



澳門大學
UNIVERSIDADE DE MACAU

A Vez e a Voz da *Mulher Portuguesa* na Diáspora: Macau e Outros Lugares

Actas do III Congresso Internacional

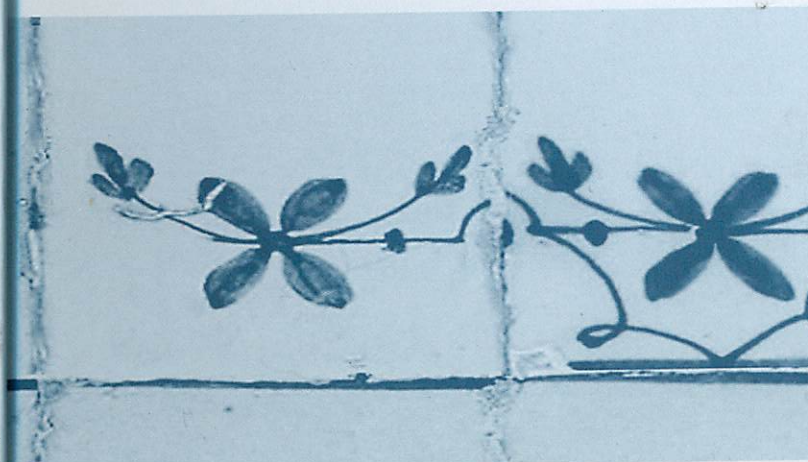
III Congresso Internacional
A Vez e a Voz da Mulher Portuguesa na Diáspora:
Macau e Outros Lugares
2-5 de Maio de 2007
Macau

As actas do Congresso foram publicadas pela
Universidade de Macau em Maio de 2009.

Website: www.umac.mo

Email: pub.enquiry@umac.mo

Separata para uso exclusivo do autor. Não pode ser vendida.



Mulheres portuguesas na diáspora – Maternidade, aculturação e saúde

Natália Ramos
Universidade Aberta
CEMRI, Lisboa

O Fenómeno Migratório no Mundo e em Portugal – Tendências e Perspectivas

Actualmente, as questões da diversidade cultural, da mobilidade das populações e das relações interculturais, são da maior importância no contexto do mundo globalizado, estão no centro da preocupação da maioria dos Estados, vindo colocar enormes desafios à sociedade, às diferentes instituições e serviços e às estratégias e políticas nos diferentes sectores, tanto em Portugal, como noutros países e continentes. Estes fenómenos constituem importantes factores de mudança no contexto nacional e internacional, individual e grupal.

A globalização e os fluxos migratórios aumentaram sem precedentes os contactos entre as culturas e a coabitação entre diferentes modos de vida, contribuindo para a multi/interculturalidade das sociedades, para a partilha e coabitação de espaços, de tradições culturais, de competências e de saberes. Com efeito, a diversidade cultural e as relações interculturais, fazem hoje parte e integrarão cada vez mais os sectores social, económico, político, religioso, educacional, sanitário e mediático.

No mundo contemporâneo e no que diz respeito à migração, o desfasamento crescente entre níveis de desenvolvimento e entre estruturas demográficas de países ricos e pobres e ainda os conflitos políticos e armados têm gerado um número cada vez maior de migrantes e refugiados. Hoje, os fluxos migratórios são mais numerosos, mais rápidos e mais diversificados e complexos que no passado, tendo impregnado a vida quotidiana e as relações entre os indivíduos, os Estados e as culturas, constituindo uma realidade cultural, social, política e jurídica ao nível mundial e nacional.

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 actualmente fora dos seus países de origem. 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 Europeia, 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 Económico (OCDE, 2007), as migrações familiares atingem 70% nos EUA e constituem um terço das migrações permanentes no Japão e no Reino Unido. Muito embora existam cada vez mais mulheres que emigram sozinhas, com projectos migratórios independentes e autónomos da reunificação familiar, as migrações familiares predominam nos fluxos migratórios de carácter permanente. Nos países da OCDE as migrações familiares e femininas aumentaram fortemente nos últimos anos, nomeadamente, as mulheres migrantes constituem perto de 55% dos imigrantes nos países da OCDE.

Para assinalar estes fluxos em ascensão, foi instituído o Dia Internacional dos Migrantes (18 de Dezembro).

Com efeito, os fluxos migratórios têm vindo a aumentar, tocando todos os continentes e os diferentes sectores 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 Europeia (UE), o número de migrantes provenientes de países extra europeus aumentou 75% desde 1980. Só a Europa contava, em 2000, 60 milhões de migrantes e a América do Norte 41 milhões, a Alemanha e a França constituindo os principais países de imigração no continente europeu. 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).

De 1990 a 2000 as migrações representaram 89% do crescimento da população na Europa e de 1995 a 2000 representaram 75% do crescimento nos EUA. 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).

