

.....

\* ORCID ID: 0000-0001-5085-0685  
sonia.dias@ensp.unl.pt

\*\* ORCID ID: 0000-0002-8686-5114  
mf.nunes@ensp.unl.pt

\*\*\* ORCID ID: 0000-0001-6958-6159  
ana.gama@ensp.unl.pt

Universidade NOVA de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/NOVA), Centro de Investigação em Saúde Pública (CISP/NOVA), Comprehensive Health Research Center (CHRC). 1600-560 Lisboa, Portugal.

# Uma reflexão sobre desigualdade de género e saúde no contexto da migração

Que desafios e respostas para a promoção da saúde das mulheres migrantes?

SÓNIA DIAS\* | MARIA NUNES\*\* | ANA GAMA\*\*\*

---

**Resumo.** O género é fator de desigualdades sociais entre mulheres e homens, incluindo na área da saúde. Diferenças nos papéis sociais de género e disparidades nas condições laborais e socioeconómicas tornam as mulheres mais suscetíveis a piores resultados em saúde e condicionam a sua acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Esta vulnerabilidade é agravada no contexto da migração. Este artigo apresenta uma reflexão teórica sobre a saúde das mulheres migrantes e seus determinantes, revelando-se evidência sobre as desigualdades e oportunidades de ação para a promoção da saúde destas populações.

**Palavras-chave:** Género, Saúde, Migrantes, Vulnerabilidade, Promoção da Saúde.

DOI <https://doi.org/10.34619/92yr-rh52>

**A reflection on gender inequality and health in the context of migration: What challenges and responses for health promotion of migrant women?** *Gender is a factor of social inequalities between women and men, including in health. Differences in gender roles and disparities in working and socioeconomic conditions make women more susceptible to worse health outcomes and influence their accessibility and use of health services. This vulnerability is aggravated in the context of migration. This article presents a theoretical reflection about the health of migrant women and its determinants, revealing evidence on health inequalities and opportunities for action to promote the health of these populations.*

**Keywords:** *Gender, Health, Migrants, Vulnerability, Health Promotion.*



## 1. GÉNERO E SAÚDE: QUE RELAÇÃO?

Tem sido realçada a importância da igualdade de gênero para o desenvolvimento das sociedades, estando contemplada como um objetivo a alcançar na Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030 (Manandhar, Hawkes, Buse, Nosrati & Magar, 2018). O gênero, entendido como construção social e cultural do que caracteriza os homens e as mulheres, e estando interrelacionado com o sexo (características biológicas que distinguem homens e mulheres), é reconhecidamente um determinante das desigualdades sociais entre sexos, e na área da saúde essas desigualdades não são exceção (Prazeres, Laranjeira, Marques & Soares, 2008; Day, Mason, Lagosky & Rochon, 2016). Na verdade, a investigação em saúde tem-se focado nas desigualdades de gênero, e para vários indicadores de saúde têm sido descritas diferenças entre mulheres e homens.

A nível global verifica-se que as mulheres têm uma esperança média de vida maior do que os homens nas mesmas condições socioeconómicas (World Health Organization, 1998; 2019). Adicionalmente, a mortalidade tende a ser menor nas mulheres em todas as faixas etárias (Matud, 2017). No entanto, em diversas problemáticas, as mulheres apresentam pior estado de saúde do que os homens. A prevalência de

doenças crónicas, como as doenças autoimunes e reumatológicas, e de multimorbilidade é superior nas mulheres (Matud, 2017). As mulheres são também mais vulneráveis a infeções sexualmente transmissíveis, como a infeção pelo VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), HPV (Vírus do Papiloma Humano), clamídia ou gonorreia, e suas complicações a longo prazo (Higgins, Hoffman & Dworkin, 2010; Wong, Singh, Mann, Hansen & McMahon, 2004). No que concerne a patologias do foro mental, a depressão major ou a ansiedade tendem a ser mais prevalentes entre as mulheres, enquanto o transtorno de personalidade antissocial é mais frequente entre os homens (Bulhões, Ramos, Severo, Dias & Barros, 2019; Matud, 2017).

