

**MULHERES DA DIÁSPORA NEPALESA:
O PAPEL DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA REFORMULAÇÃO DA
IDENTIDADE TRANSNACIONAL**

Arianna Ida Borelli

**Dissertação de Mestrado em Migrações, Inter-Etnicidades e
Transnacionalismo**

Dezembro, 2021

MULHERES DA DIÁSPORA NEPALESA

O Papel da Saúde Sexual e Reprodutiva na
Reformulação da Identidade Transnacional

DISSERTAÇÃO FINAL DO MESTRADO EM MIGRAÇÕES
INTERETNICIDADES E TRANSNACIONALISMO

Nome: Arianna Ida Borelli

Número de Aluna: 2019101306

Professor Orientador: Prof. José Manuel Fraga Mapril Gonçalves

Lisboa, Dezembro 2021

PALAVRAS-CHAVE

Diáspora Nepalesa

Gênero

Saúde Sexual e Reprodutiva

Integração

Transnacionalismo

RESUMO

A presente dissertação tem objetivos compreensivos da construção dos fenómenos identitários femininos no contexto da diáspora nepalesa em Portugal. A diáspora nepalesa representa a comunidade residente estrangeira cuja dimensão mais cresceu nos últimos 10 anos em Portugal, todavia, o conhecimento em torno desta população é ainda escasso.

Através da análise dos discursos das mulheres nepalesas no que diz respeito a sua saúde sexual e reprodutiva (SSR), pretendem-se identificar os elementos e os processos socioculturais transnacionais que influenciam as vivências e os comportamentos das mulheres durante a integração no país de acolhimento. A investigação adota uma metodologia qualitativa com recurso a trabalho de campo e entrevistas semi-diretivas com 10 mulheres originárias do Nepal e atualmente residentes em Portugal, na área de Lisboa e Vale do Tejo.

Os resultados da pesquisa revelam uma reconfiguração de rituais, comportamentos e narrativas em torno da vida sexual e reprodutiva das mulheres nepalesas em Portugal, fenómenos estes que podem subentender um inicial, mas importante processo de empoderamento feminino dentro deste grupo.

Apesar de manter-se uma forte identificação diaspórica que faz referência ao Nepal, as mulheres entrevistadas identificam Portugal como um exemplo de identidade social positiva no que se refere a igualdade de género. No entanto, os discursos revelam a existência de uma exclusão estrutural e interativa das

mulheres migrantes em Portugal, fenómeno que instaura dinâmicas de poder que fomentam as desigualdades sociais e arriscam afastar esta população dos recursos de apoio aos quais têm direito.

O desafio de combinar os traços conservadores da cultura nepalesa com o liberalismo do novo meio social pode dificultar o processo de construção dos espaços de pertença e da identidade transnacional das mulheres, gerando uma ambivalência ontológica que ameaça a fluidez do processo de integração. Neste contexto, as redes imigrantes, sobretudo de entreajuda feminina, representam um capital social essencial para superar os desafios à chegada no novo destino, mediando o contacto com as instituições no acolhimento, e mantendo a ligação com a sociedade e cultura de origem.

VII

MUL

O PAPEL DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA REFORMULAÇÃO DA IDENTIDADE TRANSNACIONAL

VIII MULHERES

MULHERES DA DIÁSPORA NEPALESA

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO E VISÃO GERAL

Introdução ao Tema: Género, Saúde Sexual e Reprodutiva e Diáspora Nepalesa	15
Objetivos e Perguntas do Estudo	20
Eixos Conceptuais Delineadores da Investigação	21
O Percorso Etnográfico Experiências e Metodologias	23
Limitações do Estudo	24
Estrutura da Dissertação e Breve Resumo de Cada Capítulo	26

2. ESTADO DA ARTE

Género, Saúde Sexual e Reprodutiva e Diáspora

Género e Migração	31
Migração Feminina e Saúde Sexual e Reprodutiva	38
A Diáspora Nepalesa	49

3. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Perguntas de Investigação	66
Opção Metodológica	66
Quadro de Operacionalização	68
Instrumentos de Recolha Dados	72
Análise de Dados	74

4. O CONTEXTO ETNOGRÁFICO	
Enquadramento da Comunidade Nepalesa em Portugal	77
Caracterização das Interlocutoras	93
5. RESULTADOS	
Crenças e Comportamentos em Saúde Sexual e Reprodutiva	
O Período Menstrual	98
A Gravidez e o Pós-Parto	102
Literacia em Saúde	107
Planeamento Familiar e Interrupção Voluntária da Gravidez	109
Determinantes de Saúde em Migração	113
Competência Cultural na Prática Médica	115
As Expetativas Para o Futuro	117
6. RESULTADOS	
Fenómenos de Empoderamento Feminino	
A Vivência do Empoderamento em Portugal	122
O Reverso da Medalha	127
7. REFLEXÕES FINAIS	
Conclusões	133
Recomendações	143
Pistas de Investigação Futura	145
BIBLIOGRAFIA	147
ANEXOS	167

XII MULHERES

MULHERES DA DIÁSPORA NEPALESA

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACM	Alto Comissariado das Migrações
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
GAT	Grupo de Ativistas em Tratamentos
IOM	International Organization for Migration
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
ONG	Organização não Governativa
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
USF	Unidade de Saúde Familiar



1. INTRODUÇÃO E VISÃO GERAL

1.1 INTRODUÇÃO AO TEMA: GÉNERO, SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIÁSPORA NEPALESA

A natural tendência do ser humano para emigrar, acelerada pelo fenómeno da globalização, tem criado realidades sociais cada vez mais multiculturais, onde coabitam pessoas de origens, culturas e costumes diferentes. Como reflexo, os habitantes destas sociedades serão seres superdiversos, com origens variadas e talvez múltiplas, heterogéneos do ponto de vista cultural, socioeconómico e legal, mas conectados por múltiplas redes relacionais, numa dimensão transnacional (Vertovec 2007). O dinamismo da superdiversidade contrasta com o desejo de estaticidade e controlo dos poderes hegemónicos, podendo levar a desencontros culturais e desafios de integração e convivência. De facto, estes sistemas complexos, apesar de caracterizados por relações de partilha, trocas e oportunidades



enriquecedoras, são substrato fértil para a emergência de novos níveis de desigualdades e novas hierarquias de poder, levando à emergência de novos conflitos, discriminações e problemas sociais.

No caso das mulheres, que representam cerca de metade da população de migrantes no mundo (IOM- International Organization for Migration 2019), a variável do gênero acrescenta-se às discriminações baseadas na pertença étnica, afiliação religiosa, classe social, nacionalidade, entre outras (Crenshaw 1991), aumentando exponencialmente as forças de poder que tentam submetê-las. Os estudos que, a partir de meados dos anos '70, têm posto a migração feminina no centro da análise demonstram como a mudança da localidade e do contexto circundante obriga à renegociação dos papéis sociais de gênero, impulsionando uma transformação das construções dominantes da masculinidade e da feminilidade (Mahler e Pessar 2010; Ramalho and Trovão 2010).

Heckmann e Bosswick (2006) conceptualizam o fenômeno da integração como composto por quatro processos: a integração estrutural, a aquisição de direitos de cidadania e de acesso às principais instituições da sociedade de acolhimento - o mercado de trabalho, os sistemas de educação, de habitação, de saúde; a integração interativa, ou seja a criação de relações entre os indivíduos que coabitam na mesma comunidade; a integração cultural, que se manifesta na familiarização com os traços da cultura de nova residência e a mudança cognitiva e comportamental tanto das pessoas migrantes, como da sociedade de acolhimento, para que possa haver uma convivência multicultural; e a integração identitária, por outras palavras, o desenvolvimento de sentimentos de pertença e inclusão numa nova sociedade.

Dentro das esferas que definem e servem os indivíduos enquanto membros de uma sociedade, a saúde tem um olhar privilegiado sobre os processos e as estratégias das várias formas de integração e da criação de dinâmicas transnacionais. A saúde, entendida de forma holística como um estado de bem-estar mental, físico e social, possui, notoriamente, um papel fundamental na determinação do êxito da integração dos sujeitos migrantes no país de acolhimento (Ager and Strang 2008; Dias et al. 2018; Topa 2013). Apesar de as pessoas migrantes serem, por norma, indivíduos com um ótimo perfil de saúde (The "Healthy Migrant Effect" - Razum et al., 2000), as experiências do processo de migração e

integração podem produzir dinâmicas de risco, quer relativamente ao estado de saúde, quer relativamente ao acesso e utilização dos serviços, determinando e fomentando desigualdades e iniquidades sociais (Bäckström 2016; López 2016). As mudanças que caracterizam a migração, tanto a nível social como a nível individual, podem comprometer o bem-estar das pessoas migrantes no país de acolhimento, acarretar conflitos psicológicos, desintegração social e/ou declínio na saúde física (Topa 2013). A instabilidade identitária, as dificuldades burocráticas, as barreiras de acesso aos serviços, a precariedade e as duras condições de trabalho, as fracas condições de habitação, a sensação de isolamento e a falta de apoio, assim como os episódios de discriminação, representam apenas parte dos desafios que podem atentar contra o estado de saúde das populações migrantes nos contextos de acolhimento (Bäckström 2016; Dias et al. 2018; Keygnaert, Guieu, Ooms, Nicole Vettenburg, et al. 2014; Oliveira 2020a).

Mais uma vez, a literatura académica (Alarcão et al. 2019; Jayaweera 2017; Siantz 2013) identifica uma desigualdade no que diz respeito às possibilidades de acesso e à qualidade dos serviços recebidos pelas mulheres migrantes em comparação com os homens migrantes, alertando para a necessidade de realizar mais estudos e de orientar intervenções práticas para esbater as diferenças de género na saúde.

O estudo da saúde sexual e reprodutiva (SSR) no contexto migratório oferece uma perspetiva privilegiada para a análise das influências socioculturais e do processo de integração nas vivências femininas, além de ter o potencial de indicar possíveis caminhos rumo a uma maior igualdade na saúde e maior justiça social (WHO - World Health Organization 2021). A saúde sexual e reprodutiva é elemento integrante da vida de cada indivíduo e contribui para a sua identidade e o seu equilíbrio físico e psicológico (López, Associação para o Planeamento Familiar, 2016). A saúde sexual e reprodutiva engloba as áreas da sexualidade e educação sexual, assim como do planeamento familiar, incluindo a escolha de métodos contraceptivos, a realização de rastreios e diagnósticos de infeções sexualmente transmissíveis e doenças relacionadas com a saúde feminina, o processo da gravidez e puerpério, a interrupção voluntária da gravidez e a violência sexual e de género.

A análise das vivências e dos comportamentos em saúde sexual e reprodutiva

representa uma perspetiva especial e significativa para perceber alguns elementos facilitadores e agravantes do processo de integração das mulheres migrantes no acolhimento, para investigar a transformação das relações género, e para observar as estratégias de reformulação transnacional de identidades individuais e sociais. Ademais, o aumento do conhecimento acerca das significações do processo saúde-doença pode, tal como sugere Turato (2005), melhorar a qualidade da relação profissional-utente-família-instituição e promover maior adesão das/os utentes aos cuidados de saúde, reduzindo as desigualdades em saúde.

Apesar do género ser reconhecido como um dos fatores de risco para a saúde, determinando uma maior vulnerabilidade das mulheres quando comparadas com os homens, especialmente no que concerne ao contexto migratório e à Saúde sexual e reprodutiva (WHO - World health Organization 2002), as contribuições que se dedicaram a investigar estes temas são ainda insuficientes.

Em Portugal existe uma vasta literatura multidisciplinar dedicada aos estudos migratórios, contudo, ainda escassas investigações foram realizadas sob uma perspetiva de género (Miranda, 2009) e na área da saúde (Oliveira 2020a; Topa 2013). Além disto, a pesquisa científica tem se focado nas comunidades migrantes mais representativas em Portugal (comunidades PALOP, brasileira, da Europa de Leste), descurando outras minorias que merecem igual atenção. Entre estas, a diáspora nepalesa, a comunidade residente estrangeira cuja dimensão mais cresceu nos últimos 10 anos - 37 vezes entre 2008 e 2020 (PORDATA 2020).

Portugal tem vindo a assumir um papel cada vez mais central no panorama da emigração Nepalesa para a Europa, representando o segundo destino por número de migrantes depois do Reino Unido (Government of Nepal 2018). A população nepalesa residente tem aumentado a um ritmo rápido e progressivo a partir dos anos 2009-2010, registando 20884 pessoas em 2020 - 3% da população migrante residente em Portugal (Gabinete de Estratégia e Estudos 2021; SEF 2020). Cerca de 60% dos migrantes nepaleses concentra-se em Lisboa, característica esta que se reflete nos serviços de saúde da área de Lisboa Central, onde a comunidade nepalesa representa a segunda nacionalidade estrangeira (a seguir à brasileira) por número de utentes inscritos.

De forma similar a outras diásporas de origem asiática, a comunidade nepalesa distingue-se pela desproporção entre homens e mulheres, onde estas estão

em franca minoria (54% e 36% respetivamente). Contudo, diferentemente das diásporas do Bangladeche ou da Índia, nota-se uma inversão de tendência ao longo dos últimos anos, com mais mulheres a imigrarem de forma autónoma e independente das figuras masculinas (Gabinete de Estratégia e Estudos 2021). As mulheres nepalesas constituem-se como uma das nacionalidades estrangeiras mais representadas, depois da brasileira, em várias maternidades em Lisboa e no Sul do país (Lusa 2021c; Maia 2018), representando a comunidade asiática com mais nados-vivos em Portugal nos últimos 5 anos (2015-2020) (INE 2020). A população feminina nepalesa representa um alvo especial para o estudo das vivências e comportamentos em saúde sexual e reprodutiva, não apenas pela importância que tem vindo a assumir em Portugal, mas, especialmente, por mostrar características únicas de transformação dos papéis de género dentro do panorama das diásporas femininas da Ásia do Sul, mantendo, porém, modelos patriarcais interiorizados na sociedade de origem, que podem limitar a sua agência na vida quotidiana.

Atendendo ao crescimento desta diáspora no território europeu, e especialmente em Portugal, é necessário desenvolver mais estudos para impulsionar o pensamento e o conhecimento das dinâmicas de bem-estar desta população, de forma a atuar em conformidade com estratégias que visam diminuir as desigualdades na saúde, especialmente no que se refere aos segmentos femininos da comunidade nepalesa em Portugal e às suas vivências e comportamentos de saúde sexual e reprodutiva.

Esta dissertação de mestrado em Migrações, Inter-Etnicidades e Transnacionalismo descreve um trabalho de pesquisa, investigação e reflexão feito ao longo de dois anos dentro dos estudos imigratórios e de género nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Nas próximas páginas são apresentados os objetivos e as perguntas do trabalho, os eixos conceptuais no qual se baseia a investigação, e são brevemente explicadas as escolhas metodológicas, que serão aprofundadas no capítulo que lhe diz respeito. Conclui-se com uma apresentação da estrutura da dissertação e com uma breve apresentação de cada capítulo.

1.2 OBJETIVOS E PERGUNTAS DO ESTUDO

A investigação tem finalidades compreensivas da construção dos fenómenos identitários femininos no contexto da migração.

A análise da comunidade feminina nepalesa residente em Lisboa, tomando como central a ligação entre género e saúde (sexual e reprodutiva), tem como objetivos principais:

Dar visibilidade à diáspora nepalesa em Portugal a partir da perspetiva fenomenológica da comunidade feminina, sobre a qual existe um conhecimento bastante escasso;

- a)** Ser palco para a expressão livre e partilha de experiências e opiniões femininas, numa proposta alternativa aos discursos dominantes masculinos;
- b)** Trazer para o debate o entrecruzamento da realidade de ser mulher e ser migrante nos contextos da saúde no país de acolhimento;
- c)** Elaborar uma análise antropológica sobre a diáspora nepalesa em Portugal, centrada na articulação entre os conceitos de transnacionalidade e de saúde sexual e reprodutiva, perspetiva privilegiada para compreender a manutenção e transformação das dinâmicas, ideologias e práticas de género, ao longo do processo de integração na sociedade portuguesa;
- d)** Definir as influências socioculturais e interseccionais implicadas na relação dinâmica entre migrante feminina e saúde para identificar as necessidades e prioridades de intervenção de forma a tentar diminuir as desigualdades na saúde;
- e)** Obter informações e produzir conhecimento sobre as experiências em saúde das mulheres nepalesas, fenómeno desconhecido e ignorado até à data pelos profissionais e órgãos governamentais do SNS, de modo a criar uma ferramenta que possa sugerir pistas para elaborar cuidados abrangentes e individualizados para a comunidade feminina nepalesa.

Será procurada resposta às seguintes perguntas relativas à diáspora feminina nepalesa em Lisboa:

- » Como se caracterizam as experiências, narrativas, opiniões e expectativas das mulheres no que diz respeito aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva em Portugal?

- » Quais são, na opinião das mulheres, as barreiras e os principais problemas na sua relação com os cuidados em saúde sexual e reprodutiva?
- » Qual a influência das crenças culturais na prática e nos comportamentos em saúde sexual reprodutiva?
- » Qual a influência do processo migratório e, especialmente da integração em Portugal, nos comportamentos em saúde e nas crenças e rituais que lhe dizem respeito?
- » Como é que os discursos dominantes são interiorizados e utilizados pelas mulheres nos seus comportamentos em SSR e na construção das suas identidades?
- » Qual a influência da migração para Portugal na reconfiguração das identidades femininas e, em particular, como se concretiza a relação entre a vivência da saúde sexual e reprodutiva e o desenvolvimento da identidade transnacional das mulheres nepalesas no seu caminho de integração em Portugal?

1.3 EIXOS CONCEPTUAIS DELINEADORES DA INVESTIGAÇÃO

O grande pressuposto deste trabalho é a natureza dinâmica da identidade, um processo individual e social em continua transformação, construído e reconstruído através de interligações multifatoriais que variam de acordo com os contextos que a rodeiam (Vertovec 2007). O processo migratório representa uma oportunidade especial de (re)criação, reformulação e (re)construção, aplicando o conceito da "superdiversidade" de Vertovec. Este trabalho usa o termo transnacional para capturar o sentido multidimensional dos sentimentos de identidade e pertença das pessoas migrantes, que se desenvolve dentro, entre e além das fronteiras dos estados-nação, numa dimensão social transnacional (Anderson 2019; Glick Schiller and Salazar 2013; Schiller, Basch, and Blanc-szanton 1992; Vertovec 2007). Seguindo esta perspetiva, esta dissertação considera a integração como o processo que se instaura numa determinada sociedade à chegada de novo elementos, capaz de desencadear fenómenos bidireccionais (ie. da população migrante e da população autóctone) de adaptação estrutural, relacional e identitária (Gisselquist 2021; Heckmann and Bosswick 2006).

Esta investigação assume uma atitude feminista que se baseia na reclamação de espaços de visibilidade para as experiências e opiniões dos sujeitos femininos, reconhecendo a individualidade e exclusividade das experiências fenomenológicas de cada pessoa. A análise é realizada tendo em conta uma perspectiva interseccional (Collins 2015; Crenshaw 1991), de forma a reconhecer os diferentes níveis de vulnerabilidade dentro da ordem de género e as intersecções entre este e as hierarquias sociais derivantes da pertença a etnia ou minoria social (interseccionalidade transnacional - Grabe and Else-Quest 2012), que também se refletem na heterogeneidade de experiências em saúde. Incorporar a análise feminista crítica no estudo das experiências em saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes significa também questionar as hierarquias de poder hegemónicas – estruturais, comunitárias, familiares – que (re)produzem e sedimentam a disparidade de género, com repercussões na vida de inúmeras mulheres.

O quadro conceptual em que realizamos o nosso estudo combina a perspectiva feminista e transnacional com a abordagem socio-ecológica em saúde. Esse modelo considera a complexa interação entre fatores individuais, de relacionamento, comunitários e sociais na determinação do estado de saúde de cada pessoa, proposta esta que tem sido reconhecida como eficaz na prevenção de várias formas de violência (CDC 2021). O modelo socio-ecológico permite compreender a gama de fatores, e das interligações entre estes, que colocam as pessoas em risco de doença e vulnerabilidade ou, por outro lado, as protegem destas. Com estes pressupostos, pode-se olhar para a saúde como uma lente através da qual se consegue observar e analisar o mundo, pois o comportamento em saúde de cada indivíduo é influenciado por múltiplas camadas interligadas, sendo ele membro de uma (ou mais) família(s), uma (ou mais) comunidade(s) e uma (ou mais) sociedade(s).

A pesquisa segue a proposta da antropologia médica, que afirma que os processos de saúde e doença pertencem a um universo de representações coletivas, e não individuais, constituindo um modelo explanatório que necessita de dialogar com outros fatores, in primis o contexto social e cultural de cada pessoa (Quaranta 2006). Esta abordagem, ao priorizar o respeito pelas diferenças fenomenológicas

culturais, desencadeia um processo de reflexão acerca do etnocentrismo da prática médica e da assistência social no destino, que podem levar a uma revisão das suas construções em prol da igualdade em saúde (Topa 2013).

Finalmente, o estudo assenta no conceito da justiça social, que reconhece na saúde um direito humano livre e igualmente acessível a todos. Essa abordagem pretende também avaliar as políticas, programas e legislação em vigor no que diz respeito à universalidade dos cuidados disponibilizados (Keygnaert, Guieu, Ooms, Nicole Vettenburg, et al. 2014).

1.4 O PERCURSO ETNOGRÁFICO: EXPERIÊNCIAS E METODOLOGIAS

A escolha da metodologia do trabalho foi determinada pela vontade de dar voz às mulheres migrantes, verdadeiras especialistas dos desafios da migração e integração numa comunidade culturalmente diferente. A investigação adota uma metodologia qualitativa com recurso a trabalho de campo e entrevistas semi-diretivas com 10 mulheres originárias do Nepal, com idades compreendidas entre os 20 e os 48 anos e residentes em Portugal, na área de Lisboa e Vale do Tejo, entre 1 a 8 anos.

A colaboração com a associação migrante NIALP foi uma ajuda fundamental para ultrapassar as dificuldades de realizar a observação participante do trabalho de campo no contexto do isolamento social imposto em consequência da pandemia Covid-19 entre março 2020 e maio 2021. A NIALP ajudou, igualmente, na realização das entrevistas e no recrutamento das entrevistadas, contribuindo decisivamente para a amostra em bola de neve. Apesar de tratar-se de um grupo recrutado por métodos não probabilísticos, foi procurada a heterogeneidade em termos de origem étnica e regional, tempo de permanência em Portugal, estado civil, religião, nível de escolaridade, situação profissional, trajetórias e condições de migração.

Como instrumento para conhecer a comunidade alvo da investigação, e identificar as problemáticas que esta sente como prioritárias, foram realizadas entrevistas exploratórias com representantes formais e informais da diáspora

nepalesa em Lisboa (representantes do consulado nepalês em Lisboa, coordenadores de organizações migrantes) e com membros da sociedade civil que trabalham com esta população (profissionais de saúde, investigadores académicos, representantes de ONG).

A análise segue uma abordagem centrada nas pessoas, nos seus discursos e nos significados atribuídos às experiências. Foi realizada uma análise vertical do conteúdo de cada entrevista e uma sucessiva análise horizontal com comparação entre as entrevistas para a análise temática. As observações recolhidas no diário de campo e os resultados do questionário online realizado anteriormente às entrevistas serviram como métodos de recolha de dados e para contextualização do mundo das participantes, ajudando na interpretação dos discursos.

1.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em seguida, são apresentadas as limitações identificadas no estudo, fatores importantes a ter em consideração durante a análise e para definir futuras pistas de investigação.

Em primeiro lugar, importa sublinhar que este trabalho foi desenvolvido entre outubro 2019 e outubro 2021, tendo sido fortemente afetado pela pandemia Covid-19. Em particular, o trabalho de campo abrandou com o isolamento social e a suspensão de atividades presenciais com a comunidade, pilares da pesquisa etnográfica, o que pode ter enviesado o conhecimento e não permitiu aprofundar alguns aspetos que podiam ter sido relevantes no processo de análise, como a pertença a uma determinada casta. Ainda, a pandemia Covid-19 criou um contexto global único, onde a saúde e o acesso aos serviços de saúde têm assumido contornos excecionais, assistindo-se a uma narrativa que colocava o bem-estar no centro da atenção e uma estrutura pública de cuidados de saúde em estado de forte vulnerabilidade, com dificuldade a responder às exigências da população. É, portanto, necessário considerar a influência da pandemia nas vivências em saúde das mulheres neste estudo e considerar este aspeto durante a análise dos discursos.

Outro elemento a considerar é o emprego da investigadora, que é médica

interna de Medicina Geral e Familiar em Lisboa Central. Muitas das mulheres que se disponibilizaram para a entrevista tinham questões para apresentar a um profissional de saúde, pelo que a amostra poderá ter sido enviesada no sentido de ter incluído pessoas com preocupações e ligações especiais no que se refere à saúde, o que pode não ser generalizável para o resto da comunidade. Estas mulheres procuravam respostas da medicina ocidental, podendo, portanto, ocultar as opiniões daquela faixa da comunidade que costuma recorrer aos cuidados da medicina alternativa (por exemplo, a medicina Ayurvedica). Este facto aponta, mais uma vez, para a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, especialmente desde o início da pandemia Covid-19, por parte desta população, que se vê obrigada a encontrar vias alternativas para ver os seus problemas resolvidos.

O processo de recrutamento das entrevistadas (método bola de neve) pode, igualmente, representar um fator potencial de viés. Todas as mulheres que participaram no projeto são membros de um grupo informal de mulheres composto por mulheres nepalesas migrantes em Lisboa. Os processos identitários são influenciados pelo contexto social no qual o sujeito se encontra inserido, importa neste sentido questionar se as experiências de pessoas com outras características nos trariam outros relatos e outras perspetivas, caso tivéssemos tido oportunidade de ouvir as suas histórias.

Apesar de se ter conseguido um bom grau de heterogeneidade do grupo de mulheres entrevistadas no que diz respeito às características sociodemográficas (idade, nível e tipo de formação educacional, tempo de permanência em Portugal, afiliação religiosa), o estudo possui menos variedade no que concerne ao estado civil (apenas uma mulher não casada), o estado jurídico em Portugal (todas as mulheres residem legalmente em Portugal), a orientação sexual e identidade de género (todas as entrevistadas declaram-se mulheres heterossexuais cisgénero), e não foi investigada a pertença de casta.

As dez mulheres entrevistadas para este trabalho, cujos discursos lançam as bases para elaborar a análise do estudo, constituem um grupo recrutado através do método bola de neve que não se pode assumir como representativo da comunidade nepalesa em Portugal, mas pretende servir de meio para identificar conceitos recorrentes e áreas negligenciadas, de forma a orientar pistas de

investigação futura e estratégias de ação, e para fomentar o debate em torno dos temas da pesquisa.

Nesta investigação falta o elemento comparativo. Desconhecem-se as vivências e os discursos relativos aos aspetos de SSR da população portuguesa nativa, fator que impede a avaliação de diferenças em saúde entre os dois grupos, e, portanto, limitando a capacidade de inspecionar eventuais desigualdades de acesso e/ou qualidade do atendimento. Da mesma forma, não foi aqui considerada a comparação com a SSR das mulheres no Nepal, elemento pilar para orientar, sobretudo, a análise dos processos de empoderamento feminino.

Ademais, o presente estudo não aprofundou a perspetiva dos profissionais de saúde no que diz respeito aos cuidados de SSR para a população nepalesa em Portugal, elemento que seria importante investigar para perceber potenciais elementos de dissonância nos discursos e para identificar pistas de intervenção também no que se refere ao ponto de vista dos profissionais. Contudo, a investigadora, enquanto médica interna de formação específica em medicina geral e familiar, teve a possibilidade de contactar diariamente com a realidade do encontro da população migrante do Sul da Ásia com os cuidados de saúde primários do SNS e, desta forma, conseguiu trazer algumas observações para enriquecer o conteúdo do estudo.

1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO E BREVE RESUMO DE CADA CAPÍTULO

Após esta breve introdução ao tema e aos objetivos da pesquisa, a dissertação está organizada em sete capítulos, com uma primeira parte dedicada ao enquadramento teórico dos temas e uma segunda parte onde é apresentado o percurso etnográfico e são expostos os resultados e as conclusões do estudo.

O Capítulo 2 pretende ser uma contextualização do tema da dissertação e encontra-se dedicado à apresentação das perspetivas analíticas e das linhas teóricas com as quais se dialoga. O capítulo está dividido em três partes: A) Género

e migração; B) Mulheres migrantes e Saúde Sexual e Reprodutiva; C) A Diáspora Nepalesa – o contexto europeu.

A primeira secção (A - Género e migração) recolhe a revisão do estado da arte relativa às características do fenómeno migratório numa perspetiva de género, refletindo sobre uma realidade complexa onde as vulnerabilidades se alternam com questões de empoderamento feminino. Dedicar-se especial atenção aos estudos realizados em contexto português, ainda insuficientes para compreender este fenómeno nas suas peculiaridades multidimensionais, mas significativos para contextualizar a situação das mulheres migrantes em Portugal.

Afunilando o enfoque para as questões da saúde na migração, a segunda parte deste primeiro capítulo (B - Mulheres migrantes e SSR) é dedicado a um aspeto fundamental do bem-estar feminino, ou seja, a sua saúde sexual e reprodutiva. Após uma breve sinopse que serve de contextualização para perceber as ligações multifacetadas e multidirecionais que existem entre migração e saúde, reflete-se sobre a definição de SSR e a sua declinação em ambiente migratório, e debruçam-se sobre as potencialidades da investigação da SSR no conhecimento dos aspetos sociais e culturais das mulheres migrantes. Esta secção conclui-se com um resumo do estado de arte dos estudos realizados em Portugal sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes, delineando as políticas de saúde vigentes no país, as problemáticas mais frequentes e ressaltando a heterogeneidade de comportamentos e vivências de cada diáspora e de cada mulher.

Na terceira e última parte deste primeiro capítulo (C- A Diáspora Nepalesa na Europa) explora-se o fenómeno da imigração nepalesa para a Europa através da revisão da literatura existente sobre esta comunidade no Reino Unido, o país da Europa que acolhe a maior população de origem nepalesa, onde foram desenvolvidos vários estudos com foco nas estratégias de reconstrução dos hábitos e das identidades culturais/religiosas no país de destino. Para além disto, são ilustrados os escassos, mas ricos, estudos produzidos ao longo dos últimos oito anos em Portugal acerca desta diáspora. Por fim, são delineadas as características da diáspora feminina nepalesa no que diz respeito às questões de género e à sua saúde sexual e reprodutiva.

Os capítulos seguintes integram a componente empírica do trabalho. Nestes são apresentados os pressupostos metodológicos da análise, descreve-se o

processo de investigação e apresentam-se os resultados do estudo, com a respetiva discussão e conclusões reflexivas.

No capítulo 3 são ilustradas as estratégias desenhadas para a investigação, as modalidades de realização do percurso etnográfico, e as metodologias escolhidas para o estudo desta população.

O capítulo 4 delinea o contexto etnográfico do estudo, reconstruído através do trabalho de campo realizado na comunidade nepalesa desde novembro 2019. Na primeira parte, é caracterizada a diáspora nepalesa em Portugal no que diz respeito ao seu crescimento ao longo do tempo e as razões por detrás da consolidação deste fluxo migratório, a distribuição territorial, as trajetórias de chegada, as peculiaridades socioeconómicas desta diáspora, com um foco final que retrata as unicidades da comunidade feminina nepalesa em Portugal. O capítulo conclui-se com a caracterização das dez mulheres entrevistadas para este trabalho no que se refere às suas características sociodemográficas e ao seu estado de saúde e ligação ao Sistema Nacional de Saúde português, elementos fundamentais para contextualizar os discursos das interlocutoras.

Os capítulos 5 e 6 são dedicados à apresentação e discussão dos resultados das dez entrevistas realizadas. A partir dos discursos das mulheres nepalesas, tenta-se compreender o impacto da migração nas vivências e comportamentos em saúde sexual e reprodutiva, assim como as maneiras com que os seus discursos e rituais são influenciados pela reconfiguração transnacional das suas identidades. Foram identificados dois temas principais: as crenças e comportamentos em saúde sexual e reprodutiva (cap. 5) e os fenómenos de empoderamento feminino (cap.6).

No capítulo 5 identificam-se e analisam-se os fatores sociais e culturais que mediam a construção de formas de pensar e agir em relação a assuntos relativos a saúde sexual e reprodutiva, assim como a influência dos determinantes de saúde no sucesso do plano migratório, sugerindo estratégias de reconfiguração transnacional.

O capítulo 6 recolhe as impressões e as sensações de empoderamento feminino que emergiram dos discursos das mulheres encontradas, inspecionando os prós e os contras da migração no caminho rumo à igualdade de género.

Por fim, no capítulo das conclusões (7) são elaboradas as reflexões finais da

dissertação, resumindo os principais temas identificados durante a análise dos discursos e sistematizando os aspectos mais relevantes da pesquisa. Reserva-se ainda um espaço para a reflexão sobre as sugestões de políticas inclusivas e identificam-se áreas que necessitam investigações futuras e aprofundamentos.



2. ESTADO DA ARTE

Gênero, Saúde Sexual e Reprodutiva e Diáspora

2.1 GÊNERO E MIGRAÇÃO

Introdução – Entre vulnerabilidades e motos de empoderamento

As mulheres representam quase metade dos 272 milhões de migrantes (IOM-International Organization for Migration 2019) e mais de metade dos 25.9 milhões de refugiados (UNHCR - The UN Refugee Agency 2019) existentes a nível mundial. Nos países de origem ou de destino, nas rotas, nos campos, as mulheres desempenham um papel crucial na reconstrução das suas comunidades.

A vivência da experiência migratória diversifica-se de acordo com a variável do género, implicando uma "genderização" das migrações (Piper and Yamanaka 2005). O género é o "princípio organizador de relações sociais e oportunidades" (Grieco and Boyd 1998:6), enquanto determinante de identidades, oportunidades e relações de poder, e como tal uma categoria central para interpretar a



sociedade. A identificação do gênero como construção social implica uma visão dinâmica do fenômeno, onde ideologias e práticas mudam de acordo com o contexto social. A mudança da localidade determinada pelas migrações desencadeia um especial processo de reformulação das construções sociais, impulsionando uma transformação das construções dominantes da masculinidade e da feminilidade (Mahler and Pessar 2010; Piper and Yamanaka 2005). A aplicação do modelo conceptual de "*gendered geographies of power*", elaborado por Mahler e Pessar (2010), procura reconhecer que as questões de gênero operam a múltiplos níveis individuais, sociais, estruturais (o corpo, a família, o Estado), numa duplicidade espacial transnacional. A abordagem transnacional a este fenômeno interpreta o gênero como categoria transversal de análise para estudar a organização das sociedades no país de origem, assim como no país de acolhimento, sendo o migrante a figura híbrida resultado do encontro destas duas realidades.

Foi a partir das décadas dos anos '70 e '80 do século XX que os estudos sobre a migração começaram a considerar as mulheres como atores autónomos de migração, e não como dependentes e passivas (Morokvasic 1984), e foi finalmente possível tornar visíveis os padrões dos processos de migração feminina em comparação com a masculina.

A literatura demonstra como as experiências das pessoas migrantes são diferenciadas de acordo com o gênero, produzindo desigualdades e vulnerabilidades que se refletem em toda a experiência migratória, desde a escolha de saída até à integração na comunidade de acolhimento (Fleury 2016). O gênero condiciona motivos e decisões de saída, as condições da viagem e o próprio êxito do projeto migratório (Grassi 2014). O conceito da interseccionalidade (Crenshaw 1991) é especialmente importante no contexto da migração, onde o mosaico dos potenciais discriminatórios aumenta logaritmicamente. A "feminização da migração" (Castles, Miller, and Ammendola 2005) acompanha a "feminização da sobrevivência" (Sassen 2003) e a "feminização da pobreza" (Pearce 1978) e sugere níveis crescentes e multicausais de discriminação feminina, impostos pelas normatividades sociais refletidas nos órgãos governamentais e nas estruturas comunitárias e familiares (Silva, Nogueira, and Neves 2010). As vítimas de tráfico de seres

humanos e violência sexual são, na esmagadora maioria, mulheres, assim como mais de 94% das vítimas do tráfico sexual (UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime 2021). Parreñas (2015) mostra a relação entre a globalização, os fluxos migratórios e as políticas que perpetuam a "domesticidade das mulheres". A maioria das mulheres migrantes desempenha tarefas dedicadas ao cuidado de terceiros (amas, empregadas das limpezas, cuidadoras, empregadas domésticas, trabalhadoras do sexo), ficando confinadas, mais uma vez, no espaço privado. Sem serem dispensadas das responsabilidades domésticas, as mulheres entram no mundo laboral e veem as próprias funções duplicadas. Num fenómeno que foi chamado de "cadeias globais do cuidar" (*global care chain*), as mulheres migram frequentemente sozinhas para cuidar de crianças e idosos no país de acolhimento, deixando os próprios filhos e pais ao cuidado de outras figuras femininas, da família ou, nos casos com bagagem económica maior, de profissionais. As cadeias globais de assistência são redes transnacionais que seguem a lógica dos eixos de poder, como género, etnia, classe, e local de origem (Orozco 2009) e são um sinal claro da "crise global do cuidado" (Zimmerman, Litt, and Bose 2006).

