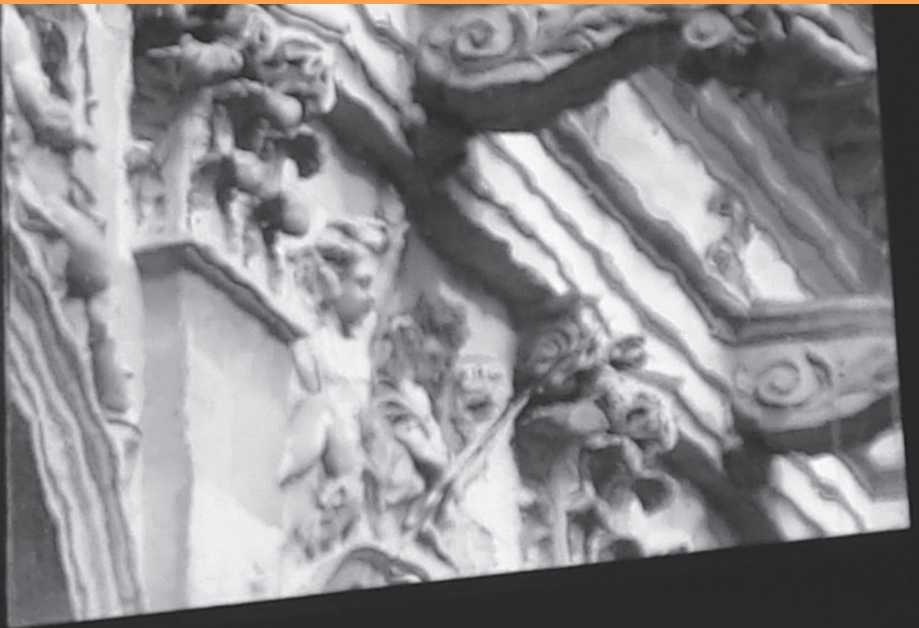




COLEÇÃO CULT

# Transversalidades da cultura

Linda Rubim &  
Nadja Miranda (orgs.)



# Transversalidades da cultura





UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITOR Naomar Monteiro de Almeida Filho

VICE REITOR Francisco José Gomes Mesquita



**E D U F B A**

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA Flávia Goullart Mota Garcia Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Titulares

Ângelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Ninõ El-Hani

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria do Carmo Soares Freitas

CONSELHEIROS SUPLENTES

Alberto Brum Novaes

Antônio Fernando Guerreiro de Freitas

Armindo Jorge de Carvalho Bião

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Cleise Furtado Mendes

Maria Vidal de Negreiros Camargo



CULT — CENTRO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA

COORDENAÇÃO Antonio Albino Canelas Rubim

VICE-COORDENAÇÃO Gisele Marchiori Nussbaumer

CONSELHO DELIBERATIVO

Antonio Albino Canelas Rubim Ângela de Andrade

Gisele Marchiori Nussbaumer Lindinalva Rubim Mariella Pitombo Vieira

COLEÇÃO CULT

# Transversalidades da cultura

*Linda Rubim*  
& *Nadja Miranda (Orgs.)*

EDUFBA  
SALVADOR, 2008

© 2008, by autores

Direitos para esta edição cedidos à EDUFBA.

Feito o depósito legal.

COORDENAÇÃO EDITORIAL Flávia Goullart Mota Garcia Rosa

REVISÃO Cida Ferraz

NORMALIZAÇÃO Susane Barros

FOTO DA CAPA Gabriela Nascimento

BIBLIOTECA REITOR MACEDO COSTA — UFBA

---

Transversalidades da cultura / Linda Rubim & Nadja Miranda (organizadoras).

- Salvador: EDUFBA, 2008.

198 p.

Textos de pesquisadores apresentados no III Encontro de Estudos  
Multidisciplinares em Cultura (ENECULT), realizado de 23 a 25 de maio de 2007.

ISBN 978-85-232-0548-5

1. Cultura - Congressos. 2. Comunicação e cultura. 3. Multiculturalismo. 4.  
Política cultural. 5. Brasil. Ministério da Cultura - História. 6. Política urbana.  
7. Inclusão digital I. Rubim, Linda. II. Miranda, Nadja. III. Encontro de Estudos  
Multidisciplinares em Cultura (3. : 2007 : Salvador, BA).

CDD - 306

---

EDUFBA Rua Barão de Geremoabo, s/n *Campus* de Ondina,  
Salvador – Bahia CEP 40170 115 tel/fax 71 3283 6164  
www.edufba.ufba.br edufba@ufba.br

# A Diversidade Cultural Na Cidade: Problemas e Desafios

*Natália Ramos\**

## *Introdução*

No mundo contemporâneo, as questões da diversidade cultural, da mobilidade das populações e das relações interculturais estão no centro da preocupação da maioria dos Estados, são da maior importância no contexto do mundo globalizado, vindo colocar novas questões à sociedade, às diferentes instituições e serviços e às políticas do século XXI, em particular às políticas urbanas. As políticas e as cidades terão de fazer face às necessidades criadas pelas novas realidades sociais, familiares, culturais, sanitárias, educativas, pelo número crescente de populações migrantes, refugiadas e de minorias étnicas que afluem às cidades e que partilham espaços, atividades e o quotidiano.

\*

Professora da Universidade Aberta, Lisboa. Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI). Diretora do Mestrado em Comunicação em Saúde. E-mails: [natalia@univ-ab.pt](mailto:natalia@univ-ab.pt) [natpramos@hotmail.com](mailto:natpramos@hotmail.com)

Na atualidade, segundo dados das Nações Unidas, uma, em cada trinta e cinco pessoas, é migrante internacional, constatando-se que perto de 200 milhões de pessoas vivem hoje fora dos seus países de origem, migrando essencialmente para as cidades.

Com efeito, tanto a globalização e a mobilidade das populações, como a urbanização, aumentaram sem precedentes os contactos entre as culturas e a coabitação entre diferentes grupos étnico-culturais e modos de vida, contribuindo, assim, para a multi/interculturalidade das sociedades, particularmente das cidades, e colocando sérios desafios à gestão da diversidade cultural, à comunicação intercultural e ao planeamento e gestão da cidade.

Nas sociedades modernas, a crescente complexidade, dinâmica e diversidade têm repercussões sobre as políticas e estratégias dos diferentes setores e agentes para dar resposta aos problemas do planeamento e da governabilidade das cidades e às necessidades e aspirações dos seus cidadãos. A cidade, onde reside atualmente mais de metade da população mundial (65%), é e será cada vez mais um espaço de pluralismo intercultural e “*tem de promover e respeitar as esperanças e os medos dos seus cidadãos*” (RYKWERT, 1988).

A cidade congrega unidade e diversidade; é lugar de convergência e divergência; é espaço de refúgio, de proteção, de libertação, de bem-estar, de união, de diálogo, mas é, igualmente, espaço de conflito, de ameaça, de violência, de opressão, de discriminação e de doença.

Como salienta Lévi-Strauss (1973), “*A cidade é ao mesmo tempo natureza e cultura; indivíduo e grupo; vivida e sonhada: o facto humano por excelência*”.

Estas novas realidades sociais, culturais e urbanas, exigem novos modelos conceituais e novas políticas e estratégias de intervenção, baseados numa perspectiva global e multi/interdisciplinar centrada nos indivíduos, nas relações sociais e nos

processos ambientais, culturais e políticos, capazes de gerir a diversidade cultural e de promover e harmonizar os direitos humanos e culturais, com as necessidades, qualidade de vida e bem-estar psicológico e social dos indivíduos, das famílias e dos grupos, majoritários ou minoritários, nacionais ou migrantes. Torna-se necessário, como estipula a Conferência das Nações Unidas no Cairo sobre População e Desenvolvimento (ONU, 1994), no seu artigo 12: “*Os países deverão garantir a todos os migrantes os direitos humanos fundamentais integrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos*”.

O pluralismo cultural e as relações interculturais fazem atualmente parte e integrarão cada vez mais, o contexto social, econômico, político, religioso, educativo, mediático e sanitário. A diversidade cultural integra e integrará cada vez mais, todos os contextos da esfera pública, muito em particular a cidade, e esta diversidade cultural deverá ser considerada como destaca a UNESCO (2001), na *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*, artigo 3: “*(...) uma das fontes de desenvolvimento, entendido não só como crescimento económico, mas, também, como meio de acesso a uma existência intelectual, afectiva, moral e espiritual satisfatória*”.

A gestão da diversidade cultural nas zonas urbanas, constitui uma das grandes preocupações do Conselho da Europa e da Comissão Europeia, os quais projetaram para 2008 um programa designado “*Cidades Interculturais*”, de modo a fazerem da cidade um espaço aberto e plural e um lugar privilegiado de diálogo intercultural.

A crescente diversidade cultural e a interculturalidade nas sociedades atuais faz com que as mulheres e os homens do século XXI mantenham múltiplas pertenças e redes transnacionais, desenvolvam novas formas de relações sociais e interculturais e novas práticas de cidadania, tenham conquistado novos direitos, mas conheçam, igualmente, novos conflitos, novos proble-

mas de comunicação e de saúde e novas formas de discriminação e de exclusão, muito em particular em meio urbano.

O processo migratório, envolvendo rupturas espaciais e temporais, transformações diversas, nomeadamente mudanças psicológicas, ambientais, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas, implicando a adaptação psicológica e social dos indivíduos e das famílias e diferentes modalidades de aculturação, constitui um processo complexo, com conseqüências ao nível do desenvolvimento individual e profissional e da saúde física e psíquica.

Se é importante ter em conta o nível de integração e as reações de adaptação dos migrantes às novas condições espaciais e sócio-culturais, torna-se igualmente importante analisar as características da sociedade de acolhimento, nomeadamente, as condições sociais, económicas e políticas dominantes e fatores como a xenofobia, a discriminação e o preconceito, os quais contribuem para o desencadear e a manutenção da exclusão e do estresse psicológico e social (BURKE, 1984).

O crescente multiculturalismo que se verifica nos diferentes setores da vida pública tem, assim, conduzido a reformulações nas estratégias e políticas sociais, de saúde e urbanas com o objectivo de melhorar a qualidade de vida, o acesso aos serviços públicos e a integração dos grupos minoritários.

### *Migração e Diversidade Cultural no Mundo e em Portugal*

O crescente desfasamento entre níveis de desenvolvimento e entre estruturas demográficas de países ricos e países pobres, os conflitos armados e políticos, têm originado um número cada vez maior de migrantes e de refugiados que afluem essencialmente às cidades. Atualmente, aproximadamente 200 milhões de homens e mulheres vivem fora dos seus países de

origem, sendo imigrantes legais ou ilegais e refugiados, crescendo estes fluxos a um ritmo mais rápido do que o crescimento da população mundial. Destes migrantes, 95 milhões são mulheres, e um terço das migrações internacionais são migrações familiares. Importa salientar que a reunificação familiar é a principal via de entrada da imigração para a União Européia, verificando-se que 75% dos fluxos migratórios anuais são constituídos por cônjuges, filhos e outros familiares (E.OSSDF, 2002). Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2007), as migrações familiares atingem 70% nos EUA e constituem um terço das migrações permanentes no Japão e no Reino Unido. As migrações familiares predominam, assim, nos fluxos migratórios de caráter permanente.