Para compreender as diferenças de género em saúde, é importante considerar que as disparidades entre homens e mulheres decorrem não só das diferenças biológicas (por exemplo, ao nível do metabolismo, crescimento, ciclos reprodutivos e hormonas sexuais), mas também dos diferentes papéis sociais, normas e relações de género ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. Neste sentido, o género tem influência no acesso à educação e ao mercado de trabalho, bem como nas condições socioeconómicas, laborais e de vida, o que leva a desigualdades sociais, discriminação e exclusão social com forte impacto na saúde (Vlassoff, 2007). Disparidades de rendimento, ocupação e maior carga de tarefas domésticas não remuneradas tornam as mulheres mais suscetíveis a piores resultados em saúde (World Health Organization, 2016). Adicionalmente, o género determina, para homens e mulheres, diferentes comportamentos protetores e de risco, diferentes vulnerabilidades a doenças, mas também diferentes experiências nos serviços de saúde em termos de acessibilidade, utilização dos serviços e interação com os profissionais de saúde (Manandhar et al., 2018; Matud, 2017; Vlassoff, 2007). Ainda que as mulheres tendam a procurar cuidados de saúde mais frequentemente do que os homens, as suas condições socioeconómicas podem comprometer a capacidade de acesso a estes cuidados (Manandhar et al., 2018). Esta vulnerabilidade em saúde pode ser particularmente acentuada no contexto da migração, em que muitas mulheres migrantes experienciam uma dupla vulnerabilidade: à exposição a desigualdades sociais de género, soma-se a exposição a situações de discriminação, exclusão social e violência no processo migratório (World Health Organization, 2016).

## 2. GÊNERO E SAÚDE NO CONTEXTO DA MIGRAÇÃO

**2.1. Migração no feminino.** Nas últimas décadas, os movimentos migratórios têm-se acentuado e complexificado, com muitas pessoas a migrarem motivadas por oportunidades de emprego/formação ou reagrupamento familiar, enquanto outras são forçadas a migrar devido a conflitos ou catástrofes naturais (World Health Organization, 2018). Atualmente, as mulheres representam cerca de 48% de todos os migrantes a nível mundial (International Organization for Migration, 2019). Já no contexto europeu, as mulheres representam mais de metade da população migrante na região (52%) (World Health Organization, 2016). Em Portugal tem-se verificado nos últimos anos uma feminização da imigração, com as mulheres a representarem, em 2018, 50,6% dos imigrantes residentes no país. A expressão de mulheres atualmente é maior na população imigrante de nacionalidade brasileira (59,4% de mulheres), angolana (54,9%) e ucraniana (54,0%) (Oliveira & Gomes, 2019). Adicionalmente, as mulheres estrangeiras residentes em Portugal são mais jovens que os homens imigrantes (61,2% destas mulheres têm entre 20 e 49 anos, sendo esta percentagem inferior nos homens) e muito mais jovens do que as mulheres autóctones (apenas 36,5% das mulheres autóctones têm entre 20 e 49 anos) (Oliveira & Gomes, 2019).

**2.2. Desigualdades de género e saúde das mulheres migrantes: o que nos diz a evidência?** De forma global, o contexto migratório exacerba o efeito do género no estado de saúde, com as mulheres imigrantes a reportarem, de forma geral, pior saúde que os homens (Read & Reynolds, 2012). Esta exacerbação não decorre especificamente da condição de migrante em si, mas sim das condições que esta população vivencia durante o processo migratório e a exposição a riscos ao longo de todas as fases desse processo, desde a sua partida do país de origem até ao estabelecimento num novo país (Dias, Gama & Martins, 2013).

A influência do género no processo de migração é bastante complexa. Por um lado, o género influencia as decisões acerca de quem migra, porque migra e com que base se decide migrar. Por outro lado, a migração influencia as relações de género, acentuando as desigualdades e papéis tradicionais, ou desafiando-os e alterando-os (Dias, Rocha & Horta, 2009; Horta & Miranda,

2014). Historicamente, a migração feminina tem sido motivada principalmente por questões de reagrupamento familiar, mas nas últimas décadas tem-se assistido a uma diminuição do número de mulheres que migram por esse motivo (Fleury, 2016). Em contrapartida, nos últimos anos tem-se observado, quer em Portugal quer no contexto internacional, um aumento substancial de mulheres que migram de forma autónoma, por questões de emprego (altamente qualificado ou independente) ou por motivos de educação ou formação (Oliveira & Gomes, 2019). Várias mulheres migram também para fugir a contextos de violência de género e discriminação, sendo a migração uma oportunidade de melhorar a autonomia financeira, a autoestima e o empoderamento (Fleury, 2016). Por outro lado, os diferentes papéis sociais de género no país de origem podem determinar situações de vulnerabilidade (casamento forçado, falta de acesso a recursos e/ou informação, restrições legais à mobilidade das mulheres), que resultam muitas vezes em situações de trânsito irregular (Fleury, 2016). Estas mulheres estão mais sujeitas a situações de violência física e/ou sexual, assim como de tráfico (incluindo o sexual), estando descrito que as mulheres são alvos preferenciais para as redes de tráfico humano (Astles, n.d.).