Por outro lado, a migração¹ traz consigo um grande potencial de empoderamento feminino, autorizando as mulheres a assumir novos papéis e responsabilidades e a aceder ao espaço público, desafiando as estruturas hegemónicas que costumam segregar as mulheres nos espaços privados domésticos. A divisão de género no trabalho, com mulheres a assumir tarefas geralmente realizadas por homens depois destes emigrarem, enfraquece os papéis hegemónicos de género, abrindo novas possibilidades de desenvolvimento para as mulheres (Mahler and Pessar 2010). Da mesma forma, a migração familiar obriga a uma revisão das dinâmicas interrelacionais dentro dos agregados familiares no país de acolhimento, levando a novas formas de conjugalidade e parentalidade e determinando uma redistribuição de tarefas e de poderes (Grieco and Boyd 1998). No contexto de destino, a incorporação feminina no mercado de trabalho, frequentemente por necessidades de sobrevivência, aumenta a independência económica, a autonomia, o poder de escolha e a mobilidade social das mulheres migrantes. O papel das mulheres migrantes no envio de remessas para sustentar e apoiar a família

1 — Define-se migração qualquer movimento de afastamento do local e da sociedade de origem, seja este dentro ou fora dos confins territoriais do estado-nação de nascimento ou de residência habitual.

na origem tem repercussões nas narrativas e vivências dos papéis de género a nível transnacional, impulsionando mudanças inclusive no país de origem (Afsar 2011; Bhadra 2007). Nos países asiáticos, Piper and Yamanaka (2005) reconheceram dinâmicas de empoderamento que acompanham os percursos das mulheres migrantes, observando o ganho em autonomia e independência feminina com a migração laboral. O contexto social de acolhimento também joga um papel determinante na transformação da experiência de ser mulher, por exemplo, Khalid (2011) descreve a influência do liberalismo e igualitarismo da sociedade do Reino Unido na vivência menos restritiva dos papéis de género dos migrantes paquistaneses. A percepção e vivência do género dos sujeitos migrantes é resultado de uma negociação diária entre abordagens sociais contrastantes nas sociedades de origem e acolhimento; o balanço mais ou menos favorável desta mediação moldará a experiência e o êxito do projeto migratório (Grassi 2014).

Ainda, o ato migratório obriga à recriação de espaços de pertença que, no caso das comunidades femininas, frequentemente excluídas das atividades das associações migrantes que reproduzem a discriminação e marginalização com base no género, levaram ao desenvolvimento de redes de entajuda de matriz unicamente feminina, onde as problemáticas derivantes das hierarquias de género podem ser discutidas e orientadas em conjunto (Fleury 2016; IOM 2010; O'neil, Fleury, e Foresti 2016).

Migração feminina em Portugal

A investigação em Portugal enriqueceu-se de estudos relativos às mulheres migrantes a partir dos anos '80, impulsionada pela onda de estudos feministas e interseccionais. Contudo, os contributos mantiveram-se dispersos e pontuais, tornando-se imperativa a realização de investigações conduzidas pela perspetiva do género feminino para compreender este fenómeno na sua poliedricidade.

Alguns autores debruçaram-se sobre a reconfiguração identitária das mulheres migrantes no destino, verificando, de forma semelhante nas várias diásporas, o desenvolvimento de uma identidade híbrida transnacional que tenta equilibrar assimilações de novos elementos culturais e manutenção da identidade cultural do país de origem. Abranches (2004) compara as estratégias de negociação

identitária em Portugal entre duas gerações de mulheres muçulmanas de origem guineense e indiana. Se, por um lado, as "segundas gerações", inseridas em redes de sociabilidade mais alargadas e heterogêneas, procuram padrões identitários mais flexíveis em relação com as normas culturais da família, por outro, as mulheres mais velhas respondem, ainda, a rígidas regras de papéis de género que travam o seu desejo de autonomização. O controlo familiar e social é mais evidente entre as mulheres de origem indiana, mas é possível reconhecer, nas duas comunidades, uma tentativa de autoafirmação e um ganho em poder de negociação com os homens da família/comunidade. A tese de Doutoramento de Inês Lourenço (2009) dedica espaço a um fenómeno pouco analisado em Portugal: a diáspora hindu gujarati. Desenvolvendo um extenso trabalho de campo com a comunidade feminina residente em Loures, a autora põe em evidência o papel desempenhado pelas mulheres na reprodução cultural hindu nos novos territórios da diáspora. Apesar de ganhar novos papéis sociais garantindo a continuidade dos conhecimentos e rituais do país de origem, especialmente de matriz religiosa, as mulheres hindus em Portugal continuam sujeitas às rígidas estruturas patriarcais que podem limitar a sua agência.

No mesmo ano, Joana Miranda (2009) publica o estudo "Mulheres migrantes em Portugal: memórias, dificuldades de integração e projetos de vida". Partindo de uma perspetiva de género, a autora investiga os processos de integração das três comunidades femininas migrantes mais representativas em Portugal: a brasileira, a ucraniana e a cabo-verdiana. Analisando a vida das mulheres num eixo temporal que vai desde as memórias do país de origem até aos desejos para os projetos futuros, Miranda caracteriza e discute os processos de integração e empoderamento feminino. Mais uma vez, observa-se o papel das mulheres na manutenção das ligações transnacionais, ficando responsáveis pela reprodução das práticas e valores culturais nos novos territórios da diáspora e mediando os processos de integração da família nas sociedades de acolhimento. Embora reconheça o potencial da mudança de estatuto das mulheres e de dinâmicas familiares que acompanham estas reconfigurações, a autora questiona a legitimidade de definir o ato migratório como processo de empoderamento feminino. As mulheres migrantes continuam sujeitas a episódios quotidianos de discriminação e racismo,

a constrangimentos durante a adaptação no destino e mais expostas a situações de assédio sexual.

A investigação de Ramalho e Trovão (2010) teve o objetivo de averiguar as dinâmicas familiares, os fatores de vulnerabilidade e a participação cívica de mulheres de origem cabo-verdiana em Portugal. A manutenção da vivência da identidade feminina como pessoa-mãe, onde a relação mãe-filhos constitui a principal força motriz, determina motivações, projetos e práticas de participação cívica, acompanhando transformações nas relações familiares e, em particular, nas construções e práticas de género, e a criação de lugares de pertença femininos transnacionais através do associativismo formal e informal.

A estereotipagem das mulheres migrantes tem sido objeto de vários estudos em Portugal, alertando para as dimensões deste fenómeno à luz das suas nefastas consequências. Os episódios de racismo quotidiano do qual são vítimas as pessoas racializadas em Portugal levaram Grada Kilomba (2019), uma mulher portuguesa com origens de Angola e São Tomé e Príncipe, a procurar as oportunidades que merecia na Alemanha e é, atualmente, considerada uma das artistas mais representativas a nível mundial da luta negra e do pós-colonialismo.

A narrativa da imprensa portuguesa, que representa as mulheres migrantes de forma redutora e estereotipada, é responsável pela criação de preconceitos em torno da figura destas mulheres (Santos 2007). Um exemplo antonómico é a conotação da mulher brasileira com o rótulo de trabalhadora do sexo, fenómeno que influencia negativamente as experiências de migração, com repercussões tanto nas possibilidades de relação com o género masculino, pelo qual se sente objetificada, como na relação com as mulheres portuguesas, pelas quais é discriminada (Padilla 2007).

As consequências que podem derivar deste fenómeno vão no sentido de implicar a sua segurança, tornando-as mais suscetíveis a episódios de violência sexual (Correia and Neves, 2011), assim como de minar as suas relações afetivas, incidindo no desenvolvimento da sua identidade (Machado 2007). Ainda, alguns estudos dedicaram-se a uma problemática sempre mais documentada em Portugal: o tráfico de mulheres para fins de exploração sexual (Peixoto et al. 2005; Santos et al. 2009). Para além de estarem mais expostas a situações de discriminação e de violência, as mulheres migrantes em Portugal têm habitualmente

empregos pouco qualificados, acentuando-se as suas vulnerabilidades e aumentando os constrangimentos em termos do acesso a direitos fundamentais, como aos serviços de apoio e de saúde (Wall 2008).

Enfim, poucas, mas significativas pesquisas foram realizadas nos últimos vinte anos no que diz respeito à saúde da população das mulheres migrantes em Portugal. Estes contributos, que serão apresentados mais aprofundadamente na secção seguinte (ver migração feminina e saúde sexual e reprodutiva – Portugal), apontam para uma vulnerabilidade dos fragmentos femininos das comunidades migrantes, tanto por razões de matriz individual (barreira linguística, desencontros culturais, entre outros), como social (episódios de discriminação, barreiras de acesso aos serviços, por exemplo), especialmente no que se refere à saúde materna, à suscetibilidade às infeções sexualmente transmissíveis e aos episódios de violência e violação. Nesta recolha do estado da arte que se debruça sobre a relação recíproca entre migração e género foram omitidos os estudos sobre a comunidade feminina nepalesa em Portugal, que serão discutidos na 3 secção deste capítulo (Ver Diáspora Nepalesa – estado da arte em Portugal).

A opinião do mundo académico multidisciplinar concorda com a existência de fenómenos de reconfiguração identitária e relacional dos mundos femininos com a migração, num processo que pode ser definido de empoderamento. Não obstante, as mulheres migrantes continuam a ser massivamente objeto de violência, de exploração sexual e laboral, alvo de episódios de discriminação quotidianos e de tráfico humano, sendo essencial continuar a investir na compreensão das experiências interseccionais das migrantes, evitando estereótipos e tornando-as visíveis e protagonistas. A componente feminina das imigrações deve constituir um foco de análise prioritário para a elaboração e implementação de políticas migratórias, sendo essencial investigar as características e dificuldades específicas de cada comunidade e de cada situação, no respeito da multitude de pertenças identitárias que as constituem.

2.2 MIGRAÇÃO FEMININA E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Sinopse – Um olhar sobre migração e saúde

O bem-estar holístico das pessoas migrantes é um elemento fundamental para a integração no país de destino, para a estrada rumo à equidade e justiça social e para a salvaguarda dos direitos humanos. Ainda hoje, as pessoas migrantes estão sujeitas a condições que podem aumentar a vulnerabilidade à doença (Alcalà 2006).

Im and Yang (2006) identificaram três grandes grupos de teorias explicativas para perceber a interligação entre imigração e saúde: as teorias da migração seletiva e do *healthy migrant effect* (Razum et al. 2000); as teorias da imigração como gerador de stress e lugar de perda (Carballo, Divino, and Zeric 1998); e as teorias da aculturação como processo influenciador do estado de saúde (Neto, 2008). Estas teorias não são mutuamente exclusivas, sendo importante avaliar o bem-estar das pessoas migrantes através de cada uma destas perspetivas e da sua evolução ao longo do tempo.

Embora as mulheres e homens migrantes sejam, por norma, elementos saudáveis (Teoria da Migração Seletiva) e talvez, inicialmente, tenham melhores indicadores de saúde em comparação com a população autóctone, não há falta de evidências acerca da maior vulnerabilidade das populações migrantes (Nielsen e Krasnik, 2010). Está provada a existência de um risco acrescido de doenças não comunicáveis (doenças cardiovasculares e metabólicas crónicas), doenças infecciosas, doenças mentais, dependência de substâncias tóxicas, suicídio, e evidencia-se uma maior taxa de mortalidade perinatal, infantil e associada a cancro em comparação com a população autóctone (López, 2016; Topa, 2013; Alcalà, 2006).

A migração em si pode definir-se como determinante de saúde, entendida como fator que provoca alteração do estado de saúde (INE, 2016). O processo migratório, que engloba as experiências vividas desde a situação prévia à saída até ao processo de integração à chegada, influencia a saúde das pessoas de forma variável e complexa, tendo manifestações a nível individual (biológico, genético, comportamental), social e cultural, político, económico e ambiental (WHO - World Health Organization 2010; Furtado e Pereira 2010). A migração foi identificada como fator potenciador de discriminações e desigualdades interseccionais,

contribuindo para uma maior vulnerabilidade à doença (López 2016) e para uma maior dificuldade de acesso aos cuidados (Gil-Salmerón et al. 2021).

Ainda assim, não podemos esquecer a importância da análise individualizada das determinantes de saúde, seguindo uma abordagem centrada na pessoa, evitando a errônea homogeneização das experiências e vivências em saúde dos sujeitos migrantes, que representam uma população variada e heterogênea nos demais pontos de vista (razão de migração; condições de migração; tempo de migração, entre outras) (Pussetti et al. 2009). As experiências individuais durante o percurso migratório, os hábitos, as representações, crenças e preferências em saúde, a condição social (habitação e trabalho), os episódios de discriminação, a existência de rede de apoio social, as políticas de acesso aos serviços de saúde e, em geral, as políticas de distribuição de recursos no país de destino, interrelacionam-se para determinar o grau de vulnerabilidade em saúde de cada pessoa (Candeias et al. 2021).

A maioria dos estudos que se têm debruçado sobre a relação entre migração e saúde focaram nos aspectos da saúde mental e das doenças infecciosas e consideraram, com maior frequência, a população masculina. Apesar do gênero ser reconhecido como um dos fatores de risco para a saúde, determinando uma maior vulnerabilidade das mulheres quando comparadas com os homens, especialmente no que concerne à saúde sexual e reprodutiva (WHO - World Health Organization 2002), ainda insuficientes contribuições se dedicaram à investigação dos assuntos de saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes.

Saúde sexual e reprodutiva das Mulheres Migrantes

Ao longo dos últimos vinte anos, a promoção da saúde sexual e reprodutiva tem sido colocada nas agendas das maiores organizações internacionais (UN - United Nations 2015; WHO- World Health Organization 2020) e promovida como estratégia prioritária de contraste às iniquidades em saúde, especialmente no contexto das desigualdades de gênero.

A Organização Mundial da Saúde define a Saúde Sexual e Reprodutiva como "...um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade e à reprodução; não meramente a ausência de doença, disfunção ou

enfermidade" (WHO - World Health Organization, 2021. Tradução da autora). A saúde sexual e reprodutiva é elemento integrante da vida de cada indivíduo e contribui para a sua identidade e equilíbrio físico e psicológico (López e Fuertes 1999). Este termo engloba as áreas da sexualidade e da educação sexual, assim como do planejamento familiar, incluindo a escolha de métodos contraceptivos, a realização de rastreio e diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis e doenças relacionadas com a saúde feminina, o processo da gravidez e da parentalidade, o aborto e a violência sexual e de género.

A saúde sexual e reprodutiva requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência (Alcalá 2006). Assim, resulta evidente a estreita ligação entre saúde sexual e o respeito, proteção e realização dos direitos humanos das pessoas - tal como o direito à não discriminação, à privacidade e confidencialidade, à não violência, assim como à educação, informação e ao acesso aos serviços de saúde.

A saúde sexual e reprodutiva é um conceito abrangente e complexo, influenciado pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO - World Health Organization 2002). Em 2001, Leonor Tiefer criou um novo modelo (*New View*) para explicar os problemas em saúde sexual, que envolve fatores socioculturais, políticos e/ou económicos (Tiefer 2001).

Esta abordagem reconhece a(s) cultura(s) de cada indivíduo (p. ex. herança cultural, interpretações culturais da sexualidade e comportamentos sexuais), assim como a educação sexual inadequada, a falta de acesso a serviços de saúde ou outras restrições sociais (a falta de vocabulário para descrever a experiência subjetiva ou física, o acesso inadequado a informações e serviços de contraceção e aborto, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, trauma sexual e violência doméstica), como influenciadores de identidades, atitudes e comportamentos em saúde sexual e reprodutiva.

Em consequência, a observação das dinâmicas de saúde sexual e reprodutiva no contexto migratório oferece uma perspetiva privilegiada para a análise das influências socioculturais e do processo de integração nas vivências em saúde,

além de ter o potencial de indicar possíveis caminhos rumo a uma maior igualdade em saúde e maior justiça social.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO - World Health Organization 2010b), as pessoas migrantes representam uma das populações mais vulneráveis no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva. Candeias e colaboradores (2021) esquematizaram os vários aspetos ligados à saúde sexual e reprodutiva dos sujeitos migrantes, ressaltando o papel das variáveis individuais de migração, do impacto dos fluxos migratórios na saúde pública dos países de acolhimento, da resposta dos seus serviços de saúde e da atitude política em matéria de migração (Candeias et al. 2021).

Existe uma subutilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva em comparação com a população nativa, com consequentes desfechos em saúde. A barreira linguística e cultural no encontro com os profissionais de saúde pode implicar com a qualidade dos cuidados prestados, tanto em termos de comunicação e diagnóstico, tal como de aderência e eficácia do tratamento e do seguimento (Fair et al. 2020; Merry et al. 2020; Rademakers 2005; Turato 2005a). O baixo nível de literacia em saúde, assim como a falta de conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde no país de acolhimento são aspetos fundamentais da saúde sexual e reprodutiva das pessoas migrantes, que minam o seu direito à tomada de decisão informada (Candeias et al. 2021). Ainda, o estigma e a discriminação que atacam frequentemente as minorias sociais (ser migrante, ser mulher, ser pessoa não binária e/ou ser não heterossexual) impactam negativamente a saúde sexual e reprodutiva das pessoas migrantes (Egli Gany et al. 2020). Estes fatores de natureza mais grupal e social intersectam-se com as determinantes individuais de saúde, ou seja, os efeitos das características sociodemográficas do indivíduo e das suas atitudes e crenças face à saúde e doença (Fair et al. 2020; Oliveira 2020b).

A população feminina migrante possui piores resultados em saúde sexual e reprodutiva e pode ser alvo de vários constrangimentos. As mulheres migrantes apresentam maior risco de desinformação, de atraso de diagnóstico de cancro do colo do útero, de gravidezes indesejadas, de doenças infecciosas e de complicações maternas – físicas e mentais – resultando num aumento da morbilidade

e da mortalidade (Jayaweera 2017; Keygnaert, Guieu, Ooms, N Vettenburg, et al. 2014; Marques et al. 2021; Siantz 2013).

Falar de saúde sexual e reprodutiva das mulheres em migração significa, igualmente, procurar as interseccionalidades entre hierarquias sociais de poder, que se manifestam, por exemplo, como episódios de violência de género (doméstica, comunitária e estrutural), de tráfico e exploração sexual e de violência obstétrica (Candeias et al. 2021; Topa 2013). O género afeta as maneiras pelas quais as/os profissionais e serviços de saúde respondem às diferentes necessidades de homens, mulheres e pessoas não binárias (Candeias et al. 2021). Alguns modelos patriarcais de poder tendem a reforçar-se no país de acolhimento, afetando diretamente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Práticas discriminatórias, como os casamentos forçados e a mutilação genital feminina, têm se reproduzido dentro do novo grupo cultural de referência (Urpis 2018). Neste sentido, a análise da saúde sexual e reprodutiva na perspetiva feminina migrante é um lugar privilegiado para a observação dos processos culturais envolvidos no processo da vivência das experiências em saúde e ajuda a perceber o significado relacional associado às reconstruções familiares e identitárias não apenas no país de destino, mas também na dimensão transnacional (Altin and Saba 2018).

A adoção de um paradigma interseccional tem sido promovida e incentivada na investigação da imigração feminina no domínio da saúde, proporcionando "escrutinar as especificidades sociais que se emaranham nos caminhos cruzados da integração social da mulher migrante no domínio da saúde em Portugal e desenvolver sobre elas propostas concretas de intervenção" (Magalhães e Alvarez 2013). O modelo conceptual da "*gendered geographies of power*", elaborado por Mahler e Pessar (2001), explica como as questões de género operam a múltiplos níveis sociais e espaciais (o corpo, a família, o Estado) nos domínios transnacionais. A análise dos fatores hierárquicos e estruturais que condicionam as relações de género, além de fatores ideológicos, servem de meio para perceber as vivências femininas de migração, assim como as suas modalidades de agência social, corporal e cognitiva (Mahler e Pessar 2010).

Este tema afirmou-se como um campo de estudo e pesquisa antropológica a partir da década de setenta do século XX, sendo considerado um lugar de

investigação privilegiado para a análise das relações de gênero e, especialmente, para a compreensão das hierarquias de poder. O estudo crítico das questões de saúde sexual e reprodutiva e, especialmente, das barreiras de acesso aos serviços de saúde revelaram várias dinâmicas de "bio-poder" - ou poder estrutural, ou a gestão e controle do corpo pela política - da sociedade sobre os indivíduos (Foucault 1978).

Alguns autores consideram o texto de Jordan (1978) - *Birth in four cultures* - a estreia dos estudos sobre a reprodução como campo de pesquisa antropológica, o primeiro a investigar e comparar as diferentes derivações de um evento fisiológico, como o parto, nas várias culturas e sociedades. A saúde reprodutiva é considerada um evento culturalmente influenciado, socialmente produzido e politicamente situado (Greco 2019), cercado por práticas e crenças mágico-religiosas e rituais complexos (De Martino 2013), tendo por isto atraído a maioria dos estudos à volta da saúde sexual e reprodutiva.

A análise dos caminhos relacionados com a gravidez no contexto migratório evidenciou a importância de "conhecer e intersectar modelos culturais, transições, transações, expectativas e inconvenientes de diferentes tipos" (Lombardi 2005: 139 – tradução da autora). Vários estudos ilustram como a experiência da saúde sexual e reprodutiva nos contextos de acolhimento é enfrentada através de novas soluções culturais híbridas (Greco 2019), onde as vivências e a gestão da esfera reprodutiva são influenciadas pela construção de "identidades locais" (Ranisio, 2014: 183).

A experiência do pós-parto pode ser particularmente difícil para as mães migrantes, por falta do apoio das redes sociais que as teriam apoiado nos países de origem (Greco 2019; Ramos 2009), levando à (re)criação de espaços de cuidado no contexto da migração, reformulando as concepções do corpo, da saúde, do nascimento, e renegociando as redes sociais de suporte num "espaço de cuidado transnacional" (Greco 2017).

Outro aspeto da saúde sexual e reprodutiva que tem inspirado várias publicações, especialmente de intuito feminista, são as diferenças de manifestações, práticas e vivências do período menstrual entre as culturas. A menstruação é um evento cultural e socialmente determinado, afetado por rituais e significados

culturais, dimensões sociais e políticas (Buckley e Gottlieb 1988). Em particular, algumas práticas ligadas ao período menstrual, como a estigmatização e o isolamento das mulheres menstruadas, revelam uma forte influência das hierarquias hegemônicas de gênero. Vários autores ressaltam a importância da narrativa social da menstruação na vivência deste fenômeno e na própria construção da identidade feminina (Bobel and Kissling 2011; Britton 1996). A negatividade que acompanha a ideia do período, descrito frequentemente como algo impuro, sujo, poluído e ameaçador, reflete-se na experiência individual e coletiva do mesmo, levando as mulheres a internalizar mensagens destrutivas sobre a feminilidade e sentimentos de culpa para com o próprio corpo.

Contudo, pouca atenção foi prestada às reconfigurações dos rituais, vivências e comportamentos que rodam à volta da saúde sexual e reprodutiva em contexto migratório. Em particular, há uma escassez de pesquisas que investigam os rituais e as estratégias de recriação dos espaços de cuidados no que concerne a outros aspectos da saúde da mulher, além da saúde reprodutiva. Vários estudos têm apontado para a necessidade de desenvolver projetos de pesquisa inovadores para investigar as normas culturais e sociais em torno da sexualidade e as reconfigurações familiares e sociais transnacionais ligadas à saúde sexual e reprodutiva.

A nível europeu, as investigações académicas e, especialmente, as estratégias políticas que abordaram a saúde sexual e reprodutiva das pessoas migrantes têm focado nos cuidados perinatais e na prevenção e tratamento do VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis, transcurando aspectos significativos da saúde sexual e reprodutiva, tal como a educação sexual, a escolha livre da/do parceira/o, a liberdade de perseguir uma vida sexual satisfatória e o acesso aos serviços preventivos, como o planeamento familiar (Keygnaert, Guieu, Ooms, Nicole Vettenburg, et al. 2014). Igualmente, pouca atenção foi dedicada ao estudo dos fatores sociais, culturais e estruturais que podem influenciar a saúde sexual e reprodutiva dos sujeitos migrantes, apesar destes emergirem como determinantes dos resultados em muitos estudos (Alarcão et al. 2021).

As investigações realizadas no que toca à relação entre saúde e migração e, em particular, entre as mulheres migrantes e a saúde sexual e reprodutiva são testemunhos da vulnerabilidade e da invisibilidade das mulheres migrantes no que diz respeito a este tema. A partir do contexto supramencionado e das

falhas encontradas na literatura, um dos objetivos do presente trabalho é abranger especificamente os fatores socioculturais implicados nas vivências, práticas e comportamentos que caracterizam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes, tais como as influências culturais e sociais em torno dos papéis de género, da sexualidade e no processo de integração no destino.

Saúde sexual e reprodutiva das Mulheres Migrantes em Portugal

Portugal é um dos três países da União Europeia (juntamente com a Irlanda e Espanha) com as melhores políticas no que toca ao acesso das pessoas migrantes aos serviços de saúde, assim como à qualidade dos mesmos (Ledoux et al. 2018). Além da publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei 95/2019) e do Despacho n.º 25360/2001, que abatem, pelo menos a nível teórico, as barreiras de acesso ao SNS para a população migrante, independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal, em 2003 foram fundados os CLAIM, Centro Local de Apoio à Integração dos Migrantes, com o objetivo de fornecer informações e assistência em alguns processos vitais da integração no país de acolhimento (regularização, reagrupamento familiar, habitação, regresso voluntário, procura de emprego), entre as quais o acesso aos serviços de saúde. No que se refere à saúde da mulher em Portugal, o acesso às consultas de saúde materna e planeamento familiar, assim como o parto hospitalar, é gratuito, independentemente do estatuto legal das pessoas (Decreto-Lei n.º 70/2000).

Todavia, em Portugal como no resto dos países europeus, persistem dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde por parte da população migrante no que concerne à disponibilidade, acessibilidade, organização e competência cultural destes serviços (Dias et al. 2018; Oliveira 2020a). Foram encontradas barreiras legais, económicas, burocráticas, linguísticas e culturais (França 1992; Bäckström 2009; Furtado e Pereira 2010; Fonseca e Silva 2010). Nos demais estudos, confirma-se a importância dos fatores socioculturais na relação entre migrantes e saúde, especialmente no que diz respeito à componente individual (características sociodemográficas, estado da migração, atitudes e crenças face à saúde e doença, grau de literacia em saúde) (Bäckström 2009; Dias and Rocha 2009; Oliveira 2020a) e estrutural (políticas públicas, enquadramento legal) (Candeias et al. 2021; Dias and Rocha 2009; Rocha et al. 2012; Topa 2013).

Apesar da moderada quantidade de estudos empíricos acerca da ligação entre migração e saúde, poucos se focaram na população feminina e, ainda menos, nos assuntos de saúde sexual e reprodutiva. O estudo de Furtado e Pereira (2010), que implementou o plano nacional de saúde 2011-2016, identificou nas barreiras de acesso ao sistema de saúde uma das principais influências negativas para os resultados em saúde materna e feminina das migrantes. Machado (2007) verificou como o início mais tardio das consultas pré-natais, e a conseqüente fraca qualidade da vigilância da gravidez das mulheres migrantes, estão associados a uma maior mortalidade fetal e neonatal e maior incidência de patologias gestacionais, nomeadamente doenças infecciosas em comparação com a população portuguesa.

Similarmente, Cruz (2010) verificou uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva por parte das mulheres migrantes em Coimbra, influenciada pela escassa literacia em saúde, assim como pelo fraco conhecimento do funcionamento e legislação dos cuidados de saúde em Portugal, pela barreira linguística com os profissionais de saúde e pelas discriminações sofridas durante os cuidados. Dias e Rocha (2009), num estudo que focou nos aspetos de saúde sexual e reprodutiva de duas de entre as maiores populações femininas migrantes em Portugal (Brasileira e PALOP), também referem uma assustadora dificuldade de acesso aos serviços devido à falta de conhecimentos sobre direito à saúde e ao funcionamento dos serviços, aos procedimentos burocráticos complexos, aos recursos económicos insuficientes, à ausência de tradutores/as/intérpretes e aos episódios discriminatórios.

O estudo ressalta, ainda, a influência da cultura e das determinantes de migração na saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes em Portugal, relembrando a importância de não assumir a população migrante feminina como um grupo homogéneo por problemáticas e necessidades.

Estudos diversos evidenciaram o papel das crenças e hábitos culturais nas práticas e vivências da saúde feminina. O trabalho de Dias, Gaspar, e Gonçalves (2002) com a comunidade migrante seropositiva, verifica a influência, direta e indireta, dos fatores psicossociais e culturais (género, etnicidade, adesão a normas culturais e o estatuto socioeconómico) sobre os comportamentos de risco em saúde sexual. O estudo de Monteiro (2005) abordou as práticas e crenças em puericultura, difundidas entre a comunidade feminina Hindu em Portugal, observando como

as práticas de saúde da medicina tradicional e a realização de rituais representam recursos preciosos de cuidado e apresentam-se como meios para a manutenção da memória coletiva, reforçando o sentimento de identidade e pertença. Igualmente, um trabalho de 2007 sobre conhecimentos, atitudes e práticas relativamente ao planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal (Manuel 2007) concluiu que a dimensão cultural e o grau de integração no país recetor condicionam as suas atitudes sobre a fecundidade.

A tese de Pereira (2009) sobre a comunidade chinesa migrante em Portugal analisa, a partir da perspetiva dos profissionais de saúde, os potenciais traumas culturais que podem ser suscitados por uma diferença de práticas durante a gravidez e o período pós-parto. Helena Velho (2012) realizou um estudo com mulheres com experiência de parto em Portugal, de diferentes nacionalidades, e observou, na população migrante, piores condições de saúde psicológica, física e saúde sexual e reprodutiva, agravados pela exposição à violência e episódios de discriminação cotidiana.

Estudos recentes, que tentam esclarecer os motivos da baixa adesão ao rastreio do cancro do colo do útero das mulheres migrantes, apontam no sentido de como as crenças e as identidades culturais (religiosas e étnicas) podem constituir-se como fatores importantes a ter em consideração, podendo representar barreiras ao acesso e utilização, além das dificuldades de comunicação e da falta de conhecimentos sobre saúde preventiva (Marques et al. 2020, 2021).

A Tese de Doutoramento de Topa (2013) representa uma contribuição importante por conter críticas explícitas ao androcentrismo científico e académico e por promover uma orientação nitidamente feminista. Através da análise dos discursos das mulheres migrantes oriundas do Brasil, Cabo Verde ou Ucrânia, a autora distingue dois núcleos centrais de problemáticas da relação entre migração e saúde: o silenciamento/invisibilidade e o conformismo com as práticas ocidentais dos cuidados.

Em Portugal existem escassas contribuições que analisam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes na sua amplitude, tendo os trabalhos, tendencialmente, cingido-se ao período complexo da gravidez e das problemáticas em saúde materna destas populações. Ao longo dos últimos anos, contudo, foram realizados trabalhos com a finalidade de criar estratégias de cuidados holísticos e

culturalmente compreensivos, que tencionam colmatar as lacunas de orientações de intervenção na saúde sexual e reprodutiva no que se refere à abordagem das populações migrantes.

Violeta Alarcão e colegas (2019), através do projeto FEMINA (FErtility, MIgratioN and Acculturation), investigam as desigualdades interseccionais em saúde sexual e reprodutiva entre pessoas originárias de Cabo Verde residentes em Portugal e a população portuguesa. Utilizando uma abordagem compreensiva e comparativa, as autoras ambicionam explorar as normas sociais e culturais e a influência do processo de integração à volta da saúde sexual e reprodutiva das populações femininas e masculinas migrantes (Alarcão et al. 2019).

De forma semelhante, o projeto de Candeias (2021) junta especialistas em saúde sexual e reprodutiva e membros da sociedade civil num Delphi-panel para elaborar indicações de boas práticas no domínio da saúde sexual e reprodutiva, com ênfase na equidade da saúde sexual e reprodutiva entre populações nativas e migrantes e para identificar os melhores indicadores para avaliação da saúde sexual e reprodutiva das pessoas em Portugal (Candeias et al. 2021).

O estudo destaca, ainda, os pontos de força e pontos fracos de Portugal no que diz respeito à saúde sexual, a saúde reprodutiva e os fatores socioculturais nestas envolvidos. Por exemplo, em relação aos cuidados disponíveis para as vítimas de violências discriminatórias (de género, racismo), Portugal pode contar com o trabalho da APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima-, que criou uma unidade especializada (A Rede de Apoio às Vítimas Migrantes e de Discriminação) dedicada ao apoio a pessoas de nacionalidade não portuguesa que tenham sido vítimas de qualquer tipo de violência (APAV 2020).

No entanto, os autores chamam a atenção para a necessidade de mais conhecimentos no que se refere à definição de violência por parte da população geral, admitindo uma desvalorização de algumas circunstâncias por parte das vítimas e da sociedade em si.

Os estudos até agora realizados focam-se quase exclusivamente nas comunidades PALOP (especialmente na comunidade Cabo-Verdiana), brasileira e da Europa de Leste, as minorias étnicas mais representadas em Portugal. Nenhum

estudo analisa a saúde da comunidade Nepalesa em Portugal, nem abordou as questões de saúde sexual e reprodutiva desta população.

2.3 A DIÁSPORA NEPALESA

O contexto europeu

2.6 milhões de pessoas nepalesas - 8.9% da população total (Anon 2020) - emigraram para além das fronteiras nacionais, empurradas pelos vários problemas socio-económico-políticos. O movimento migratório nepalês cumpre os critérios essenciais para ser definido como diáspora por ser caracterizado por um deslocamento de pessoas para fora de um lugar de origem, mantendo fortes conexões com esse espaço através da formação de uma memória coletiva e de organizações de capital social, e por ter desenvolvido contemporaneamente uma relação com a sociedade recetora (Pereira, 2019).

Para explicar, concretamente, a dimensão da diáspora nepalesa pode-se fazer referência à importância das remessas no PIB do país. Numa análise comparativa global, o Nepal classifica-se entre os primeiros 6 países por remessas de (trans) nacionais emigrantes, verificando-se um fluxo total de remessas superior a 27% do PIB nacional (The world bank group 2019).

A Índia representa o principal destino dos fluxos migratórios, devido à proximidade geográfica e à política de fronteiras abertas estabelecida após 1950 (Treaty of Peace and Friendship), hospedando os migrantes sazonais e permanentes empregados nos setores agrícolas e da construção (IOM Nepal 2019). O desenvolvimento da indústria petrolífera nos países do Golfo Pérsico (Emirados Árabes Unidos, Qatar, Arábia Saudita, Dubai) a partir dos anos '70 representou o grande ponto de viragem da emigração laboral nepalesa, representando, hoje em dia, o principal destino de emigração (87% dos emigrantes laborais em 2018/2019 residiam no Qatar, Emirados Árabes Unidos, Arábia Saudita, Kuwait ou Malásia. A migração nepalesa para a Europa é uma tendência recente (Dahal 2016) e, ainda, marginal no contexto da diáspora desta comunidade, mas que tem mostrado um aumento significativo e constante após 2005.

TABELA ADistribuição Geográfica
do Stock de Emigração
Nepalesa(Adaptado de UNDESA-
Population division -2019)

Área de Destino	Emigração Nepalesa (Stock, 2019)
Africa	0.02%
Asia	87.3%
América do Norte	5.6%
Oceânia	3.5%
Europa	3.4%
América do Sul	0.005%
Mundo	2 285 364 pessoas

O tamanho da diáspora nepalesa, assim como o seu rápido e variado crescimento ao longo dos anos, atraiu a atenção dos estudos migratórios, tendo sido estudada a nível multidisciplinar. Frequentemente, na literatura académica, a população nepalesa é incluída nas comunidades do sudoeste asiático, em conjunto com as pessoas naturais da Índia ou do Bangladeche, tendo rotas migratórias e aspetos socioculturais que podem parecer similares.

Contudo, a autora decidiu não incluir estes estudos na revisão da literatura académica existente, por respeitar o objetivo do projeto, que pretende valorizar os aspetos únicos e individuais de seres culturalmente, geograficamente, socialmente, e economicamente bem caracterizados, sem homogeneizar as comunidades migrantes do Sul da Ásia.

Em 2018 foi publicado o texto de Gellner e Hausner -Global Nepalis-, uma recolha de estudos que mira a explorar a história da emigração nepalesa. Este texto fundamental sobre esta diáspora desenvolve-se em 4 capítulos, percorrendo as três principais metas da emigração desde o Nepal: a Ásia, a América do Norte e, mais recentemente, a Europa (Gellner & Hausner, 2018).

Entre os estados do continente europeu, o Reino Unido é o que hospeda a maior população de origem nepalesa. A forte imigração nepalesa para Inglaterra pode ser explicada pelos laços históricos e legais com a população Gurkhas. Chamam-se Gurkhas as pessoas de origem nepalesa que foram recrutadas para fazer parte dos exércitos coloniais ingleses e que, desde 2009, foram reconhecidas do direito de residência no Reino Unido para si e os seus descendentes. Apesar de ser um dos fluxos imigratórios mais recentes das ilhas britânicas, a população nepalesa cresceu a um ritmo rápido nos últimos 20 anos, chegando a uma estimativa de 100000 pessoas em 2019 e com várias comunidades disseminadas

pelo território, especialmente no sul de Inglaterra (Pariyar 2019). Por reflexo, a nível europeu, os maiores estudos foram aí desenvolvidos e foi criado o Centre for Nepal Studies UK, um grupo de cientistas britânicos e de origem nepalesa com vasta experiência de investigação e extensos contactos na comunidade da diáspora. Este grupo, em colaboração com várias organizações sociais nepalesas, conduziu um inquérito de grande escala acerca da população nepalesa no Reino Unido em 2012, que representa um importante recurso para aumentar o conhecimento desta diáspora e cujas informações se encontram na publicação de Adhikari and Laksamaba (2012).