Com efeito, os fluxos migratórios têm vindo a aumentar, tocando todos os continentes e os diferentes setores da vida pública, prevendo-se que em 2050 as migrações internacionais atinjam os 230 milhões. O número de migrantes internacionais quase triplicou desde 1970. Em relação à União Européia (UE), o número de migrantes provenientes de países extra-europeus aumentou 75% desde 1980. Só a Europa contava, em 2000, 62 milhões de migrantes e a América do Norte 41 milhões. De assinalar que perto de 9% de migrantes do mundo são refugiados (16 milhões de pessoas). Em 2000, a Europa acolheu mais de 2 milhões de candidatos a asilo político, quatro vezes mais do que a América do Norte (PNUD, 2004).

Em 2005, os fluxos migratórios nos países da OCDE, aumentaram de 11% relativamente a 2004. Também nestes países, os fluxos de estudantes estrangeiros aumentaram mais de 40% desde 2000, devendo-se este crescimento às possibilidades que lhes são dadas de trabalharem e de se instalarem após terem terminado os seus estudos. Do mesmo modo, os fluxos de

trabalhadores qualificados também aumentaram. A título de exemplo, em 2000, 11% dos enfermeiros e 18% dos médicos que trabalhavam nos países da OCDE eram de origem estrangeira (OCDE, 2007).

Também no mundo, perto de 300 milhões de pessoas, distribuídas por mais de 70 países, pertencem a grupos indígenas, representando cerca de 4.000 línguas, tendo a ONU proclamado o dia 9 de Agosto como o *Dia Internacional dos Povos Indígenas*. Na América Latina, por exemplo, os 50 milhões de indígenas constituem 11% da população da região. Igualmente, 152 países do mundo têm minorias étnicas ou grupos religiosos significativos (PNUD, 2004).

O atual aumento da diversidade cultural e populacional das cidades deve-se também ao número crescente de populações migrantes que afluem às cidades. As nossas cidades ao nível planetário acolhem cada vez mais indivíduos migrantes, oriundos de diversos universos culturais. Por exemplo, na cidade de Miami, 59% da população nasceu no estrangeiro; quase metade da população das cidades de Toronto (44%), de Los Angeles (41%), de Vancouver (37%) e de Nova Iorque (36%) é também de origem estrangeira; um quarto da população das cidades de Singapura (33%), Sydney (31%) e Londres (28%) é imigrante (PNUD, 2004).

No que diz respeito a Portugal, país tradicional de emigração, este tem vindo igualmente a reforçar o seu caráter de país de imigração. O nosso país é, com efeito, um país tradicional de emigração, constituindo este fenómeno uma característica histórico-estrutural da sociedade portuguesa (SERRÃO, 1974). Muito embora o fluxo de emigração portuguesa tenha diminuído consideravelmente nos anos 80 e 90 do século XX (a título de exemplo, em 1970, este fluxo era de 173.000 e em 2003 de cerca de 27.000, segundo o Instituto Nacional de Estatística – INE), nos últimos anos, saíram de Portugal para trabalhar no

estrangeiro, 200.000 portugueses, constituindo, em geral, uma emigração mais qualificada do que as anteriores.

Portugal continua, assim, a ser um “país de emigração”, estimando-se atualmente que o número de portugueses e de descendentes no estrangeiro é de perto de 5 milhões, cerca de 5% da população residente em Portugal, tendo-se transformado este país num dos grandes berços mundiais de diásporas (RAMOS, 1996, 2004).

Portugal viu-se confrontado, a partir dos anos 70, com o fenómeno da imigração, tornando-se rapidamente “país de imigração”. Assistiu-se após 25 de Abril/1974, à chegada de uma grande vaga de pessoas, os chamados “retornados” e imigrantes africanos, devido à descolonização. Esta corrente migratória intensificou-se com a adesão de Portugal à CEE em 1986, tendo Portugal e outras economias da Europa do Sul entrado num processo de crescimento e de reestruturação que lhes permitiu oferecer melhores condições de vida aos potenciais imigrantes de países extra-europeus, nomeadamente, da África, da América Latina ou de países da União Européia (RAMOS, 2000).

Nas décadas de 80 e 90, a evolução da imigração em Portugal caracterizou-se por um aumento da população de origem estrangeira, por uma consolidação da imigração africana, por um aumento da imigração de origem europeia, brasileira e venezuelana, e com a emergência da imigração indiana, chinesa e da Europa de Leste.

Portugal tem vindo a reforçar o seu carácter de país de imigração e de acolhimento de população estrangeira, esta representando atualmente 6,7% do total da população residente no nosso país, proveniente de 179 países de diferentes continentes, mas, sobretudo, da América Latina (Brasil), da África (PALOP), e da Europa de Leste (Ucrânia). De destacar, que entre 1999 e 2001, a reunificação familiar foi invocada por 23,9% dos estrangeiros que pediram autorização de residência em Portugal (FONSECA *et al.* 2005).

O Instituto Nacional de Estatística – INE, assinala que a população portuguesa registrou em 2006 uma taxa de crescimento efetivo de 0,28%, devido ao aumento do número de imigrantes que passaram a residir em Portugal.

Em 2005, segundo dados do INE (2006), nasceram em Portugal mais de nove mil crianças em que um, ou ambos os pais, eram estrangeiros, perfazendo 8,3% da totalidade dos nascimentos neste ano. São os brasileiros que contribuem com o maior número de crianças (perto de duas mil), seguidos por Angola (1.382) e Cabo-Verde (1.101).

Os dados do INE registram, igualmente um aumento de casamentos mistos em Portugal, ou seja, entre portugueses e estrangeiros. Entre 2005 e 2006, os casamentos com estrangeiros aumentaram de 1.364 para 5.696. São os brasileiros o grupo de estrangeiros que se mantém em primeiro lugar na união com portugueses. Os casamentos entre brasileiros e portugueses aumentaram perto de 50%, entre 2005 e 2006, tendo-se registado, em 2005, 1.996 uniões e 2.917, em 2006. Os cabo-verdianos surgem em segundo lugar na lista dos estrangeiros que mais casamentos contraíram com portugueses (249), seguindo-se os angolanos (180), os ucranianos (117), os romenos (131) e os russos (92).

Dados do Ministério da Educação salientam que em Portugal no ano letivo de 2003/2004, estavam inscritas, nas escolas portuguesas, 81.470 crianças de origem estrangeira, a grande maioria destes alunos imigrantes concentrando-se essencialmente ao nível do ensino básico.

Também em Portugal, os dados do Observatório Português da Ciência e do Ensino Superior (OCES) revelam que 17.594 estrangeiros estavam inscritos no ensino superior público e privado português, no ano lectivo 2004/2005, sendo a maioria de Angola (4.258), Cabo Verde (3.835) e Brasil (1.796). De acordo com o OCES, o número de estudantes estrangeiros inscritos

no ensino superior tem vindo a aumentar nos últimos anos, registrando um crescimento de 65,7%, entre os anos letivos de 1999/2000 e 2004/2005.

Lisboa é a região do país que registra uma maior incidência de população imigrante. Em 2003, 54% da população estrangeira residia no distrito de Lisboa, seguindo-se por ordem decrescente Faro, Setúbal, Porto e Aveiro, o que mostra que esta população tende a fixar-se nas grandes áreas metropolitanas e no litoral (SEF).

### *A Cidade, a Diversidade Cultural e suas Dinâmicas*

As cidades estão no topo das preocupações nacionais e internacionais. Mais de metade da população habita hoje em zonas urbanas e suburbanas. Sete (7) cidades do mundo alojam mais de 20 milhões de indivíduos; vinte e cinco (25) cidades constituem espaço de habitação para mais de 10 milhões de cidadãos; perto de quatrocentos e setenta (470) cidades abrigam mais de 1 milhão de habitantes.

Tóquio no Japão com 33,4 milhões de habitantes constitui a aglomeração mais populosa, seguindo-se Seul na Coreia do Sul com 23,2 milhões e a Cidade do México com 22,1 milhões de habitantes. A maior cidade lusófona é São Paulo no Brasil com 20,4 milhões de habitantes. Prevê-se que, em 2030, as cidades do mundo em desenvolvimento acolham 80% do total da população urbana.

A preocupação pelo que se passa nas cidades está presente em vários organismos internacionais, tais como a UNESCO, o Conselho da Europa, A Comissão Europeia e a Organização Mundial de Saúde (OMS). A título de exemplo, ao nível dos problemas de saúde, fez aparecer em 1985 a expressão “*Cidades Saudáveis*”, tendo pouco tempo depois a OMS (1988) lançado o

movimento das cidades saudáveis, a que já aderiram na Europa perto de 1300 cidades (LAFOND et al., 2003).

O Conselho da Europa e a Comissão Europeia insistem em que é necessário promover a “*Cidade Aberta*”. É importante saber gerir e explorar as possibilidades oferecidas pela diversidade cultural ao nível urbano, promover o desenvolvimento social, econômico e habitacional, e melhorar a qualidade de vida, através de projetos de cooperação e de troca de boas práticas relativamente à gestão e ao planeamento, aos media, às atividades de mediação e às políticas culturais. Para estes organismos as autoridades públicas e os atores sociais deverão promover o diálogo intercultural nos espaços físicos, na organização da vida cívica e dos espaços urbanos, de forma a impedir o desenvolvimento de guetos religiosos e étnico-culturais e a criar espaços onde os indivíduos possam se encontrar e partilhar costumes culturais e religiosos.

A diversidade cultural constitui um recurso simbólico, social e econômico, importante, uma mais valia na autodefinição identitária e na definição identitária do grupo a que pertencemos, podendo sustentar o reconhecimento positivo da diferença, do outro, mas podendo também servir de suporte para acentuar as diferenças entre as maiorias e minorias e desencadear atitudes de discriminação e de racismo.

A cidade, enquanto espaço social e simbólico, espaço de diversidade cultural e de diferença, é cenário onde se formam, afirmam e reestruturam identidades, onde se reinventam no quotidiano determinadas práticas sociais e relações interculturais e diferentes modalidades de integração. A cidade é, também, espaço onde se exprimem tensões, conflitos, violência e exclusão.

Em relação ao espaço social, nós somos, também, o espaço que habitamos, já que o contexto espacial influencia atitudes, comportamentos, expectativas, realizações, dinâmicas sociais e identitárias. As necessidades individuais, as realizações e pro-

jetos de vida, o desempenho pessoal e profissional, a saúde estão estreitamente relacionados aos ambientes e redes sociais de vivência urbana, aos contextos sociais, culturais, econômicos e políticos em que os indivíduos vivem e trabalham (KLEIT, 2001).