Já no país de destino, o género influencia o tipo de trabalho, que se concentra frequentemente no trabalho doméstico remunerado, prestação de cuidados, indústria da saúde ou de entretenimento (Fleury, 2016). Adicionalmente, verificam-se diferenças na remuneração, uma maior carga de trabalho não remunerado e menor proteção social. Por exemplo, em Portugal, à semelhança de outros países, a discrepância salarial entre mulheres e homens acentua-se na população imigrante, com as mulheres estrangeiras a receberem uma remuneração 33,8% menor do que os homens imigrantes e 11,4% menor do que a das trabalhadoras de nacionalidade portuguesa (Oliveira & Gomes, 2019). Estas desigualdades socioeconómicas, aliadas à falta de oportunidades de acesso à educação, podem condicionar a capacidade de proteção da saúde destas mulheres (Vlassoff, 2007).

Na verdade, o impacto que o género e os determinantes sociais associados têm na saúde das mulheres migrantes espelha-se em vários indicadores de saúde física e mental, assim como no acesso aos cuidados de saúde.

Relativamente à saúde física, muitos dos estudos realizados na área da migração mostram que, de forma geral, as mulheres migrantes reportam um pior estado de saúde do que os homens migrantes, sendo as diferenças de nível socioeconómico um dos principais fatores explicativos desta

disparidade (Dias et al., 2013). Ainda que a integração social tenha um papel importante na saúde da generalidade dos imigrantes, verifica-se uma diferença de acordo com o género que se pode traduzir em maior vulnerabilidade em saúde nas mulheres imigrantes, já que estas têm tendem a ter menor escolaridade, a desempenhar trabalhos mais precários e menos remunerados ou a estar desempregadas (Dias et al., 2013).

No caso específico das doenças crónicas (como diabetes, obesidade, hipertensão, entre outras), as mulheres migrantes tendem a reportar mais frequentemente este tipo de doenças do que os homens migrantes (Katare & Chakrovorty, 2019). Na literatura, esta tendência tem sido associada à alteração de vários comportamentos relacionados com a saúde e estilos de vida, nomeadamente ao nível da alimentação, exercício físico e consumo de álcool e outras substâncias, que muitas vezes ocorre no processo de adaptação a um novo país (Costa, Dias & Martins, 2017; 2018). No entanto, o género parece também ter um papel importante nesta tendência. Num estudo conduzido em Portugal, as mulheres migrantes reportaram mais frequentemente ter uma doença crónica e fazer menos exercício físico regular do que os homens migrantes (Dias et al., 2013).

Também no que respeita à saúde mental, observa-se que patologias como a depressão ou a ansiedade são mais frequentes em imigrantes do sexo feminino do que nos imigrantes do sexo masculino (Teixeira & Dias, 2018). Relativamente às mulheres nativas, as mulheres imigrantes apresentam stress pós-traumático de forma mais frequente, o que muitas vezes advém de um processo migratório caracterizado por experiências traumáticas, tais como migração irregular ou forçada, situações de tráfico, episódios de violência física e/ou sexual, entre outros (Almeida, Costa-Santos, Caldas, Dias & Ayres-de-Campos, 2016). O papel do género enquanto determinante da saúde mental nestas mulheres pode ser exacerbado pelo efeito de fatores culturais, de contexto socioeconómico e relacionados com suporte e integração social. De facto, os padrões culturais podem influenciar as decisões de procura de cuidados de saúde mental, assim como o estigma associado a este tipo de patologias (Stewart, 2007). Por outro lado, as mulheres migrantes têm muitas vezes um contexto de maior instabilidade social e económica, com menor autonomia financeira, maior isolamento e falta de redes de apoio, que se traduzem num maior risco para o desenvolvimento destas doenças (Almeida et al., 2016; Stewart, 2007; Teixeira & Dias, 2018).