Portugal, país tradicional de emigração (quase 5 milhões de portugueses estão em diáspora), tem vindo a reforçar o seu carácter de país de imigração. O nosso país é, com efeito, um país tradicional

de emigração, constituindo este fenómeno uma característica histórica e estrutural da sociedade portuguesa (Serrão, 1974). Muito embora o fluxo de emigração portuguesa tenha diminuído consideravelmente, Portugal continua a ser um “país de emigração”, estimando-se actualmente que o número de portugueses e de descendentes no estrangeiro é de 4,9 milhões, cerca de 5% da população residente em Portugal, tendo-se transformado este país num dos grandes berços mundiais de diásporas (Ramos, 1996, 2004).

Na Europa, o país que acolhe o maior número de emigrantes portugueses é a França (48% destes emigrantes são mulheres), constituindo os portugueses a comunidade estrangeira mais numerosa neste país (17% dos estrangeiros).

Portugal tem vindo a reforçar o seu carácter de país de imigração e de acolhimento de população estrangeira, esta representando actualmente 5% do total da população residente no nosso país, provenientes de 179 países de diferentes continentes, mas, sobretudo de África (PALOP), da América Latina (Brasil) 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, 2006) destacava que, em 2005, residiam legalmente em Portugal, 415.934 cidadãos de origem estrangeira, sendo os seguintes grupos os mais numerosos: cabo-verdianos (67.457); brasileiros (63.654) e ucranianos (43.799). Segundo este organismo, nasceram no nosso país em 2005 mais de nove mil crianças em que um, ou ambos os pais eram estrangeiros, reunindo 8,3% da totalidade dos nascimentos neste ano, sendo os brasileiros que contribuem com o maior número de crianças (perto de duas mil), seguidos por Angola (1.382) e Cabo-Verde (1.101).

O número crescente da população migrante, faz com que a sociedade e os diferentes contextos sociais, particularmente, as instâncias de saúde sejam confrontados com uma grande heterogeneidade linguística e cultural dos seus utentes, o que exige destas a adopção de práticas e políticas adequadas para fazer face a esta nova realidade.

Estas realidades impõem novos modelos conceptuais e novas políticas de prevenção e intervenção, baseados numa perspectiva holística 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 a saúde física e psíquica, com as necessidades e com o bem-estar psicológico e social

dos indivíduos, das famílias e dos grupos, maioritários ou minoritários, nacionais ou migrantes.

São variados os problemas psicossociais e sanitários, colocados às populações migrantes, em particular, às mulheres. Estas, para além das situações de precariedade, risco e vulnerabilidade em que frequentemente vivem em contexto migratório, são vítimas, muitas vezes, de abusos sexuais, de sexismo e de discriminação. O contexto de pobreza e exclusão que caracteriza o processo migratório de muitas mulheres migrantes, aumenta as probabilidades de exploração, violência, sexo coercivo e a diminuição de decisão e de adopção de comportamentos saudáveis (Morokvasic, 1993; Anderson, 2000; Lutz, 2002; Herrera e Campero, 2002; Carballo, 2007).

A população migrante é uma população heterogénea. Contudo, a predominância de baixos níveis de escolarização e de qualificação profissional, a inserção tendencial em sectores onde é mais precária e instável a relação salarial, onde há um mais baixo nível de remuneração global, onde há um grande peso de integração de clandestinos, desprovidos de sistemas de protecção social, e a precariedade da sua situação social e económica, fazem do grupo migrante um grupo particularmente vulnerável.

A homogeneidade das populações que residem em bairros e/ou habitações precárias, em termos de escolarização, de rendimento e muitas vezes de origem étnica, a concentração de populações que vivem em condições sócio-económicas vulneráveis e com fracas redes sociais, é um elemento que agrava as dificuldades de integração na sociedade, que dificulta o acesso aos cuidados de saúde e que pode conduzir a situações de violência, isolamento e a sentimentos de intolerância e discriminação da população autóctone (Burke, 1984; Ramos, 1993, 2004, 2006; Taylor et al., 1997).

Para além disso, as estruturas sociais, jurídicas, de saúde e educativas não oferecem, frequentemente, respostas ou programas específicos ou fazem-no de uma forma descoordenada e inadequada, não prestando cuidados adaptados às necessidades e diversidades dos utentes e não tendo, muitas vezes, em conta os seus direitos fundamentais. Torna-se deste modo necessário, como estipula a Conferência das Nações Unidas do 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*".

Também, o processo migratório, envolvendo rupturas espaciais e temporais, transformações diversas, nomeadamente mudanças psicológicas, físicas, 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 consequências ao nível da saúde física e psíquica e do stress psicológico e social. O processo migratório é, particularmente complexo e de risco para as mulheres migrantes, já que estas sofrem transformações mais profundas e variadas ao nível da sua re(construção) identitária.