Pensar a cidade implica também falar da integração da diversidade cultural, dos migrantes e minorias étnicas e repensar globalmente a forma como olhamos a cidade, perspectivando-a como um todo e não enquanto espaço fragmentado, devendo proporcionar-se o maior número de contactos e redes entre os diferentes espaços urbanos, nomeadamente com os territórios onde se integram os diferentes grupos étnico-culturais.

As cidades são hoje e serão, cada vez mais, espaços multiculturais, por excelência, em que diferentes grupos populacionais desenvolvem as suas atividades, exprimem os seus traços culturais e modos de vida e reinventam as suas identidades, e esta multiculturalidade alarga e diversifica o âmbito de ação do pluralismo na esfera do planeamento e gestão urbana.

Os migrantes e minorias étnicas requerem frequentemente um conjunto específico de serviços comunitários, facilidades de emprego e de alojamento e determinadas características de vizinhança e, neste sentido, as políticas e a intervenção de planeamento urbano têm de ser analisadas no que se refere ao seu contributo para a integração social, cultural, económica e religiosa, destes grupos, favorecendo a interculturalidade e o desenvolvimento de comunidades multi/interculturais.

O espaço urbano proporciona uma rede complexa de inter-relações e de vivências, uma diversidade e complexidade de relações entre os indivíduos, os bairros, os locais de residência, de trabalho, de lazer e distração. Estas redes poderão favorecer uma progressiva integração das diferentes comunidades étnicas, promover a sua inserção num todo urbano, social e cultural mais vasto, influenciando os seus valores, escolhas, realizações e desenvolvendo atitudes de autocon-

fiança e emancipação, que conduzem ao aproveitamento de oportunidades emergentes.

Com efeito, quanto maior for a diversidade de redes de relações sociais de um indivíduo, maior é o acesso às oportunidades de integração, de educação, de saúde e bem-estar, e de mobilidade individual, social e familiar. Quando a oportunidade de residir em espaços possuindo recursos, infra-estruturas e equipamentos de qualidade igualmente distribuídos entre os diferentes grupos populacionais, incluindo os migrantes e minorias étnicas, a capacidade de desenvolvimento pessoal, social, profissional e econômico poderá ser promovida e orientada no sentido da igualdade de oportunidades, da inclusão e das perspectivas de sucesso de todos os cidadãos.

Importa acentuar que o acolhimento e a integração dos migrantes nas sociedades receptoras, em particular na cidade, onde se concentram ao nível residencial e laboral, estão relacionados a um conjunto complexo e variado de fatores, onde se destacam fatores psicológicos, socioeconômicos, culturais e políticos, que reenviam ao próprio estatuto social, econômico e jurídico, do indivíduo migrante, na sociedade de acolhimento, às suas redes sociais e de suporte e às práticas e políticas da sociedade de acolhimento.

A população imigrante é uma população heterogênea. Contudo, a predominância de baixos níveis de escolarização e de qualificação profissional, a inserção tendencial em setores onde é mais precária e instável a relação salarial — onde há um mais baixo nível de remuneração global e um grande peso de integração de migrantes em situação irregular, desprovidos de qualquer sistema de proteção social —, enfim, a precariedade da sua situação social e econômica faz do grupo de imigrantes um grupo particularmente vulnerável. Também as condições sociais e habitacionais precárias, o desenraizamento e o isolamento social, as dificuldades em compreender e adotar as normas socioculturais

da sociedade receptora e da vida urbana, assim como as atitudes de discriminação, vêm reforçar a exclusão social e cultural, reduzir as possibilidades de contactos sociais e de participação na vida coletiva, aumentar as dificuldades de recurso às estruturas de apoio e acentuar os fatores de risco, de estresse e de vulnerabilidade.

Os migrantes tendem, em geral, a concentrarem-se por origem étnica, muitas vezes em bairros ilegais ou zonas degradadas, sem condições de habitabilidade e higiene, em alojamentos sobrelotados, partilhando idênticas condições de vida e fatores de precariedade e exclusão social. A homogeneidade das populações que residem em bairros e/ou habitações degradadas, e sobrelotadas, em termos de escolarização, de rendimento e muitas vezes de origem étnica, a concentração de populações que vivem em condições socioeconômicas precárias, com fracas redes sociais, instabilidade familiar e profissional, elevadas taxas de violência e delinquência, constituem elementos que agravam as dificuldades de integração na sociedade, que dificultam a formação de sociabilidades, que podem conduzir a situações de isolamento e gueto, favorecendo a estigmatização e a emergência de tensões sociais e sentimentos de intolerância e discriminação da população autóctone, podendo provocar, ainda, distúrbios somáticos e psicopatológicos, tanto nas crianças, como nos jovens e adultos (BURKE, 1984; RAMOS, 1993, 2001, 2004; TAYLOR et al., 1997).

Estes bairros e zonas degradadas são, em geral, marcados por um certo estigma de isolamento geográfico, social e simbólico, face ao resto da cidade, onde frequentemente as crianças e jovens, sobretudo das segundas e terceiras gerações de migrantes, acumulam insucesso escolar e problemas de adaptação social, fecham-se, muitas vezes, em atitudes anti-sociais, de violência e rejeição e organizam-se em culturas e grupos de resistência, reproduzindo e aumentando as situações de exclusão social, de vulnerabilidade e de estresse. O desenvolvimento de culturas de isolamento e violência nestes espaços, onde a sociabilização

de rua junto do grupo de pares se apresenta aos jovens como um processo mais atrativo do que as possibilidades oferecidas pela família ou pela escola, funciona como uma resposta à violência e exclusão da sociedade, ao déficit de reconhecimento identitário e ao próprio isolamento do bairro, da cidade e da sociedade (BOURDIEU et al., 1970, 1993; WILLIS, 1997; RAMOS, 2004).

A clivagem entre a cultura de origem e a cultura de acolhimento, entre o mundo de dentro e o mundo de fora, e o rápido controle de um universo duplo, dá a estes jovens uma ilusão de independência em relação às regras comuns, colocando em certos casos, problemas de identidade, sentimentos de desvalorização e insegurança, dificuldades psicológicas e de integração social, fatores que, isolados ou conjugados, poderão refletir-se na adaptação social e nos resultados escolares.

No que diz respeito à elevada taxa de insucesso escolar das crianças e jovens migrantes, confirmada por diferentes estudos europeus e norte-americanos, se a qualidade de estrangeiro, os problemas linguísticos, culturais e psicológicos poderão contribuir para este problema, este está igualmente relacionado com a precariedade social e o isolamento sociocultural e familiar em que vivem estas crianças e as suas famílias (RAMOS, 1993, 1997, 1998, 2003, 2004).

Em situação de migração e aculturação, particularmente em meio urbano, verificamos diferentes estratégias de adaptação dos diferentes grupos étnico-culturais, de que resultam diferentes modalidades de aculturação, diversas formas destes grupos articularem as relações culturais entre a sociedade de acolhimento e a sua cultura de origem

### *Diversidade Cultural, Migração e Aculturação*

O termo migração deriva do latim *migrare*, ou seja, passar de um local para outro. Para Birou (1982, p. 254) trata-se de um

“movimento de população de um local para outro, quer seja por um tempo determinado, quer por uma fixação permanente”. Contudo, a migração não implica apenas a deslocação espacial, mas constitui um processo complexo, contraditório, uma experiência de perda, ruptura, mudança, vivenciada pelo indivíduo de uma forma mais ou menos traumatizante ou harmoniosa, segundo os seus recursos psicológicos e sociais, as características da sociedade dominante, as condições de acolhimento e as políticas do país receptor.

O processo migratório não é simplesmente sinônimo de encontro cultural, já que implica uma adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento, a um meio novo, desconhecido ou hostil. Esta adaptação vai depender de fatores múltiplos relacionados com aspectos específicos da aculturação (RAMOS, 1993).

Os migrantes são obrigados a enfrentar o isolamento, a solidão, a insegurança e a incompreensão, a abandonar a família, os amigos, os locais conhecidos e seguros para enfrentarem, não apenas uma nova cultura e língua, novos hábitos culturais e religiosos, mas, também, a hostilidade, a insegurança e a indiferença da população (EITINGER, 1960).

O processo migratório coloca em jogo uma questão bipolar, cada um dos pólos fazendo parte do funcionamento do indivíduo migrante: um país de origem e um país de acolhimento; uma cultura de origem e uma cultura de adoção; uma língua materna e uma língua de acolhimento. Situado entre dois países, duas culturas, duas línguas, o migrante torna-se um indivíduo portador e agente de cultura, mediador entre dois universos sociais e culturais diferentes (RAMOS, 1993).

Com efeito, o processo migratório envolve dois pólos, que o indivíduo migrante terá de gerir. No primeiro pólo, trata-se de “*emigrar*”, de sair, de abandonar, de perder o “envelope” protetor e tranqüilizante dos lugares, das sensações, dos hábitos, primeiras marcas e elementos nos quais se estruturou o fun-

cionamento psíquico e cultural. No segundo pólo, trata-se de “*imigrar*”, de elaborar, de reconstruir individualmente e num curto espaço de tempo o que diferentes gerações elaboraram e transmitiram pacientemente.

A experiência da migração envolve uma mudança psicossocial profunda, semelhante a um luto ou a uma incapacidade, estando, em geral, associada a estresse e sofrimento, mais ou menos significativos, segundo os diferentes tipos de migração. Eisenbruch (1988) utiliza a expressão “*luto cultural*”, para designar a situação dos indivíduos que sofreram a perda traumática da sua terra, da “*terra-mãe*”, e da sua cultura de origem, aplicando-se esta designação, sobretudo a emigrantes involuntários, tais como refugiados e exilados, desenraizados devido a guerras ou perseguições políticas. As profundas mudanças pelas quais passam estes grupos assemelham-se, pelo seu sofrimento coletivo, às de indivíduos enlutados e envolvem, igualmente, reações de pesar e luto que podem ser patológicas e atípicas.

Assim, a vivência migratória envolve a capacidade de fazer face à mudança que a decisão migratória origina, a capacidade de gerir as novas relações culturais e os sentimentos de abandono, angústia e perda que a ruptura desencadeia e, ainda, a capacidade de reconstrução e de incorporação de elementos do novo meio. O processo migratório acompanha-se de clivagens e mudanças diversas: temporais (antes e depois da emigração) e espaciais (lá e cá, fora e dentro, o mesmo e o outro).

As mudanças são, com efeito, múltiplas e podemos reagrupá-las do seguinte modo:

- *mudanças físicas* (novo meio, nova habitação, novos hábitos de vida);
- *mudanças biológicas* (nova alimentação, novas doenças);
- *mudanças sociais* (novas relações interindividuais e intergrupais, novos padrões de atividade e de relações sociais);

- *mudanças culturais* (a educação, a religião e a língua são, muitas vezes, modificadas pelas da sociedade de acolhimento);
- *mudanças psicológicas* (ao nível das motivações, das aptidões, da identidade individual e cultural);
- *mudanças políticas* (perda de autonomia) (BERRY, 1989, NATHAN, 1986, *apud* RAMOS, 1993).