Uma componente especialmente importante da saúde das mulheres é a saúde sexual e reprodutiva, que está estritamente ligada aos direitos destas. Nesta área verifica-se que, de forma geral, as mulheres migrantes apresentam piores indicadores relacionados com a gravidez do que as mulheres autóctones: maior percentagem de cesarianas, de complicações durante o parto, de mortalidade materna e de abortos induzidos (Almeida, Caldas, Ayres-De-Campos, Salcedo-Barrientos & Dias, 2013; World Health Organization, 2018). No contexto português, alguns autores identificaram um maior risco de parto prematuro, de hemorragia pós-parto e de depressão pós-parto em mulheres migrantes, quando comparadas com mulheres portuguesas (Almeida, Santos, Caldas, Ayres-De-Campos & Dias, 2014; Almeida et al., 2016).

Alguns estudos apontam também para que a prevalência de infeções sexualmente transmissíveis, como clamídia ou sífilis, possa ser maior entre as mulheres migrantes do que entre as mulheres nacionais (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014; Wang et al., 2010; World Health Organization, 2018). Igualmente, no que respeita à infeção pelo VIH, as mulheres migrantes tendem a ser desproporcionalmente afetadas. Num estudo realizado em França observou-se que cerca de um terço das mulheres migrantes participantes foi infetado pelo VIH após estabelecimento num novo país (Desgrees-du-lou et al., 2016). O mesmo estudo conclui que a vulnerabilidade das mulheres imigrantes em relação à infeção pelo VIH prende-se não só com as condições pré-migratórias (como a prevalência da doença nos países de origem), mas também com as condições no país de destino, como a instabilidade social e económica, a perda de suporte social e as dinâmicas relacionais com os parceiros, entre outras, que podem limitar a adoção de comportamentos preventivos e aumentar o risco de infeção (Desgrees-du-lou et al., 2016). Várias mulheres imigrantes de origem africana e brasileira a residir em Portugal participantes num estudo qualitativo de grupos focais apontaram a dificuldade na negociação da utilização do preservativo com o parceiro, acabando por não o utilizar (Dias et al., 2009). No mesmo sentido, um outro estudo realizado em Portugal mostrou que as mulheres imigrantes usam significativamente menos o preservativo quando comparadas com os homens imigrantes, tanto com parceiros regulares como ocasionais (Dias, Marques, Gama & Martins, 2014). De facto, tem sido amplamente documentado que o risco de infeção pelo VIH nestas mulheres está



muitas vezes associado aos comportamentos de risco do seu parceiro (Dias et al., 2009; Dias et al., 2019; Rocha, Dias & Gama, 2010). Um outro fator que coloca as mulheres migrantes em maior risco de infeção pelo VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis é o desconhecimento e desinformação relativamente aos modos de transmissão, métodos preventivos e sua eficácia, expressado por algumas mulheres migrantes (Dias, Gama & Rocha, 2010a).

A violência é outra componente preponderante da saúde das mulheres. Sobre esta problemática verifica-se que as mulheres imigrantes têm uma vulnerabilidade acrescida relativamente a vários tipos de violência interpessoal, que podem ocorrer tanto na esfera pessoal como na profissional ou comunitária (Dias, Fraga & Barros, 2012). Um estudo sobre a violência interpessoal em imigrantes em Portugal demonstrou que estas mulheres são desproporcionalmente afetadas por experiências de violência dentro de uma relação, com 7,1% das mulheres (*versus* 0,9% dos homens) a apontarem ter sido vítimas deste tipo de violência (Dias, Fraga et al., 2012). A exposição a situações de violência de género é particularmente acentuada em contextos de migração irregular e forçada, afetando particularmente as mulheres e jovens refugiadas e requerentes de asilo (Keygnaert et al., 2014; Oliveira, Keygnaert, Oliveira Martins & Dias, 2018; Oliveira, Oliveira Martins, Dias & Keygnaert, 2019).

As desigualdades sociais a que as mulheres migrantes estão sujeitas refletem-se também em disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde. Na generalidade, a subutilização de cuidados de saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados primários (por exemplo, consultas com um médico de medicina geral e familiar, participação em rastreios oncológicos, rastreios de infeções sexualmente transmissíveis ou vacinação), por parte da população migrante, e em especial as mulheres, em comparação com a população autóctone tem sido largamente descrita (Dias et al., 2019; Dias et al., 2018; Rosano et al., 2017). As diferenças linguísticas e culturais, as crenças e valores relacionados com questões religiosas, o desconhecimento sobre o funcionamento dos sistemas de saúde e as condições económicas desfavoráveis têm sido apontados como fatores que contribuem para este padrão (Almeida, Casanova, Caldas, Ayres-De-Campos & Dias, 2014; Dias, Gama & Rocha, 2010b; Dias, Gama, Silva, Cargaleiro & Martins, 2011; Gama, Fraga & Dias, 2010). Têm também sido documentadas dificuldades de interação com os serviços e os profissionais de saúde, na perspetiva

tanto das populações imigrantes como dos próprios profissionais (Dias, Gama & Horta, 2010; Dias, Rodrigues, Silva, Horta & Cargaleiro, 2010; Madeira, Pereira, Gama & Dias, 2018). Já os profissionais de saúde perspetivam as suas competências para dar resposta às necessidades da população imigrante como sendo moderadas ou baixas, demonstrando-se, no entanto, motivados para melhorar estas respostas (Dias, Gama et al., 2012).