Investigações realizadas em França, Portugal e Itália (Ramos, 1993, 2004, 2005, 2006), assim como, outros estudos levados a cabo noutros contextos migratórios, nomeadamente, europeus e norte-americanos, sublinham um complexo e variado conjunto de factores socioeconómicos, psicossociais e familiares que afectam a saúde, o nível de stress, o desenvolvimento e a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias migrantes, sobretudo dos que são provenientes de países em desenvolvimento dos quais destacámos:

- O baixo nível sócio económico, a precariedade das condições habitacionais e laborais, o isolamento social e a falta de redes sociais de apoio, as dificuldades em compreender e adoptar as normas sócio-culturais do país de acolhimento, as atitudes de discriminação, de intolerância e de racismo, vêm reforçar a exclusão social e cultural, reduzir a possibilidade de participar na vida colectiva, aumentar as dificuldades de recurso às estruturas de apoio e acentuar os factores de risco e de stress;

- O analfabetismo e/ou o desconhecimento da língua do país de acolhimento 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;

- Factores 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, faz com que muitas famílias, principalmente as mulheres 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;

- As más condições sociais e de alojamento de uma grande parte da população migrante, 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 mãe e da criança estando na origem de patologias várias e aumentando as situações de risco e vulnerabilidade.

No que diz respeito à saúde e ao bem-estar psicológico e social dos migrantes e das suas famílias, em particular das mulheres, eles estão associados a um conjunto indissociável de factores individuais, colectivos, ambientais, nomeadamente, factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, laborais, culturais e políticos, que reenviam não só ao próprio estatuto social, económico e jurídico do indivíduo migrante na sociedade de acolhimento e às estratégias e políticas sociais de integração ou de discriminação e preconceito, mas também a estilos de vida e ao acesso aos serviços de saúde. Comparativamente aos autóctones, o acesso aos serviços de saúde dos migrantes, é sobretudo condicionado por factores culturais, comunicacionais e políticos (Fernando, 1993; Bollin e Siem, 1995; Van Dijk, 1998, 2000; Sozomenon *et al.*, 2000).

Os migrantes enfrentam, em geral, 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 tratamento tardios e à carência psicossocial, vindo as situações de clandestinidade e de discriminação agravar o problema.

A O.M.S. (1983), num estudo realizado na Holanda sobre a população migrante, evidencia que a pobreza das condições de vida, as condições de trabalho e de 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 factores que influenciam a saúde física e psíquica.

Com efeito, na situação de integração e de saúde dos migrantes, é necessário ter em conta determinados factores, nomeadamente:

- se a migração foi voluntária, motivada por razões económicas ou intelectuais ou involuntária, no sentido de terem sido expulsos ou obrigados a sair por razões políticas ou por conflitos armados (refugiados);

- se o imigrante se adaptou à nova cultura ao nível da linguagem, do vestuário, da alimentação, dos hábitos e estilos de vida;

- se os imigrantes estão sujeitos à discriminação, racismo ou xenofobia da parte da comunidade de acolhimento;

- se a estrutura familiar e os valores étnico/religiosos se mantêm após a migração;

- se os migrantes têm acesso às figuras religiosas familiares e às práticas tradicionais de saúde (curandeiros tradicionais, por exemplo);

- se as políticas do país de acolhimento facilitam ou dificultam a integração dos migrantes.

Entre as comunidades migrantes 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 protectores contra a doença mental e o stress. Outros factores, tais como, o isolamento social, tabus e prescrições religiosas, desigualdades de género, conflitos intergeracionais, pressões familiares sobre os jovens, principalmente sobre as jovens migrantes relativos a hábitos culturais ou sobre o projecto de vida futuro, familiar ou profissional, e condições habitacionais precárias e sobrelotadas, podem aumentar a tendência para a doença mental e psicopatologia nestes grupos e para a redução da qualidade de vida (Kiritz e Moos, 1974).

Migração, Aculturação e Stresse

A migração de uma cultura para outra ou de uma região do país para outra, envolve rupturas importantes no espaço, nas relações sociais, nas vivências e na identidade do indivíduo e do grupo.

O termo migração deriva do latim *migrare*, ou seja, passar de um local para outro. Para Birou (1982: 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 sinónimo 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 factores múltiplos relacionados com aspectos específicos da aculturação (...) a qual 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: 561-562).

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, a indiferença e a discriminação da população (Eitinger, 1960).

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 stressante que o indivíduo não consegue controlar, que o afecta 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.

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 adopção; 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*” protector e tranquilizante dos lugares, das sensações, de “integrar” dos hábitos, primeiras marcas e elementos nos quais se estruturou o funcionamento psíquico e cultural. No segundo pólo, trata-se de “imigrar”, de “integrar”, de elaborar, de reconstruir individualmente e num curto espaço de tempo o que diferentes gerações elaboraram e transmitiram pacientemente.

A perda e o abandono relacionados com a migração e exílio, são bem expressos por Portillo, in Viñar (1982):

O desterro é sempre uma mutilação da parte do ser humano que mais dói: mutilação no sentido de biografia individual e de história colectiva. O refugiado perde as referências com a realidade de significações que os próximos haviam tecido à sua

volta desde antes do nascimento e se coloca no mundo sem a terra a seus pés e com recordações – e nada mais que recordações – como únicas senhas de identidade.

