indiana	Indiana	Indiana	Indiana	Indiana
Idade	30	38	46	31	32	34	27	33
Ano chegada a Portugal	Antes de 2019	2015	2016	2019	2019	2020	2019	2016
Estatuto em território nacional	Tem título de residência	Tem título de residência	Tem título de residência	Tem título de residência	Tem título de residência	Tem título de residência	Tem título de residência	Tem título de residência
Ano em que conseguiu a regularização	2020	-	2021	2021	2022	2021	2021	2018
Domínio da língua portuguesa	Básico	Fluente	Médio	Nada	Médio	Nada	Básico	Básico
Escolaridade	Mestrado	Licenciatura	Curso profissional	Ensino secundário	Ensino secundário	Licenciatura	Ensino secundário	Licenciatura
Ocupação profissional	Explicações particulares (biscate)	Negócio de família (mini-mercado)	Negócio de família (mini-mercado)	Doméstica	Empregada em mini-mercado	Doméstica	Doméstica (antes: restaurante, jardins municipais)	Doméstica
Estado civil	Casada	Divorciada	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada
Vive em casal	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Idade casamento	22	32	24/25	20	21	26	24	23
Diferença de idade do cônjuge	2	6	2	2	6	1	-	2
Filho(s)	0	1	1	1	1	2	0 (grávida)	1
Idade ao nascimento do 1º filho	-	33	40	21	23	29	-	29
Nascidos em Portugal	-	Sim	Não	Não	Não	Sim, 1	-	Sim
Quer ter (mais) filhos	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Conselho de residência	Loures	Seixal	Lisboa	Lisboa	Odivelas	Loures	Lisboa	Loures
Tem médico de família	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim
Serviços de saúde utilizados	Hospital (1); Centro de Saúde (1)	Hospital (2); Centro de Saúde (3)	Hospital (1); Centro de Saúde (3)	Hospital (1); Centro de Saúde (1)	Centro de Saúde (1)	Hospital (1); Centro de Saúde (1)	Maternidade (1); Centro de Saúde (1)	Hospital (2); Centro de Saúde (1)

ANEXO E – Dados gerais sobre os atores estratégicos entrevistados

Serviço / Instituição	Cargo	Proximidade com SSR	Proximidade com comunidade Sikh Punjabi
Hospital Dona Estefânia	Enfermeira especialista em saúde infantil	Unidade de cuidados intensivos neonatais	Muito pouca; consultas sobretudo, internamento menos.
USF da Baixa	Médico de família	Consultas de planeamento familiar, saúde materna, rastreio do cancro do colo do útero, ISTs	Segue alguns pacientes (planeamento familiar e consultas programadas de saúde do adulto)
Gabinete da Saúde no Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes de Lisboa – CNAIM (representa o Ministério Saúde)	Enfermeira gestora e coordenadora	Questões relacionadas com gravidez (na ótica do acesso)	Não quis falar especificamente
Fundação Aga Khan	Gestora de projetos na área de diversidade e inclusão	Depressões pós-parto, IVG (na ótica social)	Contato pontual
Associação Casa da Índia	Sócio	-	Membro ativo da comunidade e na gestão diária da Gurdwara de Odivelas