### 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES MIGRANTES: QUE OPORTUNIDADES DE AÇÃO?

Estando bem descrito que as mulheres imigrantes apresentam uma vulnerabilidade acrescida em saúde, que é particularmente influenciada pelo seu contexto social, económico e migratório, torna-se claro que políticas de integração holísticas, que contemplem a melhoria do seu acesso à saúde, educação/formação, emprego, habitação, entre outras estratégias de integração social, podem ter um papel fundamental na obtenção de ganhos em saúde.

No entanto, apesar da evidência sobre os desafios acrescidos que as mulheres enfrentam durante todo o processo migratório, as políticas de migração na União Europeia (UE) têm dado um limitado foco a esta população. Adicionalmente, em diversos países europeus, verifica-se que muitas das iniciativas existentes para promover e proteger a saúde das mulheres migrantes dependem geralmente do esforço de organizações não governamentais ou de base comunitária que se dedicam a promover a integração destas mulheres nos países de acolhimento. De facto, tem sido reconhecido o insuficiente investimento no desenvolvimento e implementação de programas e estratégias neste âmbito (European Commission, 2019; European Union Agency for Fundamental Rights, 2017). Contudo, são crescentes os esforços para promover a qualidade de vida e saúde das mulheres migrantes, tanto a nível internacional como nacional.

O papel do contexto socioeconómico no processo de integração social faz com que as iniciativas de promoção do acesso ao mercado de trabalho tenham sido e se mantenham como uma das prioridades em termos de estratégias de integração de imigrantes (European Commission, 2019). As intervenções nesta área incluem a formação, educação e aconselhamento adequados às

necessidades das mulheres imigrantes, de forma a aumentar a possibilidade de acesso ao mercado de trabalho e empregabilidade destas populações. Neste âmbito inclui-se a oferta de cursos ou formações que permitem aumentar o nível de proficiência da língua do país de acolhimento, cujos resultados se refletem também num contexto mais macro, no dia a dia e na qualidade de vida destas mulheres (European Commission, 2019). Por outro lado, tendo em conta o aumento do número de mulheres imigrantes altamente qualificadas, tem sido destacada a importância de contemplar o apoio ao reconhecimento das capacidades e qualificações desta população nas políticas de emprego no contexto de migração (The Council of Europe, 2019).

O acesso e a utilização dos cuidados de saúde, enquanto fatores fundamentais para a saúde da população migrante, têm também merecido destaque. No sentido de reduzir a subutilização dos cuidados por parte desta população, tem sido reconhecida a importância de atuar ao nível do desconhecimento do sistema de saúde, assim como das barreiras linguísticas e culturais que dificultam, entre outros aspetos, a interação de imigrantes e profissionais de saúde (Devillé et al., 2011; Priebe et al., 2011). Uma das estratégias desenvolvidas nesta área tem sido o treino dos profissionais de saúde, para que estes possam prestar cuidados culturalmente sensíveis e adequados às mulheres migrantes, respondendo de forma efetiva às suas necessidades em saúde (The Council of Europe, 2019).

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva e da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres migrantes, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) aponta a importância de uma abordagem abrangente que integre um conjunto de estratégias essenciais, incluindo a disponibilização de educação sexual, o aconselhamento e serviços relacionados com métodos contraceptivos e saúde sexual, a prevenção e tratamento de infeções sexualmente transmissíveis e de cancro do sistema reprodutivo (como o cancro do colo do útero), a prevenção e deteção de casos de violência de género e sexual, ou a disponibilização de serviços para realização de aborto de forma segura (United Nations Population Fund, 2019).