A maioria das investigações sobre a diáspora no contexto inglês analisaram os métodos de reconstrução dos hábitos e identidades culturais e religiosas no país de destino. A dimensão tridimensional das práticas transnacionais permite conhecer tanto as características da sociedade diaspórica, como do país recetor, como resulta evidente nos estudos sobre a reconfiguração das práticas religiosas (Gellner e Hausner 2019) e/ou sobre a reconstrução dos espaços de pertença transnacionais (Pariyar, Shrestha, and Gellner 2014). Neste contexto, importa introduzir uma das características mais interessantes da diáspora nepalesa no Reino Unido, ou seja, o desenvolvimento rico, heterogéneo e rápido de associações migrantes. Em 2014, existiam mais de 400 grupos de pessoas nepalesas, redes sociais de interajuda ligados por vários motivos, como a religião, a origem étnica, a origem geográfica, a vizinhança geográfica no destino, as atividades recreativas (música, desporto, literatura), o emprego e a afiliação política (Gellner 2015).

Gellner (2014) analisou as diferenças na vida associativa dos Nepaleses no Reino Unido e na Bélgica, descobrindo princípios agregadores diversos de formação das redes transnacionais. Na Bélgica, onde a esmagadora maioria dos nepaleses chegou como requerentes de asilo durante a monarquia devido às políticas abertas da Bélgica nos anos '90, as organizações com filiação partidária são mais numerosas, formando agregados caracterizados por uma grande politropia religiosa. Pelo contrário, as redes presentes no Reino Unido seguem uma lógica étnico-religiosa, refletindo a forte presença da população ex-Gurkhas neste território (Gellner and Huasner 2014). Estas associações criam espaços de agregação e participação comunitária organizando eventos frequentes para os seus

membros. Por exemplo, Gellner (2014) verifica que em Aldershot, uma cidade com várias bases militares onde reside uma das maiores comunidades da diáspora nepalesa, o futebol representa um importante espaço de socialização e uma excelente forma de envolver os jovens do género masculino da segunda geração. Apesar do futebol ser um meio frequentemente utilizado por várias diásporas no Reino Unido (Curda, Grega, Turca), no caso da comunidade nepalesa este desporto tem um valor identitário acrescido, ligado à tradição de competições de futebol dentro dos exércitos Gurkha durante o treino e ação militar (Gellner 2014). Às vezes, são também organizados dias de festa em colaboração com outras associações e com as autoridades locais, em jardins ou escolas públicas, que servem como lugar de partilha das próprias atividades e identidades não apenas para com as outras comunidades nepalesas, como também para com o público inglês (Gellner 2014), contribuindo ao desenvolvimento do sentimento de pertença transnacional. Para além destas agregações informais e locais, existem organizações que tentam agregar todos os nepaleses nos vários territórios da diáspora, tendo bases em vários países do mundo. A mais conhecida é a Non Resident Nepali Association, uma ONG criada em 2013 para unir as pessoas da diáspora global nepalesa, promover os seus interesses dentro e fora do Nepal e financiar projetos no país de origem, apoiando o seu desenvolvimento através de financiamentos, como ocorreu com a doação de oxigénio durante a pandemia covid-19 (NRNA 2020). A razão por trás da criação desta rede pan-nepalesa tem raízes, também, no poder da ação coletiva para reivindicar e negociar assuntos com o governo nepalês, especialmente o direito à dupla cidadania, ainda não aprovado no Nepal. Contudo, este movimento não está a ter o sucesso esperado: apenas 1-2% dos migrantes nepaleses se torna membro da organização no Reino Unido. A organização é frequentemente criticada por não representar a comunidade, por trascurar os problemas dos emigrantes, dedicando os seus fundos para financiar projetos no Nepal (Gellner and Hausner 2018).

No que diz respeito às dificuldades de integração no Reino Unido, verificam-se episódios de discriminação dentro e fora da comunidade diaspórica. Pariyar (2015) analisa como algumas políticas públicas inglesas podem limitar a liberdade de expressão de práticas religiosas, como rituais sacrificiais, com repercussões no processo de integração no país de destino, especialmente a nível da

(re)configuração da identidade individual e transnacional. Gellner descreve vários episódios de conflito entre a diáspora de ex-Gurkhas no Kent e a população local, cuja hostilidade xenófoba não é apenas manifesta através de atos de racismo cotidiano por mão de pessoas individuais, mas também abertamente utilizada como propaganda política pelos partidos locais e nacionais (Gellner 2014).

Pariyar (2015) descreve o panorama da comunidade migrante dos Dalits, uma etnia que se encontra na base do sistema de castas nepalês. Embora os migrantes Dalits sofram discriminações por parte da população inglesa, referem sentir-se mais ameaçados por outras comunidades nepalesas (Pariyar 2019). O sistema de castas e a hierarquia social das etnias é reproduzido de forma significativa entre as comunidades nepalesas em Inglaterra. De facto, a imponente presença de Gurkhas, cujo recrutamento por parte dos ingleses fez recurso a critérios baseados em castas (Magars, Gurungs, Rais e Limbus), cria uma reconfiguração de etnias muito diferente em comparação com outras diásporas ou com o próprio Nepal. A pertença à casta, no contexto migratório, se, por um lado, reforça laços sociais tradicionais, do outro exacerba a intolerância e a discriminação contra as castas inferiores como os Dalits.

A especial configuração social da diáspora nepalesa no Reino Unido influencia, igualmente, o panorama religioso desta comunidade. O domínio do hinduísmo entre os cidadãos nepaleses não se mantém na diáspora inglesa, onde apenas 40 a 60% das pessoas declaram-se hindus, contra mais de 80% no Nepal, refletindo a importante corrente budista da população Gurung dos Gurkha (Gurung 2014). O estudo das práticas e identidades/categorias religiosas da diáspora nepalesa torna evidente como a religião para esta comunidade não é nem fixa, nem monolítica, mas sim, fluida, muitas vezes polítropa (Gellner and Hausner 2019) e, até, influenciada e influenciável pela política (Gurung 2014), sendo importante não cair na "religious congruence fallacy" (Chaves 2010) ao aproximar-se ao estudo das realidades nepalesas.

Apesar do grande interesse académico com esta diáspora no país, ainda nenhum estudo focou a sua análise nas perspetivas dos sujeitos femininos. A única exceção é representada pelo estudo de Radha Adhikari sobre a migração de enfermeiras nepalesas para o Reino Unido. O processo de integração destas mulheres é desafiante e desmotivante, obstaculizado por vários fatores como

a complexa burocracia para fins de reconhecimento do título profissional - que acaba por confinar, frequentemente, as enfermeiras nepalesas em lares em áreas rurais para desenvolver tarefas, muitas vezes, abaixo do seu nível de habilidades - e a uma sobrecarga horária, que não lhes permite desenvolver a própria vida fora do trabalho. Além disso, muitas destas mulheres emigraram sozinhas, deixando os filhos e restantes familiares no Nepal, sofrendo das consequências sociais do ato migratório. Não obstante, verifica-se uma redefinição dos papéis de género e das relações entre membros familiares determinada pelo poder e independência económica, que empodera as mulheres trabalhadoras nepalesas no Reino Unido. Os novos meios de comunicação têm ajudado nestes aspetos, deixando espaço para a criação de espaços de agregação – familiar, mas também, social e religiosa - virtuais e sem fronteiras (Adhikari 2010).

O contexto português

Portugal tem vindo a assumir um papel sempre mais central no panorama da emigração Nepalesa para a Europa, representando o segundo destino por número de migrantes após o Reino Unido (Government of Nepal 2018). Visionando a literatura académica portuguesa, verifica-se que foi dada escassa atenção à comunidade nepalesa. Contudo, atendendo ao crescimento exponencial desta população em Portugal ao longo dos últimos 10 anos, está a nascer um interesse sociológico e antropológico por esta realidade.

A tese de Doutoramento (Pereira, 2019) é, sem dúvida, o maior contributo no que concerne à diáspora nepalesa em Portugal. A autora analisa o fenómeno em contínuo crescimento do empreendedorismo dos nepaleses em Lisboa, traçando as dinâmicas transnacionais nisto envolvidas. O trabalho descreve, extensivamente, as características gerais deste fluxo migratório recente e significativo em Portugal e explica o papel das redes nepalesas transnacionais, tanto no processo de integração, como na organização, fornecimento e financiamento dos negócios étnicos. A partir de entrevistas exploratórias a empreendedores e trabalhadores nepaleses em Portugal, a autora descobre formas de transnacionalismo económico, social, cultural e político, que permitem manter a ligação com o país de origem e com outros espaços da diáspora. As redes coétnicas transnacionais contribuem para o sucesso da integração das pessoas nepalesas em Lisboa, atuando

na promoção da inserção laboral dos migrantes, ajudando a "desenrascar-se" no percurso burocrático hostil e definindo a consciência da "família comunitária", sendo a existência destas redes um dos fatores responsáveis pelo rápido crescimento desta diáspora através de um sistema de migração em cadeia. Os média têm revelado-se uma ferramenta fundamental para a integração da comunidade nepalesa em Portugal, assim como pela preservação da ligação com a sociedade e cultura de origem (Bajracharya 2015a; Pereira 2019; Branco, 2012).

O estudo ressalta, ainda, a importância de discernir entre diferentes grupos sul-asiáticos migrantes em Portugal, evitando homologações erróneas. Por exemplo, importa distinguir a diáspora nepalesa no que diz respeito à alta taxa de emprego da comunidade feminina e às formas de empoderamento que daí derivam. No entanto, Pereira evidencia as barreiras de acesso a posições de liderança e à independência dos negócios para mulheres da comunidade nepalesa, e aponta para a necessidade de investigações mais aprofundadas no que diz respeito à dimensão de género desta diáspora e às suas reconfigurações no país de acolhimento.

De forma semelhante a quanto acontece no Reino Unido, parece existir uma reprodução das estruturas nepalesas de casta em Lisboa, que também lidera nas áreas do empreendedorismo, onde se pode identificar uma divisão de acordo com a casta dos negócios em função da área de intervenção e da localidade geográfica (Pereira, 2019). A tendência da manutenção da estratificação social em castas é observada, igualmente, na diáspora da comunidade hindu gujarati em Portugal, onde, contudo, observa-se a existência de algumas adaptações determinadas pela nova realidade envolvente (Lourenço 2009). Embora o trabalho de campo no qual se baseia a presente investigação não tenha identificado o sistema de castas como um aspeto importante no que se refere ao bem-estar das mulheres nepalesas, a casta em diáspora é reconhecida como um veículo propício a estratégias de mobilidade social e de definição identitária (Lourenço 2009), sendo importante incluir esta variável em futuras investigações.

Cinco teses de mestrado, quatro das quais realizadas por estudantes de origem nepalesa, foram desenvolvidas nos últimos 8 anos em Portugal.

Branco (2012) focou-se no processo de integração das pessoas de origem nepalesa em Lisboa, demonstrando como a aprendizagem da língua portuguesa pode ser um bastião para o sucesso da inserção na sociedade de acolhimento.

A dificuldade de aprendizagem da língua portuguesa foi um dos fatores mencionados também por Dangol (2015) no que se refere à integração das crianças nepalesas na escola portuguesa. O trabalho explora as influências do estilo parental no processo de integração dos filhos, cujo resultado depende de vários fatores, entre os quais ou a idade e/ou o sexo das crianças.

Similarmente, Budal (2018) analisa as estratégias de educação dos filhos, mas pelo olhar de mães e pais nepaleses que vivem em Portugal em situação irregular. Este estudo é uma contribuição pilar para o conhecimento do importante assunto dos migrantes nepaleses irregulares e das dificuldades que estes enfrentam. A parentalidade transnacional expõe as pessoas a sentimentos de solidão e culpa pela separação da família, agravando a condição de vulnerabilidade dos migrantes em situação irregular. Nesta investigação, emergem as esperanças e as expectativas para o futuro dos filhos como força orientadora do processo de migração dos sujeitos de origem nepalesa. Esta pesquisa evidencia, ainda, como o poder económico ganho pelas mulheres nepalesas consegue pôr em discussão algumas práticas de matriz patriarcal, levando a uma reconfiguração dos papéis de género dentro do núcleo familiar.

Dahal (2016) investiga as perspetivas masculinas sobre perceções de género na diáspora nepalesa, observando como o contexto social português pode ter um impacto significativo na vivência das práticas do género. A maioria dos homens nepaleses em Portugal trabalha na restauração ou na agricultura e mora sem companhia, encontrando-se com frequência a cumprir tarefas, como as limpezas, consideradas como exclusivamente femininas no Nepal. Ademais, a redistribuição de algumas tarefas domésticas dentro do agregado familiar tem-se provado uma estratégia de adaptação essencial para sobreviver aos ritmos e desafios das sociedades de acolhimento e à nova estrutura nuclear. Estas reconfigurações levam a muitas pequenas revoluções de género, contudo, na etnografia é observada uma tendência a esconder a reconfiguração familiar e o novo papel feminino às famílias no Nepal e uma moderada reticência em abandonar alguns hábitos

tradicionais por parte da comunidade masculina (Bajracharya 2015a; Dahal 2016; Pereira 2019).

Bajracharya (2015) dedica o seu trabalho à investigação da experiência de integração da mulher migrante nepalesa na sociedade portuguesa e dentro da comunidade nepalesa em Portugal, sendo este o único estudo de mestrado realizado até ao momento a considerar, especificamente, a comunidade feminina nepalesa. Analisando os discursos de 10 mulheres residentes em Portugal, a autora revela uma geral independência económica dos sujeitos femininos, acompanhada por um sentimento de liberdade em comparação à vida no Nepal. As mulheres nepalesas em Portugal sustentam economicamente a própria família, tanto em Portugal como no Nepal, através de remessas, revolucionando as ideias hegemónicas dos papéis de género em vigor na sociedade nepalesa. Este aspeto da diáspora nepalesa é, sem dúvida, inovador no panorama das outras imigrações do Sul da Ásia em Lisboa, como indianos (Lourenço, 2009) ou pessoas naturais do Bangladesh (Mapril, 2011). Porém, muitas das mulheres casadas referiram uma certa reticência e vergonha em confessar esta mudança no contexto familiar. A autora alerta, ainda, para a situação das mulheres que migram sozinhas, particularmente vulneráveis por serem discriminadas pela comunidade no país de acolhimento e, portanto, com dificuldade em juntar-se às organizações migrantes, elementos fulcrais do processo de integração. A agregação e entreaajuda feminina desenvolvida a nível das associações migrantes é emblemática no caso dos grupos femininos nepaleses, o associativismo feminino presente nesta comunidade é um fenómeno peculiar que não caracteriza outras populações asiáticas em Portugal.

No caso da diáspora nepalesa em Portugal, a literatura académica e os dados estatísticos (a discrepância quantitativa entre sexos, as altíssimas taxas de autorizações para reagrupamento familiar) sugerem uma imigração feminina ainda dependente das figuras masculinas.

É necessário e urgente aprofundar o estudo das vivências das mulheres nepalesas em Portugal, para perceber em profundidade os desafios à sua integração e identificar os potenciais caminhos de intervenção. As mulheres migrantes nepalesas têm vindo a contribuir de forma sustentada para o desenvolvimento demográfico nacional, uma vez que, segundo os dados do Instituto Nacional

de Estatística, entre 2015 e 2020 nasceram 1809 crianças de mãe nepalesa em Portugal (INE, 2020). Ainda assim, nenhum estudo aborda a questão da saúde desta comunidade. Neste contexto, a presente proposta pretende colmatar uma lacuna no conhecimento existente sobre a comunidade feminina nepalesa e, mais especificamente, no que diz respeito à sua saúde sexual e reprodutiva.

Género e migração na diáspora nepalesa

As desigualdades de género mantêm-se ainda muito enraizadas na sociedade nepalesa que, apesar de ser caracterizada por uma heterogeneidade étnico-religiosa-económica e cultural, é transversalmente patriarcal, patrilocal e patrilinear² (Bajracharya 2015a). De acordo com o Global Gender Gap Report³ de 2021 o Nepal situava-se na posição 106/156 (ordem crescente). O suicídio é a principal causa de morte entre as mulheres em idade reprodutiva (CARE 2015). A violência sociocultural contra as mulheres expressa-se sob várias formas, incluindo trabalho forçado, desvantagens no direito a herdar propriedades e bens, casamentos precoces, estigmatização do período menstrual e violência de género (CARE 2015; Dhakal 2016). 22% das mulheres nepalesas entre 15 e 49 anos sofrem violência física. Entre as mulheres casadas, um terço experiencia violência emocional, física ou sexual. O agressor de violência física é, habitualmente, o marido (84%). Fatores como a religião, idade da mulher, casta/etnia, capacidade económica, área urbana vs. rural⁴, região e número de filhos podem impactar a incidência da violência conjugal (CARE 2015).

Espelhando a discriminação de género fortemente presente na comunidade patriarcal nepalesa, as mulheres representam apenas 12-15% dos migrantes totais do país e 6-7% da população emigrante laboral, evidenciando a tendência feminina de migração como esposas e filhas de homens emigrados e não como agentes autónomos e independentes (Bajracharya 2015a; ILO 2015). O Nepal seguiu e continua a seguir uma política de migração desigual, menos aberta para as

2 — O chefe da família detém o poder decisório (patriarcal); a maioria dos casais no Nepal vivem com a família do homem após o casamento, tornando as famílias patrilocais; a linhagem familiar é continuada através da atribuição exclusiva do sobrenome da família do marido para os filhos (patrilinear).

3 — O Gender Gap baseia na avaliação das diferenças entre sexos no que concerne o acesso ao trabalho, educação, política e saúde (World Economic Forum 2021)

4 — As mulheres rurais são mais propensas a sofrer violência física (22%) do que as urbanas (19%).

mulheres, mais cara e dependente de processos de burocracia mais complicados (Pd Pyakurel 2018). As mulheres que optam pela escolha de emigração devem enfrentar processos burocráticos particularmente rígidos e são estigmatizadas pela sociedade civil, que associa o movimento de mulheres não acompanhadas à exploração sexual e à impureza (Bajracharya 2015a; Shrestha, Mak, and Zimmerman 2020). Até 1998, as mulheres não podiam migrar sem a aprovação escrita de uma figura masculina responsável. Em 2012, empurrado pelas pressões da sociedade pública após vários episódios de violência e exploração de mulheres nepalesas no trabalho doméstico no estrangeiro, o governo nepalês emitiu o, assim chamado, "*age ban*", que proibia às mulheres com menos de 30 anos migrar para os Estados Árabes para o trabalho doméstico. Em 2014, a proibição foi expandida, impedindo de migrar por trabalho de baixa qualificação, independentemente da idade ou país de destino ("*total ban*"). A última revisão em 2015 reabriu as migrações para mulheres trabalhadoras domésticas migrantes, com idade igual ou superior a 24 anos (Pd Pyakurel 2018). Este panorama tem entregado muitas mulheres aos canais irregulares de emigração, na tentativa de contornar as restrições à migração legal. O recurso a canais ilegais representa um grande fator de risco para violência sexual, abuso físico e exploração económica (ILO 2015). Ainda, a escolha obrigada da migração ilegal priva as mulheres migrantes dos benefícios de seguros privados e governamentais, que incluem a compensação financeira e repatriamento em caso de acidente ou morte, assim como dos cursos de formação pré-emigração, recursos fundamentais para enfrentar a migração de forma consciente e informada.

Desde a década de 1980, um número crescente de mulheres tem emigrado fora das fronteiras nacionais à procura de emprego, empurradas pelas necessidades do agregado familiar. Através de remessas, as mulheres sustentam a família, apoiando economicamente no que concerne à educação, alimentação, habitação, espiritualidade e saúde, mas à custa de recursos humanos e emocionais significativos, como o risco de violência, a discriminação, a violação dos direitos laborais e enfraquecimento das relações mãe-filho (Bhadra 2007). Outras mulheres decidem emigrar para fugir à violência doméstica ou, no caso das mulheres separadas ou viúvas, para escapar à rejeição social nas suas comunidades. Além do mais, a migração laboral é utilizada como escamoteação para contornar as pressões

sociais de casamento e de dedicação à vida doméstica. O desejo de um futuro melhor para os filhos, começando pelas oportunidades de instrução, representa a força propulsora da escolha migratória na maioria dos casos (Pereira 2019). As trajetórias de migração das mulheres nepalesas eram, inicialmente, direcionadas para o sudeste e leste da Ásia (Índia, Japão e Hong Kong), onde estavam concentradas nos setores domésticos e de serviços. Nos anos 2000, os países árabes (especialmente Kuwait e Qatar) começaram a atrair mais mulheres migrantes nepalesas, sempre na área dos cuidados a terceiros (cuidadoras informais ou empregadas domésticas e, em minoria, em setores públicos como hotéis, restaurantes, serviços médicos e de saúde e salões de beleza). A emigração para a Europa é reservada a 9% das mulheres nepalesas emigrantes (KC 2004).

Poucos estudos foram realizados para investigar o fenômeno do empoderamento feminino nepalês com o ato migratório. A maioria dos contributos focaram no aspeto das remessas económicas, descurando as vivências das protagonistas da migração. Um estudo de 2019 sobre as mulheres nepalesas a trabalhar na Coreia do Sul observa vários processos e dimensões de empoderamento feminino com a migração - ganho de autoconfiança, novo papel e poder social e familiar (Shakya and Yang 2019). Os estudos realizados com mulheres retornadas no país de origem após terem passado um período fora das fronteiras nacionais por razões de trabalho evidenciam o estigma social a qual estão sujeitas as mulheres (Gioli, Maharhan, and Gurung 2017; Shrestha et al. 2020). Categorizadas pela sociedade como trabalhadoras do sexo, as mulheres migrantes são frequentemente excluídas da família e, inclusive, abandonadas pelos maridos. Os autores realçam como a opinião social culpabiliza as mulheres, pecadoras e cúmplices da própria violência, em vez de as considerar vítimas dos perigosos caminhos da migração. Ainda, a hierarquia patriarcal é frequentemente mantida no país de acolhimento, acarretando desvantagens para as mulheres, como demonstra um estudo realizado nos Estados Unidos de América, onde verificou-se que 75% das mulheres nepalesas tinham sido vítimas de abuso verbal por parte do parceiro e 2/3 tinham que pedir autorização para deslocar-se fora de casa (Thapa-Oli, Dulal, and Baba 2009). Contudo, as mulheres dizem-se satisfeitas da escolha migratória, que lhes deu acesso à independência económica e, conseqüentemente, lhes

entregou mais poder de agência, tendo impactos positivos na sua autoestima e autoconfiança. Ademais, o dinheiro ganho com a experiência migratória aumenta o estatuto social das mulheres, revolucionando algumas práticas de castas ainda fortemente observadas no Nepal.

Saúde e migração na diáspora nepalesa

A saúde dos migrantes Nepaleses tem sido descurada na literatura mundial, os poucos estudos realizados focam-se na migração laboral para o Qatar, Arábia Saudita e Malásia. Nestes fluxos migratórios, o bem-estar dos membros da diáspora, tanto masculinos (Adhikary et al. 2018), como femininos (Simkhada et al. 2018), é ameaçado pelas fracas condições de trabalho e habitação no país de destino, e os estudos apontam para a importância de aumentar os níveis de literacia em saúde destas comunidades. No caso particular da população migrante feminina, os episódios de violência e discriminação assume um papel central na determinação do seu bem-estar (Simkhada et al. 2018).

Da mesma forma, a literatura europeia não tem dedicado muito espaço para a saúde da diáspora nepalesa, tendo os estudos incidido nas migrações extraeuropeias, mais quantitativamente significativas. Apenas no Reino Unido, a nação do continente europeu com mais pessoas com origem nepalesa, encontramos estudos que investigam, especificamente, o bem-estar desta diáspora, na esmagadora maioria com foco na população masculina. A maioria da população nepalesa no Reino Unido, embora empregada e com níveis elevados de capital educacional, tem baixo rendimento, fator que leva a impactos negativos na saúde e no bem-estar (Adhikary et al. 2008; Casey 2010; Sims 2008).

Os estudos relatam uma moderada incidência de problemas de saúde mental e de problemas crónicos (diabetes, hipertensão, obesidade) e uma frequência preocupante de hábitos alcoólicos entre os nepaleses residentes na Inglaterra (Sah, Burgess, and Sah 2018; Thake 2014). A normalização do consumo de álcool na sociedade nepalesa em geral tem sido explicada como consequência direta da globalização, da cultura de consumo da liberalização económica (Parajuli, Macdonald, and Jimba 2015). Apesar de ter acesso livre e gratuito aos cuidados de saúde, persistem barreiras importantes à utilização dos serviços ingleses por parte desta diáspora, como a barreira linguística, o tempo de espera e a falta de

conhecimento sobre o funcionamento destes serviços, que levam a um aproveitamento deficitário do sistema de saúde público, especialmente no contexto da medicina preventiva.

No geral, a população do Sul da Ásia é pouco representada nas investigações sobre a sexualidade das comunidades diaspóricas (Ali, Keo, and Chaudhuri 2020). No entanto, atendendo ao perfil de vulnerabilidade no Nepal no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, esta representa um aspeto importante a considerar-se durante a investigação das vivências de integração num contexto. A taxa de mortalidade materna no Nepal está entre as mais altas do mundo (186 por 100.000 nascimentos) (Index Mundi 2020), mais da metade das mulheres experimentam violência física e sexual (Lamichhane et al. 2011), principalmente a violência doméstica perpetuada pelos maridos e pelo sistema do Dawry (Dhakal 2008), os problemas ginecológicos são muito frequentes, especialmente os prolapsos uterinos, devido aos casamentos e gravidezes precoces, ao excesso de trabalho e à negligência (Amnesty International 2014; Khadgi and Poudel 2018). O estudo de Tamang (2017) revela lacunas importante no que diz respeito à literacia em assuntos de SSR da população nepalesa no geral, encontrando nos sentimentos de vergonha umas das barreiras principais para o acesso aos serviços de SSR (Tamang et al. 2017).

Outro aspeto importante da saúde sexual e reprodutiva das mulheres nepalesas é a estigmatização do período menstrual e as práticas culturais e sociais que daí derivam. Um célebre mito Hindu conta do *Deus Brahma* ensinando a *Deusa Partha* que as mulheres durante o período menstrual são consideradas impuras e assassinas do *Brahmin*. Só depois do quarto dia, e após ter realizado o ritual *Risi Panchamito*, voltarão a ser bem-vindas na comunidade.

A tradição religiosa-cultural do *Chaupadi* proíbe as mulheres de participar em atividades familiares e sociais durante a menstruação. O isolamento em cabanas com péssimas condições higiénico-sanitárias (que levaram nomeadamente à morte de algumas mulheres)⁵ é praticado principalmente na parte ocidental do Nepal, contudo, a demonização do ciclo feminino ocorre transversalmente no país. Durante o período menstrual, as mulheres nepalesas são frequentemente

5 — Para aprofundar ver, entre outros, "Mother and sons die in 'menstruation hut'". BBC News. 2019-01-10. <https://www.bbc.com/news/world-asia-46823289>

impedidas de comer produtos animais (a sua impuridade poderia levar à morte ou doença do animal) provocando uma ingestão nutricional deficitária, e dormem separadamente do marido para evitar a contaminação e potencial doença do parceiro. O Chhaupadi foi oficialmente banido pela Suprema Corte do Nepal em 2005, contudo a sua prática continua viva nos costumes da sociedade Nepalesa, como demonstra a lista das vítimas, que continua a aumentar (Adhikari 2019). Nenhum estudo tem abordado especificamente a reconfiguração deste ritual com o ato migratório, seja isto internacional ou dentro das fronteiras nacionais, faltando conhecimento sobre os fenômenos de empoderamento feminino neste âmbito.

Um único estudo tem focado na saúde sexual e reprodutiva da diáspora nepalesa na Europa, mas dedicando-se à população de jovens da segunda geração em Inglaterra, cujos padrões e vivências em saúde sexual e reprodutiva são diferentes em comparação com o migrante que nasceu no Nepal (Sah 2017). A literatura sugere a existência de um forte estigma social e tabu cultural associados aos problemas de saúde sexual e reprodutiva no Nepal. Num estudo recente que investiga as vivências de saúde sexual e reprodutiva de indivíduos do Sul da Ásia, inclusive do Nepal, nos Estados Unidos da América é observado como as percepções em relação ao sexo são influenciadas pelas narrativas religiosas (como o hinduísmo, o islamismo e o cristianismo) em torno da atividade sexual, contribuindo para o estigma associado à saúde sexual e limitando as oportunidades de discussão aberta do sexo (Ali et al. 2020). Nestas sociedades, as comunidades religiosas representam uma fonte de apoio social importante, que exclui quem não se conforma. Os perigos do estigma sexual são profundos e, em alguns casos, podem resultar em barreiras no acesso aos cuidados de saúde e em problemas de natureza física e mental.

Os dados da literatura sobre a integração das mulheres nepalesas em Lisboa indicam que o bem-estar representa uma dimensão importante, ainda que muitas vezes ignorada, da integração em Portugal. Atendendo ao crescimento desta diáspora no território europeu, e especialmente em Portugal, é necessário desenvolver mais estudos para compreender as dinâmicas do bem-estar destas populações, de forma a diminuir as desigualdades em saúde, especialmente no que se refere aos segmentos femininos destas comunidades e às suas vivências de saúde sexual e reprodutiva.



3. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Este capítulo informa sobre as escolhas, as estratégias e os procedimentos metodológicos da investigação. Após uma revisão das perguntas de partida, são expostos os pressupostos teóricos da metodologia qualitativa e os motivos e pertinência desta escolha para o presente trabalho. Sucessivamente, são apresentados o quadro de operacionalização, onde são explicados os passos da pesquisa e os procedimentos seguidos para a investigação, incluindo as estratégias utilizadas para reestruturar o trabalho na sequência da pandemia Covid-19, e os instrumentos de recolha de dados. Finalmente, é discutida a escolha da análise temática dos discursos, método utilizado para esta dissertação.



3.1 PERGUNTAS DE PARTIDA

Como já mencionado, a análise dos discursos das mulheres sobre as próprias vivências e comportamentos em saúde sexual e reprodutiva representa uma perspectiva privilegiada para investigar alguns dos processos que contribuem para o desenvolvimento dos sentimentos de pertença e identidade das comunidades migrantes no país de acolhimento. O presente trabalho pretende perceber como se caracterizam as experiências, narrativas, opiniões e expectativas das mulheres nepalesas no que diz respeito aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva em Portugal. Mais especificamente, a investigação focou nas facetas sociais e culturais desta relação, procurando perceber qual a influência das crenças culturais na vivência e nos comportamentos em saúde sexual e reprodutiva em Portugal, quais são, na opinião das mulheres, as barreiras e os principais problemas no seu encontro com os cuidados, e qual a influência do processo migratório na reconfiguração de comportamentos em saúde sexual e reprodutiva e nas crenças e rituais que lhe dizem respeito.

Na tentativa de ampliar o debate sobre os processos de reconstrução/desenvolvimento das identidades transnacionais femininas, afunila-se a análise para as transformações das narrativas e das relações de género com a migração, investigando como é que os discursos dominantes do país de acolhimento são integrados e utilizados pelas mulheres nepalesas na construção das identidades e, em particular, como se concretiza a relação entre a vivência da saúde sexual e reprodutiva e o desenvolvimento da identidade transnacional.

3.2 OPÇÃO METODOLÓGICA

Foi adotada uma metodologia qualitativa com recurso a entrevistas a mulheres migrantes e a observação participante com elaboração de diário de campo. Este tipo de abordagem é apropriado para quem pretende explorar o universo individual-pessoal-social (*who, what, where*) das vivências de um dado contexto, e interpretar os desafios partindo da experiência direta dos protagonistas da ação (Kim, Sefcik, and Bradway 2017). As metodologias qualitativas permitem entender os significados únicos e individuais que diferentes fenómenos sociais têm na

vida das pessoas (Turato 2005b). A antropologia considera que a saúde e o que se relaciona com ela (conhecimentos, comportamentos, ideias) são fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados (Quaranta 2006). A perspectiva qualitativa é, neste estudo, empregue para identificar e analisar a mediação que os fatores sociais e culturais exercem na construção de formas características de pensar e agir face à saúde e à doença.

Utilizada desde longa data pelo mundo das ciências humanas, esta metodologia despertou recentemente o interesse da medicina ocidental, sobretudo no estudo do mal-estar mental, da dor crônica e dos cuidados de enfermagem (Kim et al. 2017; Sandelowski 2000). O método clínico-qualitativo é especificamente adequado para definir as várias facetas das vivências em saúde:

"Busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença" (Turato 2005b:510).

Enfim, a adoção da metodologia qualitativa pretende desencadear um pensamento reflexivo autocrítico dos cuidados de saúde, necessário para promover novas ideias e novos sistemas centrados na concepção interseccional de saúde.

O trabalho de campo é um instrumento antropológico precioso para conhecer o ponto de vista/ a visão do mundo e recolher informações sobre o grupo social do estudo (Bortolami 2016). O processo etnográfico é composto por três partes: o processo de aproximação e manutenção de relações com o grupo do estudo; a observação do ambiente, dos comportamentos, da interação de um grupo social determinado; e a recolha destas informações em forma escrita num diário de campo (Silva 2009). Além do diário de campo, a realização de entrevistas com representantes do grupo social do estudo ou das estruturas da sociedade civil que com esse colaboram é um recurso fundamental para a recolha de dados durante a etnografia.

Os dados para análise foram colhidos através de entrevistas semi-diretivas, na fórmula one-to-one. Além das vantagens na funcionalidade da condução da entrevista, esta tipologia foi demonstrada capaz de manter alto o limiar da atenção e prevenir os vieses (Patton 2015). A orientação estrutural bem definida permite

progredir com uma ordem lógica e convenientemente pré-estabelecida. Ao mesmo tempo, é importante valorizar o elemento de flexibilidade, que garante o respeito da posição fenomenológica dos entrevistados e consegue colher diferentes perspetivas e aprofundar elementos de acordo com o fluxo de pensamentos do sujeito central. A entrevista de tipo qualitativo permite aceder a dados de difícil aquisição por meio da observação direta, como sentimentos, pensamentos, significados e intenções (Topa 2013). Através destes significados percebe-se a influência significativa da cultura de destino e de origem e da forma como ela é apreendida e cultivada pelas participantes, o que permite, por sua vez, captar a relação entre a organização social e a experiência vivida (Topa 2013). A entrevista é um processo de interação social, em que entrevistadas e entrevistadora são participantes ativas no processo de construção de conhecimento (Topa 2013). Foi feito o esforço possível para manter uma atitude reflexiva e autocrítica e contemplar os diversos fatores pessoais e sociais que podem potencialmente condicionar a interpretação do discurso das entrevistadas acerca das suas práticas, opiniões e comportamentos. Igualmente, foi prestada atenção aos fatores imputáveis às relações sociais entre entrevistada e entrevistadora.

3.3 QUADRO DE OPERACIONALIZAÇÃO

A ideia do tema da dissertação surgiu da observação do contexto sociodemográfico durante a prática clínica numa Unidade de Saúde Familiar (USF), local de trabalho da investigadora. A USF Sétima Colina serve as freguesias de Arroios e Penha de França, na área central de Lisboa, onde a população de origem nepalesa tem aumentado de forma logarítmica ao longo dos últimos 5 anos, enriquecendo as ruas de lojas e restaurantes étnicos, e desafiando um Sistema Nacional de Saúde não culturalmente preparado para esta nova realidade. O território urbano da capital foi escolhido como campo espacial desta análise por representar o principal destino da diáspora nepalesa.

As mulheres de origem nepalesa apresentam elementos que as caracterizam e diferenciam de outras comunidades migrantes asiáticas (indiana, paquistanesa ou bangladeshiana), destacando-se pela utilização de vestuário ocidental, pela

dominância da língua inglesa, e demonstrando uma menor reticência em adaptar-se às práticas de saúde em Portugal (i.e., maior adesão às estratégias preventivas quando informadas), sendo geralmente considerada, pelos profissionais de saúde, uma população "mais fácil" com a qual lidar, com menos desencontros culturais. Contudo, o grande número de utentes de origem nepalesa no Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Central, onde representam o segundo grupo estrangeiro mais prevalente após os brasileiros (1.75%), a significativa taxa de mulheres grávidas nepalesas (mais de 500 nascimentos de mães nepalesas em Portugal em 2020), a existência, atenuada mas ainda presente, da barreira linguística e uma escassa literacia em saúde, sobretudo no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva dos segmentos femininos da comunidade, apontam para a necessidade de integrar conhecimentos das ciências sociais para melhorar a abordagem desta diáspora em franca consolidação em Portugal.

O dado etnográfico do crescimento exponencial desta diáspora para Portugal, e especialmente em Lisboa, é confirmado pelas estatísticas oficiais que recolhem dados demográficos da sociedade em Portugal (INE) e das comunidades migrantes (SEF). Ainda, a revisão da literatura revelou uma grande falha em abordar os assuntos de género numa perspetiva da saúde, não existindo trabalhos dedicados à análise destes aspetos para a diáspora nepalesa em Portugal.

Os objetivos foram definidos durante o trabalho de campo iniciado durante o 1º ano do mestrado em MIET, que permitiu conhecer as opiniões da comunidade sobre as prioridades de intervenção e os problemas mais relevantes para a sua integração na sociedade portuguesa.