Algumas destas mudanças poderão ter conseqüências positivas, nomeadamente no que diz respeito à melhoria das condições socioeconômicas, à educação, à saúde; outras poderão manifestar-se de uma forma negativa, sob a forma de dificuldades de adaptação, problemas psicológicos e estresse de aculturação (RAMOS, 1993).

A migração implica, assim, a adaptação do indivíduo a uma cultura, língua, regras culturais e de funcionamento diferentes, a um novo meio, muitas vezes hostil, tendo o imigrante de desenvolver estratégias de adaptação que lhe permitam resolver as dificuldades relacionadas com a condição de imigrante e de aculturação, ou seja, com as relações culturais entre a sociedade de acolhimento e a sua cultura de origem.

Em relação ao conceito de aculturação, este foi definido pela primeira vez em 1936 por três antropólogos, Redfield, Linton e Herskovitz, como o conjunto de transformações culturais resultantes dos contactos contínuos e diretos entre dois ou mais grupos culturais independentes (REDFIELD *et al.*, 1936). Nos anos 60, Graves (1967) assinala que, indivíduos pertencentes a culturas em contacto, sofrem diversas mudanças psicológicas e propõe o termo “aculturação psicológica” para designar esse processo ao nível da dimensão individual e psicológica. As investigações mais recentes sobre o processo de aculturação têm evidenciado, também, o processo de mudanças mútuas, o qual envolve todos os grupos em contacto, ou seja, os grupos não dominantes e dominantes, conduzindo a mudanças e à necessidades de adaptação nos dois sentidos (BERRY, 1997; BOURHIS *et al.*, 1997).

Berry (1989, *apud* RAMOS, 1993), ao estudar as relações entre os imigrantes e as sociedades de acolhimento, propõe um modelo bidimensional em que distingue quatro tipos de estratégias de adaptação, de que resultam quatro modos de aculturação, segundo se dê, ou não, importância à manutenção, por um lado, da identidade e da cultura de origem e, por outro lado, às relações com os outros grupos e com a sociedade de acolhimento. Estas modalidades de aculturação são caracterizadas deste modo:

- 1 *Assimilação* — processo unilateral, pelo qual os membros de um grupo social, geralmente minoritário, se apropriam dos elementos culturais de um outro grupo, geralmente majoritário, em detrimento dos seus padrões culturais e de identidade, para se adaptarem às exigências de uma situação desigual de encontro entre grupos. O imigrante adota os traços culturais da sociedade de acolhimento com prejuízo do abandono da sua identidade de origem;
- 2 *Integração* — manutenção parcial da identidade cultural do grupo étnico-cultural de origem com uma participação, mais ou menos ativa, dos indivíduos, na nova sociedade, adotando igualmente comportamentos e valores dessa sociedade. Esta estratégia permite ao imigrante adotar aspectos da cultura majoritária, mantendo, igualmente, a sua cultura de origem;
- 3 *Separação* — quando o indivíduo tenta preservar a sua identidade cultural, fechando-se na sua cultura de origem, sem procurar estabelecer relações com os membros da comunidade receptora ou rejeitando a cultura dominante;
- 4 *Marginalização* — o grupo dominante impede o indivíduo de participar no funcionamento das instituições e na vida social do grupo majoritário, devido a práticas discriminatórias. Esta situação é acompanhada geralmente de estresse e desorganização mental, já que o indivíduo ou o grupo minoritário perdeu a sua identidade cultural devido, geralmente, a políticas assimilacionistas e, ao mesmo tempo, não tem o

direito de participar no funcionamento das instituições e na vida da sociedade de acolhimento, encontrando-se excluído de ambas as culturas.

As investigações de Schmitz (1992) e de Phinney *et al.* (2001) vão ao encontro dos trabalhos de Berry (1989, 1997), realçando que a integração é o modo mais adaptativo de aculturação, provendo nos grupos mais sentimentos de satisfação e bem-estar, contrariamente à marginalização, a qual constitui o modo de aculturação que mais conduz a situações de estresse. Por exemplo, Phinney *et al.* (2001), ao estudarem adolescentes imigrantes na Finlândia, em Israel, na Holanda e nos EUA, em relação ao modo de aculturação e à adaptação social, verificaram que os adolescentes, com “*identidade integrada*” ou bicultural, mantêm uma identidade étnica forte, identificando-se, simultaneamente, com a sociedade em que estão inseridos e com a sua cultura de origem, e apresentando um nível mais elevado de adaptação social. Por sua vez, os adolescentes com “*identidades marginalizadas*”, devido à recusa de identificação, tanto com o grupo étnico, como com o grupo receptor, têm valores mais baixos de adaptação social.

Marin (1996) evidencia as vantagens do biculturalismo, ao salientar que os indivíduos biculturais possuem uma maior competência e flexibilidade para expressarem diferentes aptidões em situações e contextos variados.

Com base no modelo bidimensional de Berry (1989, 1997), Bourhis *et al* (1997) desenvolveram um modelo interativo de aculturação (IAM) que valoriza, ao mesmo tempo, os aspectos culturais e valores do grupo migrante e da sociedade de acolhimento, destacando, particularmente, os efeitos do impacto cultural entre os dois grupos e as diferentes possibilidades de interação intercultural entre o imigrante e a sociedade de acolhimento, já que cada uma das culturas poderá ter orientações de aculturação diferentes. Este modelo destaca o papel impor-

tante das políticas adotadas pelo Estado, enquanto facilitador, ou não, do processo interativo de aculturação, promotor ou não das políticas de integração social dos imigrantes, permitindo relacionar as atitudes dos indivíduos face às estratégias de relação cultural, com as políticas tradicionalmente adotadas pelos Estados relativamente às populações migrantes. Estas atitudes podem dar origem a cinco estratégias de relação cultural que Bourhis e colaboradores (1997) vão caracterizar deste modo:

- 1 *Integração* — implica uma estratégia que associa a manutenção dos aspectos identitários da minoria com a adoção dos valores fundamentais da sociedade de acolhimento;
- 2 *Assimilação* — corresponde à negação da diferenciação identitária da minoria e à assimilação dos valores da maioria;
- 3 *Segregação* — implica a não aceitação pela minoria da identificação com os valores da maioria e a tolerância face à identidade da minoria;
- 4 *Exclusão* — esta estratégia associa, simultaneamente, a rejeição da identidade da minoria e a possibilidade de adaptação e integração desta aos valores majoritários;
- 5 *Individualização* — considera-se que cada indivíduo é uma entidade única, não sendo definido em função das suas pertenças categoriais, minoritárias ou majoritárias.

No modelo de Bourhis *et al.* (1997) estas estratégias estão relacionadas com as políticas adotadas pelo Estado em relação aos imigrantes, nomeadamente:

*Pluralismo Ideológico* — Relacionado com a *Integração* e a *Individualização*, em que se defende que os imigrantes devem adotar e respeitar os valores públicos nucleares, estando o Estado disponível para apoiar os valores privados das minorias e as suas manifestações (por exemplo, língua, associações culturais e religiosas);

*Ideologia Cívica* — Relacionada com a *Integração*, a *Assimilação* e a *Individualização*, em que os imigrantes deverão

adotar os valores públicos nucleares, devendo o Estado respeitar os valores privados dos grupos minoritários;

*Ideologia Assimilacionista* — Relacionada com a *Assimilação* em que, para além dos imigrantes deverem adotar os valores públicos nucleares, o Estado intervém no sentido de anular a diferenciação das minorias;

*Etnismo Ideológico* — Relacionado com a *Segregação* e a *Exclusão*, em que se defende que os imigrantes são incapazes de adotar os valores públicos nucleares da sociedade de acolhimento e o Estado rejeita os valores privados das minorias.

Podemos, deste modo, afirmar que a adaptação do indivíduo migrante coloca em jogo várias estratégias, diferentes modalidades de aculturação, múltiplos fatores individuais e coletivos, os quais poderão facilitar ou dificultar a sua integração na nova sociedade e no novo espaço de vida. Como refere Perotti, citado por Clanet (1990, p.64): “*O conceito de integração opõe-se à noção de assimilação e significa a capacidade de confrontar e de mudar numa posição de igualdade e de participação – valores, normas, modelos de comportamento, tanto da parte do imigrante como da sociedade de acolhimento*”.

A complexidade do processo de aculturação exige, segundo Birman (1998), um modelo baseado numa perspectiva ecológico-sistêmica, que ultrapasse os paradigmas dicotômicos de modelos anteriores. Este autor propõe os princípios do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) para compreender a complexidade do processo dinâmico e interativo que se estabelece entre o imigrante e a sociedade de acolhimento, ou seja, as mudanças e as relações que se estabelecem entre os dois grupos.

O processo de aculturação provoca a perda, a aquisição, a transformação, a substituição e a reinterpretação de traços culturais dos grupos em presença. Para Berry (1989), as mudanças comportamentais (nomeadamente, na linguagem, nas atitudes,

na identidade) e o estresse de aculturação constituem dois tipos de respostas psicológicas à aculturação.

Importa salientar que nas relações culturais entre os grupos, a acentuação das diferenças culturais, a atribuição ao outro de uma essência diferente e a inferiorização dessa diferença, tem implicações nas novas expressões de discriminação e de racismo, mas também para a compreensão da forma como a maioria compreende as estratégias da relação cultural com as minorias e as políticas institucionais de integração.

Estudos na União Européia e em Portugal, salientam que a par das atitudes e crenças positivas face à diversidade cultural, nomeadamente aos migrantes, existem também muitas atitudes negativas, medos e preconceitos que podem influenciar e originar comportamentos discriminatórios e afetar a integração destes grupos. A título de exemplo, dados do *European Social Survey* (ESS), de 2002, indicam que 68% dos cidadãos da UE consideram que os imigrantes devem ter os mesmos direitos que os cidadãos dos países de acolhimento. Contudo, dados deste estudo indicam, igualmente, que aproximadamente 70% dos cidadãos da UE e de Portugal consideram que a população imigrante contribui para o aumento da insegurança e da criminalidade.

Partindo dos dados do ESS, Vala *et al* (2004) realizaram um estudo em 15 países da União Européia, incluindo Portugal (antes do alargamento da UE), sobre a percepção de ameaça e oposição à imigração na União Européia. Constata-se no senso comum, um significativo sentimento de ameaça econômica e à segurança associado à imigração, com menor expressividade ao nível da ameaça no domínio da identidade cultural, os imigrantes sendo, assim, mais associados a ameaças ditas “realistas” do que “simbólicas”. Quanto à oposição à imigração, os resultados mostram que esta está ancorada na percepção de ameaça, não só no campo econômico e da segurança, mas também no domínio da identidade. Neste estudo, os resultados evidenciam, ainda, que a per-

cepção de ameaça decorre em grande parte de crenças racistas e discriminatórias e, não apenas de situações de precariedade econômica, e que o desenvolvimento e a valorização de valores igualitários constituem um obstáculo à construção do sentimento de ameaça. Este sentimento apresenta-se mais evidente em Portugal, comparativamente aos outros países europeus.