A experiência da migração envolve uma mudança psicossocial profunda semelhante a um luto ou a uma incapacidade estando, em geral, associada a stresse 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 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 colectivo; às de indivíduos enlutados e envolvem, igualmente, reacções de pesar e luto que podem ser patológicas e atípicas.

Viñar (1992) fala em “*psicopatologia do exílio*”, sublinhando que o traumatismo, o sofrimento e o sentimento de perda, caracterizam o luto vivido pelo migrante e exilado na primeira fase migratória. Para este autor, os termos “desenraizamento” e “desenraizado” estão associados ao migrante e ao exilado, já que estes perderam as suas raízes: “*Imagem ou metáfora que indica o que é rompido no dilaceramento do exílio e que situa o sofrimento no centro do tema: dor de estar separado de suas raízes, distanciado das representações familiares*” (Viñar, 1992: 111).

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 actividade 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, in Ramos, 1993).

Algumas destas mudanças poderão ter consequências positivas, nomeadamente, no que diz respeito à melhoria das condições socio-económicas, à educação, à saúde, outras poderão manifestar-se de uma forma negativa, sob a forma de dificuldades de adaptação, problemas psicológicos e stresse 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 permitem 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.

Berry (1989, in 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 dá 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 maioritário, em detrimento dos seus padrões culturais e 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 activa, dos indivíduos na nova sociedade, adoptando igualmente comportamentos e valores dessa sociedade. Esta estratégia permite ao imigrante adoptar aspectos da cultura maioritária 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 maioritário, devido a práticas discriminatórias. Esta situação é acompanhada geralmente de stresse 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 stresse.

Marin (1996) evidencia as vantagens do biculturalismo ao salientar que os indivíduos biculturais, ou seja, que se identificam simultaneamente com a sociedade em que estão inseridos e com a sua cultura de origem, 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 interactivo 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 interacção intercultural entre o migrante e a sociedade de acolhimento, já que cada uma das culturas poderá ter orientações de aculturação diferentes. Este modelo destaca o papel importante das políticas adoptadas pelo Estado, enquanto facilitador, ou não, do processo interactivo 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 adoptadas 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 adopção 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 maioritários;

5. *Individualização* – considera-se que cada indivíduo é uma entidade única, não sendo definido em função das suas pertenças categoriais, minoritárias ou maioritárias.

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

Pluralismo Ideológico – Relacionado com a Integração e a Individualização, em que se defende que os imigrantes devem adoptar 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 adoptar 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 adoptar 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 adoptar 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 factores individuais e colectivos, os quais poderão facilitar ou dificultar a sua integração na nova sociedade. A complexidade do processo de aculturação exige, segundo Birman (1998), um modelo baseado numa perspectiva ecológica-sistémica, que ultrapasse os paradigmas dicotómicos de modelos anteriores. Este autor propõe os princípios do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) para compreender a complexidade do processo dinâmico e interactivo 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 reinterpretção de traços culturais dos grupos em presença. Para Berry (1989), as mudanças comportamen-

tais, (nomeadamente, na linguagem, nas atitudes, na identidade) e o stresse de aculturação constituem dois tipos de respostas psicológicas à aculturação.

Para Berry (1974, 1987, 1989, in Ramos, 1993), o stresse 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 stresse de aculturação poderá ser, mais ou menos, importante mas não é inevitável, sendo as relações entre aculturação e stresse influenciadas por todo um conjunto de factores, 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 sócio económico, o estatuto social, assim como, certas experiências, nomeadamente a miséria, a tortura, a exclusão, a xenofobia, podem influenciar o nível de stresse. Também as características psicológicas do indivíduo, nomeadamente, as estratégias de adaptação (*coping*), o controlo, as motivações, as competências, a atitude face ao processo de aculturação, o sentido de identidade cultural, podem igualmente ter influências no nível de stresse.

Em relação às características das sociedades, Murphy (1965) citado por Berry (1989) refere que a probabilidade de um nível de stresse 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 stresse 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 stresse é o mais elevado.

Para Kessler *et al.* (1986); Littlewood e Lipsedge (1989); Doyle (1991); Ramos (1993, 2004); Narang (1994); Anderson (1995); Reijeneveld (1998), os migrantes têm mais fontes de stresse e possibilidade de sofrer os efeitos dos factores ambientais de stresse devido à interacção complexa de variados factores: 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 facto de possuírem menos recursos para enfrentar o stresse, à perda das referências básicas e às mudanças no espaço vital.

Maternidade, Aculturação e Saúde

Vários autores têm estudado os efeitos sobre a saúde e o comportamento materno, de uma mudança brusca de meio físico e sócio cultural originada pela migração segundo os grupos e modos de aculturação, a propósito dos quais destacamos alguns estudos.

Viver, nascer, crescer em situação de migração e de exílio representa um risco e poderá constituir um trauma e uma fonte de stresse 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 stresse, às rupturas, às transformações e às dificuldades resultantes do processo migratório (Kessler, 1979; Anthony, 1982, 1985; Ramos, 1993, 2001, 2004, 2006).