Um aspeto importante para a promoção dos direitos de saúde sexual e reprodutiva é a necessidade de que as políticas nesta área não se circunscrevam apenas ao sistema de saúde, mas abranjam outros setores e atores com áreas de atuação distintas, como os setores social, da educação, da justiça, entre outros. Neste ponto inclui-se a necessidade de trabalhar com organizações da

sociedade civil para combater todos os tipos de discriminação e de violência de género, e/ou mitigar os seus efeitos, assim como promover a participação, empoderamento e consciencialização destas mulheres sobre os seus direitos (European Commission, 2019; The Council of Europe, 2019). Neste campo importa realçar o papel fulcral que entidades governamentais e não governamentais têm tido na promoção da igualdade de género e na proteção dos direitos das mulheres em Portugal, incluindo as mulheres migrantes, como a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, a Plataforma de Ação Pequim, o Alto Comissariado para as Migrações, entre muitas outras. A título de exemplo, refere-se o Plano Estratégico para as Migrações (2015-2020) do Alto Comissariado para as Migrações, que contempla medidas como a promoção do exercício de cidadania e da participação das mulheres migrantes no movimento associativo, ou a realização de iniciativas e ações de formação para sensibilizar a opinião pública relativamente à importância das migrações e da diversidade cultural (Alto Comissariado para as Migrações, 2015).

Por fim, a construção de políticas e estratégias de promoção da saúde das mulheres migrantes deve ser baseada em evidência atual e robusta (Ogbe et al., 2018). É por isso necessário continuar a aumentar e melhorar a evidência produzida na área da migração, nomeadamente através de estudos com populações migrantes que permitam compreender o impacto das diferenças de género e identificar as determinantes sociais que continuam a colocar as mulheres em maior vulnerabilidade em saúde e a melhor forma de intervir para reduzir as desigualdades (International Organization for Migration, 2019; The Council of Europe, 2019). Neste âmbito, a utilização de abordagens de investigação qualitativas e participativas tem-se mostrado relevante para a produção de conhecimento sobre as necessidades em saúde de populações mais vulneráveis, como as mulheres migrantes, e para responder às carências reais da população e informar estratégias de saúde adaptadas e efetivas (Dias & Gama, 2014; 2016). A abordagem participativa pode ter também um papel particularmente importante na promoção do envolvimento e capacitação das mulheres migrantes para proteger e melhorar a sua saúde, nomeadamente através do seu empoderamento para a adoção de comportamentos saudáveis e para serem elas mesmas agentes de mudança na redução das desigualdades sociais e de género e na defesa dos seus direitos (Dias, Gama, Simões & Mendão, 2018). Assim, é relevante considerar o potencial desta abordagem no estudo das questões de género e saúde em populações migrantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-De-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1346–1354. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x>
- Almeida, L. M., Casanova, C., Caldas, J., Ayres-De-Campos, D., & Dias, S. (2014). Migrant women's perceptions of healthcare during pregnancy and early motherhood: Addressing the social determinants of health. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(4), 719–723. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9834-4>
- Almeida, L. M., Costa-Santos, C., Caldas, J. P., Dias, S., & Ayres-de-Campos, D. (2016). The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Revista de Saúde Pública*, 50, 1–13. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005617>
- Almeida, L. M., Santos, C. C., Caldas, J. P., Ayres-De-Campos, D., & Dias, S. (2014). Obstetric care in a migrant population with free access to health care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 126(3), 244–247. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.023>
- Alto Comissariado para as Migrações. (2015). *Plano Estratégico para as Migrações (2015-2020)*. Retrieved from [https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PEM\\_net.pdf/](https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PEM_net.pdf/)
- Astles, J. (n.d.). *What makes migrants vulnerable to gender-based violence?* Retrieved March 26, 2020, from <https://rosanjose.iom.int/SITE/en/blog/what-makes-migrants-vulnerable-gender-based-violence>
- Bulhões, C., Ramos, E., Severo, M., Dias, S., & Barros, H. (2019). Measuring depressive symptoms during adolescence: What is the role of gender? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(1), 66–76. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000312>
- Costa, L., Dias, S., & Martins, M. (2018). Fruit and vegetable consumption among immigrants in Portugal: A nationwide cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2299. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102299>
- Costa, L. P., Dias, S. F., & Martins, M. D. R. O. (2017). Association between length of residence and overweight among adult immigrants in Portugal: A nationwide cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17(1), 316 <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4252-5>
- Day, S., Mason, R., Lagosky, S., & Rochon, P. A. (2016). Integrating and evaluating sex and gender in health research. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0147-7>