A abordagem e as modalidades do trabalho de campo tiveram que ser revistas à luz dos constrangimentos impostos pela pandemia covid-19. O plano inicialmente elaborado contemplava a realização de uma pesquisa de campo, com observação participante da comunidade nepalesa residente no centro de Lisboa (especialmente nas freguesias Penha da França e Arroios) e compilação de diário de campo, para caracterizar a população em questão e criar empatia bidirecional com os membros da comunidade. O trabalho de campo foi iniciado em novembro 2019 com o contacto com representantes da comunidade feminina nepalesa após

contacto com o consulado Nepalês em Lisboa, o que permitiu criar ligações fundamentais para perceber alguns traços característicos desta população. Apesar de não ter sido possível aprofundar o conhecimento ao vivo das situações coletivas sociais e de convívio a partir de março 2020 e até outubro 2021, a pandemia foi uma preciosa ocasião para conhecer e colaborar com a associação migrante nepalesa NIALP. A NIALP - Associação Intercultural Lisboa, fundada por alguns representantes da comunidade em 2019, apoia as pessoas nas várias facetas dos desafios à integração - culturais, sociais, jurídicos, da saúde e da educação. A colaboração com a NIALP nasceu como resposta às necessidades e vulnerabilidades criadas pela pandemia à custa das comunidades migrantes: a autora realizou um vídeo sobre a pandemia da covid-19 que foi partilhado nas redes sociais dos nepaleses em Lisboa (namaste.com) e instaurou uma relação de apoio recíproco com o coordenador do projeto, Dr Kamal Bhattarhai, com o qual foi possível discutir situações, esclarecer dúvidas, partilhar experiências e recursos e projetar intervenções futuras.

Para obter uma visão mais abrangente do panorama social da população alvo, e para orientar os objetivos do estudo, foram também realizadas entrevistas exploratórias com especialistas da comunidade nepalesa em Portugal: representantes da comunidade em Lisboa (NIALP, Consulado do Nepal, NRNA, grupo de mulheres NRNA), investigadores da mesma área (Dra Alexandra Pereira), profissionais de cuidados de saúde (Médicos e enfermeiros da USF Sétima Colina, USF Almirante, Hospital Dona Estefânia, Maternidade Alfredo da Costa) e ONGs que trabalham diariamente com a diáspora nepalesa e/ou outras comunidades migrantes femininas em Portugal (CNAIM, APAV, GAT).

Tendo em conta os objetivos da pesquisa e os dados recolhidos através da observação participante, e a partir da revisão da literatura existente acerca do processo de desenvolvimento da identidade transnacional das pessoas migrantes, foram identificadas quatro dimensões principais que, aquando investigadas, podem informar de forma abrangente e multidimensional sobre os processos de vivência em saúde sexual e reprodutiva e dos seus reflexos nos sentimentos de identidade e pertença destas mulheres em Portugal (Ver Anexos - Tabela 1, pag. 168):

- I) Contexto de origem;
- II) Experiência migratória;
- III) Contexto de destino;
- IV) Expectativas pelo futuro.

A análise do contexto de origem ajuda a pensar sobre a bagagem cultural e a condição social e económica de origem dos sujeitos em migração, fatores que podem incidir tanto na sua condição de saúde como no sucesso do processo de migração, incluindo descritores como a área de proveniência, a etnicidade, a religião, o nível de escolaridade, eventuais experiências de migração interna ou internacional, a situação laboral, os principais problemas identificados no país de origem e as práticas e os comportamentos em saúde sexual e reprodutiva.

O impacto do processo de migração (motivos, condições, trajetórias de migração) é fundamental na avaliação das determinantes que influenciam o seu desenvolvimento no acolhimento, levando frequentemente à descoberta de desigualdades sociais potencialmente nocivas, inclusive no seu estado de saúde.

A contextualização do acolhimento é, sem dúvida, uma faceta importante a considerar na análise das vivências em saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes. Além de conhecer padrões e barreiras da utilização dos serviços de saúde em Portugal, importa investigar os contornos sociais e os desencontros culturais que podem influenciar as vulnerabilidades, escolhas e práticas em saúde (características demográficas, capital social, experiências de discriminação interseccional).

As expectativas de cada um dizem respeito aos seus traços culturais e ao seu poder de reclamação, assim como ao seu empoderamento no contexto do acolhimento. A análise das expectativas das mulheres nepalesas no que se refere às suas expectativas acerca dos cuidados de saúde para a população migrante feminina em Portugal revela as suas ambições e desejos futuros, influenciados por sentimentos e experiências próprias de cada mulher (satisfação com o projeto migratório, influências culturais, confiança com o país de destino).

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para cada dimensão foram, assim, identificados um ou mais instrumentos de recolha de dados, entre: (1) diário de campo, (2) questionário individual, (3) guião para a condução das entrevistas.

- » **Diário de campo:** O diário de campo, compilado entre novembro 2019 e outubro 2021, consta no registo de impressões, reflexões e descrições de situações vividas pela autora durante os encontros com membros da comunidade nepalesa, outros especialistas, e as mulheres entrevistadas. O diário de campo demonstrou ser um recurso fundamental ao longo de todo o processo de elaboração da dissertação. Inicialmente, serviu na investigação sobre a realidade social da comunidade nepalesa em Lisboa e, como tal, ajudou a orientar os métodos de operacionalização, os objetivos da pesquisa e as dimensões do trabalho.

Além disto, foi um instrumento precioso para integrar os aspetos não verbais na análise vertical e horizontal das entrevistas, como os comportamentos, as atitudes, as dinâmicas de relação entre entrevistadas e entrevistadora e entre entrevistadas e outras mulheres nepalesas, a forma de vestir, a linguagem corporal, os silêncios. Enfim, o diário de campo tem sido um espaço importante de revisão e sistematização de impressões e, especialmente, de reflexão autocrítica das perspetivas da autora, na tentativa de eliminar os vieses intrínsecos ao conhecimento adquirido.

- » **Questionário individual:** Para o presente estudo foram realizadas dez (10) entrevistas com dez (10) mulheres nepalesas residentes em Lisboa. No início de cada encontro, após apresentação da investigadora e entrevistada, foi realizada uma breve introdução ao estudo e aos seus objetivos e foram avaliadas as expectativas das mulheres em relação à entrevista e ao estudo e foi deixado espaço para esclarecimento de dúvidas. Antes de cada entrevista, foi pedido para preencher, em conjunto com a investigadora, um questionário de respostas múltiplas e abertas (GoogleForm), para caracterização do grupo de entrevistadas no que diz respeito às suas características demográficas, a experiência migratória, ao seu contexto familiar e social em Portugal, ao

seu estado de saúde e à sua relação com o Sistema Nacional de Saúde (Ver Anexos - Tabela 2, pag. 170).

A compilação conjunta do questionário permitiu conhecer melhor as mulheres e as suas histórias antes do início da entrevista, podendo questionar alguns pontos de forma a aprofundar o conhecimento de cada situação. A compilação conjunta do questionário individual provou ser um recurso fundamental para conhecer melhor as mulheres e conseguir contextualizar os seus discursos, especialmente tendo em conta a dificuldade de conseguir realizar um verdadeiro trabalho de campo.

- » **Entrevistas semi-diretivas:** As dez entrevistas ocorreram aos sábados, entre maio e julho de 2021, na sede da associação migrante NIALP, no Martim Moniz, em Lisboa. A duração média foi de 48 minutos (Min 35 min- Max 1h25min). Para finalidades de revisão de dados e aprofundamento de temáticas, e para eliminar vieses, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, com consentimento oral das participantes. Foi questionado o significado atribuído pelas mulheres às suas experiências e vivências do período menstrual e da gravidez, às modalidades de planeamento familiar, aos conhecimentos sobre o rastreio do cancro do colo do útero e às infeções sexualmente transmissíveis, às experiências e opiniões sobre a interrupção voluntária da gravidez e a violência de género, numa perspetiva transnacional.

Grupo de participantes

A unidade de análise é composta por 10 mulheres originárias do Nepal e atualmente residentes em Portugal. O número foi definido segundo o critério de saturação dos dados por repetibilidade.

Todas as interlocutoras foram recrutadas através da NIALP, que promoveu o projeto com os seus contactos e preocupou-se com o agendamento das entrevistas. Muitas das mulheres entrevistadas fazem parte do grupo de mulheres no qual participa um dos membros fundadores da NIALP.

As participantes foram informadas acerca dos objetivos e metodologias do estudo. O consentimento informado foi sempre formalizado através da gravação do consentimento após pedido explícito.

A compreensão da língua portuguesa ou inglesa, a capacidade de expressão nestas mesmas línguas e a disponibilidade e vontade em participar na pesquisa foram os critérios de inclusão que guiaram a criação da amostra.

Tentou-se assegurar a heterogeneidade da unidade de análise nos seguintes aspetos: Idade; Estado civil; Número de filhos; tempos de estadia em Portugal. Mais uma vez, as colaboradoras da NIALP desempenharam um papel essencial no resultado deste trabalho, apoiando sempre as exigências do estudo na procura de voluntárias para as entrevistas.

Guia para a condução da entrevista

O guia da entrevista consta numa lista semiestruturada de perguntas abertas para exploração de diferentes tópicos inerentes às práticas e vivências da saúde sexual e reprodutiva. O guião foi definido após uma revisão das entrevistas de estudos prévios sobre temáticas semelhantes, adaptado ao contexto etnográfico ao qual faz referência, e posteriormente testado com recurso a duas entrevistas-piloto com mulheres nepalesas. Os aconselhamentos derivantes da revisão do guia da entrevista ajudaram a reformular algumas perguntas, a adaptar a linguagem às interlocutoras e a orientar de forma diferente a abordagem a alguns tópicos reputados mais sensíveis (por exemplo, a interrupção voluntária da gravidez).

O guião explora as vivências transnacionais e multidimensionais (influenciadas pelo contexto de origem, o de migração, o de destino, e das expectativas de cada um) em seis componentes chave da saúde sexual e reprodutiva das mulheres: o período menstrual, o planeamento familiar, o período da gravidez e a maternidade, a interrupção voluntária da gravidez, a violência de género e a violência doméstica (ver Anexos - Tabela 3, pag. 171).

3.5 ANÁLISE

Foi escolhido investigar as perspetivas das mulheres entrevistadas através do recurso à análise temática, método ideal para identificar, analisar e reportar os temas, padrões ou descontinuidades emergentes dos dados, e a ligação

dos discursos produzidos com os traços socio-histórico-culturais de cada pessoa (Braun and Clarke 2006; Topa 2013; Willig 2001). Foi adotada uma perspectiva com foco na compreensão dos eventos, realidades, significados e experiências e da ligação destes com os discursos sociais e culturais dominantes (Braun and Clarke 2006; Willig 2001). Combinando a abordagem indutiva, com foco nas interações e nas modalidades discursivas etnográficas, com uma abordagem dedutiva, que considera os efeitos dos discursos dominantes nas sociedades nas subjetividades individuais (Brunton et al. 2018), tenta-se discutir possíveis modalidades de construção das realidades individuais e sociais das mulheres nepalesas em Portugal. O processo de análise temática seguiu seis fases diferentes (Braun and Clarke 2006). Em primeiro lugar, as entrevistas foram transcritas e lidas várias vezes (1). A análise vertical dos conteúdos de cada entrevista permitiu selecionar as questões mais relevantes, de acordo com a sua frequência nos discursos e com as características de construção de narrativas (2). Foram sucessivamente realizadas várias análises horizontais das dez entrevistas, para identificar os temas e subtemas dominantes (3) e, após revisão dos temas identificados com o orientador da dissertação (4), as respostas foram agrupadas em categorias temáticas (5). A última fase dedicou-se à interpretação dos resultados de forma a captar a sua ligação com a restante literatura e o seu interesse para o presente estudo (6). Nesta fase, apesar de não ser o método de escolha deste trabalho, recorreu-se, em alguns casos específicos, à análise das narrativas, inspecionando criticamente os contextos de construção e das modalidades de elaboração dos discursos, identificando elementos de mudança ou continuidade numa perspectiva construtivista (Willig 2001).



4. CONTEXTUALIZAÇÃO ETNOGRÁFICA

4.1 ENQUADRAMENTO DA DIÁSPORA NEPALESA EM PORTUGAL E EUROPA

A área geográfica identificada como território nepalês engloba uma mistura de culturas e etnicidades, resultado dos múltiplos fluxos migratórios que se sucederam nessa área ao longo das décadas.⁶ A emigração internacional nepalesa nasceu como migração militar no início de 1800, quando um número substancial de nepaleses (Gurkhas) foi recrutado para se juntar aos exércitos Britânicos (May 1815 Treaty). Desde então, a migração além das fronteiras do Nepal tem crescido a ritmo progressivamente maior nos últimos 30 anos, empurrada pela

6 — O Nepal tem visto três grandes fluxos migratórios na sua origem (da Índia, da China e do Irão) que criaram o atual mosaico de culturas e povos. Segundo o Censo de 2011, existem no Nepal 125 grupos étnicos, 123 línguas e o 37,2% da população nepalesa é constituído por minorias étnicas.

complexidade dos problemas políticos, ambientais e socioeconómicos do país. Como já mencionado, o movimento migratório nepalês cumpre os critérios essenciais da diáspora por ser caracterizado por um deslocamento de pessoas para fora de um lugar de origem, por ter sido capaz de manter conexões com esse espaço de origem através da formação de uma memória coletiva e organizações de capital social entre os grupos emigrantes, e por ter desenvolvido contemporaneamente uma relação com a sociedade recetora (Pereira, 2019).

O número total de nepaleses na União Europeia (UE), em 2011, era de 58.882 pessoas (4.802 crianças com idade inferior a 14 anos, 36.424 homens e 17.653 mulheres) (Government of Nepal 2012). Além da intensa imigração para Inglaterra devido ao reconhecimento do estatuto a partir de 2004 dos ex-Gurkhas e dos seus descendentes, a Europa acolhe alguns dos refugiados políticos que fugiram da monarquia absolutista (como na Bélgica) (Gellner 2014) e, ao longo dos últimos anos, foram criadas redes étnicas e empresariais de recrutamento de trabalhadores para migração laboral temporária nos países do Sul da Europa (Roménia, Croácia, Malta, Portugal e Polónia) (Pereira 2019).

Portugal tem vindo a assumir uma maior relevância no panorama da emigração Nepalesa para a Europa, representando o segundo destino por número de migrantes após o Reino Unido (Government of Nepal 2018). A imigração nepalesa encontra-se presente no país a partir dos anos 2000 (n=2 nepaleses registados no relatório do SEF em 2000), apresentando um incremento do 2360% (25 vezes) nos últimos 10 anos.

O aumento de entradas em território português coincidiu com a crise após o terramoto de 2015 no Nepal e com a revisão da Lei da Nacionalidade e da Lei da Imigração de 2007 em Portugal. Além disso, não podemos esquecer que Portugal tem tido uma das mais baixas taxas de fertilidade e das mais altas de envelhecimento demográfico na Europa (INE 2021), que têm determinado uma forte carência de mão-de-obra jovem (Góis 2019) e uma necessidade de substituir a mão-de-obra nativa por trabalhadores estrangeiros, especialmente em algumas atividades específicas, tal como o trabalho agrícola (Peixoto et al. 2012). Estes fatores criaram o substrato para Portugal ser identificado como um dos destinos principais para dar entrada em território europeu.

De acordo com os dados dos Censos em 2011, o migrante Nepalês em Lisboa é um homem (65% dos migrantes), de idade compreendida entre 20 e 35 anos (65%), de religião não crista (70%) e ativamente empregado (67.7%) (Pereira 2019). Atendendo aos últimos dados publicados pelo SEF, a maioria dos migrantes nepaleses está concentrada em Lisboa.

Os representantes das associações e organizações nepalesas (NRNA, Consulado do Nepal, NIALP) descrevem uma comunidade composta por pessoas que nasceram em áreas rurais do Nepal, e que passaram por um processo de migração interna rural-urbana, tendo-se mudado para cidades maiores (Kathmandu e Pokhara, habitualmente) durante os estudos ou por motivos de trabalho, mantendo-se a família de origem em pequenas aldeias.

A partir do ano de 2008, a curva da imigração nepalesa para Portugal tem tido um aumento exponencial, chegando a uma população de 21015 residentes Nepaleses em Portugal em 2020 (13339 homens e 7676 mulheres)(SEF 2020). No mesmo ano, registaram-se 12101 residentes nepaleses no distrito de Lisboa (7330 homens e 4771 mulheres). O concelho de Faro representa o segundo núcleo urbano com mais habitantes oriundos do Nepal (2 706 total, 1744 homens e 962 mulheres), segue Beja em terceiro lugar com (2383 total, 1729 homens e 654 mulheres).

	Total	Homens	Mulheres
Lisboa	12101	7330	4771
Faro	2706	1744	962
Beja	2383	1729	654
Setúbal	1854	1155	699
Coimbra	520	326	194
Porto	318	207	111
Leiria	288	214	74
Braga	194	148	46
Évora	131	92	39
Santarém	119	89	30
Castel Branco	80	65	15
Madeira	79	55	24
Viseu	29	24	5

TABELA B

Distribuição Distrital de Pessoas de Origem Nepalesa em Portugal, 2020.

Fonte: SEFSTAT, 2020
<https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>

	Total	Homens	Mulheres
Bragança	28	22	6
Guarda	23	19	4
Viana do Castelo	19	12	7
Vila Real	7	3	4
Portalegre	3	2	1
Açores	2	2	0
TOTAL	20884	13238	7646

É importante salientar que existe uma substancial discrepância entre os números calculados pelas estatísticas oficiais e os declarados pelas associações migrantes nepalesas, que falam de uma comunidade de cerca de 25000-30000 pessoas. O contexto de evocação dos números desempenha certamente um papel importante, podendo esta diferença estar ligada a uma sobrestimação por razões político-administrativas por parte da comunidade migrante, desejosa de ver as suas exigências mais discutidas no panorama político da sociedade de destino, assim como de pressionar o Nepal para a abertura de uma embaixada em Portugal, o que facilitaria os processos burocráticos. Por outro lado, se este dado se confirmasse, haveria de questionar-se o tamanho da comunidade nepalesa não regular em Portugal.

Foram identificadas três trajetórias principais de chegada a Portugal: diretamente do Nepal, a partir de outros países europeus e a partir da Índia ou outros países asiáticos.

O DoFE⁷, ao abrigo do MOLEeS, é uma fonte fundamental de informação sobre a emigração laboral nepalesa, uma vez que emite e regista autorizações de trabalho para migrantes a querer sair do país. Em 2018/2019 o Nepal emitiu 461 licenças para emigração até Portugal (IOM Nepal 2019). 10.8% dos Nepaleses que chegaram a Portugal em 2019 entraram por motivos de estudo e 32.1% apresentaram pedidos de reunificação familiar (SEF 2020). O reagrupamento familiar tem

7 — Os dados estatísticos elaborados pelo DoFE têm limitações significativas, em primeiro lugar o facto de incluir apenas as autorizações de trabalho emitidas pelo governo nepalês, ignorando a significativa emigração para a vizinha Índia, que não necessita de autorizações de trabalho para passar as fronteiras.

sido a principal razão para a concessão de vistos de residência nos postos consulares portugueses - 99,1% em 2018 e 98,5% em 2019 (Oliveira 2020b)-, trazendo a Portugal a maioria das mulheres agora residentes, frequentemente diretamente do Nepal. Contudo, os dados recolhidos durante o trabalho de campo apontam no sentido de novas formas de migração, registando uma tendência da migração em conjunto dos núcleos familiares, ou até uma migração autónoma das mulheres, havendo casos em que estas emigram primeiro, para depois pedir a reunificação familiar com o marido e os filhos.

No Nepal a emigração laboral para destinos estrangeiros é frequentemente mediada por agências de emprego temporário, entidades reconhecidas pelo governo que fazem de ponte com os empregadores nos países de destino e ajudam os aspirantes migrantes a navegar no complexo e demorado sistema da emigração laboral no Nepal (MOLESS 2020). A análise do número de agências de recrutamento pode ajudar a percebermos algumas das trajetórias intereuropeias. A Polónia parece prevalecer, seguida por Chipre, Roménia, Malta e Portugal, demonstrando uma radical mudança de destinos na Europa nos últimos anos.

Número de agências de recrutamento por país de destino (2018/2019)			
Qatar	747	Polónia	66
Emirados Árabios	497	Cipre	40
Arábia Saudita	432	Turquia	20
Malásia	310	Japão	20
Bahrain	180	Romania	14
Kuwait	178	Malta	9
Omã	95	Portugal	9

TABELA C

Número de Agências de Recrutamento por País de Destino (2018/2019). (Adaptado de Nepal Labour Migration Report 2020).

Fonte: DOFE

Não existem dados oficiais a especificar o preço do recrutamento das agências conforme o país de destino, contudo, os testemunhos dos representantes da Non-Resident Nepali Association (NRNA), a maior associação da diáspora internacional nepalesa, referem uma substancial diferença de preços entre os países que fazem parte da convenção Schengen e os que não fazem, como a Roménia.

A questão da pertença à convenção de Schengen prende-se com a facilidade

de movimento dentro das fronteiras dos países aderentes. A Polónia é um país de trânsito para muitos nepaleses que se dirigem para a Europa Ocidental, a maioria deles para Portugal (Khadka 2020). Em 2011, 4.5% dos Nepaleses residentes em Portugal tinha vivido previamente em Inglaterra ou na Dinamarca (Bajracharya 2015b). Entre estes, os jovens empreendedores vindos

do Reino Unido após os estudos, maioritariamente descendentes Gurkhas, financiados por redes informais de carácter coétnico ou por empréstimos formais pedidos a familiares migrantes no Norte da Europa (Pereira 2019). Ao longo dos últimos anos, os países do Norte da Europa (UK, Alemanha, França, Dinamarca), os "clássicos" países de imigração extracomunitária, perderam o seu fascínio devido à implementação de políticas que obstaculizam a imigração de migrantes sul-asiáticos e/ou os processos de reunificação familiar (Geddes and Scholten 2016; Goldin, Cameron, and Balajaran 2011). O facto de Portugal ser considerado um destino tentador prende-se com a facilidade de obter a residência e cidadania nacional e assim, indiretamente, a cidadania Europeia, e com leis favoráveis à regularização do estatuto de residência e ao reagrupamento familiar para os migrantes em Portugal (Oliveira 2012).

A abordagem portuguesa da politização das migrações destaca-se da atitude restritiva de muitos países europeus (especialmente UK, Dinamarca, França e Alemanha), onde a difusão dos partidos de extrema-direita levou a barreiras de acesso e a episódios de discriminação quotidiana contra os estrangeiros. Portugal teve ótimas pontuações nos indicadores de integração dos migrantes⁸, destacando-se desde 2007 como o segundo país com melhores condições de integração e manteve, ao longo dos últimos dez anos, um comportamento pró-migração, caracterizado por políticas nacionais positivas e inclusivas, acompanhadas por narrativas defensoras dos direitos dos migrantes e refugiados.

A chegada a Portugal a partir de outros países asiáticos não parece ter grande relevância no panorama da comunidade migrante nepalesa em Portugal, de acordo com os meus interlocutores. Os destinos da diáspora nepalesa são frequentemente determinados pelas condições socioeconómicas das comunidades

8 — MIPEX (Huddleston et al. 2015) - Esta avaliação baseia-se em sete áreas de integração: mobilidade no mercado de trabalho, reagrupamento familiar, educação, participação política, residência de longa duração, acesso à nacionalidade e antidiscriminação, ignorando todas as restantes facetas do Processo holístico de integração, incluindo o género.

que emigram: as classes sociais com capital económico maior tendem a emigrar para países como a Austrália, Canadá, Hong Kong, UK, EUA e Europa, enquanto as classes sociais mais baixas se "contentarão" com emigrar para outros países asiáticos ou, em último caso, para a vizinha Índia. Dificilmente uma pessoa que foi trabalhar para os estados do Golfo conseguirá capital suficiente para emigrar para a Europa (Gurung 2000).

A exceção é representada, segundo os coordenadores das escolas de língua portuguesa para estrangeiros, por os grandes empresários nepaleses no Dubai, que têm recentemente manifestado o seu interesse nos vistos GOLD para Portugal.

Grupo Economico (Ordem Decrescente)	País de Destino
A	Austrália, Canadá, Países Baixos, Hong Kong, Japão, Reino Unido, Estados Unidos de América
B	Bélgica, Alemanha, Suíça
C	Malásia, Maldivas, Singapura, Coreia do Sul, Taiwan
D	Países do Golfo
E	Índia

TABELA D

Países de Destino dos Emigrantes Nepaleses de Acordo com a Classe Socioeconómica

Fonte: Gurung, 2000, adaptado pela autora.

Contudo, esta trajetória pode ter outra saliência no contexto da imigração ilegal da comunidade nepalesa. A dinâmica da migração irregular e do tráfico de pessoas no Nepal está enraizada na instabilidade política, nas disparidades económicas, na pobreza profunda e na insegurança ambiental. A migração irregular de pessoas nepalesas envolve uma série de rotas, pontos de trânsito e países de destino. O principal país de trânsito parece ser a Índia, onde os migrantes do Nepal costumam juntar-se a migrantes indianos nas rotas terrestres e aéreas para destinos como a Europa, os EUA e os países do Golfo. O Japão, a República da Coreia e Portugal estão entre os destinos mais populares dentro do panorama da emigração ilegal Nepalesa (IOM Nepal 2019). As pessoas migrantes que são forçadas a escolher a via ilegal para entrar na Europa são, na esmagadora maioria, jovens de género masculino que procuram juntar-se a familiares que já migraram ou emigram em busca de melhores condições de vida e/ou emprego para sustentar as suas famílias. Muitas mulheres são traficadas através de casamentos falsos. Em 2018, a Europol descobriu um grupo de criminalidade organizada envolvido no

recrutamento e tráfico de pessoas de origem indiana e nepalesa para a Alemanha, a Roménia e a Polónia através de casamentos fictícios (Europol 2018). Pessoas nepalesas têm-se juntado, recentemente, às rotas utilizadas por refugiados sírios para a Europa⁹ (BBC News 2016) ou às trajetórias afro-europeias a partir da África do Sul através da África Subsariana (UNODC 2019).

Muitos cidadãos de origem nepalesa assumem o risco de migrar irregularmente para Portugal, país de destino e transito primário entre as rotas até à Europa. Esta tendência prende-se com o facto de saberem que será relativamente mais simples obter autorizações de residência após um ano de trabalho e descontos para a segurança social (UNODC 2019). Um dos métodos mais utilizados para a entrada em Portugal é o de obter um visto de turista para um país da área Schengen e, daí, apanhar um voo para Portugal. O consulado nepalês em Portugal recusa a esmagadora maioria dos pedidos de visto turístico para o país, pelo que é muito raro encontrar pessoas que voaram diretamente para Portugal. As redes ilegais ajudam na obtenção dos vistos para a Europa, cobrando taxas elevadas. As agências de recrutamento e as organizações criminais aproveitam-se da vulnerabilidade das pessoas que aspiram migrar e estas acabam por ser frequentemente enganadas.

Por exemplo, muitos trabalhadores descobrem apenas depois de ter chegado à Roménia que, contrariamente ao que as agências prometem, não podem daí viajar para o resto da Europa, uma vez que o país faz parte da União Europeia, mas não faz parte do Espaço Schengen. Esta situação cria como consequência um substrato fértil para a criação de ulteriores redes de migração ilegal, que oferecem redes de saída para trabalho noutros países da Europa de Schengen (Leduc 2020). De acordo com a investigação da Aashima Budal (Budal 2018), quase todos os migrantes nepaleses indocumentados em Portugal chegaram através de rotas ilegais.

Dados assustadores apontam para um importante movimento de imigração ilegal dos nepaleses em Portugal, invisíveis e em risco permanente de se tornarem vítimas de tráfico (Pereira 2019). A operação POKHARA realizada pelo SEF em 2016 levou ao resgate de 23 nepaleses vítimas de exploração laboral agrícola

9 — Muitos sul-asiáticos, incluindo nepaleses, viajam legalmente para países do Médio Oriente até Erbil, no norte do Iraque. Daí, seguem irregularmente através do sul da Turquia para Istambul antes de ir para a Bulgária ou Grécia.

na região de Alentejo (Observatório do Tráfico de Seres Humanos 2018). Os cidadãos Nepaleses destacam-se entre as nacionalidades mais frequentemente identificadas por excesso de permanência (permanência ilegal, artigo 192º da Lei n.º 23/2007, de 4 de julho) (SEF 2020). Recentemente, a exploração dos migrantes nos campos agrícolas em Portugal, especialmente no Alentejo, tem atraído a atenção dos media (Gorjão Henriques 2021; Lusa 2021a; Pereira et al. 2021), das agências oficiais Portuguesas e Europeias (ACM 2018; Presidência do Conselho de Ministros 2021) e tem ganho espaço na agenda política nacional (Bloco de Esquerda 2021), indicando a relevância deste fenómeno e a necessidade de ações urgentes por parte do Governo português.

Outras rotas importantes de interligação com a Diáspora Nepalesa na Europa são os fluxos centrípetos de emigração a partir de Portugal até outros países europeus, geralmente após ter obtido a nacionalidade portuguesa ou por períodos temporários em contexto de trabalho. Frequentemente, as famílias Nepalesas em Portugal são famílias acordeão: o homem da família deixa a mulher e os filhos em Portugal durante vários meses para ir trabalhar no estrangeiro. Esta emigração dirige-se frequentemente para o Reino Unido, onde para além de uma forte rede de apoio social, podem contar com salários competitivos e com uma menor barreira linguística. Depois do Brexit, esta rota está a ser progressivamente substituída por outros destinos, como a Noruega, a Dinamarca ou a Suécia. O motivo económico e a difusão da língua inglesa parecem ser os principais fatores de atração destes países. Mais rara é a emigração para França e Alemanha, onde a integração das comunidades nepalesas parece obstaculizada pelas atitudes racistas e xenófobas dos cidadãos autóctones.

Os cidadãos de origem nepalesa em Portugal, ao longo dos últimos anos, têm sido entre as nacionalidades com mais baixas remunerações base médias em Portugal (-36% em 2017 e -35,1% em 2018) e a comunidade nepalesa apresenta globalmente o maior número de desempregados (7) por cada 100 residentes com mais de 15 anos (Oliveira 2020b).

Com a onda pandémica e a consequente diminuição do mercado do turismo, fonte de emprego para uma grande fatia das pessoas nepalesas residentes em Portugal, a emigração para outros países europeus tem aumentado, chegando a incluir também pessoas que já residiam em Portugal há vários anos. Especialmente

a Dinamarca, onde existe uma grande oferta de empregos por remunerações que podem chegar aos 20 euros/hora, parece ser atualmente o destino mais ambicionado por esta diáspora asiática.

Caracterização socioeconómica

As pessoas que emigram para a Europa representam habitualmente as classes mais altas da sociedade nepalesa (Tabela D), elites económicas com uma discreta bagagem educacional, amplo acesso a informação e alto poder económico. A etnografia portuguesa confirma as hipóteses do Gurung: a maioria dos migrantes nepaleses tem o 12º ano de escolaridade (60%) e 26% tem diploma de ensino superior; no que diz respeito à comunidade feminina, 61% tem o 12º ano e 16% tem diploma de ensino superior (Bajracharya 2015b).

A maioria dos nepaleses em Lisboa trabalha em empregos precários, frequentemente abaixo do seu nível de escolaridade, devido tanto à barreira linguística como à falta de reconhecimento das qualificações conseguidas no Nepal (Pereira 2019). Os migrantes nepaleses são entre as populações em Portugal com a mais alta taxa de desemprego e os menores rendimentos. Os trabalhadores nacionais do Nepal (54,9%), junto com os nacionais da Guiné-Bissau (58,4%), de Cabo Verde (51,2%) e da Índia (47,1%) são os mais associados ao grupo profissional dos trabalhadores não qualificados (Oliveira 2020b).

As principais áreas de ocupação são a restauração, hotelaria, empresas de limpezas e lojas de eletrónica, estética ou de alimentares (Bajracharya 2015a; Pereira 2019). De forma similar, em Inglaterra, a maioria dos migrantes nepaleses trabalha nos setores secundário e terciário, na restauração, em negócios de propriedade ou como empregados de mesa, frequentemente servindo comida típica da Ásia do Sul (Gellner 2014). Os empreendedores nepaleses na Europa têm, de facto, criado uma rede transnacional de bens e serviços: produtos, financiamentos e mão-de-obra para empresas étnicas intereuropeias (Pereira 2019).

O emprego em Portugal é frequentemente encontrado através das redes da comunidade migrante no setor étnico (restaurantes, lojas étnicas). Foi observada uma tendência de associação da unidade familiar e laboral em várias comunidades asiáticas migrantes (Sant'ana 2009), que parece confirmar-se na etnografia nepalesa em Portugal (Pereira 2019).

A esmagadora maioria (73%) dos migrantes nepaleses em idade ativa em Portugal em 2011 estavam empregados, apenas um escasso número de pessoas usufruía do fundo de desemprego (1%) ou do rendimento social de inserção (0.2%). Ao olhar para a fonte de renda de mulheres migrantes nepalesas metade delas eram empregadas no mercado de trabalho e mais de um terço era dependente de terceiros. Dentro das mulheres que ocupavam postos de trabalho, 27% eram cozinheiras, 21% empregadas de mesa e 21% desenvolvia tarefas domésticas, como empregadas de limpeza em casas privadas, hotéis e escritórios (Bajracharya 2015b).

A imigração nepalesa desenvolveu-se e diversificou-se amplamente nos últimos 10 anos, o que levanta a questão da desatualização dos dados dos Censos de 2011 face à realidade na qual foi desenvolvido este trabalho de campo. Temos, por isso, que considerar outra grande fonte de emprego de cidadãos nepaleses em território português, ou seja, a agricultura intensiva. Ao longo dos últimos anos, a economia do Algarve e Alentejo especializou-se numa cultura hortofrutícola intensiva, a precisar de trabalhadores dispostos a tolerar condições de trabalho extremas por salários mínimos. A crise demográfica alentejana, assim como o escasso prestígio social do trabalho assalariado na agricultura em Portugal, têm levado as empresas a contratarem trabalhadores estrangeiros, quer da Europa do Leste (Roménia, Bulgária), quer de países terceiros, designadamente asiáticos (Índia, Tailândia, Nepal e Bangladesh), frequentemente através de agências de emprego temporário (Esteves 2017; Gaspar 2020; Pereira et al. 2021).

A manutenção da estrutura coletivista da diáspora nepalesa é facilitada em Lisboa pela geografia urbana da comunidade migrante, residente na sua maioria nas freguesias de Santa Maria Maior, Arroios e Penha de França, se bem que esta distribuição está a mudar rapidamente devido aos preços inflacionados destas áreas centrais da capital. O agrupamento espacial é pré-requisito fundamental para que se possa passar da migração em cadeia a uma estrutura própria de network migratório, autossustentável por definição (Hass 2011), o que poderia em parte explicar o rápido aumento das imigrações nepalesas para Portugal. O agrupamento espacial favorece a criação de comunidade e serviços a ela dedicados, entre os quais lojas e restaurantes nepaleses que criam ocasiões de encontro, partilha e troca, remarcando a ligação individual com o país e cultura de origem.

Como ativamente e reiteradamente demonstrado durante a pandemia da covid-19, a agregação urbana combina-se com uma agregação habitacional: grande parte das pessoas nepalesas residentes em Portugal partilha a casa com mais pessoas que podem pertencer ou não ao agregado familiar, assim como entendido na cultura europeia. Esta agregação urbana e habitacional carrega traços da sociedade coletiva do país de origem, mas evidencia, igualmente, uma dificuldade económica de conseguir uma renda acessível para habitação autónoma. Os trabalhadores agrícolas na área de Odemira veem desrespeitados os seus direitos de acesso a uma habitação em condições dignas e humanas, o que foi um fator bem determinado de propagação do vírus dentro destas comunidades (Lusa 2021b).

As ligações das várias comunidades Nepali na Europa são mantidas através da construção de organizações e grupos transnacionais: associações, partidos políticos, comunidades religiosas e redes empresariais (Gellner 2014; Pereira 2019). As associações nepalesas são bastiões para os recém-chegados, favorecendo uma estrutura da migração em cadeia, onde os primeiros migrantes facilitam a migração dos migrantes subsequentes, orientando os percursos burocráticos e reduzindo os custos económicos e desafios sentimentais. A comunidade nepalesa em Lisboa criou o seu próprio gabinete de consultoria e aconselhamento jurídico e as suas redes fornecem apoio para procura de emprego, aprendizagem da língua, mediação com os serviços públicos, formação profissional e procura de habitação. Estas redes comunitárias são, igualmente, recursos identitários importantes para o desenvolvimento do ser transnacional, negociando elementos entre diferentes contextos e criando espaços de pertença que transmitem opções identitárias dentro de uma multiplicidade social transnacional (Levitt 2003). A "consciência diaspórica" nepalesa manifesta-se no quotidiano a partir de figuras políticas e comunitárias (figuras militares, religiosas, académicas, intelectuais) e é estruturalmente representada por órgãos oficiais (Consulados ou Embaixadas), ou outras formas de loose networks como organizações comunitárias informais (Gellner 2014; Pereira 2019).