As crianças transportando consigo as vivências e a experiência migratória das suas famílias, não podem afastar-se completamente dos riscos e das situações de stresse que comporta esta experiência de mudança e adaptação. Se a família se adapta bem à sociedade de acolhimento as interacções 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 afectar o processo de desenvolvimento (Ramos, 1993).

Também Anthony (1985: 377) acentua nestes termos as consequências para a criança, resultantes de mudanças bruscas de meio sócio cultural e/ou económico 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 adoptam rapidamente não somente formas de viver novas, mais subtis e sofisticadas, mas principalmente uma psicopatologia nova, mais subtil e sofisticada.

A migração origina modificações na estrutura social e familiar, com consequências 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 protecção física e psicológica. O indivíduo, tal como o grupo familiar, têm de fazer face sozinhos 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 frequentemente 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 adoptar em relação ao modo de lidar com os seus filhos, à incapacidade de agir em caso de mau 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 adoptar, pois as referências não são as mesmas e o sistema referencial vacila. (Ramos, 1993: 566).

As práticas de saúde e educativas das sociedades industrializadas, muito dependentes dos especialistas e, frequentemente, diferentes 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, a insegurança e a ansiedade daí resultantes estão na origem de "*conflitos maternos*" muito prejudiciais para a relação mãe/criança e para as interacções 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 interacção mãe criança e uma inadequação das respostas familiares, em particular, maternas às necessidades da criança. O facto 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 frequentaram 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 migrantes no país de acolhimento, não exercido frequentemente no país de origem, as novas referências sócio-culturais e modos de vida, vêm trazer muitas mudanças no estilo de vida e identidade, nos papéis e relações familiares, nas práticas reprodutivas, de fecundidade e sócio educativas. Por exemplo, estudos têm mostrado que, em geral, o número de filhos desejados pelos migrantes da segunda geração é inferior aos dos seus pais, aos que a primeira geração desejaram ou tiveram (Donnay *et al.*, 1985; OMS, 1986; Ramos, 1993).

Com efeito, existem vários factores que interferem nestas mudanças e na integração na sociedade de acolhimento e dos seus valores, nomeadamente: o tempo decorrido desde a chegada ao país de acolhimento; o nível de escolaridade; a origem urbana ou rural da família; a situação económica da família no país de chegada; a estrutura e funcionamento da família; o nível de integração e as possibilidades de contacto da mulher migrante com a sociedade de acolhimento, nomeadamente, ao nível do trabalho, associações, grupos de mulheres, serviços de saúde ou educativos.

Ao nível dos cuidados de maternagem, em situação de migração certas práticas de cuidados maternos, mantêm-se, transformam-se ou perdem-se.

Falander (1983) salienta que as dificuldades psicológicas, económicas e de adaptação no decurso dos primeiros anos de imigração podem ter repercussões directas na relação da mãe com a criança. É o caso das mães *Sefarditas* da África do Norte, cuja emigração para Israel remonta a menos de dois anos e cujos filhos têm entre oito e quinze meses. Estas mães mostravam-se menos afectuosas e menos estimulantes ao nível psicossocial com as crianças e interagiam de uma forma menos positiva do que as suas compatriotas chegadas a Israel há mais de três anos.

Candil e Frost (1972) dão-nos o exemplo de mães americanas de origem japonesa, as quais sofreram uma dupla influência, ou seja, elas conservam certas particularidades das mães Japonesas e adoptam, ao mesmo tempo, alguns comportamentos típicos das mães americanas. Estas mães de origem japonesa, tomam a criança nos braços e falam-lhe docemente, como é hábito no Japão, e embalam-na e adormecem-na como as mães americanas.

Hamers (1979), ao estudar as atitudes parentais educativas das famílias americanas e das famílias imigrantes, nomeadamente portuguesas, verificou nestas uma assimilação mais rápida dos valores e atitudes das

suas homólogas da classe operária americana, do que dos da classe média, mantendo-se, no entanto, certos valores do país de origem.

Igualmente Franket e Bornstein (1982), num estudo com mulheres do Yemen e do Kurdistão vivendo em Israel, mostram que quando a coesão do grupo migrante é forte, a pressão exercida pelas políticas sanitárias e educativas do país de acolhimento modifica os comportamentos sem, no entanto, criar uma ruptura ou alterar profundamente as representações e crenças ancestrais relativas ao desenvolvimento e à saúde da criança.

Por seu lado, Bastide (1969) salienta que nas sociedades onde a coesão do grupo migrante é fraca e a aculturação é grande, constata-se uma ruptura das tradições que origina uma perda de referências e de sentido, relativamente às práticas de cuidados e educação das crianças.

Também Rabain e Wornham (1990); Ramos (1993, 1996), ao estudarem as transformações dos cuidados e comportamentos de mulheres migrantes africanas em França, registaram que uma parte conserva algumas práticas tradicionais como, por exemplo, a massagem da criança. Todas elas teriam o hábito de transportar as crianças às costas em casa. No entanto, uma parte destas mães migrantes utilizava um instrumento do tipo ocidental (carrinho de bebé, saco canguru) quando saía com a criança ao exterior.