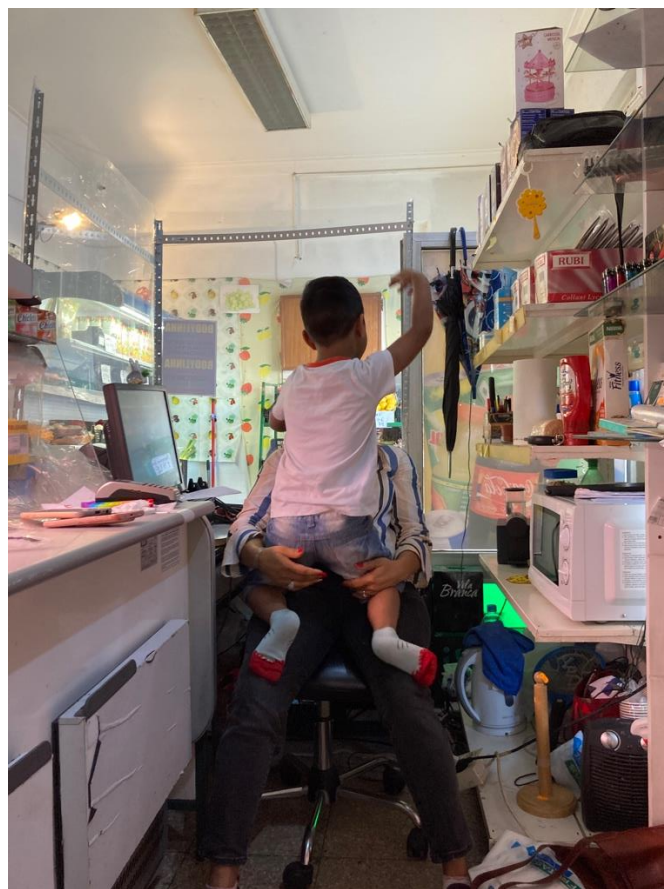
ANEXO F – Fotografias



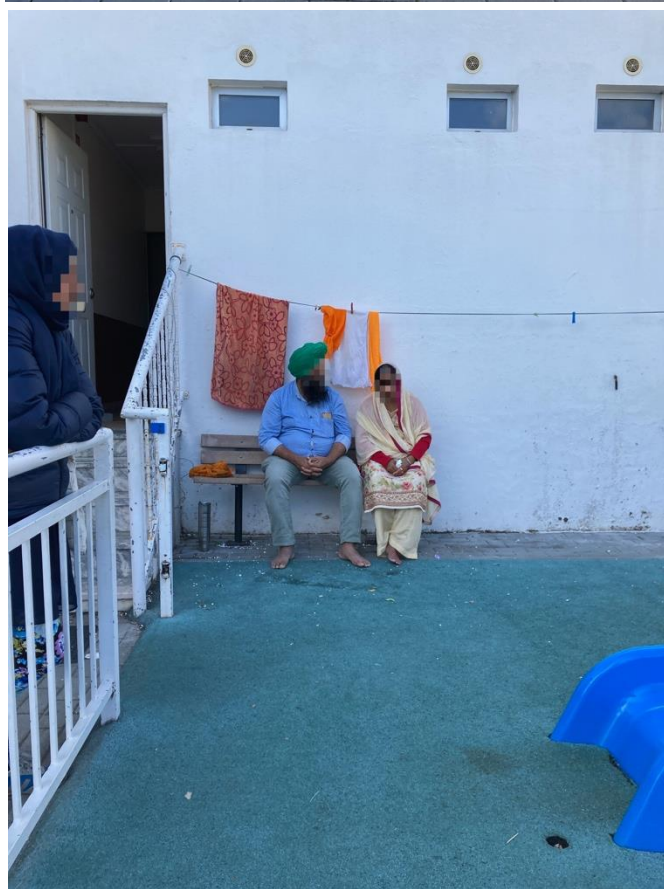
Em casa da Mandy e do Mandeep, junho 2021



Gurdwara de Odivelas, julho 2021



A Lovepreet e o filho, no mini-mercado, agosto 2021



Visita à Gurdwara de Odivelas com a Dilpreet e o filho Sonny, novembro 2021



Em casa da Priya, janeiro 2022



Encontro com a Vicky e o Param, março 2022



Celebração do Guru Ravidass no Mercado de Culturas, março 2022



Em casa da Mandy e do Mandeep, junho 2022



Visita à Gurdwara de Odivelas, agosto 2022

COMISSÃO DE ÉTICA
PARECER [Final] 81/2021

Projeto “Direitos e Acesso aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva em Mulheres Sikh Residentes na Área Metropolitana de Lisboa”

O projeto “Direitos e Acesso aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva em Mulheres Sikh Residentes na Área Metropolitana de Lisboa”, submetido pela investigadora Maria Teresa Mamede Ferreira no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Sociologia orientada por Violeta Alarcão, foi apreciado pela Comissão de Ética (CE) na reunião de 9 de junho de 2021.

A informação disponibilizada, em conformidade com o *Formulário de Submissão para Aprovação Ética* em uso no Iscte, inclui dois anexos (Folha informativa e consentimento informado e Guião de entrevista individual), contemplando, nomeadamente:

- a) **O problema de investigação e a relevância do estudo:** *“Um aspecto transversal à literatura sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) nas comunidades migrantes é a escassez de estudos nesta matéria, especificamente sobre as experiências e expectativas, pouco se sabendo sobre a perspectiva das próprias comunidades nesta área. O foco específico na comunidade Sikh, e em especial nas mulheres, pretende dar visibilidade às particularidades deste grupo, já que se verifica uma quase ausência de estudos sobre esta comunidade em Portugal que, apesar de continuar a ser minoritária, tem já expressão considerável na Área Metropolitana de Lisboa (AML). O conceito de empoderamento feminino enquanto conceito multidimensional (social, económico, psicológico, político e legal) que orienta o presente estudo baseia-se na definição e conceptualização de Kaber: “the expansion of people’s ability to make strategic life choices in a context where this ability was previously denied to them”. Duas dimensões centrais desta definição são a agência e os recursos necessários para fazer escolhas de vida. A necessidade de estudos com uma abordagem abrangente das questões contemporâneas de SSRD em populações migrantes é premente para que os desafios neste campo sejam devidamente compreendidos, oferecendo aos decisores políticos as ferramentas necessárias para o desenvolvimento de soluções específicas direccionadas às necessidades particulares desta população.”;*
- b) **O objetivo/perguntas de investigação:** *“A pesquisa será guiada pela seguinte pergunta de investigação: “Qual o papel do empoderamento das mulheres da comunidade Sikh residentes na AML no acesso e utilização de cuidados de saúde sexual e reprodutiva (SSR)?”*
Objectivos:
- Conhecer as percepções, práticas, experiências e expectativas da comunidade Sikh residente da AML no acesso e utilização de serviços de SSR; - Compreender de que forma é que o empoderamento feminino na comunidade Sikh residente na AML pode impactar o acesso e utilização de serviços de SSR;
- Produzir recomendações para a qualidade dos serviços de SSR, culturalmente sensíveis, com foco no atendimento à comunidade Sikh.”;
- c) **O método:** *“A metodologia escolhida deriva directamente da análise da literatura sobre o tema da saúde sexual e reprodutiva e direitos e da questão de investigação, atendendo ainda aos constrangimentos causados pela actual pandemia de covid-19. Ao definir as pessoas da comunidade Sikh*

residentes na AML como o universo do meu estudo, pretendo fazê-lo a partir de uma metodologia de análise compreensiva que tem na entrevista semi-estruturada o seu principal instrumento. Pretendo realizar cerca de 10 entrevistas semi-estruturadas individuais a mulheres Sikh em idade reprodutiva e casadas, a fim de estudar as narrativas e as vivências em torno da saúde sexual e reprodutiva. Para estudar os processos colectivos de construção de significados em torno da saúde sexual e reprodutiva irei realizar cerca de 2 focus group com 3 casais Sikh em idade reprodutiva. Por fim, de forma complementar, irei realizar cerca de 5 entrevistas semi-estruturadas a actores estratégicos, nomeadamente, líderes comunitários, mediadores sócio-culturais e profissionais de saúde, no sentido de captar outras perspectivas relevantes sobre o acesso desta comunidade a serviços de saúde sexual e reprodutiva. As entrevistas serão realizadas em Português e/ou Inglês, dependendo da língua que o/a entrevistado/a preferir utilizar. Todas as entrevistas, individuais e em grupo, serão gravadas (apenas som) e terão a duração prevista aproximada de 1 a 2 horas. No entanto, a duração e frequência das entrevistas poderá variar consoante a disponibilidade dos/as entrevistados/as e ficará em aberto a possibilidade de entrevistar a mesma pessoa mais do que uma vez, caso se revele necessário. Prevê-se que a modalidade das entrevistas seja, preferencialmente, presencial. Contudo, face a eventuais constrangimentos, nomeadamente aqueles decorrentes da actual crise sanitária, ficará também em aberto a possibilidade de realizar as entrevistas em formato digital. Em todo o caso, o local e data das entrevistas será determinado de acordo com a disponibilidade dos/as participantes. Quanto ao local, cabe apenas referir que poderão ser as instalações do ISCTE, as instalações de alguma organização comunitária ou local público, desde que seja possível assegurar as necessárias condições de privacidade. Irei ainda utilizar o diário de campo, como decorrência da aproximação ao terreno, para registar detalhes de contexto e expressões não-verbais, essenciais à análise e interpretação dos dados. O tratamento dos dados recolhidos será confidencial e anonimizados.”;