- Desgrees-du-lou, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Le Guen, M., Gosselin, A., Panjo, H., ... Dray-spira, R. (2016). Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS*, 30(4), 645–656. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000957>
- Devillé, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., ... Priebe, S. (2011). Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*, 11(1), 699. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-699>
- Dias, S. F., Rocha, C. F., & Horta, R. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: Um estudo qualitativo*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).
- Dias, S., Fraga, S., & Barros, H. (2012). Interpersonal violence among immigrants in Portugal. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(1), 119–124. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9644-0>
- Dias, S., Fronteira, I., Gama, A., Gróz, A. P., Mardin, D., Simões, J., Barros, P. P. (2018). Health policies, patterns and barriers to migrants' access to primary health care. In A. Rosano (Ed.), *Access to primary care and preventative health services of migrants* (pp. 99–109). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-73630-3\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73630-3_9)
- Dias, S., & Gama, A. (2014). Community-based participatory research in public health: Potentials and challenges. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(2), 150–154.
- Dias, S., & Gama, A. (2016). Contributos da abordagem qualitativa e participativa para a translação do conhecimento na área da saúde sexual em populações mais vulneráveis. *Ciaiq2016*, 2, 262–269.
- Dias, S., Gama, A., Abrantes, P., Gomes, I., Fonseca, M., Reigado, V., & Martins, M. O. (2019). Patterns of sexual risk behavior, HIV infection, and use of health services among Sub-Saharan African migrants in Portugal. *Journal of Sex Research*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1601154>
- Dias, S., Gama, A., Cargaleiro, H., & Martins, M. O. (2012). Health workers' attitudes toward immigrant patients: A cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health*, 10, 1–6. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-14>
- Dias, S., Gama, A., & Horta, R. (2010). Health care assessment: The perceptions of female immigrants in Portugal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(suppl 1), s39–s47. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500004>
- Dias, S., Gama, A., & Martins, M. O. (2013). Health status and preventative behaviors of immigrants by gender and origin: A Portuguese cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*, 15(3), 309–317. <https://doi.org/10.1111/nhs.12032>

- Dias, S., Gama, A., & Rocha, C. (2010a). Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: Insights from a focus group study. *Journal of Public Health, 18*(5), 489–496. <https://doi.org/10.1007/s10389-010-0326-x>
- Dias, S., Gama, A., & Rocha, C. (2010b). Perspectives of African and Brazilian immigrant women on sexual and reproductive health. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 15*(4), 255–263. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.497232>
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H., & Martins, M. O. (2011). Barriers in access and utilization of health services among immigrants. *Acta Medica Portuguesa, 24*(4), 511–516. <https://doi.org/10.20344/amp.492>
- Dias, S., Gama, A., Simões, D., & Mendão, L. (2018). Implementation process and impacts of a participatory HIV research project with key populations. *BioMed Research International, 2018*. <https://doi.org/10.1155/2018/5845218>
- Dias, S., Gama, A., Tavares, A. M., Reigado, V., Sim, D., Mora, C., & Ferreira, A. P. (2019). Are opportunities being missed? Burden of HIV, STI and TB, and unawareness of HIV among african migrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(15), 2710. Retrieved from <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/15/2710>
- Dias, S., Marques, A., Gama, A., & Martins, M. O. (2014). HIV risky sexual behaviors and HIV infection among immigrants: A cross-sectional study in Lisbon, Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 11*(8), 8552–8566. <https://doi.org/10.3390/ijerph110808552>
- Dias, S., Rodrigues, R., Silva, A., Horta, R., & Cargaleiro, H. (2010). Health care seeking and access to health services in immigrant communities: A study with immigrants and health professionals. *Arquivos de Medicina, 24*, 253–259.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2014). *Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. <https://doi.org/10.2900/28792>
- European Commission. (2019). *Integration of migrant women: A key challenge with limited policy resources*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/migrant-integration/feature/integration-of-migrant-women>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2017). *Together in the EU – Promoting the participation of migrants and their descendants*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fleury, A. (2016). *Understanding women and migration: A literature review*. KNOMAD Working Paper Series. Washington, D.C.: KNOMAD.