As estruturas comunitárias nepalesas em Lisboa "estão organizadas em mais de trinta loose networks, cujo princípio agregador varia e se sobrepõe a outros: grupo étnico, região geográfica de origem, partido político, sexo, religião,

emprego" (Pereira, 2019: 281). Os meios de comunicação social étnicos e transnacionais permitem manter vivas as ligações com outras comunidades nepalesas na Europa, assim como com o Nepal, ajudando no processo de integração e adaptação ao novo destino. Os grupos políticos e religiosos criaram plataformas online de partilha de informações para a comunidade da diáspora. Por exemplo, durante o festival do Dashain, uma das mais importantes e participadas celebrações da cultura nepalesa, os representantes religiosos hindus no Nepal publicam nas redes sociais as horas para iniciar os rituais em cada território da diáspora. Cada organização ou grupo de migrantes tem os seus próprios meios de comunicação online e existem vários sites onde é possível obter informações sobre eventos da diáspora na Europa, assim como aconselhamentos para os processos burocráticos. Com a pandemia da covid-19, as plataformas online representaram um recurso fundamental para a partilha e troca de informações sanitárias. Os média têm-se revelado uma ferramenta fundamental para a integração da comunidade feminina em Portugal (integração cultural, integração linguística e integração interativa), assim como pela preservação da ligação com a sociedade e cultura de origem (Bajracharya 2015a; Branco 2012; Pereira 2019). A promoção do sentimento de pertença desta diáspora passa, também, pela celebração de rituais sociais de matriz cultural e/ou religiosa, que frequentemente são realizados em Portugal com cerimónias nas ruas ou praças públicas, na tentativa de envolver a comunidade portuguesa e partilhar com ela as suas tradições.

Na literatura é descrita uma tendência à internacionalização dos partidos políticos nepaleses, na perspetiva de estimular e ganhar o consenso eleitoral da comunidade residente fora das fronteiras, que tem moderada relevância no êxito das eleições nacionais (Gellner 2014; Pereira 2019). Em Lisboa, as organizações comunitárias revestem-se dum papel importante na promoção e continuação da vida política, servindo como pontes entre os representantes dos grupos partidários e a comunidade. Ações de propaganda em Festivais e outros eventos religiosos são comuns, assim como é frequente o patrocínio de redes de apoio para a comunidade por parte de grupos políticos (Pereira 2016).

A diáspora nepalesa feminina em Portugal

A diáspora feminina nepalesa tem sido obstaculizada pelo forte patriarcado

social, assim como pelas políticas públicas desiguais e restritivas, criando uma população emigrante de mulheres vulneráveis, discriminadas e pouco independentes.

A comunidade nepalesa em Portugal distingue-se pela elevada relação de masculinidade (172,4 homens por 100 mulheres - INE 2020); a população masculina domina em termos quantitativos em todos os núcleos comunitários nepaleses presentes em Portugal (Ver TABELA A, pag. 48). 66% de mulheres migrantes nepalesas são casadas, 33% solteiras e 1% divorciadas (Bajracharya 2015b).

A população feminina nepalesa tem contribuído de forma importante aos números de natalidade em Portugal, ajudando a abrandar o temível envelhecimento populacional (Oliveira 2020b). Em termos de taxas brutas de natalidade das mulheres estrangeiras a comunidade nepalesa esteve entre as mais significativas tanto em 2017 (87,5 nascimentos por 1000 mulheres residentes) como em 2018 (78,5 nascimentos por cada 1000 mulheres residentes), 0.5% do total dos nados-vivos em Portugal (Oliveira 2020b).

A barreira linguística é reconhecida como uma das maiores dificuldades encontradas no processo de integração na comunidade portuguesa, muitas mulheres nepalesas não falam português ou inglês, encontrando-se numa situação extremamente frágil e dependente. Outros obstáculos frequentemente mencionados são os tempos demorados e imprevisíveis dos procedimentos burocráticos de legalização, o não reconhecimento das habilitações académicas obtidas no Nepal e a ausência de estruturas de assistência culturalmente competentes.

Entre outros aspetos da integração, a procura de emprego é especialmente problemática pelas mulheres nepalesas viúvas ou divorciadas, uma vez que é mais complicado obter apoio de muitas das redes migrantes - nesses casos, as mulheres tendem a desenvolver mais relações e amizades fora da comunidade nepalesa (Pereira 2016).

A escassa oferta laboral das cidades portuguesas desafia as regras sociais e reduz as desigualdades de género no sentido de proporcionar oportunidades paritárias de emprego para homens e mulheres, apesar de para ambos as oportunidades serem desfavoráveis. A maioria dos homens nepaleses migrantes em Portugal estão envolvidos na restauração, ocupando-se das limpezas, tarefa considerada exclusivamente feminina no Nepal. A maioria dos homens chegou a Portugal sozinho, tendo sido obrigados a envolver-se nas tarefas domésticas,

costume pouco frequente na terra de origem. Ainda, a redistribuição de algumas tarefas domésticas dentro dos agregados familiares representa uma estratégia de adaptação essencial para sobreviver aos ritmos e desafios das sociedades de acolhimento e a nova estrutura nuclear. Este fenómeno evidencia uma inicial, mas significativa reconfiguração dos papéis de género, visível também no vestuário das mulheres nepalesas. Similarmente ao descrito por Lourenço (2009), o vestuário tradicional é frequentemente abandonado em prol da moda ocidental. O uso do sari é reservado a eventos durante as festividades nepalesas celebradas em Portugal. As novas gerações mostram um afastamento gradual, mas importante, destes costumes, não participando ativamente nas celebrações e cerimónias religiosas.

A violência doméstica é um fenómeno pouco visível, mas presente na comunidade nepalesa em Portugal, tendo já havido casos avaliados nos tribunais portugueses. Os representantes da comunidade consideram haver alguma reticência em fazer queixa na polícia por medo de ficarem isoladas em Portugal e de serem incriminadas pela situação irregular no país, em alguns casos. De acordo com a experiência da APAV, as migrantes vítimas de violência doméstica preferem, por norma, não falar com membros da própria comunidade, por não se sentirem num espaço de partilha seguro e por falta de confidencialidade, temendo o afastamento da comunidade de apoio. Contudo, no caso nepalês, a existência de grupos exclusivos para as mulheres pode representar um importante elemento de diferença em relação a outras diásporas.

O associativismo feminino presente na comunidade nepalesa é um fenómeno peculiar que não caracteriza outras imigrações asiáticas em Portugal (Bajracharya 2015a), e que é constituído por redes de entreatajuda feminina. Entre outras, a Associação das Mulheres Nepalesas em Portugal, criada em 2013 por uma mulher ativista da comunidade lisboeta, é um espaço feminino com o objetivo de proporcionar apoio (económico, legal, social e psicológico) para e pela comunidade feminina nepalesa em Portugal. Através de ações políticas e colaboração com outras associações, estes grupos femininos feministas conseguiram uma inicial mudança de estatuto, papel e autonomia na sociedade e nas unidades familiares. As mulheres sentem-se protegidas por ter um lugar seguro de confiança com o

poder para apoiá-las, e os homens sabem que a violência de género (física e/ou psicológica) pode ter consequências.

A etnografia, desenvolvida com recurso a trabalho de campo e a entrevistas com representantes oficiais e informais da comunidade nepalesa em Lisboa revela um fluxo migratório em rápido aumento e com características peculiares.

Portugal tem vindo a assumir um papel sempre mais central no panorama da diáspora nepalesa na Europa, sendo considerado um país de acesso à Comunidade Europeia. A escolha de Portugal prende-se com a relativa facilidade de obter a residência, em comparação com outros países europeus cujas políticas restritivas têm obrigado à reformulação das trajetórias migratórias para a Europa. O emprego de mão-de-obra a baixo custo de trabalhadores do Sul da Ásia nos campos agrícolas no Sul de Portugal é um fenómeno em rápido crescimento que tem levado muitos nepaleses para Portugal, mas à custa de fracas condições de habitação e emprego.

A presença de redes de entreajuda migrante representa um pilar da integração desta comunidade em Portugal, onde os migrantes enfrentam barreiras estruturais a vários níveis. As organizações migrantes ajudam, também, a manter a ligação com o país de origem, recriando espaços de pertença no país de acolhimento.

A comunidade feminina nepalesa, apesar de estar em grande minoria, chama à atenção por ter algumas características interessantes, destacando-se dos comportamentos de outras diásporas femininas do Sul da Ásia, mostrando-se, no geral, mais independentes e autónomas. Persistem, contudo, rígidas hierarquias de género em alguns aspetos da vida quotidiana, com importantes desfechos tanto a nível identitário, como no processo de integração no destino.

Neste contexto, almeja-se aprofundar o aspeto da integração das mulheres nepalesas em Lisboa a partir das suas vivências em SSR. Esta análise pode abrir portas de interpretação para alguns aspetos estreitamente ligados aos processos de integração estrutural, identitária e interativa desta comunidade em Portugal. No capítulo seguinte são apresentados e discutidos os resultados do estudo que tem como protagonistas dez mulheres de origem nepalesa atualmente residentes em Lisboa.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS INTERLOCUTORAS

Apresentam-se nesta secção os dados relativos às características sociodemográficas das dez (10) mulheres entrevistadas para o estudo. Estes dados foram obtidos com recurso ao questionário individual, preenchido em conjunto com a investigadora antes de iniciar cada entrevista.

O contexto demográfico

As participantes têm entre 20 e 48 anos de idade.

Todas as mulheres nasceram no Nepal. Kathmandu, a capital, representa a cidade de origem de mais de metade (6/10) das participantes. As outras mulheres vêm de Pokhara – Nepal central (1), Gorkha – Norte (2) e Chitwanceto – Sul (1). Estes números evidenciam como o processo de recrutamento da amostra foi realizado recorrendo à estratégia da bola-de-neve, através das redes de amizade e confiança que ligam pessoas que vêm da mesma localidade e que são reproduzidas no país de destino.

Relativamente ao nível de escolaridade, todas as entrevistadas têm um nível de escolaridade igual ou superior ao 12º ano. 50% das entrevistadas tem grau de mestre (enfermagem, marketing, gestão), confirmando a tendência de migração para a Europa de pessoas com formação universitária. Duas das participantes acabaram de sair do ensino secundário e tencionam prosseguir com os estudos.

No que diz respeito à religião, 70% das mulheres declara-se hindu, uma (1) mulher é budista e duas (2) referem não ter uma religião de preferência.

Todas as pessoas entrevistadas identificam-se com o género feminino e declaram-se heterossexuais.

Apenas uma das pessoas entrevistadas não está casada. Metade das mulheres é mãe (de um (1), dois (2) ou mais filhos); destas, cerca de metade teve o primeiro filho antes dos 20 anos.

O contexto português

Todas as entrevistadas estão documentadas em Portugal. Apenas uma tem nacionalidade portuguesa.

Todas as participantes residem atualmente na área metropolitana de Lisboa. Relativamente ao tempo de permanência em Portugal, este varia entre 1 e 7

anos. A maioria das mulheres (8 das 10 entrevistadas) está em Portugal há mais de 4 anos, uma chegou em 2019 e outra em 2020. A maioria mora na cidade de Lisboa (Arroios, Penha de França, Alcântara, Santa Maria Maior e Beato), 1 em Moscavide e 3 mudaram recentemente para o concelho de Sintra.

Metade das participantes (5) entrou em Portugal através de um processo de reagrupamento familiar com o marido (3) ou o pai (2). 40% do grupo é representado por mulheres que entraram na Europa com um visto turístico e emigraram para Portugal onde obtiveram a autorização de residência após um ano de trabalho regular em Portugal. Três destas mulheres conseguiram trazer o marido para Portugal através de processos de reagrupamento familiar. Uma das entrevistadas entrou em Portugal com visto Gold.

40% das participantes encontra-se atualmente desempregada, destas, duas são estudantes do ensino secundário. Todas as mulheres com emprego trabalham no setor terciário, desenvolvendo tarefas abaixo das suas qualificações - secretariado (3), serviço à mesa em restaurantes (2). Uma das mulheres é empreendedora, proprietária de um centro de estética. 80% das mulheres refere receber o salário mínimo nacional, apenas duas mulheres recebem um ordenado superior.

Uma pessoa mora sozinha, as outras partilham o apartamento com familiares (marido, filhos, pais, irmãos) (8), com amigos (1) ou ambos (4). Quase metade das mães não mora atualmente com os filhos menores, que ficaram no Nepal com os avós.

A quase totalidade das mulheres participantes no estudo (9 em 10) afirma ter encontrado uma rede social de apoio em Portugal e fazer parte de uma rede informal de pessoas nepalesas no país. A maioria das participantes imagina o seu futuro em Portugal, mas 4 das 10 entrevistadas manifestam intenção de emigrar para outro país europeu após conseguir a nacionalidade portuguesa.

Mulheres nepalesas e o SNS em Portugal

70% das participantes declara-se saudável. Todas as interlocutoras referem preferir a medicina ocidental a outras medicinas, como, por exemplo, a medicina Ayurveda. Apenas duas mulheres, uma das quais é profissional de saúde no Nepal, referem continuar a utilizar os serviços de saúde do país de origem (consultas quando se deslocam ao Nepal ou aconselhamento à distância), o resto do grupo

recorre ao Sistema Nacional de Saúde português quando precisa de cuidados médicos. No entanto, a maioria das entrevistadas refere tomar medicamentos comprados no Nepal (anti-inflamatórios, antibióticos, entre outros).

A maioria avalia o seu estado de saúde em Portugal como melhor que no Nepal. Quase a totalidade do grupo de entrevistadas (9/10) está inscrita no SNS em Portugal, mas apenas 3 destas têm médico de família atribuído. A única mulher sem inscrição no SNS já realizou o pedido e encontra-se a aguardar resposta há cerca de 5 meses.

A qualidade dos cuidados em Portugal é avaliada como superior aos cuidados no Nepal. Todas as pessoas se dizem satisfeitas com a qualidade dos cuidados prestados e pelo profissionalismo dos médicos e enfermeiros. De forma geral, o funcionamento dos centros hospitalares é mais apreciado do que o do centro de saúde (de salientar, 90% das pessoas pertence a uma UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde à/da Pessoa). Especialmente após a pandemia da covid-19, as mulheres têm visto o acesso aos cuidados sempre mais limitado, com dificuldades não apenas na marcação da consulta, mas até na prescrição de medicação por doença crónica.

A maioria das mulheres procurou realizar uma consulta no centro de saúde nos últimos dois anos, 70% destas fê-lo por motivos ligados à saúde sexual e reprodutiva.



5. RESULTADOS

Crenças e Comportamentos em Saúde Sexual e Reprodutiva

Este capítulo e o próximo são dedicados à apresentação dos resultados das entrevistas realizadas, com a relativa discussão da investigadora.

Foram identificados dois temas principais durante a análise dos discursos: as crenças e comportamentos em saúde sexual e reprodutiva e a sensação de empoderamento feminino.

A dimensão analisada neste capítulo engloba as experiências, os conhecimentos, as opiniões, os significados, os rituais e as expectativas das entrevistadas relativamente a diferentes assuntos da sua saúde sexual e reprodutiva.

Os testemunhos das vivências da gravidez e da menstruação são os que mais informam acerca da reformulação transnacional dos costumes culturais e religiosos da origem, sendo processos socialmente simbólicos e ricos em rituais performativos, conforme encontrado na revisão da literatura (Buckley e Gottlieb, 1988; Greco,



2019; Ramos, 2009). Além disso, a auscultação das experiências individuais nestas circunstâncias permite reconhecer padrões e dificuldades de integração em Portugal, e informa sobre as formas de manutenção da ligação com o país de origem. A análise dos discursos acerca dos restantes domínios em saúde sexual e reprodutiva revela a existência de várias determinantes sociais que podem comprometer a satisfação das mulheres com o projeto migratório, por dificultar o processo de integração no destino, tanto em termos estruturais, como identitários.

5.1 PERÍODO MENSTRUAL – A TRANSFORMAÇÃO DE RITUAIS E NARRATIVAS

A menarca (o primeiro período menstrual) é um evento significativo no ciclo de vida de uma mulher e, conforme à literatura encontrada, também na sociedade nepalesa é um processo envolto em rituais sociais e religiosos. A menarca é um passo importante na vida de uma mulher, sendo reconhecido a nível comunitário, onde existe, em alguns grupos, o hábito de doar ofertas monetárias e bênçãos para celebrar esta meta feminina. No Nepal, durante o primeiro período, as raparigas costumam estar confinadas fora do ambiente doméstico ou isoladas num quarto, idealmente sem ver a luz do sol, durante 4 a 6 dias. Na cultura hindu, as mulheres com período menstrual são consideradas impuras e, por isso, frequentemente afastadas dos locais comuns da casa, em primeiro lugar da cozinha e dos locais de oração, chegando até a serem reclusas em cabanas sem luz ou ventilação fora da habitação familiar (*chappaudi*).

O mito que associa o sangue menstrual à impureza e o descreve como perigoso, levando à exclusão feminina do mundo social durante o período, e até à punição das mulheres através da reclusão e da privação de comida e conforto, não é uma invenção hindu, sendo comum em vários outros contextos (Buckley e Gottlieb, 1988). Apenas uma minoria das mulheres entrevistadas descreve a menstruação como algo impuro, que precisa de ser purgado para evitar a contaminação e a doença. No entanto, todas as mulheres tiveram experiência do ritual

hindu que proíbe as mulheres de cozinhar, ter contacto físico com os representantes masculinos da família (sogro, pai, marido, filhos) ou ir ao templo durante os primeiros dias da menstruação. Destaca-se a diferente perspetiva da mulher budista, que refere não seguir os costumes do hinduísmo associados ao período menstrual - contudo, também na religião budista não se podem visitar os templos enquanto a mulher estiver menstruada.

Uma minoria mantém os rituais em Portugal, por achar estas práticas antiquadas, e porque estes costumes são incompatíveis com a vida na família nuclear no país de destino. A ausência da família alargada parece desempenhar um papel fundamental na liberalização dos costumes familiares, inclusive no desembaraçar das tradições de segregação feminina durante o período menstrual. Apenas as poucas famílias intergeracionais nepalesas residentes em Lisboa, que convivem com elementos mais idosos da família, mantêm estas práticas durante o período menstrual.

Contudo, também nestes casos, as mulheres continuam a gerir as refeições e a vida doméstica no geral, não havendo quem possa substituí-las nestas tarefas. Esta reconfiguração dos costumes socio-religiosos verifica-se também com a migração interna das áreas rurais, o principal lugar de nascimento das nossas interlocutoras, para as cidades. Ao sair da casa da família do marido, onde as mulheres mais jovens estão no último escalão da hierarquia familiar, as desigualdades de género parecem atenuar-se em prol da valorização da figura feminina, que ganha margem de autodeterminação.

O ritual é um elemento adaptável que se vai transformando paralelamente à transformação do contexto no qual é realizado. Elemento de mudança e continuidade, o ritual assume um papel central na negociação de elementos dos lugares de origem e de acolhimento e, indiretamente, na construção da identidade transnacional. Como observado na literatura (Gardner e Grillo, 2002; Levitt, 2003; Mapril, 2009; Salih, 2002; Werbner, 1996), o estudo etnográfico dos rituais domésticos e públicos e a sua transformação durante o processo migratório revela a contribuição da espiritualidade e da religião em estabelecer conexões e perpetuar o sentido de comunidade, em criar espaços transnacionais de pertença, em manter ligações com a família e cultura de origem, e em reforçar o status social no país de destino. Além disso, o estudo dos espaços rituais numa ótica

transnacional pode ajudar a compreender os efeitos da migração na reconfiguração dos comportamentos e das narrativas hegemónicas, por exemplo no que diz respeito às questões da igualdade de género (Mahler e Pessar, 2010). A presente pesquisa confirma que os rituais que rodeiam a vida sexual e reprodutiva se inscrevem dentro da dinâmica da sociedade, influenciando e sendo influenciados por padrões culturais, representações sociais, crenças e valores das comunidades com as quais mantêm o contacto. Vários estudos ilustram como a experiência da saúde sexual e reprodutiva nos contextos de acolhimento é enfrentada através de novas soluções culturais híbridas (Greco, 2019), onde as vivências e a gestão da esfera reprodutiva são influenciadas pela construção de "identidades locais" (Raniso, 2014: 183). Os rituais descrevem as mudanças e os êxitos de integração das comunidades migrantes (Gardner e Grillo, 2002), no caso analisado, a reconfiguração de alguns elementos ritualísticos pode ser sintoma de uma mudança mais profunda da comunidade migrante nepalesa e das suas identidades transnacionais, que precisa ser enquadrada na moldura socio-histórico-política que a descreve.

Apesar do pessimismo associado à narrativa da menstruação na sociedade nepalesa, a maioria das interlocutoras ressalvam os aspetos positivos do período menstrual, interpretando a regularidade dos ciclos como sinónimo de bem-estar físico e mental e, sobretudo, sinal de fertilidade, sugerindo uma estrita identificação do ser mulher com a maternidade, como será aprofundando mais à frente. Como observado por Britton (1996), a descrição social que acompanha o período menstrual incide nas vivências da própria identidade de género, fomentando a autodesvalorização das mulheres. No ambiente da diáspora, as mulheres parecem estar numa tentativa de afastamento da narrativa tradicional de preconceito e negatividade em torno do período, que pode também incidir na transformação das vivências da identidade feminina. Algumas mulheres descrevem a exclusão como oportunidade para serem dispensadas dos deveres domésticos, fator mencionado também em estudos prévios que ressalvam o potencial de empoderamento da tradição da segregação feminina durante a menstruação (Lawrence, 1988):

"Period is a natural process of an organ of the female body, menstruation is a sign that everything is fine. It doesn't mean we are weak, we are blessed to have it." [Entrevista realizada em 22/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

A maioria das mulheres descreve vários sintomas associados ao período, de carácter físico (cãibras, dor abdominal, náusea) e psicológico (letargia, fraqueza, irritabilidade, mudanças repentinas do humor), frequentemente de grau leve a moderado. As mulheres nepalesas não mostram um cego conformismo com os cuidados do país de destino, preferindo uma abordagem menos farmacológica para a gestão das alterações ligadas ao período menstrual.

Para o alívio do desconforto, os métodos naturais (hidratação, aplicação de calor, dieta equilibrada, repouso) são mais populares do que as terapêuticas farmacológicas. Alguns discursos apontam no sentido das limitações do período menstrual na vida diária, em particular, na diminuição do desempenho nas tarefas domésticas e no trabalho. Esta visão do bem-estar como capacidade performativa é também mencionada pelas entrevistadas quando questionadas sobre o significado da saúde das pessoas e, particularmente, da saúde feminina.

O bem-estar da pessoa de género feminino é, de forma geral, definido como sinónimo de eficiência, como a capacidade de corresponder às suas duplas responsabilidades de trabalhadoras e cuidadoras da família. A sensação individual de saúde está, também, fortemente ligada ao bem-estar dos outros membros da família e influenciada pelos recursos económicos disponíveis, sendo considerada símbolo de estatuto social.

"If we are healthy we can work and earn money. If we have job and money, we can buy healthy food and have a good settlement. Health is wealth." [Entrevista realizada em 8/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

Os discursos e as narrativas das entrevistadas acerca deste processo cíclico feminino sugerem a existência de uma relação entre a vivência do período menstrual e o processo de integração no país de acolhimento e o empoderamento das figuras femininas. A análise dos elementos ritualísticos indicam que o afastamento da patrilocalidade e o acesso feminino ao espaço público facilitam a mudança dos hábitos e das narrativas sociais à volta dos corpos e das potencialidades identitárias das mulheres, podendo aliviar as dificuldades de encontro com a sociedade de acolhimento.

5.2 GRAVIDEZ E O PÓS-PARTO – O ISOLAMENTO, A SOLIDÃO E O APOIO DAS REDES LOCAIS

A gravidez é, na opinião das pessoas entrevistadas, o ponto de viragem na vida de uma mulher, definido como o momento em que nasce como mãe e realiza o seu potencial enquanto ser feminino. A capacidade reprodutiva é considerada um dos grandes pilares do bem-estar feminino, e, como consequência, os problemas de infertilidade representam um receio especial dentro desta comunidade, tendo emergido de forma sistemática nos discursos das entrevistadas apesar deste tópico não estar inicialmente contemplado na pesquisa. Muitas mulheres nepalesas personificam a narrativa da mãe-mulher e consideram a maternidade um necessário fator identitário, tanto individual como social. Neste contexto, ressalva-se a importância de acompanhamento holístico das mulheres migrantes com problemas de infertilidade, onde as aflições psicológicas podem levar ao desenvolvimento de psicopatologia, agravado pela situação de isolamento determinada pela migração.

O processo da gravidez suscita sentimentos ambivalentes. Se, de um lado, são fortemente ressalvadas as características positivas deste evento, sobretudo a nível da satisfação pessoal, por outro lado, o processo de gravidez é visto como implicador de grande vulnerabilidade e lugar de dúvidas e receios. Em contexto migratório, a mulher nepalesa sofre pela falta das redes familiares de suporte, encontra-se sozinha a descobrir um processo que, de acordo com suas expectativas, tem características comunitárias e de entreajuda.

A sensação de solidão devido à perda do apoio e companhia dos familiares que teriam apoiado no país de origem no seu encontro com a maternidade, pode tornar estas mulheres mais vulneráveis, tanto em termos físicos, como psicológicos, e pode aumentar os sentimentos de incompetência, como já mencionado na literatura (Topa 2013).

Como evidenciado por Ramos (2009) na descrição das vivências da maternidade entre as mulheres migrantes em Portugal, o sofrimento e a sensação de solidão durante a gravidez e o puerpério são partilhados pelas mulheres das sociedades onde predomina uma cultura individualista, como a portuguesa. Similarmente ao que aconteceu nas comunidades portuguesas após a migração rural-urbana, as puérperas tentam recriar espaços familiares no lugar de

acolhimento e recorrem a mulheres da mesma comunidade que já são mães e, de preferência, que já têm experiência de parto em Portugal, para esclarecer dúvidas e receber orientação quanto à procura de cuidados. Como forma de ultrapassar o luto pelo afastamento da família, talvez até do marido, as mulheres nepalesas procuram frequentemente o apoio das mulheres da diáspora. Neste contexto, estas figuras fornecem apoio tanto no processo da gravidez em si, como no encontro com o país de acolhimento e a comunidade da diáspora.

O trabalho de parto é a parte mais temida por muitas das mulheres, por receio da dor e das potenciais complicações. Embora a qualidade dos cuidados em Portugal seja referida como melhor em comparação com o Nepal, não faltam relatos de episódios de conflito com os profissionais de saúde durante o trabalho de parto, como a imposição de jejum e indução de parto às 39s ou a falta do pedido de consentimento antes da realização de manobras técnicas invasivas (ventosas, fórceps, episiotomia) ou cesariana. A violência obstétrica é um fenómeno presente (APDMGP 2019), mas raramente falado em Portugal, e que merece ser mais reconhecido, especialmente a nível legal, observado e analisado.

"A friend in MAC, she was giving birth..she had some problems. Nurses treated her very bad and did not explain anything because she was a migrant. She felt very depressed and alone. " [Entrevista realizada em 5/6/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

A violência obstétrica é, simultaneamente, uma violência de género e uma violência estrutural, deixando pouco espaço de reclamação às mulheres que, frequentemente, não sabem como agir. Esta situação pode ser especialmente desconfortável no caso das mulheres migrantes, que têm pouca confiança com a língua falada pelos profissionais, e que ainda menos conhecem os próprios direitos e o funcionamento dos processos legais.

Na tradição nepalesa, o período da gravidez e do nascimento dos filhos são eventos ricos em rituais e práticas da tradição sócio-religiosa, servindo de meio para abençoar o sucesso da gravidez e proteger o recém-nascido. O ritual principal nas comunidades hindus é o *machu bu benkyu*, a cerimónia do nome, realizada

ao décimo primeiro dia do nascimento. Neste dia é revelado o nome sagrado do bebê, decidido pelos representantes religiosos de acordo com a data e local de nascimento. Durante a celebração, o recém-nascido é apresentado à família e à comunidade, recebendo ofertas, bênçãos e augúrios de proteção e bem-vindas. Em Portugal, a ausência da família de origem obriga à reformulação do ritual, que acaba frequentemente por não ser realizado, deixando nas mulheres uma sensação de tristeza e sentimentos de culpa por não respeitar os hábitos familiares e por não conseguir assegurar a proteção do recém-nascido através das cerimónias. No entanto, os meios de comunicação digital permitem manter a ligação com a origem e preservar a celebração. Algumas interlocutoras explicam que o ritual do nome continua a ser realizado no Nepal, organizado pelos avós, que convidam familiares e amigos, e com a família migrante a assistir em videochamada. A família no Nepal é, igualmente, responsável da mediação com os representantes religiosos, aos quais é pedido para fazer as celebrações e atribuir o nome a partir do Nepal. Neste aspeto, emerge a diferença entre a conservação de rituais sociais, frequentemente realizados em Portugal em áreas públicas (praças, ruas), junto com a(s) comunidade(s) da diáspora e querendo partilhar a própria cultural igualmente com a sociedade de acolhimento, e os rituais familiares, que têm uma inclinação mais privada e que acabam por perder a substância no contexto migratório.

Nas comunidades da diáspora iniciou-se uma nova tradição que está a ser agora implementada também no Nepal: a cerimónia do pré-parto. Nos Estados Unidos, Canadá e na Europa, inspirados pelos *baby showers*, as comunidades migrantes começaram a celebrar a gravidez e o futuro nascituro aos seis meses de gravidez, realizando celebrações com música e comida com a nova família comunitária no destino. A construção destes rituais reforça o processo de integração, criando espaços transnacionais de pertença (Werbner 1996) no país de acolhimento, ao mesmo passo que mantém viva a relação com a cultura de origem. A reciprocidade da relação entre espiritualidade e migração faz com que a experiência migratória seja capaz de reconfigurar as práticas dos rituais tanto no destino, como no país de origem (Levitt 2003). A migração do ritual além das fronteiras cria uma ligação macro e microscópica com o Nepal, dando continuidade ao evento sócio-religioso, e criando a ocasião para estabelecer conexões com outros

membros da diáspora, perpetuando o sentido de comunidade. Seria interessante desenvolver mais trabalhos acerca da transformação destes rituais, tanto sociais como familiares, que foram aqui apenas abordados, prestando atenção à transformação das relações de género nestes contextos e observando os elementos dos rituais que não são reproduzidos no país de acolhimento.

Os hábitos e crenças que caracterizam o período do pós-parto, no caso das mulheres entrevistadas, incluem preferências alimentares e padrões de higiene que podem contrastar com os costumes da sociedade portuguesa, representando alturas de especial vulnerabilidade para o encontro com as estruturas de acolhimento. Na cultura nepalesa, a sopa de carne (de preferência, carne de cabra) e especiarias e a infusão de ervas nepalesas são considerados alimentos imprescindíveis para a mãe conseguir amamentar. Nas maternidades não se tem acesso a este tipo de alimentos, que são geralmente trazidos durante as visitas do marido, quando permitido.

"In Nepal, when you give birth, your relatives (husband, parents, friends) come to help, here you cannot count on family support. This is the main problem for us. And the food. We think that the best food for after birth is soup, chicken, meat, rice. Here is different, at the hospital they do not give good food for us. " [Entrevista realizada em 15/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

As ervas para o chá são frequentemente enviadas do Nepal e oferecidas às mulheres, ou então compradas em Portugal através das redes comunitárias migrantes. Além da compra e venda de ervas de origem nepalesa, é referida a existência na comunidade migrante de figuras especializadas em massagens para as puérperas e os bebés com óleo de mostarda, considerados fundamentais para o bem-estar físico e espiritual da nova família. Este fenómeno demonstra como estão a nascer na comunidade atividades económicas para oferecer serviços às mães nepalesas em Portugal, de forma a remediar a falta das redes familiares, que costumam ser os responsáveis por estes rituais no país de origem.

"My aunt does mustard oil massages for the whole community here.

There are many new mothers nowadays, so she is very busy because she is considered one of the best here in Portugal. She earns a lot, like 300euros for 4h work. " [Entrevista realizada em 10/7/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

As crenças relativas à higiene da puérpera são outro elemento de potencial conflito com o padrão cultural português. Durante os primeiros dias a mulher nepalesa costuma realizar a sua higiene com toalhitas, por acharem que o jato de água direto no corpo da mãe possa comprometer o estado de saúde do recém-nascido, estando eles ainda fortemente interligados. Algumas mulheres referem desconforto quando convidadas, ou até pressionadas, a tomar banho no hospital após o parto, podendo comprometer a sua relação com os cuidados de saúde numa altura especialmente vulnerável. Neste contexto, ressalta-se a importância de formar os profissionais que acompanham as mulheres no puerpério (profissionais da maternidade, assim como médicos e enfermeiros de família), de forma a conseguirem uma comunicação culturalmente sensível, atenta às potenciais consequências destas crenças espirituais e baseada numa relação de respeito e confiança.

Ao comparar a experiência de gravidez no Nepal e em Portugal, este último destaca-se pelas políticas de apoio social às grávidas (tempos de licença de maternidade maiores, tutela dos locais de emprego pelas mulheres grávidas, abonos pré-natais). Este ponto revela um conhecimento dos direitos de cidadania por parte das mulheres, que, na esmagadora maioria dos casos, receberam a informação e a orientação das redes migrantes nepalesas, ressaltando mais uma vez a importância desta forma de capital social. Na opinião das mulheres entrevistadas, a vigilância e o seguimento médico da gravidez é similar em Portugal e no Nepal, não descrevendo especiais contrastes a nível cultural, além dos que foram previamente mencionados.

"I think here in Portugal is very good place to have a baby, the government facilities and health facility is better than Nepal. In Nepal you just have the maternity leave during 1 month after birth. " [Entrevista realizada em 15/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

Os discursos sobre o período da gravidez e pós-parto contam-nos do

isolamento e da solidão experienciadas por muitas mulheres nepalesas em Portugal, evidenciando a necessidade de uma intervenção prioritária nestes aspetos, que podem implicar a saúde mental das mulheres, dos seus filhos e famílias. No entanto, a nova família comunitária recriada no destino oferece apoio e acompanhamento neste processo, criando espaços de cuidado no contexto da migração, reformulando as conceções do corpo, da saúde, do nascimento, e renegotiando as redes sociais de apoio num "espaço de cuidado transnacional" (Greco 2017). Neste contexto, parece importante envolver e colaborar com membros e representantes da comunidade migrante na criação de estratégias para aumentar o bem-estar da população em questão.

5.3 LITERACIA EM SAÚDE – A CURIOSIDADE E A EXCLUSÃO

Vemos que a bagagem cultural de origem das mulheres entrevistadas (papéis sociais de género, hábitos, normas sociais, padrões de comunicação, crenças) tem um efeito direto nos comportamentos em saúde e na necessidade percebida de utilizar os serviços de saúde, o que vem corroborar dados de outros estudos nacionais e internacionais (Cruz 2010; Dias and Rocha 2009; Topa 2013). O baixo grau de literacia em saúde emerge de forma imponente durante os discursos sobre a gravidez e o pós-parto, confirmando os dados da literatura que apontam no sentido da importância de investir neste aspeto para melhorar o atendimento e o acompanhamento em saúde das mulheres migrantes.

Nenhuma das entrevistadas teve aulas de preparação para o parto e o puerpério, o que aumentou drasticamente a ansiedade e o medo em relação a um momento tão importante e delicado como o nascimento da/o sua/seu filha/o num ambiente desconhecido. Apesar de todas as entrevistadas mencionarem a existência de sessões de educação em saúde sexual e reprodutiva nas escolas nepalesas a partir dos 10-11 anos, as vivências por elas descritas apontam no sentido de uma importante e perigosa falta de conhecimento em relação a estes temas – como evidenciado pela alta prevalência da jovem idade materna e da descoberta tardia da gravidez. As consequências de uma fraca literacia em saúde são visíveis na investigação de práticas e crenças em torno do planeamento familiar. Esta

pesquisa confirma os dados da literatura académica que descrevem uma dificuldade de acesso e baixa utilização dos serviços de planeamento familiar entre as mulheres migrantes (Candeias et al. 2021; Oliveira 2020a).

Tal como previamente observado (Dias e Rocha, 2009) em relação a outras diásporas femininas em Portugal, o planeamento familiar, que os nepaleses conhecem como *birth control*, é visto essencialmente como estratégia para prevenir a gravidez, e, portanto, frequentemente limitado à contraceção. No que diz respeito à preferência de métodos contraceptivos, emergem algumas diferenças nas escolhas farmacológicas entre o Nepal e Portugal, sendo que no primeiro a injeção trimestral de progesterona, e, menos frequentemente, a esterilização masculina, são preferidos aos métodos contraceptivos orais ou de longa duração, mais comuns em Portugal.

Existe um sentimento de desconfiança geral e várias crenças associadas ao uso de contraceptivos, que contribuem de forma relevante para a não utilização destes métodos. Muitas mulheres consideram estes métodos perigosos para a fertilidade e prejudiciais para o bem-estar físico e psicológico, interferindo com o período menstrual de uma forma não natural. A oposição aos métodos de longa duração prende-se especialmente com o facto destes poderem alterar o período menstrual, que, como vimos, é considerado sinal de fertilidade e bem-estar feminino.

"I never used (contraception), I do not want to. With the pill you can have a lot of problems. Much bleeding many times, as it happened to my sister. It is not good for your health. " [Entrevista realizada em 29/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

A escassa literacia em saúde fomenta e promove o desenvolvimento de alguns mitos em saúde, como o perigo de aborto no caso de ter relações sexuais durante a gravidez, ou a dificuldade em engravidar para as mulheres de baixa estatura, levando a consequências importantes como a diminuição da intimidade do casal ou o sentimento de desconfiança em relação ao próprio corpo.