- d) **Participantes e método de recrutamento:** “Expectavelmente, serão entrevistadas cerca de 10 mulheres individualmente e cerca de 6 casais em grupo. Os/as participantes deverão ser mulheres entre os 18 e os 49 anos de idade e homens entre os 18 e os 54 anos de idade, período em que é mais provável que tenham ou venham a ter filhos; casados/as ou que vivam em relação de conjugalidade; naturais da Índia, pertencentes à comunidade Sikh; que entendam e se consigam expressar em Português e/ou Inglês; e que deem o seu consentimento informado para participar no estudo. O contacto com a comunidade indiana Sikh começou no trabalho associativo que iniciei em 2017, no apoio às questões da regularização e na participação em projectos sobre saúde. Este contacto estendeu-se a outros contextos, tendo tido oportunidade de conviver com a comunidade Sikh na Gurdwara e outros locais de culto, de participar em celebrações religiosas e culturais, e de frequentar o comércio típico desta comunidade. O recrutamento dos/as participantes far-se-á a partir destes contactos já estabelecidos e seguirá a técnica de amostragem bola de neve, que consiste em pedir a indivíduos elegíveis para o estudo que identifiquem outros potenciais participantes.”;
- e) O **consentimento informado**, livre e esclarecido (CILE), será dado oralmente, após uma explicação oral e escrita dada ao/à participante antes deste/a transmitir o seu propósito de participar, procedimento este admissível quando, como é o caso, a identificação pessoal possa implicar riscos para os/as participantes. O formulário do consentimento informado satisfaz os requisitos éticos exigíveis neste contexto.
“O carácter voluntário da participação deverá ficar claro no consentimento informado, sendo particularmente relevante que os/as entrevistados/as serão, na sua totalidade, pessoas maiores de idade

com a qual não existe qualquer relação de dependência ou subordinação em relação à investigadora. Os/as participantes serão informados de que a sua decisão de participar ou não no estudo não será transmitida a mais ninguém e que a sua participação não comportará qualquer repercussão ao nível dos serviços de saúde. A desistência será possível em qualquer momento, bastando para isso comunicar a sua intenção à investigadora. Será ainda possível não responder a qualquer pergunta."

A CE recomenda que a explicação dada aos/às participantes antes destes manifestarem a sua intenção de participar no estudo inclua a possibilidade de as entrevistas se realizarem por via digital, bem assim como a indicação expressa da eliminação dos registos gravados logo que estes se encontrem transcritos. Note-se que enquanto os registos não forem destruídos, os dados recolhidos são pessoais, pelo que a CE recomenda a inclusão no consentimento informado de informação relativa aos direitos que os titulares de dados podem exercer e o contacto do Encarregado de Proteção de Dados do Iscte. Um exemplo de consentimento informado para tratamento de dados pessoais pode ser encontrado no site da CE.

A CE recomenda ainda o armazenamento dos dados brutos (as gravações) sob adequadas condições técnicas e organizativas, em linha com a secção E do documento "Orientações aos investigadores sobre proteção de dados", disponíveis no site da CE.

- f) O *debriefing*, apresentado sob a forma de texto no final da participação, obedece aos requisitos habituais;
- g) O estudo envolve pessoas pertencentes a grupos minoritários em situação de vulnerabilidade e/ou situação ilegal, não sendo, todavia, de prever riscos significativos para os/as participantes. A possibilidade de ocorrência de desconforto ou reações emocionais perante algumas perguntas está adequadamente mitigada (p. ex., não obrigatoriedade de resposta e possibilidade de desistência a qualquer momento sem consequências). *"A minimização dos riscos decorrerá do anonimato no tratamento dos dados e na confidencialidade de todas as informações recolhidas. Dadas as temáticas abordadas, poderá ser inevitável que os/as participantes demonstrem reações emocionais. Para minimizar os possíveis efeitos adversos desta exposição, as entrevistas decorrerão em ambiente confortável para os/as participantes e com a maior privacidade. O local, duração e modalidade da/s entrevista/s serão definidas pelos/as participantes. Aos/às participantes que solicitarem ajuda será fortemente aconselhado que contactem o seu médico de família/centro de saúde. Adicionalmente, os/as participantes que solicitarem informações serão informados dos serviços gratuitos (indicados de seguida) onde poderão receber informações, aconselhamento e/ou tratamento.*
Sexualidade em Linha (APF e IPDJ) - 800 222 003
Informação, esclarecimento e encaminhamento sobre Saúde Sexual e Reprodutiva.
Linha SAÚDE 24 (Linha de Cuidados de Saúde e Direcção-Geral da Saúde) - 808 24 24 24
SOS Grávida (Ajuda de Mãe) - 808 200 139."
- h) Não está prevista a atribuição de incentivo/compensação pela participação;
- i) A Declaração de Responsabilidade e de Conduta Ética da Investigadora está em conformidade com as disposições contidas no Código de Conduta Ética na Investigação do Iscte.

Em suma, encontrando-se asseguradas a natureza voluntária do estudo, a anonimização e a privacidade dos/das participantes, e a confidencialidade dos dados coligidos, a Comissão de Ética entendeu emitir parecer favorável, com a recomendação constante da alínea e), realçada a negrito.

Relator: Jorge Costa Santos
(com Nuno David)



O Presidente da Comissão, *Professor Doutor Sven Waldzus*



O Relator, *Professor Doutor Jorge Costa Santos*