- Gama, A., Fraga, S., & Dias, S. (2010). Impact of socio-demographic factors on HIV testing among african immigrants in Portugal. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(6), 841–846. <https://doi.org/10.1007/s10903-010-9324-x>
- Higgins, J. A., Hoffman, S., & Dworkin, S. L. (2010). Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*. American Public Health Association. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159723>
- Horta, A. P., & Miranda, J. (orgs.). (2014). *Migrações e género: Espaços, poderes e identidades*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- International Organization for Migration. (2019). *World Migration Report 2020*. (M. McAuliffe & B. Khadria, Eds.). Geneva: International Organization for Migration.
- Katare, B., & Chakrovorty, S. (2019). Association between environmental factors and BMI: Evidence from recent immigrants from developing countries. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 38(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0174-4>
- Keygnaert, I., Dias, S. F., Degomme, O., Deville, W., Kenndy, P., Kováts, A., & Temmerman, M. (2014). Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector: A perpetuum mobile ? *European Journal of Public Health*, 25(1), 90–96. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku066>
- Madeira, A. F., Pereira, C. R., Gama, A., & Dias, S. (2018). Justifying treatment bias: The legitimizing role of threat perception and immigrant-provider contact in health-care. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 24(2), 294–301. <https://doi.org/10.1037/cdp0000187>
- Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., & Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 Agenda for sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 644–653. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.211607>
- Matud, M. P. (2017). Gender and health. In *Gender Differences in Different Contexts* (pp. 57–76). InTech. <https://doi.org/10.5772/65410>
- Ogbe, E., Van Braeckel, D., Temmerman, M., Larsson, E. C., Keygnaert, I., De Los Reyes Aragón, W., & Degomme, O. (2018). Opportunities for linking research to policy: Lessons learned from implementation research in sexual and reproductive health within the ANSER network. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0397-7>
- Oliveira, C., Keygnaert, I., Oliveira Martins, M. do R., & Dias, S. (2018). Assessing reported cases of sexual and gender-based violence, causes and preventive strategies, in European asylum reception facilities. *Globalization and Health*, 14(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0365-6>



- Oliveira, C., Oliveira Martins, M. D. R., Dias, S., & Keygnaert, I. (2019). Conceptualizing sexual and gender-based violence in European asylum reception centers. *Archives of Public Health, 77*(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0351-3>
- Oliveira, C. R., & Gomes, N. (2019). *Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual 2019. Imigração em Números – Relatórios anuais 4* (1.ª ed.). Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM).
- Prazeres, V. (coord.), Laranjeira, A. R., Marques, A. M., & Soares, C. (2008). *Saúde, sexo e género: Factos, representações e desafios*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health, 11*(1), 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>
- Read, J. G., & Reynolds, M. M. (2012). Gender differences in immigrant health: the case of mexican and middle eastern immigrants. *Journal of Health and Social Behavior, 53*(1), 99–123. <https://doi.org/10.1177/0022146511431267>
- Rocha, C. M., Dias, S., & Gama, A. (2010). Knowledge of contraceptive methods and STD prevention among immigrant women. *Cadernos de Saúde Pública, 26*(5), 1003–1012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500022>
- Rosano, A., Dauvrin, M., Buttigieg, S. C., Ronda, E., Tafforeau, J., & Dias, S. (2017). Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Services Research, 17*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2549-9>
- Stewart, D. E. (2007). Social determinants of women's mental health. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(3), 223–224. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.002>
- Teixeira, A. F., & Dias, S. F. (2018). Labor market integration, immigration experience, and psychological distress in a multi-ethnic sample of immigrants residing in Portugal. *Ethnicity and Health, 23*(1), 81–96. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246421>
- The Council of Europe. (2019). *Protecting the rights of migrant, refugee and asylum-seeking women and girls*. Strasbourg: The Council of Europe.
- United Nations Population Fund. (2019). *Sexual and reproductive health and rights: An essential element of universal health coverage*. United Nations Population Fund.
- Vlassoff, C. (2007). Gender differences in determinants and consequences of health and illness. *Journal of Health, Population and Nutrition, 25*(1), 47–61. <https://doi.org/10.3329/jhpn.v25i1.674>
- Wang, W., Wei, C., Buchholz, M. E., Martin, M. C., Smith, B. D., Huang, Z. J., & Wong, F. Y. (2010). Prevalence and risks for sexually transmitted infections among a national

- sample of migrants versus non-migrants in China. *International Journal of STD and AIDS*, 21(6), 410–415. <https://doi.org/10.1258/ijsa.2009.008518>
- Wong, T., Singh, A., Mann, J., Hansen, L., & McMahon, S. (2004). Gender differences in bacterial STIs in Canada. *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1), S26. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-s1-s26>
- World Health Organization. (1998). *Gender and health: Technical paper*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *Women's health and well-being in Europe: Beyond the mortality advantage*, 186.
- World Health Organization. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO european region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.78>

Recepção: 08/04/2020

Aceite para publicação: 27/05/2020