### *Estresse, Doença e Aculturação*

Os acontecimentos significativos de vida, nomeadamente a migração, podem constituir fatores de estresse, na medida em que obrigam, em geral, a uma modificação de hábitos, de relações sociais, de padrões de atividade e de estilo de vida. A migração poderá, assim, representar uma experiência, traumática e dolorosa, capaz de originar traumatismos silenciosos e múltiplos e situações de elevado estresse.

A aculturação implica a aprendizagem de uma nova cultura, assim como escolhas por vezes difíceis entre o que o imigrante gostaria de manter e o que tem de abandonar dos hábitos e da cultura de origem. Dúvidas e ansiedade podem surgir, encontrando-se o indivíduo dividido entre o desejo de integrar os elementos da cultura do país de acolhimento e o desejo de manter tradições e hábitos de origem profundamente enraizados desde há muito tempo (RAMOS, 1993).

Este conflito devido à coexistência de dois códigos culturais, por vezes, contraditórios e incompreensíveis, e à impossibilidade de estabelecer mediações entre dois universos diferentes, assim como, à incapacidade em lidar com as exigências do ambiente, poderão ter efeitos desorganizadores no comportamento e estarem na origem de distúrbios psicopatológicos, dificuldades de adaptação e estresse de aculturação.

Para Berry (1974, 1987, 1989, *apud* RAMOS, 1993), o estresse social e psicológico devido à aculturação manifesta-

se, nomeadamente, por problemas psíquicos (depressão, angústia, ansiedade, confusão), por problemas identitários, de marginalização, sentimentos de insegurança e perda de auto-estima. Para este autor, o estresse de aculturação poderá ser mais ou menos importante, mas não é inevitável, sendo as relações entre aculturação e estresse influenciadas por todo um conjunto de fatores, tais como as características sócio-demográficas e psicológicas do indivíduo, as particularidades da sociedade dominante, os tipos de aculturação e os modos de aculturação.

As características sócio-demográficas do indivíduo, tais como a idade, o sexo, o nível socioeconômico, o estatuto social, assim como certas experiências, nomeadamente a miséria, a tortura, a exclusão, a xenofobia, podem influenciar o nível de estresse. Também as características psicológicas do indivíduo, nomeadamente as estratégias de adaptação (*coping*), o controle, as motivações, as competências, a atitude face ao processo de aculturação, o sentido de identidade cultural, podem igualmente ter influências no nível de estresse.

Entre as comunidades de imigrantes e de minorias étnicas, certos traços culturais, tais como o grau de coesão familiar e do grupo, o apoio/suporte social, as redes de solidariedade grupal, o sentimento de pertença identitária e os valores religiosos e espirituais, são elementos protetores contra a doença mental e o estresse. Outros fatores, tais como, o isolamento social, tabus e prescrições religiosas, desigualdades de gênero, conflitos intergeracionais, pressões familiares sobre os jovens para a obtenção de sucesso financeiro ou acadêmico e condições habitacionais precárias e sobrelotadas, podem aumentar a tendência para a doença mental e a psicopatologia nestes grupos e para a redução da qualidade de vida (KIRITZ E MOOS, 1974).

Em relação às características das sociedades, Murphy (1965), citado por Berry (1989), refere que a probabilidade de um nível

de estresse elevado é maior nas sociedades monoculturais e assimilacionistas do que nas sociedades tolerantes e pluralistas. São os indivíduos que procuram a integração os que têm a taxa de estresse mais baixa. Por outro lado, é nos grupos marginalizados ou nos indivíduos que vivem situações de conflito nas suas tentativas de separação, que o nível de estresse é o mais elevado.

Para Lazarus e Folkman (1984), o nível de estresse relativamente a uma determinada situação, assim como a capacidade em lidar com essa situação geradora de estresse, dependem das estratégias de *coping* e dos recursos, nomeadamente recursos pessoais e recursos do ambiente. Os recursos pessoais envolvem os recursos psicológicos, tais como as crenças positivas (autoconceito positivo, crença no controle) e as competências (a capacidade de resolução de problemas e as competências sociais) e, ainda, os recursos físicos, por exemplo, a energia e a saúde. Os recursos ambientais incluem os recursos materiais, econômicos e o suporte social.

Eckenrode e Gore (1981) analisam o estresse em termos de acontecimentos de vida e redes de apoio existentes, destacando um conjunto de variáveis, tais como a saúde, a educação e o estatuto socioeconômico que determinam o impacto de um dado agente de estresse. Para estes, as redes sociais são uma forma privilegiada de compreender as origens da perturbação e o papel do apoio social, agindo este apoio como uma variável atenuante e preventiva do estresse e da doença.

Com efeito, a saúde mental e a física podem ser afetadas por fatores socioculturais e pela influência das redes sociais, constituindo o apoio e as relações sociais um importante protetor de saúde, como salientam alguns estudos. Por exemplo, o isolamento social e a falta de redes sociais, estão relacionados com um maior índice de doença e mortalidade, como é evidenciado no estudo de grande dimensão realizado por Berkman e Syme (1979). Este estudo conhecido por “*Alameda County*” e que

acompanhou os participantes durante nove anos, concluiu que os indivíduos com menos redes sociais e mais isolados, tanto homens como mulheres, sofrem um índice mais elevado de mortalidade, comparativamente aos indivíduos com mais laços sociais e menos isolados.

Outras investigações mostram que os acontecimentos de vida geradores de estresse estão excessivamente representados nas minorias e classes socioeconômicas mais baixas (DOHRENWEND, 1973; MYERS *et al.*, 1974) e a maior vulnerabilidade destas é também determinada pelo menor apoio social (BROWN, *et al.*, 1978; ADLER *et al.*, 1994).

A origem étnico/cultural está freqüentemente associada com a classe social, pertencendo uma proporção importante de migrantes e minorias étnicas ao estrato socioeconômico baixo, estando este relacionado com uma maior freqüência de mortalidade, de morbilidade, de doenças graves, com mais comportamentos de risco para a saúde (álcool, tabaco, sedentarismo), com um nível mais elevado de estresse, com uma mais fraca integração social, com uma menor rede de suporte social e com uma mais baixa esperança de vida (PARKES, 1971; DOHRENWEND, 1973; BROWN e HARRIS, 1978; BERKMAN *et al.*, 1979; MARROT *et al.*, 1984; COHEN *et al.*, 1985; WILKINSEN, 1992; RAMOS, 1993, 1997, 2001, 2004; WELLS *et al.*, 2001).

Esta relação entre estrato socioeconômico e saúde/doença deve-se, não só às desigualdades de oportunidades mas, também, às diferenças que existem relativamente à exposição a agressões ambientais, aos estilos de vida, às condições habitacionais e laborais, às estratégias de adaptação social e controle pessoal, ao suporte social, ao nível de estresse, ao acesso aos serviços de saúde e à distribuição da riqueza (RAMOS, 1993, 2001, 2004; CARROL *et al.*, 1993; DIEPERINK e WIERDAMA, 2000; HUISKAMP *et al.*, 2000).

Constata-se que a saúde, mortalidade e doença grave variam de forma acentuada com as condições socioeconômicas nos di-

ferentes países, tanto em homens como em mulheres (ARBER, 1989; MARMOT *et al.*, 1991; WILKINSEN, 1992), e muitos dos fatores que aumentam a vulnerabilidade à doença nos grupos sociais mais desfavorecidos afetam, igualmente, muitos dos indivíduos migrantes e de minorias étnicas (KIRITZ e MOOS, 1974; GOLDBERG *et al.*, 1980; ROBINSON *et al.*, 1984). A pobreza, o desemprego, a privação e a exclusão, são importantes fatores de estresse e doença em todas as comunidades (PARKES, 1971, KIRITZ e MOOS, 1974).

Os estereótipos negativos, as relações desiguais entre grupos minoritários e majoritários, os discursos desvalorizantes e as atitudes discriminatórias em relação às minorias, por exemplo, em relação à cor da pele, constituem igualmente um fator de tensão, de estresse e de sofrimento acrescido (SHÉRIF, 1967; GREENFIELD *et al.*, 1994; MEYER *et al.*, 1995).

Muitos imigrantes têm, muitas vezes, menos oportunidades de se familiarizarem com a língua e a cultura da sociedade de acolhimento, têm empregos instáveis e mal remunerados, enfrentam conflitos entre os valores familiares e os valores da escola e do local de trabalho e dificuldades econômicas, de habitação e isolamento familiar, sobretudo em meio urbano, o que vem acentuar as dificuldades psicológicas e o estresse.

Para Kessler *et al.* (1986); Littlewood e Lipsedge (1989); Doyle (1991); Ramos (1993, 2004); Narang (1994); Anderson (1995); Reijneveld (1998), os migrantes e as minorias étnicas têm mais fontes de estresse e possibilidade de sofrer os efeitos dos fatores ambientais de estresse devido à interação complexa de variados fatores: precariedade das condições de habitação e de trabalho; baixo rendimento familiar; discriminação e racismo; conflitos culturais e intergeracionais, sobretudo entre os imigrantes e os filhos nascidos no país de acolhimento; isolamento social; dificuldades comunicacionais e linguísticas, sobretudo no caso das mulheres, muitas vezes confinadas ao espaço familiar e doméstico; e, ainda,

ao fato de possuírem menos recursos para enfrentar o estresse, à perda das referências básicas e às mudanças no espaço vital, nomeadamente a adaptação ao meio urbano e ao novo estilo de vida.

Os migrantes enfrentam, igualmente, mais limitações a serviços e bens que promovem a saúde e previnem a doença, apresentando mais dificuldades de acesso aos serviços, nomeadamente de saúde, recorrendo, por exemplo, menos aos cuidados pré-natais e aos rastreios de cancro do que os nacionais. Para Lazarus *et al.* (1995), os migrantes reúnem um número mais grave de patologias devido ao diagnóstico e ao tratamento tardios e à carência psicossocial, vindo as situações de isolamento, de clandestinidade e de discriminação agravar o problema.

Maisondieu (1997) fala de *síndrome de exclusão* para descrever o sofrimento psicológico e o desespero característico de muitos imigrantes e refugiados, sobretudo no período inicial, confrontados com a precariedade das condições de vida e com as mudanças de referências culturais. Trata-se de um sentimento de vergonha, desespero e impotência, face a uma situação dolorosa e estressante que o indivíduo não consegue controlar, que o afeta nas suas vivências e expectativas quanto ao futuro, nas suas relações, nas suas capacidades em exigir e defender os seus direitos, podendo associar-se a outros sintomas depressivos e pós-traumáticos.

A OMS (1983), num estudo realizado na Holanda sobre a população migrante, evidencia que a pobreza das condições de vida, as condições de trabalho e habitação geralmente precárias, os hábitos alimentares, os problemas culturais e comunicacionais, o acesso inadequado aos cuidados de saúde, a ansiedade, a depressão e as dificuldades de integração, constituem para os migrantes fatores que influenciam a saúde física e psíquica.