De igual forma, os resultados deste estudo apontam para a existência de lacunas importantes no conhecimento sobre a transmissão e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, que são consideradas problemáticas exclusivas

das trabalhadoras do sexo, o que poderá ter implicações na adoção de práticas sexuais saudáveis ou de estratégias preventivas.

Em relação à utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, as interlocutoras não costumam recorrer a estes serviços em Portugal, nem conhecem os exames preventivos que seriam necessários realizar. Com a exceção de uma única mulher, que é profissional de saúde, ninguém conhece o rastreio do cancro do colo do útero. Após uma breve explicação do procedimento do rastreio, todas as entrevistadas manifestaram interesse em realizá-lo, facto que aponta para a importância da informação para aumentar a adesão aos métodos preventivos em saúde, em linha com a literatura encontrada (Marques et al. 2020), e promover a integração das mulheres no destino através do conhecimento das suas práticas em saúde.

A análise do grau de literacia em saúde da comunidade feminina nepalesa em Portugal evidencia uma exclusão estrutural destas mulheres das informações relativas às temáticas de saúde sexual e reprodutiva, sendo importante remediar a falta de ocasiões para estas mulheres poderem aprender mais sobre os hábitos e serviços oferecidos no país de acolhimento. Paralelamente, o grupo de mulheres encontradas demonstra uma forte curiosidade e abertura ao conhecimento destes assuntos, que pode ser reflexo do seu desejo de integrar a sociedade portuguesa, sentindo-se, contudo, excluídas desta nestes aspetos.

5.4 PLANEAMENTO FAMILIAR E IVG – ACORDOS E DESACORDOS ENTRE DUAS GERAÇÕES

As relações sexuais pré-matrimoniais são muito estigmatizadas na cultura socio-religiosa nepalesa, acabando por nunca se iniciar um método contraceptivo antes do casamento, e raramente antes de ter o primeiro filho. Após o casamento os casais, e especialmente as mulheres, sofrem de uma grande pressão familiar para gerar um herdeiro o mais brevemente possível. A escolha de iniciar a contraceção está sujeita à aprovação por parte do marido e da restante família, revelando como as escolhas e os corpos feminino estão ainda fortemente sujeitos ao poder patriarcal, também no país de acolhimento.

"In Nepal, before marriage you cannot have babies. We need marriage. After this, I cannot use pills because we need a baby. I already have a child, but since I would like to get pregnant again in the future, I cannot use because it is not good for fertility. " [Entrevista realizada em 22/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

A visão das interlocutoras mais jovens destaca-se neste contexto, demonstrando uma liberalização dos métodos contraceptivos entre as novas gerações, como já encontrado no estudo da população de jovens nepaleses de "segunda geração " em Inglaterra (Sah 2017). Estas mulheres demonstram ser menos propensas a fazer referência a superstições populares sobre a saúde, têm em norma um conhecimento mais aprofundado destas questões, ganho frequentemente através de pesquisas autónomas na internet, e descrevem o planeamento familiar como um instrumento para ter o controlo sobre a própria vida, para ter a liberdade de escolher/definir as suas próprias prioridades. Embora mantenham um forte desejo de maternidade, as novas gerações (19-25 anos) demonstram um apego menor ao binómio mulher-mãe, em comparação com os sujeitos mais envelhecidos da mesma comunidade. Estas mudanças de abordagem quanto ao planeamento familiar são sinal de uma reconfiguração da identidade feminina, abrindo possibilidades multidimensionais e diversas, onde a maternidade não é necessariamente a prioridade.

"Without contraceptive methods we would have a lot of children, using it we can make a plan for the future our life, deciding when we want and if we are ready to have a child " [Entrevista realizada em 10/7/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

Pelo contrário, no que se refere à interrupção voluntária da gravidez, existe um sentimento geral de oposição partilhado entre gerações. A IVG é moralmente deplorada, comparada com o homicídio, e considerada perigosa para a saúde das mulheres. Contudo, admite-se a prática em caso de dificuldades económicas ou no caso de violência sexual. Apesar de não ser socialmente aceite e de ser mantida escondida do resto da família, a IVG é descrita pelas entrevistadas como uma técnica comum e de fácil acesso no Nepal, legal até às 12 semanas de gestação.

A escolha da IVG é vista como sinónimo de relação extraconjugal, de relações

sexuais pré-matrimoniais, ou, como já observado por Thakuri et al (2020), de violência no namoro (Thakuri et al. 2020). A "culpa" acaba por ser atribuída exclusivamente aos sujeitos femininos, embora a decisão de IVG não possa prescindir da aprovação do homem.

"Women need to think before "making babies ", because it is not a good feeling to end pregnancy when you already know and feel there is heartbeat inside you, it's like killing somebody. " [Entrevista realizada em 22/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

Os resultados deste estudo apontam no sentido de um desconhecimento geral das modalidades e possibilidades de acesso aos serviços de IVG em Portugal. As mulheres costumam recorrer às representantes dos grupos de mulheres para serem orientadas, um passo que requer especial coragem para combater a vergonha e o medo do isolamento social. Foram partilhadas situações em que a indisponibilidade de informações levou a um atraso na procura dos cuidados e a uma consequente impossibilidade de realizar a IVG porque estava fora dos tempos legais para o procedimento. Atendendo à alta frequência do aborto por mulheres estrangeiras (20% de todas as IVG realizadas em Portugal em 2018 -(Vicente 2020)), é importante realizar investigações mais aprofundadas das barreiras de acesso e das vivências experienciadas pelas comunidades femininas migrantes, e investir na partilha de informação com estas populações.

A IVG no caso de fetos femininos é um fenómeno que mantém-se atualmente ativo no Nepal. Existem casos de mulheres nepalesas que, após terem descoberto o sexo na primeira ecografia, saíram de Portugal para conseguir uma IVG fora do tempo legalmente estabelecido. Em Portugal, a IVG é considerada legal até às 10 semanas, entre as leis mais restritivas da Europa, as mulheres deslocam-se de preferência para Espanha ou, em última instância, recorrem a canais ilegais no Nepal.

"I know a lady here in Portugal that got pregnant. She needed a son because she already got two daughters, but here at hospital they told her it was a female. She could not get abortion here because she was past the limit, so she went back to Nepal and somehow they did it, but then they discovered it was indeed a baby boy. " [Entrevista realizada em 10/7/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

No Nepal, até 2006, não havia disposições claras sobre os direitos das mulheres de herdar propriedades, determinando uma forte desigualdade social e perpetuando o poder masculino (Dhakal 2016). Ao longo dos últimos anos, foram realizadas iniciativas para contrastar este hábito de IVG em caso de feto feminino, como os incentivos monetários para as mães de filhas fêmeas. A emanação das leis parece já ter mudado costumes e práticas, tendo o fenómeno vindo a diminuir. No entanto, a preferência de ter filhos homens mantém-se, especialmente nas áreas extraurbanas, ditada da importância cultural de continuar o nome da família e influenciada pelos costumes sociais da patrilocalidade – ter um homem garante o apoio aos pais durante a velhice, sendo costume a esposa juntar-se ao núcleo familiar do marido após o casamento. Além disto, este hábito prende-se com a filosofia religiosa hindu, segundo a qual é necessário um filho homem para que os pais possam conseguir aceder ao paraíso (Luitel 2001).

"(..) parents also prefer to have a baby boy because in our hindu culture we think that we can access Paradise only if our son burn our dead bodies. " [Entrevista realizada em 19/6/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

A comparação entre gerações sucessivas abre uma perspetiva sobre as transformações de costumes e práticas tanto com a mudança de espaço-contexto, como com o passar do tempo cronológico. Se, por um lado, se verifica uma liberalização dos costumes e papéis de género no que diz respeito a vivências da sexualidade, do outro, persiste de forma homogénea na comunidade o estigma contra a interrupção voluntária da gravidez, evidenciando, mais uma vez, a centralidade da maternidade nos processos de formação identitária feminina e as influências, ainda, profundas da sociedade de origem nos comportamentos das mulheres migrantes. A oposição a esta prática prende-se, ainda, com o contexto social do Nepal, onde a IVG é utilizada para evitar gravidezes de fetos femininos e, portanto, percebida como uma prática perpetuadora das ideias de desigualdade entre homens e mulheres.

5.5 DETERMINANTES DE SAÚDE EM MIGRAÇÃO – AS BARREIRAS DE ACESSO, A DISCRIMINAÇÃO E A INVISIBILIDADE

Os discursos auscultados durante as entrevistas evidenciam como a promoção da saúde sexual e reprodutiva nas populações migrantes não pode prescindir da melhoria do acesso e utilização dos serviços de saúde. Conforme o que tem sido descrito na literatura relativa às mulheres migrantes em Portugal (Dias e Rocha, 2009), as mulheres descrevem a existência de barreiras administrativas, organizativas, socioeconómicas, comunicacionais e culturais.

A dificuldade de acesso aos serviços influencia largamente as vivências de saúde das mulheres nepalesas em Portugal. A quase totalidade das mulheres incluídas no estudo têm, formalmente, acesso livre e gratuito aos serviços nacionais de saúde. Na prática, apenas uma mínima parte da comunidade migrante em Lisboa tem médico de família atribuído, pelo que a maioria das mulheres referem grandes dificuldade de acesso ao centro de saúde e acabam por utilizar os cuidados em situações agudas, recorrendo geralmente ao serviço de urgência.

De forma similar ao observado noutras comunidades migrantes em Portugal (Dias e Rocha, 2009; Topa, 2013), as mulheres nepalesas não conhecem o funcionamento do sistema nacional de saúde e, em consequência, acabam por utilizar os serviços de forma errónea, o que pode comprometer o seu bem-estar, sobretudo por não terem acesso aos serviços de medicina preventiva. As interlocutoras mencionam, também, a dificuldade de conciliar os horários de trabalho com os horários disponíveis para consulta nos cuidados primários, evidenciando como a integração estrutural é influenciadora do bem-estar das pessoas.

Estes fatores são agravados pelas condições de trabalho precárias, que, além de não salvaguardarem o direito a baixa paga em caso de doença ou maternidade, expõem as mulheres a riscos ocupacionais. Esta pesquisa confirma que as barreiras de acesso aos serviços de saúde representam uma das formas através das quais a saúde sexual e reprodutiva está ligada a lógicas de poder, as quais tentam controlar e gerir os corpos das mulheres migrantes abrandando o seu potencial de acesso à Saúde.

Os tempos de espera para a observação médica desiludem as expectativas das mulheres nepalesas, que descrevem serviços mais eficientes no Nepal ou noutros países da Europa. No Nepal, o sistema de saúde privado é mais acessível,

em termos económicos, para a classe média, o que facilita o acesso e reduz os tempos de espera, especialmente nos cuidados de saúde primários. Aparece aqui, novamente, o conceito do "*wealth is health*" referido por algumas das entrevistadas: os recursos económicos permitem procurar serviços privados de saúde onde a qualidade do atendimento é vista como melhor. Neste sentido, o facto de não poder pagar o acesso aos cuidados privados de saúde no país de acolhimento pode ter consequências no que diz respeito à satisfação com o projeto migratório das pessoas migrantes, que não conseguem manter o próprio estatuto social no destino.

Como já evidenciado por outros estudos sobre mulheres migrantes (Cruz, 2010; Dias e Rocha, 2009; Furtado e Pereira, 2010; Topa, 2013), uma das principais dificuldades de acesso é representada pela barreira linguística. Não existem mediadores linguístico-culturais profissionais no Sistema Nacional de Saúde, tendo-se que delegar estas tarefas a organizações externas (Alto Comissariado das Migrações, IOM, ou associações de migrantes, por exemplo a Fundação Aga Khan).

Estas organizações traduzem a informação clínica partilhada em panfletos nos centros de saúde e fornecem serviços de tradução, principalmente telefónica (Serviço de Tradução Telefónica do Alto Comissariado para as Migrações), e de forma não sistematizada e insuficiente para responder às exigências atuais.

Neste contexto, as mulheres migrantes acabam por recorrer a mediadores informais, frequentemente membros da família, podendo criar situações eticamente complicadas. A maioria dos profissionais de saúde sabe falar inglês, mas a principal barreira é logo à admissão no encontro com o secretariado clínico. Com a pandemia muitas consultas médicas passaram a ser realizadas de forma telefónica, resultando numa ulterior barreira de acesso para as mulheres nepalesas, privadas também da forma de comunicação global: a linguagem corporal.

Portugal é considerado um país pouco racista na opinião das mulheres entrevistadas. Contudo, a pouca abertura e disponibilidade dos serviços administrativos, especialmente nos centros de saúde, associado à incapacidade de instaurar uma comunicação eficaz numa língua comum, podem criar o substrato para situações incómodas e experienciadas pela pessoa migrante como episódios de discriminação, no sentido de sentir que não lhe são proporcionadas as mesmas oportunidades em saúde.

"Not speaking english is a sort of discrimination, because I could not have proper communication. I cannot tell my problem and therefore they wont be able to solve my problem. " [Entrevista realizada em 22/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

"One time the nurse told me "you have to speak portuguese you are in Portugal ". He spoke english but didnt want to talk with me. At that time I felt so bad, like it was not my country. "[Entrevista realizada em 19/6/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

À diferença de outras comunidades migrantes, as interlocutoras consideram Portugal um país onde não há discriminação étnica. Esta diferença de narrativas pode ser explicada, tal como refere Igor Machado (2007), pela organização simbólica das alteridades, nas quais os indivíduos de diferentes nacionalidades são hierarquizados de modo diferenciado na ideologia hegemónica portuguesa, sugerindo neste caso uma menor discriminação contra a imigração nepalesa. Para confirmar este dado, seria útil desenvolver pesquisas com foco nas vivências e opiniões da sociedade portuguesa no seu encontro com esta diáspora.

A invisibilidade das mulheres nepalesas aos olhos das estruturas de saúde contrasta com a curiosidade por estas demonstradas durante as entrevistas e o trabalho de campo, que parece subentender um desejo de integração e inclusão no novo meio social português. Os resultados da pesquisa confirmam a existência de múltiplas lacunas no atendimento e receção de pessoas migrantes nos serviços de saúde públicos em Portugal, podendo comprometer a relação destas utentes com as estruturas de apoio social e desincentivar a procura de cuidados.

5.6 COMPETÊNCIA CULTURAL NA PRÁTICA MÉDICA – GERIR O TABU DURANTE O ACOMPANHAMENTO

Um tema recorrente que percorre os discursos das mulheres em matéria de saúde sexual e reprodutiva é o do sigilo. A vida sexual e reprodutiva engloba tópicos considerados privados, que são raramente falados entre membros da família, nas redes de amizade, ou no encontro com o profissional de saúde, como já observado por vários estudos sobre as comunidades do sul da Ásia (Ali

et al. 2020). É descrito um tabu associado à observação das partes íntimas do corpo feminino, especialmente, mas não exclusivamente, se esta for realizada por médicos de sexo masculino. Esta hesitação em procurar cuidados médicos pode implicar a saúde sexual das mulheres, especialmente no caso de infeções sexualmente transmissíveis, atrasando o diagnóstico e o tratamento.

A manutenção do tabu sexual nas várias esferas da vida da mulher em Portugal aponta no sentido de existir um forte apego aos costumes sociais e religiosos da origem e de uma identificação com os seus valores, podendo criar situações de desencontro e conflitualidade com as práticas e costumes do país de acolhimento. Frequentemente, a consultoria de representantes da comunidade, de preferência mulheres com experiência no setor da saúde, é procurada antes de recorrer ao médico do sistema nacional de saúde.

A presença destas figuras na comunidade diaspórica são um recurso importante para as mulheres nepalesas migrantes, que têm desta forma acesso a aconselhamento de forma culturalmente individualizada. Estes recursos profissionais comunitários são importantes meios de mediação entre a utente migrante e os cuidados de saúde em Portugal, tendo um papel chave na qualidade do encontro com os serviços (ajudando na comunicação e interpretação dos sintomas) e facilitando o processo de aculturação na nova sociedade, como sugerido por outros estudos na literatura (Svensson, Carlzén, and Agardh 2017).

"If women has some problem related to STDs, they do not usually go to doctors because is a private-part problem. They avoid hospitals to see gynecologists because they do not like to show the doctor their private parts. "[Entrevista realizada em 10/7/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

O sigilo que caracteriza a saúde sexual e reprodutiva é um fator que tem que ser considerado na abordagem da utente migrante durante a prática clínica, explicando previamente cada procedimento, se possível com recurso a material em língua original ou através do apoio de mediadores culturais, e deixando espaço para esclarecimentos de dúvidas e desmistificação de mitos.

Estas experiências de desencontro com os profissionais levam as mulheres a

hesitar na procura de cuidados médicos, sentindo-se inibidas e discriminadas na procura de apoio, permanecendo na invisibilidade.

5.7 AS EXPECTATIVAS PARA O FUTURO – A REIVINDICAÇÃO DE ESPAÇOS INCLUSIVOS

No final de cada entrevista foi pedido às participantes que sugerissem estratégias para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes nepalesas. De forma unânime, as mulheres pedem soluções que abatem as barreiras linguísticas, reduzam os tempos de espera e aumentem as sessões de literacia em saúde. A disponibilidade de mediadores linguísticos e socioculturais durante as consultas e as oportunidades de sessões de informação em língua nepalesa parecem ser as medidas que estas mulheres mais queriam ver implementadas em Portugal. Os discursos apontam no sentido de uma reivindicação de direitos por parte da comunidade feminina (o direito a cuidados culturalmente competentes e o direito à informação para poder tomar decisões informadas), e revelam uma disponibilidade e abertura ao encontro com as estruturas e costumes do país de destino.

A análise das expectativas pelo futuro da saúde das mulheres em Portugal fornece informações importantes quanto ao processo de integração destas mulheres na sociedade portuguesa, além de nos inspirar para melhorar os serviços de saúde para esta comunidade. Appadurai (2004) explica como as expectativas sobre o futuro são determinantes e determinadas pelas práticas culturais do indivíduo. Desta forma, ao compreender as expectativas das mulheres nepalesas em Portugal no que diz respeito à sua saúde sexual e reprodutiva, podemos identificar algumas reconfigurações das normas culturais às quais estas pessoas fazem referência.

O facto de reclamar mais oportunidades de educação em saúde sexual e reprodutiva, de declarar-se interessadas em abordar de forma aberta os temas de saúde sexual, aponta para uma inicial reconfiguração das práticas e das atitudes em Portugal, sendo necessários mais estudos para elucidar este fenómeno. Kabeer (2002) descreve o empoderamento, ou o direito a escolher autonomamente o

melhor pelo próprio bem-estar, como um processo dinâmico em três fases: o desenvolvimento de recursos (a faculdade de reivindicar os seus direitos e ter aspirações para o futuro), a aquisição de agência (liberdade de tomada de decisão, poder de negociação) e a realização das aspirações (resultados de bem-estar).

A reivindicação de espaços inclusivos é sinal de um inicial, mas importante passo rumo ao empoderamento e autodeterminação das mulheres nepalesas, que se sentem capazes e legitimadas de articular as suas preferências para o futuro em Portugal.



6. RESULTADOS

Fenómenos de Empoderamento Feminino

A investigação dos temas de saúde sexual e reprodutiva revela reconfigurações da diáspora nepalesa em Portugal que vão para além das práticas em saúde. Em particular, verifica-se uma transformação de alguns hábitos e narrativas que apontam no sentido de estarmos a assistir a um processo de empoderamento feminino, como será apresentado e discutido neste capítulo.

A abordagem das dinâmicas de género através de uma perspectiva transnacional permite uma visão holística das desigualdades e, conseqüentemente, uma noção mais objetiva, extensiva e multi-situada dos potenciais emancipatórios dos processos migratórios. O trabalho foi, então, desenvolvido procurando sempre a comparação e a ligação entre os dois mundos de origem e de destino, realçando os fatores positivos identificados em Portugal.

Como, largamente, evidenciado pela literatura académica (Parreñas 2015; Silva et al. 2010; Zimmerman et al. 2006), o processo de abatimento/derrube das desigualdades de género na migração é, frequentemente, acompanhado por outros tantos



fatores de vulnerabilidade feminina. A presente investigação teve a intenção de reconhecer e descrever estes fenómenos, de forma a sugerir potenciais campos de intervenção futuros, sobretudo no que concerne às dificuldades encontradas no destino.

6.1 A VIVÊNCIA DO EMPODERAMENTO NO CONTEXTO DE ACOLHIMENTO: O ACESSO AO ESPAÇO PÚBLICO, A SENSÇÃO DE SEGURANÇA E O FIM DA PATRILOCALIDADE

No que diz respeito à igualdade entre géneros, todas as mulheres entrevistadas reconhecem a sociedade portuguesa mais igualitária em comparação com o Nepal, e destacam este aspeto como uma das características mais positivas da nova sociedade de acolhimento.

No país de origem, e especialmente nas áreas rurais, as mulheres estão ainda fortemente sujeitas à autoridade masculina, frequentemente confinadas em casa e obrigadas a realizar as tarefas domésticas e a cuidar dos filhos e do resto da família do marido. As interlocutoras concordam com a literatura em reconhecer a independência económica como fator indispensável para conseguir diminuir as desigualdades sociais entre homens e mulheres. Com o ato migratório as mulheres nepalesas ganham responsabilidades e devem, também, contribuir para o sustento económico da família, tendo finalmente acesso ao espaço público e aumentando o seu poder de negociação com os segmentos masculinos da família. Como evidenciado por Pereira (2019), a diáspora nepalesa distingue-se entre outras diásporas asiáticas pela alta taxa de emprego da comunidade feminina, apesar de ser rara a sua presença em posições de liderança e a independência dos negócios.

Hausner (2011) observa como o desenvolvimento do sentimento de pertença das mulheres migrantes nepalesas no Reino Unido aspira, frequentemente, ao reconhecimento profissional, antes do que social, e o dado confirma-se com esta etnografia. A integração estrutural conseguida através do emprego ativo em Portugal desenvolve um papel central no processo de integração na nova comunidade e faz com que a mulher possa definir-se como agente autónomo e com poder de escolha. Nas perspetivas das mulheres auscultadas, em Portugal

as mulheres têm as mesmas oportunidades dos homens, podendo desenvolver qualquer tipo de emprego e a qualquer nível. Pelo contrário, no Nepal os papéis de género são rigidamente observados na distribuição do emprego e raramente é permitido às mulheres assumir posições de liderança, o que reforça as narrativas de subordinação feminina. Em Portugal, os homens nepaleses trabalham frequentemente em ocupações por eles consideradas tipicamente femininas, como as limpezas, desafiando as hierarquias de género tal como ensinadas na sociedade de origem.

"Here we have money, we can apply to every kind of work, we are free, we are powerful. In Nepal we can do things but there are some differences. In Portugal a female can be a driver, I really appreciate this."
[Entrevista realizada em 8/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

"Woman cannot work in restaurants in Nepal, just cleaning. Here you can choose, and men also do cleaning sometimes (laughing)."
[Entrevista realizada em 26/6/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

A vivência do género transforma-se com o contexto envolvente (Mahler e Pessar 2010; Ortner 1972) e, de facto, as mulheres nepalesas afirmam sentir-se mais empoderadas por estarem a viver numa sociedade onde a mulher é tão valorizada quanto o homem. Os avanços sociais na igualdade de género em Portugal representam, neste caso, o exemplo de identidade social positiva (Turner e Oakes, 1986) procurado pelas mulheres nepalesas durante o processo de criação da sua nova identidade transnacional.

No entanto, as declarações e perspetivas das mulheres nepalesas no que diz respeito à igualdade de género em Portugal contrastam com a evidência da persistência de diferenças nas oportunidades de trabalho e remunerações entre homens e mulheres. O mesmo processo de idealização da sociedade portuguesa observa-se na desvalorização do tamanho do fenómeno da violência doméstica, que é a tipologia criminal mais participada em Portugal. A subestimação destes fenómenos pode levar a uma visão enviesada da situação social portuguesa, além de poder expor as mulheres a situações de perigo, insinua um desconhecimento

escasso dos problemas internos do país de acolhimento, índice de uma fraca integração interativa e estrutural.

Mesmo assim, importa considerar que a perspetiva das mulheres entrevistadas faz referência à situação social nepalesa, na qual os episódios de discriminação de género são ainda amplamente difusos e as mulheres são quotidianamente sujeitas a várias formas de violência. Diversamente, a sensação de segurança em Portugal é um tema recorrente nos discursos das interlocutoras no que diz respeito ao sucesso do seu empoderamento feminino.

A atividade das mulheres fora do espaço doméstico é identificada como fator protetor contra a violência doméstica. Ainda, as entrevistadas explicam como algumas reconfigurações familiares, obrigadas pelo contexto migratório, funcionam também como mecanismo defensor contra este fenómeno, como a partilha da habitação com pessoas que não pertencem ao núcleo familiar ou a ausência do marido por razões de emprego, durante longos períodos.

A prontidão das intervenções e a rigidez no controlo do cumprimento de leis em defesa das mulheres em Portugal desempenha um papel significativo na construção da sensação de segurança. A presença nas ruas de agentes policiais é mencionada como aspeto positivo e garante de proteção, especialmente pelas mulheres, representando este um ponto de vista que se destaca em comparação com as narrativas de outras comunidades migrantes em Portugal (Rapóso e Varela, 2017).

No Nepal, o processo de queixa para violência doméstica é muito demorado e frequentemente inibido e contestado pelos elementos mais adultos da família, que têm também de dar autorização para a mulher poder chamar a polícia ou proceder para vias legais. Na opinião das interlocutoras, no Nepal existem leis que criam uma sociedade desigual e pouco predisposta a apoiar as mulheres, referem ainda que os agentes policiais são corruptos e com comportamentos discriminatórios contra as mulheres, acabando por não as protegerem.

"The law in Nepal is corrupted and prefer men, here is equal. Nepal is a developing country, here is a developed country." [Entrevista realizada em 29/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

"Here is safe, you can walk in the street til 1-2 AM but in Nepal after 20h is very dangerous outside." [Entrevista realizada em 5/6/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

O "miedo al mundo" (Miller 2021) é algo que as pessoas de género feminino aprendem desde a infância. Ser ensinada a ver o mundo como um lugar perigoso e ameaçador, onde as mulheres são os sujeitos indefesos, tem um impacto sobre a forma como a mulher enfrenta a vida. Ao ganhar a sensação de segurança, as mulheres migrantes vêm-se livres (ou, pelo menos, vêm as suas vidas menos impactadas) da crença de que a mulher precisa de alguém para lhe garantir aquela confiança que sempre lhe foi negada pela sociedade. A segurança é uma dimensão basilar para que aconteça o empoderamento feminino, deixa espaço para a formulação de ideias autónomas e cria o substrato para que as mulheres possam reclamar os seus direitos e autodeterminar-se.

A alteração das trajetórias e das modalidades de migração visíveis na diáspora nepalesa, onde um pequeno, mas representativo grupo de mulheres migram sozinhas com um projeto individual de migração ou emigram primeiro para depois levar o marido, filhos e resto da família, é igualmente um sinal de confiança para Portugal, que é considerado uma meta segura para as mulheres migrantes em busca de emancipação e autonomia pessoal e económica.

A liberdade que deriva do viver num espaço seguro é valorizada também pelas mulheres mais jovens, que, ao comparar a experiência da adolescência nos dois países, referem ter, em Portugal, mais autonomia e menos restrições na vida social, podendo sair à rua sozinhas, também à noite, e ter amigos do género masculino. A atenuação da rigidez dos papéis parentais com a migração passa, também, pela sensação de segurança dos pais no país de destino, o que denota uma confiança com a sociedade de residência atual e pode ser um sinal de satisfação pessoal com o projeto de migração.

"Here I can go out with my friends, parents allow me to do everything I want. In Nepal thats not the case: women have to return home at a schedule time, very early, otherwise is dangerous and also peolpe would talk. In Nepal also its not well seen to have male friends and go out with them, so parents would not allow you to have just not

to hear people comments." [Entrevista realizada em 5/6/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

As mudanças na abordagem da parentalidade apontam, também, no sentido de existir um afastamento de alguns hábitos e comportamentos da sociedade nepalesa, processo facilitado pela ausência da comunidade de origem e do conseqüente enfraquecimento de algumas ideias e comportamentos hegemónicos no novo ambiente social, tal como a segregação feminina no espaço doméstico.

O fenómeno da reconfiguração familiar nuclear, valorizado em vários estudos que investigam a interação entre migração e empoderamento feminino (Grieco e Boyd, 1998; Mahler e Pessar, 2010), não parece confirmar-se no caso das mulheres entrevistadas, que referem não observar alterações especiais dentro do casal com a migração para Portugal, julgando ter uma relação bastante igualitária e moderna, onde as tarefas são distribuídas entre o casal. É importante evidenciar que quase todas as mulheres entrevistadas eram trabalhadoras também no Nepal e tinham passado por um processo de migração interna das áreas rurais para as cidades.

O fator que mais parece revolucionar as práticas e vivências dos papéis de género dentro do contexto familiar é o afastamento da casa da família do marido. A sociedade nepalesa mantém uma estrutura patrilocal altamente hierarquizada, onde as esposas acabam por estar submissas à vontade de todos os outros elementos da família e por encarregar-se da esmagadora maioria das tarefas domésticas. As sogras são descritas como as principais responsáveis da manutenção dos papéis de género e do confinamento das mulheres no ambiente doméstico e são identificadas como promotoras e perpetuadoras da violência doméstica, especialmente nas famílias onde ainda é observado o sistema de *Dowry*, que reduz as mulheres a "moedas de troca".

Ao afastar-se do ambiente patrilocal, as mulheres ganham segurança, independência, poder de negociação para uma distribuição mais igualitária das tarefas com o marido. Longe das pressões e críticas dos familiares e empurradas pelas condições no destino, as mulheres podem sair da rígida definição dos papéis de género e aceder ao espaço público, abrindo-se a novas perspetivas e possibilidades.

Outro fenómeno emblemático da comunidade nepalesa é a criação de redes

de entreatjada de matriz unicamente feminina. As associações migrantes acabam frequentemente por reproduzir a discriminação e a marginalização com base no género, na tentativa de manter a identidade coletiva diaspórica (Fleury 2016; IOM 2010; O'neil et al. 2016). O associativismo feminino presente nesta comunidade revoluciona esta perspetiva, criando espaços de pertença que promovem uma identidade coletiva feminina transnacional.

Além de apoiar e orientar nos desafiantes processos rumo à integração no país de destino, especialmente em situações de vulnerabilidade feminina (apoio durante a gravidez e puerpério, apoio nos casos de violência doméstica), as associações nepalesas femininas possibilitam a manutenção de ligações com o país de origem, ao mesmo tempo que permitem pôr em discussão as hierarquias de género da sociedade nepalesa.

6.2 O REVERSO DA MEDALHA: OS EFEITOS ADVERSOS DO EMPODERAMENTO FEMININO

A transformação das vivências dos papéis de género e os progressos no que diz respeito ao empoderamento e à autodeterminação feminina com a migração representam importantes revoluções rumo à igualdade de género, no entanto, como largamente observado na literatura académica (Cruz 2010; Miranda 2009; Parreñas 2015; Zimmerman et al. 2006), são processos ainda incompletos e frequentemente acompanhados por fenómenos que podem acarretar extrema vulnerabilidades às mulheres migrantes.

Como mencionado acima, as entrevistadas referem ter uma relação igualitária com o parceiro, contudo, as mulheres continuam responsáveis pela esmagadora maioria das responsabilidades da vida doméstica e do cuidado dos filhos. Em linha com os estudos desenvolvidos (Lourenço 2009; Miranda 2009), a entrada das mulheres nepalesas no mundo do trabalho em Portugal não as exclui das tarefas domésticas e, assim, acabam por ver duplicadas as suas funções. Várias mulheres optam por ficar em casa durante os primeiros 1-2 anos de vida dos filhos, não podendo contar com o apoio familiar e muito menos com o apoio governamental, existindo uma grande barreira de acesso a creches e infantários. Sucessivamente

escolhem empregos que sejam conformes aos horários do "trabalho de mãe", limitando as suas oportunidades e sacrificando os seus projetos e ambições.

"In Portugal the females also work outside. Still they also cook, and clean and take care of children and of the food..it is all female responsibility. While the man have only one job, like from 8h to 17h, women have many problems to take care of 24h a day." [Entrevista realizada em 15/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

Como evidencia Topa (2013), as mulheres migrantes são as principais prejudicadas pelas políticas capitalistas, que, assentando nos discursos do patriarcado e da supremacia racial, vão minando a integração destas mulheres disponibilizando-lhes poucas oportunidades para competir no mercado de trabalho.

Outro exemplo que contrasta com o empoderamento feminino das mulheres nepalesas em Portugal é o facto de as mulheres continuarem dependentes do parecer/autorização do homem no que concerne muitas das decisões em saúde. Apesar das mulheres terem uma opinião própria, as decisões ficam sujeitas à autorização do homem – e às vezes até da família, também no contexto da diáspora-, como foi demonstrado no caso da contraceção ou da IVG.

"I think birth control its quite necessary for a family planning, but we dont use because my husband family does not admit that, because its not good to use. But I think its not a problem." [Entrevista realizada em 19/6/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

Esta situação denota uma submissão do corpo e do poder de escolha das mulheres, privadas dos seus direitos como pessoa e como cidadã. No entanto, contrariamente ao que acontece com outras comunidades migrantes femininas (por exemplo, a diáspora bangladeshiana), as mulheres nepalesas vão geralmente sozinhas às consultas, talvez acompanhadas por amigas ou colegas de trabalho que servem de tradutores e mediadores culturais, mas raramente pelo marido ou outras figuras masculinas, o que sugere uma potencial mudança de papéis e poderes intrafamiliares.

Os namoros antes do casamento são mais aceites no país de acolhimento, o que demonstra uma mudança das práticas em comparação com os costumes

sociais nepaleses. No entanto, como já observado por Lourenço (2009) nas segundas gerações da diáspora indiana gujarati, esta reconfiguração mais flexível dos costumes sociais no país de destino não é um fenómeno homogéneo em todas as esferas da vida social das raparigas. O casamento arranjado é ainda muito difuso na sociedade nepalesa, inclusive nas comunidades diaspóricas.

Contudo, a prevalência deste costume parece estar a diminuir com as novas gerações, onde mais frequentemente as pessoas casam "por amor", apesar de existirem ainda algumas regras imprescindíveis, como o facto do marido pertencer à mesma casta e seguir a mesma religião da família da mulher.

"Here, after 18 yo, you can have a boyfriend, but in Nepal is very problema, it is not our culture. In Nepal is first marriage, second love. In Portugal culture is first love then marriage." [Entrevista realizada em 5/6/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

Dahal (2016) observa uma reticência em partilhar alguns aspetos da vida diária em Portugal com as famílias, sobretudo no que diz respeito às alterações dos papéis de género. Igualmente, durante esta pesquisa, foram relatadas várias situações em que os comportamentos das migrantes tinham que ser mantidos escondidos da família, como a não observação do isolamento feminino durante o período menstrual, a partilha de tarefas domésticas com os homens, a vida social noturna ou os namoros antes do casamento. A omissão destas características pode esconder sentimentos de culpa e vergonha, temendo a condenação social por parte dos familiares e sociedade de origem, ao mesmo tempo que sugere questões irresolvidas e/ou uma construção incompleta dos seus espaços de pertença e da sua identidade cultural e social.

A fluidez do processo de encontro com o novo meio cultural pode também ser dificultada pela promoção das ideias hegemónicas em relação aos papéis de género dentro das redes da comunidade da diáspora. A literatura existente evidencia como nas redes migrantes, cuja ajuda é fundamental para ultrapassar as barreiras à integração no país de acolhimento, a lealdade ao modelo patriarcal torna-se funcional para a manutenção das fronteiras da identidade (Sardinha 2010; Sayad 2004).

No contexto da diáspora nepalesa, as mulheres mantêm a preocupação de

não partilhar alguns comportamentos no destino com o resto da comunidade migrante, por medo de serem julgadas. São relatados casos em que as mulheres receberam convites e "sugestões" de casamento por parte de amigos de família, membros da comunidade migrante nepalesa, acabando por pressionar não apenas a mulher, mas também os pais.

A manutenção de comportamentos patriarcais é também evidente ao falar de violência de género/doméstica. Este fenómeno, como já mencionado, é muito comum no Nepal e, como sugerido pela literatura internacional, é difuso nas comunidades da diáspora (Ali et al. 2020). Embora os discursos evidenciem uma grande preocupação com esta questão no país de origem, no entanto, desvalorizam a existência de violência de género em Portugal. A consciência da gravidade da violência doméstica no Nepal é adquirida através dos jornais ou noticiários, onde há artigos a relatar estes fenómenos diariamente; pelo contrário, as mulheres não têm o hábito de consultar as notícias portuguesas, desconhecendo os casos de violência sexual que existem em Portugal. A falta de conhecimento deste fenómeno revela uma escassa integração estrutural (linguística e social), que pode levar a situações de risco no destino.

"In Nepal [a violência doméstica] is very frequent. In Portugal is not because if a woman works the woman is strong." [Entrevista realizada em 22/5/2021, nos gabinetes da NIALP, Lisboa]

Apesar de não haver vítimas no grupo de mulheres entrevistadas e estas referirem não existir este problema na diáspora nepalesa em Portugal, o trabalho de campo (*ver Contextualização*) sugere uma realidade diferente. Este facto pode ter várias leituras: que o fenómeno é realmente mantido escondido na comunidade migrante, que o grupo selecionado está muito enviesado neste aspeto, ou, ainda, que as entrevistadas não se sentiram à vontade para falar destes assuntos, apesar de não ter explicitado o sentimento.