A investigação de Ramos (1993, 1996) com famílias imigrantes portuguesas na região de Paris sobre os cuidados às crianças, mostra que a aculturação da primeira geração corresponde ao esquema proposto por Abou (1981), ou seja, ela é “parcial” e “sectorial”, adoptando os traços e os modelos de cultura dominante no sector público das relações secundárias, ao mesmo tempo que mantêm o seu próprio código cultural no sector privado das relações primárias. Os cuidados à criança fazem parte deste sector privado das relações primárias.

Também, em situação de migração, certas práticas resistem melhor à aculturação, como confirmam várias investigações (Stork, 1986, 1988; Ramos, 1993, 1996, Monteiro, 2007), nomeadamente, as práticas mágico-religiosas.

Stork (1986, 1988) observou nas mulheres indianas imigrantes em França que a prática tradicional de fazer um ponto negro diariamente na face do bebé com o objectivo de afastar o mau olhado se mantinha viva, contrariamente ao hábito do banho tradicional com óleo, o qual era abandonado em situação de imigração.

Também Monteiro (2007), no seu estudo com mães de origem Hindu imigrantes em Portugal, verificou a manutenção das práticas de cuidados de protecção à criança, nomeadamente contra o mau-olhado, através do uso de cajal nos olhos da criança ou o uso de pulseiras pretas

nos braços, tornozelos ou cintura dos bebês como forma de protecção. Já a massagem tradicional, mantinha-se viva, mas tinha sofrido algumas transformações em situação de migração. Na massagem em situação de migração já não se utilizam os óleos naturais habitualmente utilizados na Índia, mas recorre-se ao uso de óleos comerciais ocidentais. A massagem hindu, tradicionalmente realizada pela mãe ou pela avó, sentada no chão com a criança nas suas pernas, passou a ser realizada em cima da cama ou de uma mesa, diminuindo os contactos corporais entre a criança e a cuidadora.

A mesma situação foi verificada por Ramos (1993), relativamente a uma maior utilização de objectos protectores (amuletos, relíquias, medalhas religiosas) pelos bebês nas famílias portuguesas imigrantes em França, em comparação com os bebês portugueses autóctones. Verificou-se, igualmente, uma crença muito maior sobre a influência do “*mau olhado*” nas mães portuguesas imigrantes em França (87%) contra 30% das mães portuguesas autóctones. A ansiedade e inquietude da situação migratória é, de algum modo, projectada nesse “*mau olhado*”, no olhar do estrangeiro que observa e julga, constituindo as práticas mágico-religiosas um meio de protecção contra a angustia e “*estranheza*” da situação migratória.

Resultados de investigações com famílias portuguesas em França, nas décadas de 80 e 90 do século XX (Ramos, 1993, 1994, 1995, 1996) relativamente aos cuidados às crianças salientam que são, sobretudo, as canções de embalar, prática tradicional e característica dos cuidados maternos das mães portuguesas autóctones, a actividade mais abandonada nas práticas de cuidados destas mães migrantes, ainda que presentes nas representações e na memória de infância destas mulheres, como se o canto, símbolo de vida e de alegria, tivesse necessidade da força e do calor da terra mãe para se fazer ouvir.

Por seu lado, o contacto corporal, as práticas de embalar, ou outra atitude típica de uma relação de proximidade física mãe-bebê, permanecem inscritas na gestualidade das mães migrantes, o corpo a corpo e as interações proximais tão importantes nas práticas de cuidados maternos em Portugal, deixando as suas marcas nos comportamentos e gestos, mesmo em situação de aculturação. Interessa aqui destacar o conceito de “*aprendizagem cinestésica*”, desenvolvido por Mead e Gregor (1951), enquanto modalidade de transmissão das técnicas do corpo que se inicia na primeira infância, procedendo pela impregnação corporal dos gestos e das posturas maternas que deixa a sua marca étnica até à idade adulta. Esta aprendizagem é primária, já que resulta de uma espécie de memória do corpo, de um mecanismo inconsciente, de um

tipo de aprendizagem que se aproxima de mecanismo de enculturação. Esta modalidade de transmissão tem sido, igualmente, observada com mães imigrantes de outras culturas (Ramos, 1993-2002).

Relativamente aos comportamentos familiares, mais concretamente às práticas de cuidados maternos, encontramos diferentes modalidades de aculturação, ou seja, diferentes formas de relacionamento da cultura de origem com a cultura receptora.

Podemos ter uma aculturação que podemos designar de “*aculturação sem problemas*” caracterizada, geralmente, por uma aliança harmoniosa das práticas tradicionais (modo de transportar a criança, massagens, embalar na rede, nos braços, nas costas, manutenção da língua materna, etc.) com as práticas originárias da modernidade e do desenvolvimento, como a utilização de tecnologia doméstica e o recurso às estruturas de saúde e sócio educativas disponíveis no país de acolhimento. Encontramos este tipo de aculturação, sobretudo, em famílias e mães portuguesas da primeira geração imigrantes em França (Ramos, 1993, 1996).