Por seu lado, um inquérito realizado pelo CREDES, em 1998, na França, junto a pessoas que recorriam aos centros de cuidados gratuitos da região parisiense, constatou uma predominância de

utentes de nacionalidade estrangeira (68 a 84%, segundo os centros). Comparativamente à população geral atendida, esta população apresentava as seguintes características: um pior estado de saúde geral; uma frequência mais elevada de certas patologias, nomeadamente dores, síndromes depressivas e intoxicações; um recurso elevado ao hospital público, contrariamente ao recurso ao privado, o qual era raro. Também as situações de renúncia aos cuidados são duas vezes mais frequentes nos migrantes do que na população em geral: 65% dos utentes/doentes estrangeiros declararam ter abandonado os cuidados curativos ou os medicamentos (CREDES, 2003).

### *Família, Migração e Saúde*

A migração de uma cultura para outra, ou de uma região do país para outra, envolve rupturas importantes no espaço e nas vivências do indivíduo. Viver, nascer, crescer em situação de migração e de exílio representa um risco e poderá constituir um trauma e uma fonte de estresse para a criança e para a sua família. São particularmente as mães e as crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida, as mais vulneráveis ao estresse, às rupturas, às transformações e às dificuldades resultantes do processo migratório (KESSLER, 1979; ANTHONY, 1982, 1985; RAMOS, 1993, 1997, 2000, 2001, 2004).

As crianças transportando consigo as vivências e a experiência migratória das suas famílias, não podem afastar-se completamente dos riscos e das situações de estresse que comporta esta experiência de mudança e adaptação. Se a família se adapta bem à sociedade de acolhimento, as interações poderão ser frutuosas, dinamizadoras, e o processo de aculturação será enriquecedor para todos os membros. Contrariamente, se esta situação é vivenciada problemáticamente, ela será traumatizante para todos, em particular para a criança migrante que poderá

apresentar uma vulnerabilidade psicológica específica e riscos de disfuncionamento psicológico que podem afetar o processo de desenvolvimento (RAMOS, 1993).

Também Anthony (1985, p. 377) acentua nestes termos as conseqüências para a criança, resultantes de mudanças bruscas de meio sociocultural e/ou econômico da família: *“Quando as famílias passam de um contexto rural simples para um contexto urbanizado ou sobem rapidamente de um estrato social baixo para um outro mais elevado e exigente, as crianças adotam rapidamente não somente formas de viver novas, mais subtis e sofisticadas, mas principalmente uma psicopatologia nova, mais subtil e sofisticada”*.

Dressler (1985) estudou as reações ao estresse, como o aumento da pressão sanguínea ou de sintomas psicossomáticos, associados à urbanização, ao desenvolvimento econômico, à mudança social e à mobilidade ascendente, em comunidades nos EUA e nas Caraíbas. Este autor verificou que, em muitos casos, o desenvolvimento econômico aumentou as expectativas e a competitividade, a insatisfação e as desigualdades, podendo, igualmente, as famílias e os indivíduos que ascendem ou descem socialmente sofrer de estresse elevado.

A migração origina modificações na estrutura social e familiar, com conseqüências na adaptação psicológica e social do indivíduo e do grupo.

A família separa-se da vida comunitária tradicional, reduz-se a uma família nuclear, a qual deverá assegurar, sozinha, as responsabilidades partilhadas até aqui pela família alargada ou mesmo pela comunidade. A perda dos laços comunitários e familiares significa a perda da proteção física e psicológica. O indivíduo, tal como o grupo familiar, tem de fazer face sozinho ao choque cultural e ambiental, aos esforços de adaptação ao país de acolhimento, ao novo meio, ao trabalho de luto relativo ao país de origem. Entre duas tradições sociais e culturais, as

do país de origem e a do país de acolhimento, os seus valores culturais e hábitos são freqüentemente postos em causa no país de chegada, o que está na origem de muitos conflitos. Na nova sociedade, exigências culturais contraditórias podem conduzir a família, nomeadamente a mãe, a ter dificuldades em decidir sobre os comportamentos a adotar em relação ao modo de lidar com os seus filhos, à incapacidade de agir em caso de mal-estar ou de doença. A mãe migrante, transplantada de uma cultura para outra, isolada, desenraizada, corre o risco de não saber com a mesma segurança quais os gestos e os comportamentos a adotar, pois as referências não são as mesmas e o sistema referencial vacila (RAMOS, 1993).

As práticas de saúde e educativas das sociedades industrializadas, muito dependentes dos especialistas, podem colocar em causa os comportamentos tradicionais das famílias migrantes, os pais e as mães pensando que os seus saberes são maus ou ultrapassados. A situação de conflito cultural e a insegurança e a ansiedade daí resultantes estão na origem de “*conflitos maternos*” muito prejudiciais para a relação mãe/criança e para as interações familiares (STORK, 1986; RAMOS, 1990, 1993, 2004).

As dificuldades psicossociais, emocionais, adaptativas, culturais, sobretudo nos primeiros anos de migração, o isolamento e a pobreza das relações sociais e familiares poderão, também, ter repercussões nas relações da mãe e da criança e nas respostas às suas necessidades, provocando, em certos casos, um empobrecimento nos cuidados e nas estimulações, um desequilíbrio no sistema de interação mãe criança e uma inadequação das respostas familiares, em particular maternas, às necessidades da criança. O fato da maior parte dos migrantes serem originários de meios rurais pobres ou de sociedades não industrializadas e de terem um baixo nível de escolaridade, particularmente as mulheres, muitas das quais não freqüentaram a escola, torna mais difícil a sua integração em meio urbano industrializado e

os cuidados e educação da criança. Para além disso, o trabalho assalariado das mães no país de acolhimento, não exercido frequentemente no país de origem, vem trazer muitas mudanças nas relações familiares e sócio-educativas.

O analfabetismo e/ou o desconhecimento da língua do país de acolhimento de muitas famílias originam problemas comunicacionais e relacionais com as diferentes estruturas de apoio e com os profissionais, tornando, por vezes, as formalidades administrativas quase impossíveis e criando grandes dificuldades não só aos migrantes, como aos próprios profissionais. Também fatores culturais, como a falta de hábito em utilizar os serviços sociais e de saúde ocidentais, o desconhecimento da legislação social e das regras administrativas da sociedade de acolhimento, fazem com que muitas famílias não façam uso de certos benefícios a que têm direito e não recorram aos serviços sociais e aos cuidados de saúde, agravando-se esta situação em caso de migração irregular/clandestinidade.

Estudos sobre a saúde das mulheres migrantes, nomeadamente, na União Européia, na América Latina e na Ásia, registram, sobretudo, problemas de saúde reprodutiva, por exemplo, estas mulheres utilizam, em geral, menos frequentemente os serviços de saúde reprodutiva do que as mulheres não migrantes, com frequência não recebem cuidados pré-natais ou recebem este tipo de cuidados de modo inadequado ou tardio, utilizam menos contraceptivos, registram mais gravidezes indesejadas e taxas mais elevadas de nado-mortos ou de mortalidade infantil. Com efeito, as mulheres em contexto migratório, embora tenham, em geral, mais acesso ao planeamento familiar e melhor vigilância pré-natal e cuidados obstétricos, estão particularmente expostas ao estresse e à vulnerabilidade, não só por que têm de lidar com a ansiedade e a inquietude relacionadas com a gravidez e a maternidade, as quais são reforçadas em situação de isolamento, mas, também, com o conjunto de

transformações implicadas neste processo, com as mudanças e os problemas de adaptação a uma nova cultura, língua e estilo de vida e, ainda, com o confronto com outras práticas de cuidados (RAMOS, 1993, 2004).

As más condições sociais e de alojamento de uma grande parte das famílias migrantes, vivendo em condições de isolamento, falta de conforto e higiene, associadas a problemas sociais, linguísticos e culturais, que dificultam a integração social e a comunicação com os profissionais de saúde, têm influência na saúde da família, muito em particular, da criança, estando na origem de patologias várias e aumentando as situações de risco e vulnerabilidade. Para a criança migrante, os riscos são mais importantes quando a migração se processa em certos períodos de desenvolvimento, particularmente vulneráveis ao estresse, correspondendo às etapas de aquisições estruturais como, por exemplo: no nascimento e nos primeiros meses de vida; no período das grandes aprendizagens escolares (leitura, escrita, cálculo); na adolescência, período de grandes transformações psicofisiológicas e de rupturas diversas (RAMOS, 1993, 2004).

Investigações em Paris, junto a famílias migrantes originárias do Mali e do Senegal, testemunham a precariedade das suas condições de vida e de habitação, a insalubridade dos alojamentos e identificam vários problemas de saúde graves nas crianças. Assim, foram diagnosticados vários milhares de crianças que sofriam de saturnismo, ou seja, intoxicação pela ingestão de sais de chumbo, contidos nos revestimentos dos alojamentos onde vivem (EPELBOIN E RAZKALLAH, 1997).

No que diz respeito à saúde e ao bem-estar psicológico e social dos migrantes e das suas famílias, podemos acentuar que eles estão associados a um conjunto indissociável de fatores individuais, coletivos, ambientais, nomeadamente fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, laborais, culturais e políticos,

que reenviam, não só ao próprio estatuto social, econômico e jurídico do indivíduo migrante na sociedade de acolhimento, a fatores de aculturação e a estratégias e políticas de integração ou de discriminação, mas também a estilos de vida e ao acesso aos serviços de saúde. Comparativamente aos autóctones, o acesso aos serviços de saúde, dos imigrantes e das minorias étnicas, é sobretudo condicionado por fatores culturais, comunicacionais e políticos (FERNANDO, 1993; BOLLINIE e SIEM, 1995; VAN DIJK, 1998, 2000; SOZOMENON *et al.*, 2000).

### *Considerações Finais*

As problemáticas da diversidade cultural, das migrações e das cidades, colocam grandes desafios ao nível mundial, à Construção Européia e às estratégias e políticas do século XXI, nomeadamente no que diz respeito ao planeamento regional, nacional e urbano, à gestão do espaço, das identidades e dos conflitos, bem como à gestão entre o eu e o outro, entre o universal e o singular.

É urgente trabalhar para que o espaço urbano constitua um espaço inclusivo e promotor de identidades, de integração e de bem-estar dos indivíduos e dos grupos, nomeadamente das minorias. Neste sentido há necessidade de proporcionar as necessidades de contactos sociais e de qualidade de vida, combatendo a pobreza e as desigualdades sociais, melhorando as características físicas dos contextos, as redes de suporte social, de informação e de acesso aos diferentes serviços, lutando contra a estigmatização e as atitudes de discriminação dos grupos minoritários junto das maiorias e dos media e, ainda, proporcionar a identificação simbólico-cultural, possibilitando a cada um, qualquer que seja o seu grupo de pertença, a expressão dos seus valores e cultura e dos seus direitos de cidadania.