É necessário realizar mais investigações para perceber a dimensão e as dinâmicas deste fenómeno entre a comunidade nepalesa em Portugal, para elaborar estratégias de intervenção. A colaboração entre as associações migrantes, especialmente os grupos de mulheres, com as estruturas especialistas nestas questões

(APAV, por exemplo) poderá realizar trabalhos significativos e culturalmente sensíveis para apoiar as vítimas destas situações.

As forças contrapostas que agem no sentimento identitário do ser migrante – a atração pela cultura do novo meio e a ligação e apego aos costumes do país de origem- podem originar conflitos interiores e ameaçar a fluidez do processo de integração. Vários estudos que mostram como a experiência da saúde reprodutiva nos contextos de acolhimento é enfrentada através de novas soluções culturais híbridas, onde as vivências e a gestão da esfera reprodutiva são influenciadas pela construção de "identidades locais" (Greco 2019; Ranisio 2014:183).

Esta pesquisa observa a existência de soluções identitárias híbridas transnacionais no que diz respeito à esfera sexual e reprodutiva das mulheres nepalesas em Portugal, as quais tentam equilibrar assimilações de novos elementos culturais e manutenção da identidade cultural do país de origem.



7. REFLEXÕES FINAIS

Da discussão realizada aquando da apresentação dos resultados, observamos um conjunto de conclusões fundamentais relativas a esta pesquisa. Mais uma vez, ressalva-se que, dada a natureza empírica da investigação, o objetivo deste trabalho não é o de obter conhecimentos absolutos ou identificar determinismos, mas sim de contribuir para o aprofundamento das discussões e para fomentar o debate em torno das questões investigativas (Topa 2013).

7.1 CONCLUSÕES

As vivências, os comportamentos e as dificuldades das mulheres nepalesas em Lisboa em torno dos assuntos da Saúde sexual e reprodutiva, apesar de heterogêneos, parecem interligados com todos os tipos de integração (integração



cultural, interativa, estrutural e identitária), tal como proposto por Heckmann e Bosswick (2006).

A abordagem transnacional permite observar e analisar a integração das mulheres nepalesas em Portugal numa perspetiva tridimensional em três eixos:

- » **Um eixo vertical**, representado pela pertença à nação, cultura e família de origem, mesmo na ausência de um vínculo de proximidade, e da reconfiguração destes com a migração, e caracterizado, nos casos investigados, por uma intensa ligação ao contexto de origem, que pode dificultar a partilha dos novos papéis familiares e sociais que foram assumidos em consequência da migração, com as reconfigurações de comportamentos que daí derivam;
- » **Um eixo horizontal**, retratado pelas ligações e relações que a pessoa migrante possui no lugar de destino, e que é descrito, nesse caso, por uma atração e um desejo das mulheres de integrar o novo contexto, não correspondido, no entanto, pelas estruturas sociais em Portugal, difíceis de aceder e que carecem da competência cultural para poder lidar com populações diferentes, podendo levar ao isolamento e a desencadear sentimentos de solidão. Por isso, o apoio das redes migrantes emerge como bastião essencial para superar os desafios da integração no acolhimento;
- » **Um eixo existencial**, representado pela construção identitária na perspetiva feminina e transnacional, e caracterizado pelo desafio de combinar os traços conservadores da cultura nepalesa com o liberalismo do novo meio social, o que pode dificultar o processo de construção dos espaços de pertença e da identidade transnacional.

Origem

O eixo vertical que molda o processo de integração no país de acolhimento engloba todos os elementos da bagagem familiar, social, religiosa e cultural de origem da pessoa migrante, e a transformação destes com o ato migratório e com a instalação no novo contexto cultural. A consideração destas características é essencial para compreender os vários níveis de reconfiguração dos sentimentos de

pertença e identidade de um indivíduo e de uma comunidade migrante, além de indicar os padrões de referência de comportamentos e crenças de cada pessoa, que são influenciados, em vários níveis, pelas normas sociais e culturais da origem.

Este estudo é testemunho da reconfiguração de hábitos e rituais na migração. Os rituais são ocasiões fundamentais para a redefinição do sentimento de pertença na nova comunidade e uma perspectiva especial para a observação das modalidades de negociação identitária de elementos vistos como "tradicionais" e "modernos" (Mapril 2009; Salih 2002; Schiller et al. 1992). Na presente pesquisa observa-se uma mudança dos rituais que rodeiam o período menstrual, a gravidez e o puerpério na cultura nepalesa, os quais se transformam, sendo descontinuados ou passando ao formato digital.

A diferença dos rituais religiosos, que são mantidos no destino, promovendo um sentimento de pertença da comunidade migrante, e são realizados no espaço público com a intenção de partilhar as celebrações também com a sociedade de residência, os rituais que acompanham as etapas da vida sexual e reprodutiva das mulheres, que costumam ter uma inclinação primariamente familiar, parecem perder intensidade no país de acolhimento. Um exemplo são os comportamentos ligados ao período menstrual, cujos rituais, como o afastamento da mulher das atividades domésticas e o seu confinamento durante a menstruação, perdem prioridade no país de destino.

De facto, ao prestarmos atenção a estes elementos de mudança nos rituais conseguimos compreender alguns dos efeitos da integração em Portugal nas dinâmicas que caracterizam esta diáspora, como no caso da reconfiguração dos papéis de género. A sociedade nepalesa é descrita, pelas próprias mulheres, como um lugar ainda fortemente patriarcal e patrilocal, onde as mulheres têm pouca liberdade e capacidade de ação. Em Portugal, ao ganhar independência económica e afastando-se das famílias de origem, as mulheres conseguem livrar-se de alguns costumes que viam como constritores.

Com o ato migratório as mulheres nepalesas ganham a responsabilidade de dever contribuir para o sustento da família, fenómeno este que implica ajustes de comportamentos e costumes familiares e uma atenuação das hierarquias de género. A alteração de comportamentos acompanha uma mudança das narrativas, que tentam afastar-se da narrativa patriarcal de preconceito e de negatividade

em torno do corpo das mulheres, como foi observado no caso do período menstrual, que perde, nos discursos, a "tradicional" conotação impura e perigosa, evidenciando como o ato migratório pode alterar a vivência destes fenômenos, elementos fundamentais não apenas para a saúde, como para o desenvolvimento da identidade feminina.

No entanto, muitas das revoluções que caracterizam os hábitos das mulheres nepalesas em Portugal são mantidas escondidas da família no Nepal, confirmando os resultados de Dahal (2016), que apontam para uma reticência em partilhar as novas modalidades de gestão da vida quotidiana. Esta dificuldade em admitir as novas configurações prende-se com o desvio destes em relação às normas hegemónicas na sociedade nepalesa, temendo a condenação social por parte dos familiares.

Os modelos patriarcais interiorizados no Nepal emergem ainda evidentes em vários assuntos da vida sexual e reprodutiva das mulheres migrantes. Por exemplo, a escolha de um método de planeamento familiar depende da aprovação por parte do marido e, às vezes, até da restante família, só depois da mulher, evidenciando como os corpos femininos são ainda propriedade do poder masculino.

Os testemunhos apontam no sentido de existir uma forte associação da identidade feminina com a figura materna, levando a grandes preocupações em torno dos problemas de infertilidade, que também influenciam certas atitudes e opiniões em saúde, como no caso da interrupção voluntária da gravidez, criticada de forma unânime pelo grupo de mulheres encontradas.

O casamento arranjado é ainda muito comum na sociedade nepalesa, inclusive nas comunidades diaspóricas. No entanto, os namoros antes do casamento e os casamentos "por amor" parecem ser mais aceites no país de acolhimento e especialmente entre as "segundas gerações", o que denota uma mudança das práticas em comparação com os costumes da sociedade nepalesa.

No país de acolhimento a perpetuação e manutenção de hábitos da cultura de origem é assegurada pelas redes migrantes, que tentam esbater as distâncias recorrendo à recriação de lugares de pertença. Este fenómeno passa pela realização de rituais sociais e religiosos, mas também pela implementação de serviços e negócios para a venda de produtos típicos nepaleses.

Por exemplo, na comunidade nepalesa em Portugal estão a nascer atividades económicas que oferecem serviços de massagens para puérperas e recém-nascidos ou que vendem ervas de origem asiática para fazer o "chá de amamentação", e que permitem manter a ligação aos hábitos culturais e de compensar à falta das redes familiares, que costumam ser as responsáveis para estes serviços ritualísticos no país de origem. No entanto, na tentativa de assegurar o desenvolvimento da memória coletiva da diáspora, as redes migrantes acabam frequentemente por promover alguns comportamentos de matriz patriarcal, representando uma barreira à libertação de hábitos e arriscando obstaculizar o contacto e o diálogo com a sociedade portuguesa.

Ao considerar o eixo de origem das mulheres nepalesas que foram entrevistadas, os discursos descrevem uma reconfiguração dos comportamentos no acolhimento, levando ao afastamento de alguns elementos da sociedade e cultura de origem. No entanto, na tentativa de manter as ligações à família e às comunidades da diáspora, são reticentes em partilhar os novos papéis familiares e sociais que assumiram no país de acolhimento.

Destino

O eixo horizontal influenciador da integração em Portugal é constituído pelas características estruturais e interrelacionais no destino, incluindo a rede coétnica de organizações e grupos migrantes, e a sociedade da nova área de residência. Além de desenvolver a função de ligação com o país de origem, as redes migrantes assumem contemporaneamente o papel de mediadores entre a pessoa migrante e o novo contexto socio-económico-cultural, acompanhando nos desafios do caminho rumo à integração.

Como o processo de integração pressupõe um esforço bidirecional, é importante considerar as adaptações estruturais que foram realizadas e atuadas para favorecer o encontro com a pessoa migrante em Portugal, observadas neste trabalho através das modalidades de acesso e da relação com os serviços públicos de saúde.

Os resultados deste trabalho apontam no sentido de existir um sentimento geral de solidão no que diz respeito à vivência das experiências em saúde sexual e reprodutiva das mulheres nepalesas em Portugal. Especialmente nos períodos

da gravidez e puerpério, alturas notoriamente vulneráveis para a saúde física e mental das mulheres, a maioria das entrevistadas refere ter sofrido ou ter medo de vir a sofrer pela falta de redes familiares de apoio, encontrando-se sozinha a descobrir um processo que, de acordo com suas expectativas, tem características comunitárias e de entreaajuda.

Neste contexto, as redes coétnicas assumem funções interativas múltiplas, substituindo-se aos elementos da família de origem, fornecendo apoio no acompanhamento prático das situações de doença e mediando o encontro com as comunidades da diáspora e a sociedade de acolhimento. As redes coétnicas facilitam o encontro com o sistema de saúde português através do esbatimento das barreiras de acesso, das barreiras linguísticas e das barreiras burocráticas, funcionando como guias dentro do SNS e aumentando a adesão ao tratamento e a consciência crítica do diagnóstico e do plano terapêutico. A consultoria com representantes da comunidade, geralmente mulheres com experiência no setor da saúde, é referida como um recurso raro, mas importante para as mulheres nepalesas migrantes, que têm desta forma acesso a aconselhamento em saúde de forma culturalmente individualizada.

Além de ser membro de uma comunidade nacional, a mulher nepalesa é uma cidadã da sociedade portuguesa e, portanto, uma pessoa com direito a beneficiar dos serviços oferecidos pelo Estado. Como já evidenciado por Topa (2009), os discursos, as percepções e as vivências das mulheres migrantes no contacto com os serviços de saúde em Portugal são influenciados não só pelo seu historial na diáspora, mas também pelo contacto com as estruturas de saúde e as/os suas/seus profissionais. Os resultados deste trabalho apontam no sentido de existirem dinâmicas de exclusão e invisibilidade da comunidade migrante feminina no que diz respeito aos seus direitos de receber cuidados de saúde, e que acaba por agravar os sentimentos de solidão experienciados por estas pessoas.

A exclusão das comunidades migrantes por parte das estruturas da sociedade de acolhimento concretiza-se, no caso considerado, nas barreiras de acesso aos serviços de saúde. As principais dificuldades referidas pelas mulheres são a dificuldade de comunicação pela barreira linguística e a falta de mediadores socioculturais, os desencontros culturais com os profissionais de saúde, a falta

de oportunidades para aumentar o próprio nível de literacia em saúde e o desconhecimento do funcionamento dos serviços de saúde em Portugal, os longos tempos de espera e os episódios de discriminação.

Quase a totalidade das mulheres incluídas no estudo têm, formalmente, acesso livre e gratuito aos serviços nacionais de saúde. Na prática, apenas uma ínfima parte tem médico de família atribuído, pelo que a maioria refere grandes dificuldades de acesso ao centro de saúde e acabam por utilizar os cuidados em situações agudas, talvez recorrendo, erroneamente, ao serviço de urgência.

No Sistema Nacional de Saúde não existem mediadores culturais profissionais, tendo-se delegado estas tarefas a organizações externas (ACM, ONGs) que fornecem serviços de tradução principalmente telefónica e de forma não sistematizada e insuficiente para responder às exigências atuais. Neste contexto, as mulheres migrantes acabam por recorrer a mediadores informais, frequentemente membros da família, podendo criar situações eticamente complicadas durante as consultas.

Os resultados desta pesquisa ressaltam a importância de formar os profissionais de saúde para lidar com uma população culturalmente diversa, para saber identificar as suas necessidades e fornecendo estratégias para criar serviços mais inclusivos. Ainda que em menor medida em comparação com outras comunidades migrantes asiáticas, durante a pesquisa emergiram experiências de conflito com os profissionais por desencontros culturais que impactaram intensamente as vivências em situações de saúde sexual e reprodutiva, como as diferentes perspectivas em torno das medidas alimentares ou de higiene no período do puerpério, ou na gestão do tabu associado à observação das partes íntimas do corpo feminino, especialmente, mas não exclusivamente, se esta for realizada por médicos de sexo masculino.

Estas experiências de desencontro levam as mulheres a hesitar na procura de cuidados médicos, sentindo-se inibidas e discriminadas na procura de apoio, permanecendo na invisibilidade. Portugal é considerado um país pouco racista na opinião das mulheres entrevistadas. Contudo, a pouca abertura e disponibilidade de alguns profissionais, especialmente nos centros de saúde, associados à incapacidade de instaurar uma comunicação eficaz numa língua comum, podem levar a situações incómodas que são experienciadas pela pessoa migrante como

episódios de discriminação, no sentido de sentir que não lhe são proporcionadas as mesmas oportunidades em saúde.

As consequências de uma fraca literacia em saúde são visíveis na investigação de práticas e crenças em torno do planeamento familiar (Candeias et al. 2021; Oliveira 2020a). As experiências das entrevistadas sugerem que os planos de literacia em saúde sexual e reprodutiva não foram elaborados a pensar nas novas populações migrantes e as suas especificidades.

As aulas de preparação para o parto e o puerpério são quase exclusivamente disponíveis em português, a maioria dos panfletos informativos existentes nos centros de saúde e hospitais não está traduzido noutras línguas, e não existem sessões de informação sobre o funcionamento do SNS para as comunidades migrantes, sendo estas atividades realizadas por órgãos independentes (IOM, ONGs).

Esta pesquisa confirma os dados da literatura académica que descrevem uma baixa utilização dos serviços de planeamento familiar entre as mulheres migrantes, devido, nos casos apresentados, à dificuldade de acesso e à falta de conhecimento do funcionamento dos serviços de saúde em Portugal.

A invisibilidade das mulheres nepalesas aos olhos das estruturas de saúde contrasta com a curiosidade e a abertura ao conhecimento destes assuntos demonstradas pelas interlocutoras durante as entrevistas e o trabalho de campo, o que subentende um desejo de integração e inclusão no novo meio social português, que elas admiram e identificam como exemplo de identidade social positiva. A sociedade portuguesa é percebida e descrita pelas interlocutoras como um lugar seguro onde não existem desigualdades de género e violência doméstica.

A desvalorização destes fenómenos leva a uma visão enviesada da situação social portuguesa e insinua um conhecimento escasso dos problemas internos do país, índice de uma fraca integração interativa.

A pesquisa sugere, portanto, que as mulheres nepalesas identificam a sociedade portuguesa como um exemplo de identidade social positiva e querem integrá-la. No entanto, a integração parece entravada pela exclusão estrutural das mulheres nepalesas em Portugal, fenómeno que instaura dinâmicas de poder que fomentam as desigualdades sociais e arriscam afastar esta população dos recursos de apoio aos quais têm direito.

Neste contexto, as redes migrantes representam um capital social essencial para superar os desafios à chegada ao novo destino, mediando o contacto com as instituições governamentais e substituindo-se a estes em muitas ocasiões.

Existencial

A complicada interação entre as experiências vividas no eixo vertical e no horizontal delinea as manifestações do eixo existencial da integração no país de acolhimento, caracterizando as modalidades de reconfiguração da identidade transnacional. O trabalho evidencia a variedade e a individualidade de cada mulher, não sendo possível traçar um esquema único que possa explicar exaustivamente as experiências e os processos de reformulação de identidade das mulheres enquanto grupo homogéneo.

A heterogeneidade de discursos e comportamentos depende de múltiplos fatores, como a idade, o estatuto social, a afiliação religiosa, a estrutura familiar, os motivos e condições de migração, a pertença a grupos comunitários, o tempo de estadia em Portugal. Em particular, nesta pesquisa, a visão das interlocutoras mais jovens distingue-se em muitos contextos da saúde sexual e reprodutiva, revelando mudanças de abordagem quanto ao planeamento familiar que acompanham uma liberalização de hábitos sexuais e um apego menor ao binómio mulher-mãe, em comparação com os sujeitos mais envelhecidos da mesma comunidade, abrindo possibilidades multidimensionais e diversas para o desenvolvimento da identidade das mulheres, onde a maternidade não é necessariamente a prioridade.

O processo migratório, caracterizado por um crescimento exponencial de relações e determinantes, representa uma oportunidade de reformulação existencial, onde os sentimentos de identidade e pertença são plasmados de acordo com as experiências migratórias e da relação com o contexto de origem e de destino, rodando em torno de compromissos entre o encontro com uma nova realidade (adaptação) e a manutenção de alguns elementos étnico-culturais que os definem (preservação). As mulheres nepalesas destacam-se dentro do panorama das imigrações femininas asiáticas, revelando uma transformação das hierarquias de género que não se encontra noutras diásporas.

Os discursos das interlocutoras revelam uma forte identificação com a figura feminina portuguesa, vista como independente e empoderada, e realçam a

diferença com as mulheres no Nepal, ainda oprimidas pelo poder masculino. No entanto, as barreiras à integração estrutural e interativa encontradas no destino levam a maioria das mulheres a procurar apoio nas redes migrantes, grupos nos quais a lealdade ao modelo da família patriarcal torna-se funcional para a manutenção das fronteiras da identidade.

Estas forças contrapostas podem causar nas mulheres uma ambivalência ontológica que ameaça a fluidez do processo de integração. Os elementos contrastantes entre os traços conservadores da cultura nepalesa e o liberalismo do novo meio social representam um desafio para muitas mulheres migrantes, que arriscam perder-se neste limbo identitário.

A mulher nepalesa parece não conseguir integrar-se exaustivamente na sociedade portuguesa, que admira, mas que não é capaz de oferecer-lhe os recursos dos quais ela precisa, ao mesmo tempo em que já não se identifica plenamente com os valores das estruturas de entajuda das redes migrantes, encontrando-se ainda no processo de construção dos seus espaços de pertença e da sua identidade transnacional.

Esta pesquisa vem confirmar os resultados da literatura que apontam para uma influência da interseccionalidade no processo de integração e construção da identidade transnacional das mulheres migrantes (Mahler e Pessar 2010; Miranda 2009). As manifestações deste fenómeno retornam de forma recorrente nos discursos das mulheres nepalesas acerca das formas e níveis de violência por que passam nas suas experiências de saúde sexual e reprodutiva e em várias outras esferas da sua existência, podendo inibir as suas modalidades de agência social, corporal e cognitiva e, no geral, atentar ao seu bem-estar.

Estas mulheres são frequentemente discriminadas, silenciadas, excluídas na sociedade de acolhimento enquanto pessoas migrantes, e desvalorizadas, controladas, isoladas enquanto mulheres dentro das redes que seguem as hegemonias patriarcais da sociedade nepalesa. Importa sublinhar que as mulheres encontradas durante a investigação nunca se apresentaram como vítimas, nem do racismo nem do patriarcado, mas sim como mulheres migrantes inovadoras e resilientes que tentam encontrar o seu caminho dentro de um novo país.

A estratégia mais utilizada pelas interlocutoras para resolver as suas ambivalências é a de aplicar modalidades de aculturação diferentes em diferentes

situações ou esferas da vida - modelo multidimensional (Im and Yang 2006). Por exemplo, podem escolher assimilar os costumes da sociedade portuguesa no que concerne ao abandono dos rituais de segregação feminina durante o período menstrual, mas optar por uma modalidade de separação no que diz respeito às preferências alimentares do puerpério ou à escolha de não ser submetida à observação ginecológica.

Concluindo, a pesquisa demonstra como, apesar das dificuldades e das tentativas de submissão por parte de múltiplos poderes, as mulheres nepalesas resistem e agarram-se aos elementos positivos das sociedades de origem e de destino, procurando, através de estratégias multidimensionais, o próprio caminho e modalidade rumo à construção da própria identidade transnacional.

7.2 RECOMENDAÇÕES

Os resultados deste estudo evidenciam a diversidade dos aspetos culturais, socioeconómicos, relacionais e geopolíticos que caracterizam o contexto de cada pessoa e que influenciam os resultados da sua SSR. A partir das problemáticas emergidas dos discursos das mulheres migrantes podem-se identificar áreas de intervenção prioritárias que demandam o desenvolvimento de políticas e estratégias de cuidados da saúde sexual e reprodutiva mais inclusivas para estas populações/minorias, facilitando os seus processos de integração em Portugal.

Para chegar ao objetivo da justiça social, estas intervenções devem ter uma visão interseccional das determinantes de saúde e ser individualizadas e centradas na pessoa, baseando-se no princípio da igualdade e do direito à participação e autodeterminação.

Em primeiro lugar, importa superar a barreira comunicacional, integrando mediadores linguístico- culturais nas consultas, os quais têm um papel chave no aumento da qualidade do encontro com os serviços de saúde, ajudando na comunicação e interpretação dos sintomas e investindo na competência/sensibilidade transcultural dos profissionais de saúde.

É essencial desenvolver um trabalho profundo com os profissionais de saúde para que estejam sensibilizados e capacitados para lidar com a diversidade

cultural, que cada vez mais caracteriza a população utente dos serviços de saúde. Neste sentido, devem ser desenvolvidos e apoiados programas de formação e capacitação sistematizados junto dos profissionais de saúde, a partir do currículo universitário, que permitam um maior conhecimento e compreensão das populações migrantes e uma maior sensibilização para lidar com os diferentes fatores que têm impacto no estado de saúde sexual e reprodutiva de cada um. Estas estratégias podem contribuir para a redução de assimetrias socioculturais, estereótipos e atitudes discriminatórias, traduzindo-se numa maior eficácia dos serviços com efetivos ganhos em saúde.

A análise do grau de literacia em saúde da comunidade feminina nepalesa em Portugal evidencia uma exclusão estrutural destas mulheres das informações relativas às temáticas de saúde sexual e reprodutiva, sendo importante implementar intervenções que lhes permitam conhecer o funcionamento dos serviços disponíveis no país de acolhimento e desenvolver competências de resolução de problemas e tomada de decisão, na plena consciência dos seus direitos no contexto da saúde.

Os discursos sobre o período da gravidez e pós-parto contam-nos do isolamento e da solidão experienciadas por muitas mulheres nepalesas em Portugal, evidenciando a prioridade de combinar intervenções multissetoriais que permitam desenvolver um sistema de apoio mais compreensivo para estas comunidades. Neste contexto, como enfatizado pelos resultados do trabalho, a colaboração dos representantes da comunidade e organizações da diáspora é fundamental na medida em que têm um papel determinante na ampliação de redes de apoio comunitário e na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.

As comunidades nas quais se pretende intervir devem ser reconhecidas como elementos fundamentais durante todo o processo de planeamento, desenvolvimento e implementação de intervenções. A utilização dos recursos específicos de cada comunidade da diáspora é essencial para integrar estas redes nos processos de cuidado e bem-estar. Neste contexto, a criação de projetos comunitários de saúde dentro das comunidades migrantes, podem facilitar o processo de aculturação na nova sociedade, e assegurar serviços culturalmente sensíveis para lidar com a apresentação dos discursos tabu, como é frequentemente o caso nos assuntos da SSR.

7.3 PISTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA

A partir das limitações enunciadas, mas também olhando para alguns dos desafios que emergiram durante a concretização desta investigação, sugerem-se pistas de investigação futura para confirmar os resultados desta pesquisa, a primeira a preocupar-se com a saúde sexual e reprodutiva da comunidade migrante nepalesa em Portugal e para aprofundar alguns fenómenos que emergiram durante esta etnografia.

- » No desenvolvimento de novos estudos sobre a saúde sexual e reprodutiva da comunidade nepalesa, é essencial incluir amostras mais alargadas e com maior diversidade em relação aos/às participantes, em primeiro lugar no que diz respeito à heterogeneidade da identidade e orientação sexual, que não se conseguiu neste trabalho.
- » Outra área de investigação a descoberto são os rituais religiosos e familiares da comunidade nepalesa e as suas reconfigurações no ambiente da diáspora, que foram nesta investigação apenas brevemente mencionados, mas que manifestaram o seu potencial para percebermos a reconstrução dos sentimentos de pertença e identidade no país de acolhimento.
- » Face ao crescimento desta comunidade em Portugal, e o conseqüente aumento da população adolescente e de "segunda geração", que nesta pesquisa demonstraram ter características e comportamento diferentes na abordagem das situações de saúde sexual e reprodutiva, em comparação aos fragmentos mais envelhecidos, são necessários mais estudos para aprofundar a fenomenologia e os eventuais problemas de integração desta população até agora descurada.
- » Além disso, os resultados desta investigação indicam a necessidade de realizar mais estudos acerca da dimensão e das dinâmicas do fenómeno da violência de género na comunidade nepalesa em Portugal, e sucessivamente elaborar estratégias de intervenção. A colaboração das associações migrantes, especialmente os grupos de mulheres, com as estruturas existentes especialistas nestas questões (APAV, por exemplo) poderão realizar trabalhos significativos e culturalmente sensíveis para apoiar as vítimas deste fenómeno.



BIBLIOGRAFIA

- Abranches, Maria.** 2004. “PERTENÇAS FECHADAS EM ESPAÇOS ABERTOS Estratégias de (Re)Construção Identitária de Mulheres Muçulmanas Em Portugal.” Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- ACM.** 2018. “Migration and Labor Exploitation of the Nepalese in Agriculture in Portugal.”
- Adhikari, Krishna and Chandra Laksamaba.** 2012. *Nepalis in the United Kingdom: An Overview.* edited by K. Adhikari. Centre for Nepal Studies UK.
- Adhikari, Radha.** 2010. “From Aspirations to ‘Dream-Trap’: Nurse Education in Nepal and Nepali Nurse Migration to the UK.” The University of Edinburgh.
- Adhikari, Rojita.** 2019. “Destroy ‘Period Huts’ or Forget State Support: Nepal Moves to End Practice .” The Guardian. Women’s Rights and Gender Equality.
- Adhikary, Pratik, Zoë A.** Sheppard, Steven Keen, and Edwin Van Teijlingen. 2018. “Health and Well-Being of Nepalese Migrant Workers Abroad.” *International Journal of Migration, Health and Social Care* 14(1):96–105.



- Adhikary, Pratik, Padam P.** Simkhada, Edwin R. van Teijlingen, and Amalraj E. Raja. 2008. "Health and Lifestyle of Nepalese Migrants in the UK." *BMC International Health and Human Rights* 2008 8:1 8(1):1–8.
- Afsar, Rita.** 2011. "Contextualizing Gender and Migration in South Asia: Critical Insights." *Gender, Technology and Development* 15(3):389–410.
- Ager, Alastair and Alison Strang.** 2008. "Understanding Integration: A Conceptual Framework." *Journal of Refugee Studies* 21(2):166–91.
- Alarcão, Violeta, Miodraga Stefanovska-Petkovska, Ana Virgolino, Osvaldo Santos, and Andreia Costa.** 2021. "Intersections of Immigration and Sexual/Reproductive Health: An Umbrella Literature Review with a Focus on Health Equity." *Social Sciences* 10(2):63.
- Alarcão, Violeta, Miodraga Stefanovska-Petkovska, Ana Virgolino, Osvaldo Santos, Sofia Ribeiro, Andreia Costa, Paulo Nogueira, Patrícia M.** Pascoal, Sónia Pintassilgo, and Fernando Luís Machado. 2019. "Fertility, Migration and Acculturation (FEMINA): A Research Protocol for Studying Intersectional Sexual and Reproductive Health Inequalities." *Reproductive Health* 16(1):1–13.
- Alcalà, Maria José.** 2006. *A Passage to Hope. Woman and International Migration.*
- Ali, Samira, Bec Sokha Keo, and Sambuddha Chaudhuri.** 2020. "Critically Understanding South Asian Sexual Health: A Call for a Holistic and Sex Positive Approach." *International Journal of Sexual Health* 32(3):177–87.
- Altin, Roberta and Veronica Saba.** 2018. "UNO SGUARDO ANTROPOLOGICO ALLA SALUTE DELLE DONNE MIGRANTI IN AREA TRANSFRONTALIERA." Pp. 110–15 in *STATO DI SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI: DIFFICOLTÀ E BUONE PRATICHE* .
- Amnesty International.** 2014. *Unnecessary Burden: Gender Discrimination and Uterine Prolapse in Nepal* . London.
- Anderson, Bridget.** 2019. "New Directions in Migration Studies: Towards Methodological de-Nationalism." *Comparative Migration Studies* 7(1):1–13.
- Anon.** 2020. "Migration Data Portal| Nepal." Retrieved June 28, 2021 (https://migrationdataportal.org/data?cm49=524&focus=profile&i=stock_abs_&t=2020).
- APAV.** 2020. *Estatísticas APAV Relatório Anual* . Lisboa.
- APDMGP.** 2019. *INQUÉRITO EXPERIÊNCIAS DE PARTO EM PORTUGAL | 2.a EDIÇÃO.*

- Appadurai, Arjun.** 2004. "The Capacity to Aspire: Culture and the Terms of Recognition ." Pp. 59–84 in *Culture and Public Action*, edited by V. Rao and M. Walton. Palo Alto: Stanford University Press.
- Bäckström, Bárbara.** 2009. "Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas Sobre a Saúde e a Doença Na Comunidade Cabo-Verdiana Em Lisboa." Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Bäckström, Bárbara.** 2016. "Saúde e Doença Enquanto Construções Sociais: A Questão Das Incapacidades e Das Desigualdades Em Saúde." in *Políticas de igualdade e inclusão: reflexões e contributos*, edited by B. Bäckström, P. Manuel Costa, R. Albuquerque, and L. Sousa. Centro de estudos das migrações e das relações interculturais - Universidade Aberta.
- Bajracharya, Manika.** 2015a. "Nepalese Women Migrants in Portugal and Their Experience with Socio-Cultural Integration ." ISCTE, Lisbon.
- Bajracharya, Manika.** 2015b. "Nepalese Women Migrants in Portugal and Their Experience with Socio-Cultural Integration ." Instituto Universitário de Lisboa, Lisbon.
- BBC News.** 2016. "Migrant Crisis: Macedonia Shuts Balkans Route ." Retrieved May 29, 2021 (<https://www.bbc.com/news/world-europe-35763101>).
- Bhadra, Chandra.** 2007. "INTERNATIONAL LABOUR MIGRATION OF NEPALESE WOMEN: THE IMPACT OF THEIR REMITTANCES ON POVERTY REDUCTION ." Asia-Pacific Research and Training Network on Trade - Working Paper Series 44.
- Bloco de Esquerda.** 2021. PROJETO DE LEI N.º 839/XIV/2.a.
- Bobel, Chris and Elizabeth Arveda Kissling.** 2011. "Menstruation Matters: Introduction to Representations of the Menstrual Cycle." *Women's Studies* 40(2):121–26.
- Bortolami, Gabriele.** 2016. "O Trabalho de Campo Como Experiência Etnográfica Nas Aldeias Da Comuna de Luvo, Município de Mbanza Kongo." *Mulemba* 6(12):203–68.
- Branco, Inês.** 2012. "A IMPORTANCIA DA LÍNGUA DE ACOLHIMENTO NA INTEGRAÇÃO DE IMIGRANTES NEPALESES EM PORTUGAL." Universidade de Lisboa, Lisbon.

- Braun, Virginia and Victoria Clarke.** 2006. "Using Thematic Analysis in Psychology." *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77–101.
- Britton, Cathryn J.** 1996. "Learning about 'the Curse': An Anthropological Perspective on Experiences of Menstruation." *Women's Studies International Forum* 19(6):645–53.
- Brunton, Carol Gray, Irina Todorova, Dafina Petrova, Elaine Carnegie, and Anne Whittaker.** 2018. *Using Foucauldian Discourse Analysis to Analyze Young Women's Constructions of the Human Papillomavirus Vaccine.* SAGE Publications Ltd.
- Buckley, Thomas and Alma Gottlieb.** 1988. *BLOOD MAGIC THE ANTHROPOLOGY OF MENSTRUATION.* Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.
- Budal, Aashima.** 2018. "Paperless Reality: Transnational Parenthood and Undocumented Nepalese in Portugal ." ISCTE, Lisbon.
- Candeias, Pedro, Violeta Alarcão, Miodraga Stefanovska-Petkovska, Osvaldo Santos, Ana Virgolino, Sónia Pintassilgo, Patrícia Pascoal, Andreia Silva Costa, and Fernando Machado.** 2021. "Reducing Sexual and Reproductive Health Inequities Between Natives and Migrants: A Delphi Consensus for Sustainable Cross-Cultural Healthcare Pathways." *Frontiers in Public Health* 9.
- Carballo, M., JJ Divino, and D. Zeric.** 1998. "Migration and Health in the European Union." *Tropical Medicine & International Health : TM & IH* 3(12):936–44.
- CARE.** 2015. *Nepal Gender and Protection in Brief.*
- Casey, Marie.** 2010. *Health Needs Assessment of the Nepali Community in Rushmoor.*
- Castles, Stephen, Mark J. Miller, and Giuseppe Ammendola.** 2005. "The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World." *American Foreign Policy Interests* 27(6):537–42.
- CDC.** 2021. "The Social-Ecological Model: A Framework for Prevention." Retrieved November 22, 2021 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/about/social-ecologicalmodel.html>).
- Chaves, Mark.** 2010. "SSSR Presidential Address Rain Dances in the Dry Season: Overcoming the Religious Congruence Fallacy." *Journal for the Scientific Study of Religion* 49(1):1–14.

- Collins, Patricia Hill.** 2015. "Intersectionality's Definitional Dilemmas." *Annual Review of Sociology* 41:1–20.
- Correia, Cristina and Sofia Neves.** 2011. "Ser Brasileira Em Portugal: Uma Abordagem Às Representações, Preconceitos e Estereótipos Sociais." Pp. 175–85 in *Migração: múltiplos olhares*, edited by V. Oliveira, E. Leandro, and J. Amaral. S. Carlos: Pedro & João Editores.
- Crenshaw, Kimberle.** 1991. "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color." *Stanford Law Review* 43(6):1241.
- Cruz, Sara Cristina Pires da.** 2010. "Migração e Relações Sociais de Género : A Intervenção Do Projecto SauDar e o Acesso Aos Cuidados de Saúde Da População Imigrante." FEUC, Coimbra.
- Dahal, Sanjeev.** 2016. "Perception and Practice of Gender among Nepalese in Portugal. A Male Perspective ." ISCTE, Lisbon.
- Dangol, Abhas.** 2015. "Parenting among Nepalese Families in Lisbon and Its Effect on Child Integration." ISCTE, Lisboa.
- Dhakal, Sanjaya.** 2008. "Nepalese Women under the Shadow of Domestic Violence." *The Lancet* 371(9612):547–48.
- Dhakal, Suresh.** 2016. BARRIERS TO WOMEN'S LAND AND PROPERTY ACCESS AND OWNERSHIP IN NEPAL.
- Dias, Sonia, A.** Gama, A. C. Silva, H. Cargaleiro, R. Horta, M. Lemos, and M. do Rosário Martins. 2018. *Atitudes e Representações Face à Saúde, Doença e Acesso Aos Cuidados de Saúde Nas Populações Imigrantes*. Observatório das Migrações, ACM, I.P.
- Dias, Sonia, Margarida Gaspar, and Aldina Gonçalves.** 2002. "Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos Face Ao VIH Numa Comunidade Migrante: Implicações Para a Intervenção." *Psicologia Saúde & Doenças* 3(1):89–102.
- Dias, Sonia and Cristianne Rocha.** 2009. *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras*. Observatório da Imigração, ACIDI, I.P.