Outra modalidade é a “*aculturação de tipo intermédio*”, também designada de “*semi-aculturação*” onde as famílias, particularmente as mães adoptam em grande número os comportamentos e os hábitos da sociedade de acolhimento, sendo estes hábitos ocidentais considerados como mais “*modernos*” e “*prestigiantes*”. Seduzidas pela modernidade e pelas facilidades da tecnologia doméstica e independência que observam na sociedade receptora, elas tentam imitar e reproduzir os comportamentos e gestos daqueles que exercem influência sobre elas e que viram ter êxito, no sentido da “*imitação prestigiosa*” definida por Mauss (1980) não esquecendo, no entanto, completamente os modelos de referência da sua cultura de origem. Contudo, as normas e os modelos do país de acolhimento não são, muitas vezes, verdadeiramente interiorizadas e as do país de origem tendem a diminuir ou a desaparecer. Também, os conflitos e as contradições entre os princípios educativos e de cuidados que provêm do seu país de origem e os propostos pelos profissionais poderão originar alguma indecisão e ansiedade e conduzir a um tipo de cuidados à criança empobrecido, prejudicial para a criança e para a mãe. Encontramos este tipo de aculturação, sobretudo, em mães das segundas gerações e nalgumas mães jovens, onde existem algumas rupturas ou quebras nas relações intergeracionais (Ramos, 1990, 1993, 1995).

É na terceira modalidade que designamos por “*desaculturação*”, onde encontramos o maior desenraizamento, isolamento, desorganização e psicopatologia. Isoladas, desenraizadas, deprimidas, faltando-lhes referências tradicionais sobre as quais se apoiarem, por vezes, mães muito jovens, estas famílias e, sobretudo, as mães não encontram nelas mesmas,

nem no meio familiar e social, os recursos necessários para se adaptarem a um novo meio e cultura e para cuidarem dos seus filhos. É neste grupo que verificamos uma maior vulnerabilidade da mãe e da criança, mais situações de risco, mais depressões e psicoses, nomeadamente, pós parto, menor vigilância pré-natal, mais problemas de identidade, assim como, mais distúrbios funcionais do bebé, tais como, problemas de sono e alimentação. Encontramos, ainda, neste grupo mais dificuldades psicológicas, comunicacionais, de aprendizagem, de adaptação social e escolar e maior insucesso escolar das crianças e dos adolescentes. Verificamos este tipo de aculturação num número importante de mães imigrantes africanas, por exemplo, não tendo encontrado, contudo, na nossa investigação, nas mães portuguesas imigrantes em França (Ramos, 1993-2002). A estes resultados não será alheio, o modelo de aculturação integrativo e familiar predominante na comunidade portuguesa em França, pelo menos, até recentemente, onde a par da integração da cultura de acolhimento estão presentes fortes vínculos intercomunitários, intergeracionais e, ainda, com o país e a cultura de origem.

Os estudos sobre a saúde das mulheres migrantes, nomeadamente, na União Europeia, na América do Norte, na América Latina e na Ásia registam, sobretudo, problemas de saúde reprodutiva, apontando piores indicadores de saúde associados a esta população. As mulheres migrantes 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, apresentam uma menor utilização de métodos contraceptivos, registam mais gravidezes indesejadas, taxas mais elevadas de nascimentos mortos, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade infantil (Ramos, 1993, 2008; Bollini, 2000; Essen *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 2003; Mora, 2003; Mosher *et al.*, 2004; Hjern *et al.*, 2004; Flores, 2005, 2006; Korrosky *et al.*, 2007; Lopes, 2007).

Importa salientar que a gravidez, o parto e os primeiros cuidados à criança são, ainda, nas sociedades tradicionais, de onde são originárias muitas mulheres migrantes, rodeados de um conjunto de procedimentos e rituais que passam de geração em geração. Nas sociedades industrializadas, em especial em situação de migração e interculturalidade, existe todo um conjunto de rituais em volta da gravidez, do parto e do recém-nascido que se rompe e que desempenhava um papel protector e uma função psicológica importante. O universo anónimo, isolado, tecnológico e estranho das instituições de saúde vem aumentar a vulnerabilidade destas mães, reforçar a situação de isolamento, de stresse e de angústia para a mulher oriunda de outro universo cultural. Esta, sobretudo aquela

que é mãe pela primeira vez, vive com medo, ansiedade e muito stresse este período, devido ao isolamento e às grandes diferenças entre o meio cultural, familiar e protector de origem e o universo anónimo, distante, tecnológico e incompreensível com o qual se vê confrontada. Esta situação “estranha”, de stresse e vulnerabilidade tem consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebé, na adesão e utilização dos serviços de saúde pela mulher, nomeadamente, migrante e desencadeia, muitas vezes, nos técnicos de saúde atitudes e comportamentos inadequados, agressivos, de rejeição e problemas de comunicação (Ramos, 1993, 2004).