É importante uma abordagem integrada da cidade que relacione as necessidades de cada segmento populacional e dos

diferentes grupos étnico-culturais com as condições de vida gerais da cidade, de forma a promover, não só o reconhecimento da igualdade política, a cidadania, os direitos humanos e culturais, como ainda, a promoção da integração social, cultural, econômica e religiosa dos migrantes e minorias étnicas e a criação de condições para que estes grupos se qualifiquem ao nível educacional e profissional, reforcem a sua auto-estima, capacitação e autonomia e se tornem parte integrante da cidade.

A relação evidente entre a exclusão e a segregação sócio-espacial sublinha a necessidade de promover políticas de combate a esta situação, as quais devem ser territorializadas e localizadas o mais adequado possível e exigem um planejamento urbano cuidadoso, uma melhoria da qualidade de vida urbana, um investimento em infra-estruturas básicas e em reequipamento urbano, sobretudo nos domínios da saúde, educação, cultura e desporto, renovação e reordenamento das áreas degradadas e a promoção de meios de acessibilidade, comunicação e circulação, conjunto de elementos essenciais para combater o processo de exclusão das populações, em particular dos migrantes e minorias étnico-culturais.

É necessário melhorar a integração dos migrantes na sociedade de acolhimento, as suas redes sociais e de suporte e as políticas de acolhimento, proporcionar, ao indivíduo migrante, um enquadramento social, familiar, psicológico, educativo e jurídico, capaz de transformar, o risco, o trauma, a ruptura que a situação migratória, comporta, num processo estruturante, capaz de transformar a vulnerabilidade, a exclusão, a patologia, freqüentemente associadas à migração, num processo dinamizador, criativo e inclusivo.

É indispensável implementar estratégias e políticas, preventivas e interventivas, baseadas numa perspectiva multidisciplinar, global, de equidade e solidariedade, e em políticas sociais, sanitárias e educativas coordenadas e adaptadas às caracterís-

ticas e necessidades dos diversos grupos étnico-culturais, nomeadamente, às características culturais, sociais e às condições de exclusão em que vive uma parte da população migrante, de modo a promover a sua integração na sociedade de acolhimento e o seu bem-estar e qualidade de vida. Deste modo, as estratégias e políticas, tanto ao nível local e nacional, como internacional, têm de ser humanizadas e sensíveis às necessidades, especificidades e aspirações dos indivíduos e das comunidades, e culturalmente apropriadas.

É indispensável integrar a problemática intercultural, em suas vertentes sociocultural, psicoeducativa, comunicacional, clínica e político-jurídica, na formação dos diferentes agentes sociais e políticos, seja dos que trabalham nas sociedades industrializadas, confrontadas com um crescente aumento de indivíduos e famílias provenientes de outras culturas e de minorias, seja dos que trabalham em países em vias de desenvolvimento ou, ainda, os que trabalham ao nível da cooperação internacional, em acções humanitárias ou outras.

É necessário conceber o fenómeno das migrações como uma oportunidade e não como uma ameaça, reconhecer que a migração é um fenómeno global, motor de criatividade e de desenvolvimento pessoal, económico e social para os indivíduos e grupos e para os países de origem e de destino, com características multidisciplinares e de efeitos transversais e que exige respostas coordenadas no quadro dos espaços regionais, nacionais e multilaterais. Isto, no sentido de diminuir conflitos e tensões, respeitar a universalidade e a singularidade das culturas em contacto, estabelecer mecanismos e sistemas de gestão e controle e reduzir as relações de desequilíbrio em matéria de desenvolvimento e demografia.

Uma sociedade multi/intercultural e um mundo globalmente interdependente necessitam de uma nova abordagem da cidadania para as populações autóctones, migrantes e de minorias

étnicas. Uma abordagem que incorpore, tanto a dinâmica da mudança, da diversidade cultural e os princípios fundamentais dos direitos humanos e culturais, quanto as estratégias e políticas que promovam o desenvolvimento humano, a inclusão, a saúde, a igualdade de oportunidades e o pleno acesso à cidadania de todos os indivíduos, pertencentes a grupos minoritários ou majoritários.

Estes objetivos estão no centro das preocupações da Comissão Europeia, a qual designou 2007, como o “*Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos*”, e 2008, como o “*Ano Europeu do Diálogo Intercultural*”, e fazem parte de um esforço concertado que visa promover a não-discriminação na União Europeia, favorecer o debate sobre as formas de aumentar a participação de grupos sub-representados ou em exclusão na sociedade, acolher e promover a diversidade cultural e o diálogo intercultural e construir uma sociedade mais justa, coesa e democrática, e uma cidade mais inclusiva, plural e solidária, em suma, a “*Cidade Intercultural*”.

Estes objetivos são, também, preocupação da UNESCO (2001), quando afirma na *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*, art. 2: “*Em sociedades cada vez mais diversificadas, torna-se indispensável garantir uma interação harmoniosa entre pessoas e grupos com identidades culturais plurais, variadas e dinâmicas, assim como, a sua vontade de conviver. As políticas que favoreçam a inclusão e a participação de todos os cidadãos, garantem a coesão social, a vitalidade da sociedade civil e a paz*”.

### *Bibliografia*

- ADLER, N. et al. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49, 15–24.
- ANDERSON, N. (1995). Summary of task group recommendations. *Health Psychology*, (14, 7), 649-653.
- ANTHONY, E., CHILAND, C. & KOUVERNICK, C. (1982). *L'enfant vulnérable. L'enfant dans sa famille*. Paris: PUF.
- ANTHONY, E. & CHILAND, C. (1983). *Parents et enfants dans un monde en changement. L'enfant dans sa famille*. Paris: PUF.
- ANTHONY, E. & CHILAND, C. (1985). *Enfants dans la tourmente: Parents de demain. L'enfant dans sa famille*. Paris: PUF.
- ARBER, S. (1989). Gender and class inequalities in health: understanding the differentials. In J. FOX (ed.) *Health inequalities in european countries*. Aldershot: Gower Publishing Company.
- BERKMAN, L., SYME, S. (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine — year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*. 109, 186-204.
- BERRY, J. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology*. (46,1), 5-68.
- BERRY, J., KIM, U., MINDE, T. & MOK, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review*, 21, 490-511.
- BERRY, J., KIM, U. (1987). Acculturation and mental health. In P. DASEN, J. BERRY, N. SARTORIUS (Eds). *Health and cross-cultural psychology: towards applications*. London: Sage.
- BIFULCO, A. & MORAN, P. (1998). *Wednesday child. Research into women's experience of neglect and abuse in childhood and adult depression*. London: Routledge.
- BIRMAN, D. (1998). Biculturalism and perceived competence of latino immigrant adolescents. *American Journal of Community Psychology*, (26,3), 335-354.
- BIROU, A. (1982). *Dicionário das Ciências Sociais*. Lisboa: D. Quixote.

BOLLINI, P., SIEM, H. (1995). No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science & Medicine*. (41, 6), 819-828.

BOURDIEU, P. & PASSERON, J. (1970). *La reproduction. Elements pour une théorie du système d'enseignement*. Paris: Minit.

BOURDIEU, P. & CHAMPAGNE, P. (1993). Les exclus de l'intérieur. In P. BOURDIEU (ed.) *La misère du monde*. Paris: Seuil.

BOURHIS, R., MOISE, C., PERREAULT, S. & SENEAL, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: a social psychological approach. *International Journal of Psychology*. 32, 369-386.

BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.

BROWN, G. & HARRIS, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.

BURKE, A. (1984). Racism and psychological disturbance among west Indians in Britain. *Inst. J. Soc. Psychiatry*. 30, 50-68.

CARROL, D. et al. (1993). Health and social material circumstances: their origins and implications. *Psychology and health*, 8, 295-316.

CHESS, S. & THOMAS, A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders from infancy to early adult life*. New York: Brunner/Mezel.

CLANET, C. (1990). *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines*. Toulouse: Presses Universitaire du Mirail.

COHEN, S. & WILLS, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24.

CREDES (2003). Logique de recours aux soins des personnes en situation de précarité. *Questions d'économie de la santé*. Paris, 63.

CUMMINS, S. et al. (2005). Measuring neighbourhood social and material context: generation and interpretation of ecological data from routine and non-routine sources. *Health & Place*. (11,3), 249-260.

- DOHRENWEND, B. (1973). Social status and stressful life events. *Journal of personality and social psychology*, 28, 225-235.
- DOYLE, Y. (1991). Survey of the cervical screening service in a London district, including reasons for non attendance ethnic responses and views on the quality of the service. *Social Science and Medicine*, 32, 953- 957.
- DORR, S. & FAIST, T. (1997). Institucional conditions for the integration of immigrants in welfare states: a comparison of the literature on germany, France, Great Britain and Netherlands. *European Journal of Political Research*, (31-4), 401-426.
- DRESSLER, W. (1985). Psychosomatic symptoms, stress and modernization: a model. *Cultural Med. Psychiatry*. 9, 257-286.
- ECKENRODE, J. & GORE, S. (1981). Stressful event and social supports. The signifiacnce of context. In B. GOTTHIEB (ed.) *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage.
- EISENBRUCH, M. (1988). The mental health of refugee children and their cultural development. *International Migration Review*. 22, 282-300.
- EITINGER, L. (1960). The symptomatology of mental illness among refugees in Noway. *Journal Mental Science*. 106, 947-966.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON THE SOCIAL SITUATION DEMOGRAPHY AND FAMILY (2002). *Introduction. Annual Seminar*. Austrian Institute for Family Studies. Helsinki: Finland.
- EVANS, G. & COHEN, S. (1987). Environmental stress. In D. STOKOLS & I. ALTMAN (eds). *Handbook of environmental psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- FERNANDO, S. (1993). Racism and xenophobia. *The European Journal for Social Science Research*. (6, 1), 24-25.
- FOLKMAN, S. et al. (1986) The dynamics of a stressful encounter. *Journal of personality and social psychology*, 50, 992-1003.
- FONSECA, M.L. (2005). *Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*. 15. Lisboa: ACIME.