- Egli Gany, Dianne, Wafa Aftab, Sarah Hawkes, Laith Abu Raddad, Kent Buse, Fauziah Rabbani, Nicola Low, and Kristine H. Onarheim.** 2020. "The Social and Structural Determinants of Sexual and Reproductive Health and Rights in Migrants and Refugees: A Systematic Review of Reviews." *Eastern Mediterranean Health Journal*.
- Esteves, Aline (coord. ..** 2017. *CONDIÇÕES DE VIDA E INSERÇÃO LABORAL DOS IMIGRANTES EM PORTUGAL: EFEITOS DA CRISE DE 2007-2008*. Lisbon.
- Europol.** 2018. "Migrant Smuggling and Sham Marriages: Organised Crime Group Dismantled ." Europol. Retrieved May 29, 2021 (<https://www.europol.europa.eu/newsroom/news/migrant-smuggling-and-sham-marriages-organised-crime-group-dismantled>).
- Fair, Frankie, Liselotte Raben, Helen Watson, Victoria Vivilaki, Maria van den Muijsenbergh, and Hora Soltani.** 2020. "Migrant Women's Experiences of Pregnancy, Childbirth and Maternity Care in European Countries: A Systematic Review." *PLOS ONE* 15(2):8.
- Fleury, Anjali.** 2016. *Understanding Women and Migration: A Literature Review*. 8.
- Fonseca, Maria Lucinda and Sandra Silva.** 2010. *SAÚDE E IMIGRAÇÃO: UTENTES E SERVIÇOS NA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE DA GRAÇA MARIA LUCINDA FONSECA SANDRA SILVA*. Lisboa.
- Foucault, Michel.** 1978. *The History of Sexuality*. Vol. 1. New York: Pantheon Books.
- França, Luis.** 1992. *A Comunidade Cabo Verdiana Em Portugal*. Lisboa: Instituto de Estudos para o desenvolvimento.
- Furtado, Cláudia and João Pereira.** 2010. *Equidade e Acesso Aos Cuidados de Saúde*. Lisboa.
- Gabinete de Estratégia e Estudos.** 2021. *População Estrangeira Residente Em Portugal-Nepal* .
- Gardner, Katy and Ralph Grillo.** 2002. "Transnational Households and Ritual: An Overview." *Global Networks* 2(3):179–90.
- Gaspar, Ines.** 2020. "Working Far Afield - The Reception and Societal Impact of Rural Labour Migration in the Municipality of Odemira, South Portugal." Erasmus University Rotterdam.

- Geddes, Andrew and Peter Scholten.** 2016. *The Politics of Migration and Immigration in Europe*. 2nd ed. London.
- Gellner, David.** 2014. "From Kathmandu to Kent: Nepalis in the UK." *Himal Southasian* 27(4): 38-51.
- Gellner, David.** 2015. "Associational Profusion and Multiple Belonging: Diaspora Nepalis in the UK." Pp. 78–82 in *Diasporas Reimagined: Spaces, Practices and Belonging*, pp. 78-82, eds N. Sigona, A. Gamlen, G. Liberatore, & H. Neveu Kringelbach, edited by N. Sigona, A. Gamlen, G. Liberatore, and H. Neveu Kringelbach. Oxford.
- Gellner, David and Sondra Huasner.** 2014. "Buddhist, Hindu, Kirati, or Something Else? Nepali Strategies of Religious Belonging in the UK and Belgium." Pp. 131–53 in *Migration and Religion in Europe: Comparative Perspectives on South Asian Experiences*, edited by E. Gallo. Farnham & Burlington: Ashgate.
- Gellner, David N.** and Sondra L. Hausner. 2018. *Global Nepalis: Religion, Culture, and Community in a New and Old Diaspora*. New Delhi: Oxford University Press.
- Gellner, David N.** and Sondra L. Hausner. 2019. *Vernacular Religion: Varieties of Religiosity in the Nepali Diaspora*. edited by D. N. Gellner and S. L. Hausner. Kathmandu: Vajra Books.
- Gil-Salmerón, Alejandro, Konstantinos Katsas, Elena Riza, Pania Karnaki, and Athena Linos.** 2021. "Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe: Healthcare Discrimination and Translation Services." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol. 18, Page 7901 18(15):7901.
- Gioli, Giovanna, Amina Maharhan, and Manju Gurung.** 2017. *NEITHER HEROINES NOR VICTIMS: Women Migrant Workers and Changing Family and Community Relations in Nepal*. UN Women.
- Gisselquist, Rachel M.** 2021. "Involuntary Migration, Inequality, and Integration: National and Subnational Influences." *Journal of Ethnic and Migration Studies* 47(21):4779–96.
- Glick Schiller, Nina and Noel B.** Salazar. 2013. "Regimes of Mobility Across the Globe." <https://doi.org/10.1080/1369183X.2013.723253> 39(2):183–200.
- Góis, Pedro.** 2019. *MIGRATION AND DEVELOPMENT IN PORTUGAL*. Lisboa.

- Goldin, Ian, Geoffrey Cameron, and Meera Balajaran.** 2011. EXCEPTIONAL PEOPLE - How Migration Shaped Our World and Will Define Our Future. PRINCETON AND OXFORD: PRINCETON UNIVERSITY PRESS.
- Gorjão Henriques, Joana.** 2021. “Maioria de Imigrantes Da Ásia Paga 10 Mil Euros Para Chegar Ao Alentejo, Diz Estudo.” Publico.
- Government of Nepal.** 2012. National Population and Housing Census . Kathmandu.
- Government of Nepal.** 2018. Annual Report 2017-2018. Kathmandu.
- Grassi, Marzia.** 2014. “Mobility, Family, and Gender: A Transnational Approach.” Journal for Educators, Teachers and Trainers 5 (3):93–104.
- Greco, Milena.** 2017. “Spazi Di Cura Trans – Nazionali, Pluralismo Medico e Percorsi Di Accesso Ai Servizi Sanitari, Fra Immigrate Filippine e Ucraine.” EtnoAntropologia 5(2):295–327.
- Greco, Milena.** 2019. “Percorsi Di Salute e Maternità Fra Immigrate Filippine e Ucraine. Reti, Possibilità e Barriere EtnoAntropologia.” EtnoAntropologia 7(1).
- Grieco, Elizabeth and Monica Boyd.** 1998. “Women and Migration: Incorporating Gender into International Migration Theory.”
- Gurung, Florence.** 2014. “Religion and Ethnic Identity: Gurung Experiences of Belonging in the UK.” University of Oxford.
- Gurung, G.** 2000. Patterns in Foreign Employment and Vulnerability of Migrant Workers. Kathmandu.
- Hass, Hein de.** 2011. “The Determinants of International Migration: Conceptualising Policy, Origin and Destination Effects.” IMI Working Paper Series 32.
- Hausner, Sondra L.** 2011. Nepali Nurses in Great Britain: The Paradox of Professional Belonging. 90.
- Heckmann, Friedrich and Wolfgang Bosswick.** 2006. Integration of Migrants: Contribution of Local and Regional Authorities. Dublin.
- Huddleston, Thomas, Özge Bilgili, Anne-Linde Joki, and Zvezda Vankova.** 2015. Migrant Integration Policy Index 2015. Barcelona/ Brussels: CIDOB and MPG.
- ILO.** 2015. No Easy Exit - Migration Bans Affecting Women from Nepal. Geneva.
- Im, Eun-Ok and Kyeongra Yang.** 2006. “Theories on Immigrant Women’s Health.” Health Care for Women International 27(8):666–81.

- Index Mundi.** 2020. “Nepal Taxa de Mortalidade Materna - População.” Retrieved November 6, 2021 (https://www.indexmundi.com/pt/nepal/taxa_de_mortalidade_materna.html).
- INE.** 2016. Inquérito Nacional de Saúde 2014. edited by INE. Lisboa.
- INE.** 2020. Estatísticas Demográficas - 2019. Lisbon.
- INE.** 2021. “CRESCIMENTO POPULACIONAL INFERIOR AO DE 2019 EM RESULTADO DO AGRAVAMENTO DO SALDO NATURAL E DA DIMINUIÇÃO DO SALDO MIGRATÓRIO.”
- IOM- International Organization for Migration.** 2019. WORLD MIGRATION REPORT 2020. Geneva.
- IOM.** 2010. INTEGRATION OF A GENDER PERSPECTIVE IN THE MIGRATION AND DEVELOPMENT DEBATE IOM’S CONTRIBUTION.
- IOM Nepal.** 2019. Migration in Nepal: A COUNTRY PROFILE 2019 . Baluwata.
- Jayaweera, Hiranthi.** 2017. “Access to Healthcare for Vulnerable Migrant Women in England: A Human Security Approach.” [https://doi.org/10.1177/001139211773630766\(2\):273-85](https://doi.org/10.1177/001139211773630766(2):273-85).
- Jordan, Brigitte.** 1978. Birth in Four Cultures : A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Waveland Press.
- Kabeer, Naila.** 2002. “Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women’s Empowerment.” *Development and Change* 30(3):435–64.
- KC, Bal Kumar.** 2004. “Migration, Poverty and Development in Nepal.” *Asian and Pacific Migration Journal* 13(2):205–32.
- Keygnaert, Ines, Aurore Guieu, Gorik Ooms, N Vettenburg, Marleen Temmerman, and Kristien Roelens.** 2014. “Sexual and Reproductive Health of Migrants: Does the EU Care?” *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 114.
- Keygnaert, Ines, Aurore Guieu, Gorik Ooms, Nicole Vettenburg, Marleen Temmerman, and Kristien Roelens.** 2014. “Sexual and Reproductive Health of Migrants: Does the EU Care?” *Health Policy* 114(2–3):215–25.
- Khadgi, Jyotshna and Arjun Poudel.** 2018. “Uterine Prolapse: A Hidden Tragedy of Women in Rural Nepal.” *International Urogynecology Journal* 29(11):1575–78.

- Khadka, Upasana.** 2020. "Europe Now Favoured Destination for Nepalis | Nepali Times." Nepali Times.
- Khalid, Ruhi.** 2011. "Changes in Perception of Gender Roles: Returned Migrants." *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology* 9:16–20.
- Kilomba, Grada.** 2019. *Memórias Da Plantação - Episódios de Racismo Quotidiano*. 2nd ed. Orfeu Negro.
- Kim, Hyejin, Justine S. Sefcik, and Christine Bradway.** 2017. "Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic." *Research in Nursing & Health* 40(1):23.
- Lamichhane, Prabhat, Mahesh Puri, Jyotsna Tamang, and Bishnu Dulal.** 2011. "Women's Status and Violence against Young Married Women in Rural Nepal." *BMC Women's Health* 11.
- Larence, Denise L.** 1988. "Menstrual Politics: Women and Pigs in Rural Portugal." in *BLOOD MAGIC THE ANTHROPOLOGY OF MENSTRUATION*, edited by T. BUXKLEY and A. GOTTLIEB. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.
- Ledoux, Céline, Eva Pilot, Esperanza Diaz, and Thomas Krafft.** 2018. "Migrants' Access to Healthcare Services within the European Union: A Content Analysis of Policy Documents in Ireland, Portugal and Spain." *Global Health* 14(1):57.
- Leduc, Marine.** 2020. "Without Pay or Medical Help during the Pandemic, Dreams of a Better Future Are Proving Elusive for Nepalese Migrant Workers in Romania ." *Equal Times*. Retrieved May 29, 2021 (<https://www.equaltimes.org/without-pay-or-medical-help-during?lang=en#YLJcPKHSI2y>).
- Levitt, Peggy.** 2003. "'You Know, Abraham Was Really the First Immigrant': Religion and Transnational Migration." *International Migration Review* 37(3):847–73.
- Lombardi, Lia.** 2005. *Società, Culture e Differenze Di Genere. Percorsi Migratori e Stati Di Salute*. 1st ed. Franco Angeli.
- López, Félix and António Fuertes.** 1999. *Para Compreender a Sexualidade* . edited by APF - Associação para o Planeamento da Família. Lisboa: APF - Associação para o Planeamento da Família.
- López, Nancy.** 2016. "Health Inequities, Social Determinants, and Intersectionality." National Academy of Medicine.

- Lourenço, Inês.** 2009. "Os Corpos Da Devi: Religião e Género Em Diáspora." ISCTE, Lisboa.
- Luitel, Samira.** 2001. "The Social World of Nepalese Women." *Occasional Papers in Sociology and Anthropology* 7:101–14.
- Lusa.** 2021a. "Mais de 9600 Imigrantes Viviam Legalmente No Concelho de Odemira Em 2020 ." PÚBLICO | Alentejo | .
- Lusa.** 2021b. "Odemira: Seis Mil Trabalhadores Agrícolas Não Têm Condições de Habitabilidade ." PÚBLICO | Coronavírus | .
- Lusa.** 2021c. "Um Quarto Dos Bebés Nascidos No Algarve São Filhos de Mãe Estrangeira ." PÚBLICO, August 7.
- Machado, Igor José de Reno.** 2007. "Reflexões Sobre a Imigração Brasileira Em Portugal." [Http://journals.Openedition.Org/Nuevomundo](http://journals.openedition.org/nuevomundo).
- Machado, Maria, Paula Santana, Helena Carreiro, Helena Nogueira, Rosalina Barroso, and Alexandra Dias.** 2007. "Cuidados de Saúde Materna e Infantil a Uma População de Imigrantes." in *REVISTA MIGRAÇÕES - NÚMERO TEMÁTICO IMIGRAÇÃO E SAÚDE*.
- Magalhães, Sara; and Teresa Alvarez.** 2013. *Romper as Fronteiras: A Interseccionalidade Nas Questões de Género e Feministas*. edited by APEM - Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres. Lisboa.
- Mahler, Sarah J.** and Patricia R. Pessar. 2010. "Gendered Geographies of Power: Analyzing Gender Across Transnational Spaces." *Global Studies in Culture and Power* 7(4):441–59.
- Maia, Vania.** 2018. "Conheça Os Alfacinhas Dos Himalaias." *Visão* , March 25.
- Manuel, Helena Isabel Borges.** 2007. "CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE PLANEAMENTO FAMILIAR de Mulheres Timorenses Residentes Em Portugal." Universidade Aberta, Lisboa.
- Mapril, José.** 2009. "O Lugar Do Sacrifício: Qurbani e Circuitostransnacionais Entre Bangladeshis Em Lisboa." *Análise Social* 44:71–103.

- Marques, Patrícia, Ana Gama, Mário Santos, Bruno Heleno, Heleen Vermandere, Sónia Dias, Jeanine Suurmond, Charles Agyemang, and Morten Skovdal.** 2021. "Understanding Cervical Cancer Screening Barriers among Migrant Women: A Qualitative Study with Healthcare and Community Workers in Portugal." *International Journal of Environment Research and Public Health* 18(7248).
- Marques, Patrícia, Mariana Nunes, Maria da Luz Antunes, Bruno Heleno, and Sónia Dias.** 2020. "Factors Associated with Cervical Cancer Screening Participation among Migrant Women in Europe: A Scoping Review." *International Journal for Equity in Health* 19(1):1–15.
- De Martino, Ernesto.** 2013. *Sud e Magia*. 11th ed. edited by Feltrinelli.
- Merry, Lisa, Sarah Fredsted Villadsen, Veronik Sicard, and Naomie Lewis-Hibbert.** 2020. "Transnationalism and Care of Migrant Families during Pregnancy, Postpartum and Early-Childhood: An Integrative Review." *BMC Health Services Research* 20(1):1–24.
- Miller, Amarna.** 2021. *Vírgenes, Esposas, Amantes y Putas*. Martínez Roca.
- Miranda, Joana.** 2009. *Mulheres Imigrantes Em Portugal: Memórias, Dificuldades de Integração e Projectos de Vida*. 35. Lisboa.
- MOLESS, Ministry of Labour Employment and Social Security.** 2020. *Employment and Social Security Nepal Labour Migration Report 2020*. Kathmandu.
- Monteiro, Ivete.** 2005. "SER MÃE HINDU Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e Aos Cuidados à Criança Na Cultura Hindu Em Contexto de Imigração ." Universidade Aberta, Lisboa.
- Morokvasic, Mirjana.** 1984. "Birds of Passage Are Also Women" *International Migration Review* 18(4):886–907.
- Neto, Félix.** 2008. *Estudos de Psicologia Intercultural : Nós e Outros*. 3rd ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- NRNA.** 2020. "NRNA Covid-19 - Breath for Nepal." Retrieved December 24, 2021 (<https://donate.nrna.org/oxygen>).
- O'neil, Tam, Anjali Fleury, and Marta Foresti.** 2016. "Women on the Move Migration, Gender Equality and the 2030 Agenda for Sustainable Development."

- Observatório do Tráfico de Seres Humanos.** 2018. Tráfico de Seres Humanos | Relatório 2017.
- Oliveira, Catarina Reis.** 2012. Monitoring Immigrant Integration in Portugal: Managing the Gap between Available Data and Implemented Policy. edited by R. Bijl and A. Verweij. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research.
- Oliveira, Catarina Reis.** 2020a. Indicadores de Integração de Imigrantes RELATÓRIO ESTATÍSTICO ANUAL 2020. Lisboa.
- Oliveira, Catarina Reis.** 2020b. Indicadores de Integração de Imigrantes RELATÓRIO ESTATÍSTICO ANUAL 2020. Lisboa.
- Orozco, Amaia Pérez.** 2009. Global Care Chains Gender | Migration and Development Series 2. Santo Domingo.
- Ortner, Sherry B.** 1972. "Is Female to Male as Nature Is to Culture?" *Feminist Studies* 1(2):5.
- Padilla, Beatriz.** 2007. "A Imigrante Brasileira Em Portugal: Considerando o Género Na Análise." Pp. 113–34 in *Imigração brasileira em Portugal*, edited by Jorge Macaísta Malheiros. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.
- Parajuli, Vandana Joshi, Scott Macdonald, and Masamine Jimba.** 2015. "Social-Contextual Factors Associated with Alcohol Use among Adolescents of Traditional Alcohol User and Nonuser Ethnic Groups of Nepal." *Journal of Ethnicity in Substance Abuse* 14(2):151–65.
- Pariyar, Mitra.** 2015. "Dreams of Sacrifice: Changing Ritual Practices among Ex-Gurkha Immigrants in the UK." Pp. 292–308 in *Nepali Diaspora in a Globalised Era*, edited by T. B. Subba and A. C. Sinha. Routledge India.
- Pariyar, Mitra.** 2019. "Caste, Military, Migration: Nepali Gurkha Communities in Britain." *SAGE Journals* 20(3):608–27.
- Pariyar, Mitra, Bal Gopal Shrestha, and David N. Gellner.** 2014. "Rights and a Sense of Belonging: Two Contrasting Nepali Diaspora Communities." Pp. 134–58 in *Facing Globalization in the Himalayas: Belonging and the Politics of the Self*. Delhi: SAGE.
- Parreñas, Rhacel Salazar.** 2015. *Servants of Globalisation: Migration, Women and Domestic Work*. 2nd ed. Stanford University Press.

- Patton, Michael Quinn.** 2015. *Qualitative Research and Evaluation Methods - Integrating Theory and Practice*. 4th ed. SAGE.
- Pd Pyakurel, Uddhab.** 2018. "Restrictive Labour Migration Policy on Nepalese Women and Consequences." *Sociology and Anthropology* 6(8):650–56.
- Pearce, Diana.** 1978. "The Feminization of Poverty; Women, Work and Welfare." *Urban and Social Change Review* 11:28–36.
- Peixoto, João, Joaquín Arango, Corrado Bonifazi, Claudia Finotelli, Catarina Sabino, Salvatore Strozza, and Anna Triandafyllidou.** 2012. "Immigrants, Markets and Policies in Southern Europe: The Making of an Immigration Model?" Pp. 107–48 in *European Immigrations*. Amsterdam University Press.
- Peixoto, João, António Goucha Soares, Paulo Manuel Costa, Sónia Pereira, and Catarina Sabino.** 2005. *O Tráfico de Migrantes Em Portugal: Perspectivas Sociológicas, Jurídicas e Políticas*. Vol. 12. edited by Alto-Comissariado para a imigração e minorias étnicas (ACIME).
- Pereira, Alexandra Cristina Santos.** 2016. *Translating Doctors and Calling Healers Back Home Integration Process and Health Challenges Faced by Nepalese Women Immigrants in Lisbon-Portugal*. Lisbon.
- Pereira, Alexandra Cristina Santos.** 2019. "Transborder Himalaya: Processos de Transnacionalismo Nos Empresários e Trabalhadores Nepaleses Em Lisboa." Universidade de Lisboa, Lisbon.
- Pereira, Cristina, Alexandra Pereira, Aashima Budal, Sanjeev Dahal, and R. Pires.** 2021. "If You Don't Migrate, You're a Nobody." *Journal of Rural Studies* 88:500–509.
- Pereira, Maria Adelaide Duarte Abreu.** 2009. "A Comunidade Chinesa Imigrante Em Portugal e Os Cuidados de Saúde : Um Estudo Na Região de Lisboa." Universidade Aberta, Lisboa.
- Piper, Nicola and Keiko Yamanaka.** 2005. *Feminized Migration in East and Southeast Asia: Policies, Actions and Empowerment*. 11.
- PORDATA.** 2020. "PORDATA - Ambiente de Consulta." Retrieved November 20, 2021 (<https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>).
- Presidência do Conselho de Ministros.** 2021. Resolução Do Conselho de Ministros n.o 69/2021 .

- Pussetti, Chiara, Júlio F. Ferreira, Elsa Lechner, and Cristina Santinho.** 2009. *Migrantes e Saúde Mental-A Construção Da Competência Cultural* . 1st ed. edited by I. P. . Alto-Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural (ACIDI. Lisboa: Observatorio da Imigração.
- Quaranta, Ivo.** 2006. *Antropologia Medica. I Testi Fondamentali* . edited by E. Fabietti. Cortina Raffaello.
- Rademakers, J.** 2005. "Diversity in Sexual Health: Problems and Dilemmas." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care : The Official Journal of the European Society of Contraception* 10(4):207–11.
- Ramalho, Sonia and Susana Trovão.** 2010. *REPERTÓRIOS FEMININOS EM CONSTRUÇÃO NUM CONTEXTO MIGRATÓRIO PÓS-COLONIAL MODALIDADES DE PARTICIPAÇÃO CÍVICA Volume 2 SÓNIA RAMALHO.* 42. Lisboa.
- Ramos, Natália.** 2009. "Saúde, Migração e Direitos Humanos." *Psicologia Da Saúde* 17(1):1–11.
- Raniso, G.** 2014. "Genere, Salute e Medicalizzazione Del Parto." Pp. 247 – 264 in *Sociologia e salute di genere*, edited by C. Cipolla. Franco Angeli.
- Raposo, Otávio and Pedro Varela.** 2017. "Abuso Num Bairro Black, Reflexão Sobre a Violência Policial, o Racismo e a Segregação Nas Periferias de Lisboa." Buala. Retrieved October 31, 2021 (<https://www.buala.org/pt/cidade/abuso-num-bairro-black-reflexao-sobre-a-violencia-policial-o-racismo-e-a-segregacao-nas-perif>).
- Razum, Oliver, Hajo Zeeb, and Sabine Rohrmann.** 2000. "The 'healthy Migrant Effect' - Not Merely a Fallacy of Inaccurate Denominator Figures." *International Journal of Epidemiology* 29(1):191–92.
- Rocha, Cristianne Maria Famer, Camilo Darsie, Ana Gama, and Sonia Dias.** 2012. "Migração Internacional e Vulnerabilidade Em Saúde: Tópicos Sobre as Políticas De Saúde e De Saúde Sexual e Reprodutiva Em Portugal ." *Revista Brasileira de Geografia Médica e Da Saúde* 8(5):190–200.
- Sah, Lalita Kumari, Rochelle Ann Burgess, and Rajeeb Kumar Sah.** 2018. "'Medicine Doesn't Cure My Worries': Understanding the Drivers of Mental Distress in Older Nepalese Women Living in the UK." *An International Journal for Research, Policy and Practice* 14(1):65–79.

- Sah, R.** 2017. "Positive Sexual Health: An Ethnographic Exploration of Social and Cultural Factors Affecting Sexual Lifestyles and Relationships of Nepalese Young People in the UK ." Canterbury Christ Church University.
- Salih, Ruba.** 2002. "Reformulating Tradition and Modernity: Moroccan Migrant Women and the Transnational Division of Ritual Space." *Global Networks* 2(3):219–31.
- Sandelowski, Margarete.** 2000. "Focus on Research Methods Whatever Happened to Qualitative Description?" *Research in Nursing & Health* 23.
- Sant'ana, Helena Mauricio.** 2009. "Migrantes Hindus Em Portugal: Trajectos, Margens e Poderes." ISCTE, Lisbon.
- Santos, Boaventura de Sousa, Conceição Gomes, Madalena Duarte, and Maria ioannis Baganha.** 2009. *Tráfico de Mulheres Em Portugal Para Fins de Exploração Sexual*. edited by Comissão para a cidadania e igualdade de Género.
- Santos, Clara Almeida.** 2007. *IMAGENS DE MULHERES IMIGRANTES NA IMPRENSA PORTUGUESA Análise Do Ano 2003*. 14. Lisboa.
- Sardinha, João.** 2010. "Estratégias Identitárias e Esquemas de Integração: Os Posicionamentos Das Associações Angolanas, Brasileiras e Da Europa de Leste Em Portugal Identity Strategies and Integration Schemes: The Positionings of Angolan, Brazilian and Eastern European Association in Portugal." *Revista Migrações - Número Temático Associativismo Imigrante* 6:59–80.
- Sassen, Saskia.** 2003. "The Feminization of Survival: Alternative Global Circuits." Pp. 59–77 in.
- Sayad, Abdelmalek.** 2004. *The Suffering of the Immigrant* . edited by D. Macey. Cambridge: Polity Press Ltd.
- Schiller, Nina Glick, Linda Basch, and Cristina Blanc-szanton.** 1992. "Transnationalism: A New Analytic Framework for Understanding Migration." *Annals of the New York Academy of Sciences* 645:1–24.
- SEF.** 2000. *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2000*. Lisbon.
- SEF.** 2020. *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020*. Lisbon.
- Shakya, Manju and Yunjeong Yang.** 2019. "Migration as a Window to Empowerment: Nepalese Women's Experiences in South Korea." *Gender and Development* 27(1):105–22.

- Shrestha, Niva, Joelle Mak, and Cathy Zimmerman.** 2020. *Stigma and Empowerment: A Qualitative Study on Nepalese Women and Labour Migration.* Geneva : International Organization for Migration.
- Siantz, Mary Lou De Leon.** 2013. "Feminization of Migration: A Global Health Challenge." [Http://Dx.Doi.Org/10.7453/Gahmj.2013.065](http://dx.doi.org/10.7453/Gahmj.2013.065) 2(5):12–14.
- Silva, Estefânia Gonçalves, Silva Maria da Conceição Nogueira, and Ana Sofia Antunes das Neves.** 2010. "(RE)Conciliação Dos Usos Do Tempo: Imigração, Género e Trabalho-Família." *PSICO* 41(4):456–62.
- Silva, Hélio R.** S. 2009. "A Situação Etnográfica: Andar e Ver." *Horizontes Antropológicos* 15(32):171–88.
- Simkhada, Padam, Edwin Van Teijlingen, Manju Gurung, and Sharada P. Wasti.** 2018. "A Survey of Health Problems of Nepalese Female Migrants Workers in the Middle-East and Malaysia." *BMC International Health and Human Rights* 18(1).
- Sims, Jessica Mai.** 2008. *Soldiers, Migrants and Citizens. The Nepalese in Britain.* Runnymede.
- Svensson, Pia, Katarina Carlzén, and Anette Agardh.** 2017. "Exposure to Culturally Sensitive Sexual Health Information and Impact on Health Literacy: A Qualitative Study among Newly Arrived Refugee Women in Sweden." *Culture, Health & Sexuality* 19(7):752–66.
- Tamang, Laxmi, Camille Raynes-Greenow, Kevin McGeechan, and Kirsten I. Black.** 2017. "Knowledge, Experience, and Utilisation of Sexual and Reproductive Health Services amongst Nepalese Youth Living in the Kathmandu Valley." *Sexual & Reproductive Healthcare* 11:25–30.
- Thake, Anna.** 2014. "Factors Influencing Beliefs about Mental Health Difficulties and Attitudes Towards Seeking Help Amongst Nepalese People in the United Kingdom." University of Hertfordshire.
- Thakuri, Dipendra Singh, Pramesh Raj Ghimire, Samikshya Poudel, and Resham Bahadur Khatri.** 2020. "Association between Intimate Partner Violence and Abortion in Nepal: A Pooled Analysis of Nepal Demographic and Health Surveys (2011 and 2016)." *BioMed Research International* 2020.

- Thapa-Oli, Soni, Hari Bansha Dulal, and Yoko Baba.** 2009. "A Preliminary Study of Intimate Partner Violence among Nepali Women in the United States." *Violence Against Women* 15(2):206–23.
- The world bank group.** 2019. "Personal Remittances, Received (% of GDP) - Nepal ." Retrieved June 28, 2021 (<https://data.worldbank.org/indicator/BX.TRF.PWKR.DT.GD.ZS?locations=NP>).
- Tiefer, Leonor.** 2001. "A New View of Women's Sexual Problems: Why New? Why Now?" *Journal of Sex Research* 38(2):89–96.
- Topa, Joana Bessa.** 2013. "Cuidados de Saúde Materno-Infantis à População Imigrante Residente Em Portugal." Universidade do Minho.
- Turato, Egberto Ribeiro.** 2005a. "Métodos Qualitativos e Quantitativos Na Área Da Saúde: Definições, Diferenças e Seus Objetos de Pesquisa." *Revista de Saúde Pública* 39(3):507–14.
- Turato, Egberto Ribeiro.** 2005b. "Métodos Qualitativos e Quantitativos Na Área Da Saúde: Definições, Diferenças e Seus Objetos de Pesquisa ." *Revista de Saúde Pública* 39:507–14.
- Turner, John C.** and Penelope J. Oakes. 1986. "The Significance of the Social Identity Concept for Social Psychology with Reference to Individualism, Interactionism and Social Influence." *British Journal of Social Psychology* 25(3):237–52.
- UN - United Nations.** 2015. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development.*
- UNHCR - The UN Refugee Agency.** 2019. *Global Report 2018.* Geneva.
- UNODC.** 2019. *Multi Country Study on the Smuggling of Migrants and Trafficking in Persons from Nepal.* New Delhi.
- UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime.** 2021. *Global Report on Trafficking in Persons 2020.* New York.
- Urpis, Ornella.** 2018. "SALUTE SESSUALE E CULTURA PATRIARCALE: LE ESPERIENZE DELLE DONNE." Pp. 60–75 in *STATO DI SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI: DIFFICOLTÀ E BUONE PRATICHE* , edited by G. Delli Zotti.

- Velho, Elena.** 2012. “Violências de Género Contra Um Grupo de Mulheres Grávidas Imigrantes Em Portugal: Impactos Ao Nível Da Saúde Psicológica, Física e Sexual/Reprodutiva.”
- Vertovec, Steven.** 2007. “Super-Diversity and Its Implications.” *Ethnic and Racial Studies* 30(6):1024–54.
- Vicente, Lisa Ferreira.** 2020. “Aborto Por Opção Da Mulher: A Experiência Portuguesa Da Implementação Da Rede Nacional.” *Cadernos de Saúde Pública* 36.
- Wall, Karin.** 2008. “Trajectórias de Mulheres Imigrantes Em Portugal.”
- Werbner, Pina.** 1996. “Stamping the Earth with the Name of Allah: Zikr and the Sacralizing of Space among British Muslims .” Pp. 309–38 in *Cultural anthropology*. Vol. 11. American Anthropological Association.
- WHO- World Health Organization.** 2020. *The Minsk Declaration - The Life-Course Approach in the Context of Health 2020*. Copenhagen .
- WHO - World health Organization.** 2002. *The World Health Report : 2002 : Reducing Risk, Promoting Healthy Life*. Geneva.
- WHO - World Health Organization.** 2010a. *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes* . edited by E. Blas and A. Sivasankara Kurup. Geneva: World Health Organization .
- WHO - World Health Organization.** 2010b. *HEALTH OF MIGRANTS – THE WAY FORWARD* Report of a Global Consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010. Geneva.
- WHO - World Health Organization.** 2021. “Sexual and Reproductive Health and Research (SRH).” Retrieved October 14, 2021 (<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>).
- Willig, Carla.** 2001. *Introducing Qualitative Research in Psychology : Adventures in Theory and Method*. Open University Press.
- World Economic Forum.** 2021. *Global Gender Gap Report 2021*. Geneva.
- Zimmerman, Mary K., Jacquelyn S. Litt, and Christine E. Bose.** 2006. *Global Dimensions of Gender and Carework*. Stanford Social Sciences.



ANEXOS



TABELA 1

Dimensões principais da pesquisa e respetivos descritores, método de recolha dados e de análise.

DIMENSÕES E SUBCOMPONENTES	DESCRITORES	MÉTODO DE RECOLHA	MÉTODO DE ANÁLISE
<p>Contexto de Origem</p> <p>A análise do contexto de origem ajuda a interpretar a bagagem cultural e condição social e económica dos sujeitos em migração, fatores que podem incidir tanto na sua condição de saúde como no sucesso do processo de migração.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etnia • Religião • Escolaridade • Família de origem • Migração interna / internacional • Situação laboral • Problemas identificados no país de origem • Comportamentos e práticas em saúde 	Questionário e entrevistas semiestruturadas.	Análise Qualitativa dos Discursos.
<p>Experiência Migratória</p> <p>O impacto do processo de migração no bem-estar individual é fundamental na avaliação dos seus determinantes da saúde, e reflete frequentemente desigualdades sociais potencialmente nocivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motivo de migração (económico, violência, qualidade vida, educação dos filhos) • Condições de migração (autónoma, reunificação familiar, migração com filhos) • Trajetórias de migração 	Questionário.	
<p>Contexto de Acolhimento</p> <p>A análise dos fatores sociais que implicam com o bem-estar do sujeito migrante no país de acolhimento é fundamental para contextualizar e interpretar as vivências em saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes.</p>			
<p>A</p> <p>Caracterização Individual Geral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Estado civil • Número de filhos • Composição do núcleo doméstico • Tempo de estadia em Portugal Estado de habitação • Idioma(s) falado(s) • Formação profissional • Emprego/desemprego • Rendimento 	Questionário individual.	

DIMENSÕES E SUBCOMPONENTES	DESCRITORES	MÉTODO DE RECOLHA	MÉTODO DE ANÁLISE
<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Capital Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pertença a grupo comunitário / religioso • Grau e condições de apoio social • Interação com a comunidade nepalesa • Interação com a comunidade portuguesa 	<p>Entrevista semiestruturada, questionário individual, observação participante na comunidade, revisão da literatura.</p>	<p>Análise Qualitativa dos Discursos.</p>
<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Experiências de Discriminação Interseccional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminação de Género • Discriminação étnica/racial • Discriminação social 	<p>Entrevista semiestruturada e observação participante na comunidade e cuidados de saúde.</p>	
<p style="text-align: center;">D</p> <p style="text-align: center;">Cuidados de Saúde no Destino</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes Pessoais e Familiares de saúde • Hábitos nutricionais e de atividade física, abuso de tabaco e outras substâncias tóxicas • Utilização dos serviços (contraceção, rastreio oncológico, seguimento regular durante a gravidez, seguro de saúde) • Comportamentos e práticas em saúde (rituais, crenças, utilizo da medicina tradicional) • Grau de literacia em saúde 	<p>Entrevista semiestruturada, questionário individual.</p>	
<p>Expectativas Pelo Futuro</p> <p>As expectativas de cada um dizem respeito aos seus traços culturais e ao seu poder de reclamação, assim como ao seu empoderamento no contexto do acolhimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias para melhorar os cuidados de saúde para a população migrante feminina em Portugal • Desejos pelo futuro enquanto cidadã transnacional 	<p>Entrevistas semiestruturadas.</p>	

TABELA 2**Questionário Individual Online.**

DIMENSÕES	PERGUNTAS
Identificação	<ul style="list-style-type: none"> • What is your name? • How old are you? • What is your origin place? • What is your educational background? • How many languages do you speak? • Do you work? What do you do? • Monthly income (lower/equivalent/higher than minimum national income) • Do you follow any religion? Which one? • Do you follow any political party? • What is your sexual orientation?
Experiência Migratória em Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • When did you arrive in Portugal? • Projeto migratório (from where? To where?) • Migration phase? (regular, irregular, in process)
Contexto Familiar em Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • Who do you live with? • Where do you live? (bairro) • Are you in a relationship? • When and where you meet (and marry) your partner? • Are you a mother? How old are your children? Do your children live with/close to you?
Contexto Social em Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • Do you belong to any imigrant association? • How do you value your support network?
Estado de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Are you healthy? / Do you have any chronic condition? • Do you consider your health status in Portugal worse/equal/better than in Nepal?
Relação Atual com o SNS	<ul style="list-style-type: none"> • Do you have a SNS number? • Do you have a family Doctor? • Did you attend any Family Planning/pregnancy consultation in the last 2 years?

TABELA 3**Guia da Entrevista.**

DESCRITORES	DIMENSÕES
<p style="text-align: center;">1 MENSTRUATION (fonte: literatura- Chappaudi)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto de origem; • Experiênciamigratória; • Experiênciasdediscriminação • interseccional; • Contexto de destino; • Expectativas.
<p style="text-align: center;">2 FAMILY PLANNING (fonte: literatura, observação participante)</p>	
<p style="text-align: center;">3 PREGNANCY AND MATERNITY (fonte: literatura, representante NIALP, representante Women Association)</p>	
<p style="text-align: center;">4 ABORTION (fonte: literatura, trabalho de campo)</p>	
<p style="text-align: center;">5 SEXUAL AND GENDER- BASED VIOLENCE (fonte: literatura, representante NIALP + Women Association)</p>	