- FREEDY, J. et al. (1994). Life events, well-being and adjustment : lessons for the middle east. *Anxiety, stress and coping*, 9, 191- 203.
- GOLDBERG, E. & COMSTOCK, G. (1980). Epidemiology of life events: frequency in general populations. *American Journal of epidemiology*, 111, 736- 752.
- GOLDSTEIN, G. (1992). Foreword. In J. ASHTON (Ed.). *Healthy Cities*. Milton Keynes, Open University Press, Filadélfia.
- GRAVES, S. (1980). Psychological effects of black portrayals on television. In S. WITHEY, R. ABELES (eds) *Television and social behaviour: beyond violence and television*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- GRAVES, T. (1967). Psychological acculturation in a tri ethnic community. *South-Western Journal of Anthropology*, 23, 337-350.
- HINKLE, L. (1977). The concept of stress in the biological and social sciences. In Z. LIPOWSKI, D. LIPSITT, P. WHYBROW (Eds). *Psychosomatic medicine: current trends and clinical applications*. New York: Oxford University Press.
- HOLMES, T. & MASUDA, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In W. DOHRENWEND e B. DOHRENWEND (eds.). *Stress for life events*. New York: John Wiley, 45-72.
- KASL, S., & BERKMAN, L. (1983). Health consequences of migration. *Annual Review of Public Health*, 4, 69-90.
- KAPLAN, G. (1996). People and places: Contrasting perspectives on the association between social class and health. *Internacional Journal of Health Services*. 26, 507-519.
- KAWACHI, I. et al. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*. 87, 1491-1498.
- KIRITZ, S., MOOS, R. (1974). Physiological effects on social environments. *Psychosomatic Medicine*. 36, 96-113.
- KLEIT, R. (2001). The role neighborhood social networks in scattered-site public housing residents' search for jobs. *Housing Policy Debate*. (12,3), 541-573.
- KRUPINSKI, J. (1967). Sociological aspects of mental health in migrants. *Soc. Sci. Med.* 1, 267-281.

- LAFOND, J. et al. (2003). *WHO — Europe national healthy cities networks. A powerful force for health and sustainable development in Europe*. WHO: Copenhagen
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- LAZARUS, A. et al. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Rapport IGAS (1995161).
- LÉVI-STRAUSS, C. (1973). *Tristes tropiques*. Paris: Plon.
- LYTTLETON, C. (1994). Knowledge and meaning: the AIDS education campaign in rural northeast Thailand. *Social Science Medicine*. 38, 135-146.
- LITTLEWOOD, R., LIPSEGE, M. (1989). *Aliens and alienist*. 2nd edn, Unwin Wyman, 83-103.
- MAISONDIEU, J. (1997). *La fabrique des exclus*. Paris: Bayard.
- MARMOT, M. et al. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 337, 1387-1392.
- MARIN, G. & GAMBA, R. (1996). A new measurement of acculturation for Hispanics: the bidimensional acculturation scale for Hispanics (BAS). *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, (18,3), 297-316.
- MEYERS, R. (1995). Relating health and nutrition to social and psychological development. In *The twelve who survive: Strengthening programmes of early childhood development in the third world*. Ypsilanti, Michigan: High/Scope Press.
- MONROE, S. (1983). Major and minor life events as predictors of psychological distress: further issues and findings. *Journal of Behavioral Medicine*. 6, 189-205.
- MYERS, J. et al. (1974). Social class, life events and psychiatric symptoms: a longitudinal study. In B. DOHRENWEND & P. DOHRENWEND (eds.). *Stressful life events: their nature and effects*. New York: Wiley.
- NARANG, I. & MURPHY, S. (1994). An assessment of ante-natal care for Asian women. *British Journal of Midwifery*. 2, 169-174.

NATHAN, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.

OCDE (2007). *Perspectives des migrations internationales*. Paris: SOPEMI.

OMS (1983). *Migration and health: towards and understanding of health care needs ethnics minorities*. Netherlands: Ed. M. Colledge.

ONU (1994). *Programa de Acção da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento*. ONU: Cairo.

PARKES, C. (1971). Psycho-social transitions: a field for study. *Social Science Medicine*. 5, 101-115.

PHINNEY, J., MADDEN, T., SANTOS, L. (1998). Psychological variables as predictors of perceived ethnic discrimination among minority and immigrant adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*. (28, 11), 937-953.

PHINNEY, J., HORENCZYK, G., LIEBKIND, K. & VEDDER, R. (2001). Ethnic identity, immigration and well-being: an interactional perspective. *Journal of social issues: immigrants and immigration*. (57, 3), 493-510.

PIAGET, P. (1970). *Epistémologie des Sciences de l'Homme*. Paris: Gallimard.

PNUD (2004). *Relatório de Desenvolvimento Humano — Liberdade cultural num mundo diversificado*. Mensagem: Queluz

RACK, P.(1982). Migration and mental illness: a review of recent research in Britain. *Transcultural Research Review*, 19, 151-172.

RALEIGH, V., BALARAJAN, S. (1992). Suicide levels and trends among immigrants in England and Wales. *Health Trends*. 24, 91-94.

RAMOS, M. C. (1996). Migrações internacionais e novos desafios. In J. CARVALHO FERREIRA et al. (org.) *Entre a economia e a sociologia*. Oeiras: Celta.

RAMOS, M.C. (2000). L'intégration économique du Portugal dans l'Union Européenne: effets sur les investissements, les migrations et l'emploi. In OCDE, *Mondialisation, migrations et développement*. Paris: OCDE, 171-193.

- RAMOS, M.C. (2004). Nouvelles dynamiques migratoires au Portugal et processus d'intégration. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2, 111-144.
- RAMOS, N. (1990). Educação precoce e práticas de cuidados infantis em meio urbano. *Actas do Colóquio viver (n)a cidade*. Lisboa: LNEC, 315-323.
- RAMOS, N. (1993). *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Paris V: Universidade René Descartes, Sorbonne, I e II vol., 736 p.
- RAMOS, N. (1997). Cultura, saúde e desenvolvimento. Novos desafios nas políticas social e de saúde. In Workshop: *Etnicidade, saúde comunitária e política social em Portugal: uma abordagem multidisciplinar*. Lisboa, 5 e 6 de Dez.
- RAMOS, N. (1999). Saúde e multiculturalidade. A criança em contexto migratório. In *IX Congresso Internacional: Saúde comunitária e exclusão social*. Lisboa, 24 e 25 Nov.
- RAMOS, N. (2000). Multiculturalidade, Migração e Cuidados na primeira infância. Perspectivas de prevenção em saúde mental precoce. In *Jornada Científica do Núcleo de Psiquiatria Transcultural*. Lisboa: Hospital Miguel Bombarda, 10 de Maio.
- RAMOS, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade : Para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. (35, 2), 155-178.
- RAMOS, N. (2001). Educação, saúde e culturas – Novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. (36,1,2,3), 463-487.
- RAMOS, N. (2002). Contextos e problemáticas na infância. Da prevenção à saúde e ao desenvolvimento. *Desafios Sociais*. (2,2), 24-46.
- RAMOS, N. (2002). Communication, éducation et interculturalité. Vers une éducation à la tolérance. *Diálogos*. 5, 68-75.
- RAMOS, N. (2003). *Interculturalité, éducation et communication*. Bucarest: Ed. Melina Press.

RAMOS, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Univ. Aberta.

RAMOS, N. (2005). Famílias e crianças em contexto de pobreza e exclusão — do desenvolvimento à saúde e à educação. *Psychologica*. 38, 241-263.

RAMOS, N. (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*. 41, 329-350.

RAMOS, N. (2006). Saúde, desenvolvimento e direitos humanos. *Interface*. (3,1), 11-31.

RAMOS, N. (2007). Comunicação e Interculturalidade nos Cuidados de Saúde. *Psychologica*. 45, 147-169.

RAMOS, N. (2007). Sociedades multiculturais, interculturalidade e educação. Desafios pedagógicos, comunicacionais e políticos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. (41, 3), 223-244.

RAZKALLAH, N. & EPELBOIN, A. (1997). *Chroniques du saturnisme infantile — 1989-1994. Enquête ethnologique auprès des familles parisiennes originaires du Sénégal et du Mali*. Paris: L'Harmattan.

REDFIELD, R. et al. (1936). Memorandum on the study of acculturation. *American Anthropologist*. 38, 149-152.

REIJNEVELD, S. (1998). Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*. (52,5), 298-304.

RESNICK, M. et al. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*. 278, 823-832.

RYKWERT, J. (1988). *Preface to the Paper Edition, The Idea of a Town*. MitPress.

ROBINSON, J. (1984). Racial inequality and the probability of occupation-related injury or illness. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 62, 567-590.

SARASON, B., SARASON, I. & PIERCE, G. (eds.) *Social support: an international view*. New York: John Wiley.

- SCHMITZ, P. (1992). Imigrant mental and physical health. *Psychology and developing societies*. 4, 117-131.
- SEGALL, M., DASEN, P., BERRY, J., POORTINGA, Y. (1990). *Human behaviour in global perspective: an introduction to cross-cultural psychology*. New York: Pergamon Press.
- SCHNAPPER, D. (2007). *Qu'est-ce que l'intégration*. Paris : Gallimard.
- SERRÃO, J. (1974). *A emigração portuguesa*. Lisboa: Livros Horizonte.
- SHWEDER, R. et al. (1997). The big three of morality (autonomy, community, divinity) and the big three explanations of suffering. In A. BRANDT & P. ROZIN (Eds). *Morality and health*. London: Routledge.
- SNYDER, H. (2001). Child delinquents. In R. LOEBER, D. FARRINGTON (Eds.) *Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage
- STEPHAN, C. (1992). Intergroup anxiety and intergroup interaction. In J. LYNCH, D. MODGIL, S. MODGIL (Eds.). *Cultural diversity and the schools : prejudice, polemic or progress?* London : Falmer Press.
- SHERIF, M. (1970). *Group conflict and co-operation: their social psychology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- SOZOMENON, A. et al. (2000). *Mental health consumer participation in a culturally diverse society*. Sidney: Australian Transcultural Mental Health Network.
- STAFFORD, M. et al. (2005). Gender differences in the association between health and neighbourhood environment. *Soc. Sci. Med.*, 60, 1681-1692.
- STORK, H. (1986). *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Le Centurion.
- STRONKS, K., RAVELLI, A. & REJINEYVELD, A. (2001). Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*. (55, 10), 701-707).

- SWARTZ, L. (1998). *Culture and mental health: a southern African view*. Oxford: University Press.
- TAYLOR, S., REPETTI, R. & SEEMAN, T. (1997). Health Psychology: What is an Unhealth environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*. 48, 411-447.
- TAJFEL, H. (1970). Experiments in intergroup discrimination. *Scientific American*. (223, 5), 92-102.
- TRIANDIS, H. et al. (1988). Individualism and collectivism: cross-cultural perspectives on self-in-group relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 4, 323-338.
- VECKENRODE, J. & GORE, S. (1981). Stressful event and social supports. The significance of context. In B. GOTTLIEB (ed.) *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage.
- VAN DIJK, R. (1998). Culture as excuse: the failures of health care to migrants in the Netherlands. In S. GEEST, A. RIENKS (Eds). *The art of medical anthropology. Readings*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- VALA, J. et al (2004). Social values, prejudice and solidarity in the European Union. In W. ARTS e L. HALMAN (org.). *European Values at the end of the millennium*, Leiden: Koninklijke Brill NV.
- WILLIS, P. (1977). *Learning to labour: how working class kids get working class jobs?* Ashgate : Adershot.
- WILKINSON, M. (1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*. 304, 165-168.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (1971). Society, stress and disease. *Who Chron*. 25, 168-178.
- WHO/EURO/HCP0 (1988). Promoting health in an urban context. *WHO Healthy Cities Papers*. 1. FADL: Copenhagen.
- WHO (1996). World health day : Healthy cities for better life. *World Health Day*. Geneva.