Assim, as mulheres em contexto migratório embora tenham, em geral, mais acesso ao planeamento familiar, a melhor vigilância pré-natal e a cuidados obstétricos, estão particularmente expostas ao stresse e à vulnerabilidade, não só, porque têm de lidar com a ansiedade e inquietude relacionadas com a gravidez e 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 e conflitos com outras práticas de cuidados e valores.

A título de exemplo, registamos um estudo de Burke (1976a, b, c). Assim, numa investigação sobre tentativas de suicídio entre imigrantes irlandeses, asiáticos e das Caraíbas em Birmingham, Burke concluiu que o suicídio era mais elevado nos imigrantes do que nas populações autóctones, muito em particular, no caso das mulheres migrantes e que o stresse de migração afecta mais as mulheres do que os homens. Este autor sublinha o isolamento e os conflitos vividos pelas mulheres migrantes as quais têm, muitas vezes, menos oportunidades de se familiarizarem com a língua e a cultura da sociedade de acolhimento e enfrentam muitas pressões e conflitos entre os valores familiares e culturais de origem e os valores da sociedade de acolhimento, nomeadamente, da escola e do local de trabalho.

Considerações Finais

As novas realidades multi/interculturais e a mobilidade das populações contribuem para que as mulheres e os homens do século XXI mantenham múltiplas pertenças identitárias 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 problemas comunicacionais e de saúde e novas formas de discriminação e de exclusão.

O processo migratório constitui um processo capaz de provocar a inadaptação, o stresse e a doença como, igualmente, capaz de favorecer o desenvolvimento, o bem-estar, o dinamismo e a criatividade dos indivíduos e dos grupos.

Para os migrantes, principalmente para as mulheres, os conflitos devido à coexistência de códigos culturais, por vezes, contraditórios e incompreensíveis e à dificuldade ou impossibilidade em 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 stresse de aculturação.

Com efeito, a migração poderá representar uma experiência traumática e dolorosa, capaz de originar traumatismos silenciosos e múltiplos e situações de elevado stresse. Um imigrante que se encontra em situação de privação e isolamento, tendo como consequência a perda prolongada de objectos e referências do meio ambiente em que possa ter confiança sofre, para além de stresse e angústia, uma diminuição da sua capacidade criativa e de iniciativa, nomeadamente, para aceder aos bens e serviços a que tem necessidade e direito e para reclamar os seus direitos. A possibilidade de recuperar as suas capacidades criativas e de iniciativa, dependerá das suas competências e estratégias em elaborar esta perda, isolamento e abandono e em ultrapassá-los, assim como, das suas redes familiares, sociais e de suporte e das políticas da sociedade de acolhimento.

O estado de saúde dos migrantes e as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e à prevenção estão relacionados com um conjunto variado e complexo de factores. Deste modo, é importante ter em conta não só o nível de integração na sociedade de acolhimento e os modos de adaptação dos migrantes às novas condições sócio-culturais, como é, igualmente, importante analisar as características da sociedade de acolhimento, nomeadamente, as condições económicas e políticas dominantes e factores como a xenofobia, a discriminação e o preconceito, os quais contribuem para dificultar a integração social e desencadear problemas de saúde mental e física.

É necessário proporcionar ao indivíduo migrante um enquadramento social, familiar, cultural, educativo e jurídico, capaz de transformar o risco, o trauma, a ruptura que comporta a situação migratória, num processo estruturante, capaz de transformar a vulnerabilidade, a exclusão, a patologia, frequentemente associados à migração, num processo dinamizador, criativo e inclusivo.

É importante a adopção de modelos explicativos multifactoriais e holísticos, já que só uma abordagem multi/interdisciplinar, multidimensional, interaccionista e ecológico-cultural permitirá ter em conta a globalidade e a complexidade dos processos e factores que intervêm nas relações de saúde e doença, na diversidade das experiências de adaptação e das vivências psicológicas, culturais e sociais dos indivíduos e dos grupos e, ainda, na integração social e adesão aos cuidados de saúde.

É indispensável implementar estratégias e políticas preventivas e interventivas, baseadas numa perspectiva global, de equidade e solidariedade e em políticas sociais, sanitárias e educativas coordenadas e adaptadas às características e necessidades dos diversos grupos étnico-culturais, em particular, das mulheres migrantes. Deste modo, as políticas sociais e os cuidados de saúde, tanto ao nível local e nacional, como internacional, têm de ser humanizados e sensíveis às necessidades, especificidades e aspirações dos indivíduos, dos grupos e das comunidades e culturalmente competentes.

É necessário implementar serviços de informação e acompanhamento destinados aos migrantes, muito em particular aos recém-chegados, de modo a favorecer a integração social, o conhecimento e acesso aos diferentes serviços e combater a imigração irregular. Os migrantes em situação irregular/clandestina, muito em particular, as mulheres são vítimas de diferentes tipos de exploração e violência e a situação de clandestinidade vem dificultar a denúncia destas situações e o acesso e recurso aos serviços e cuidados de saúde.

É indispensável integrar a problemática intercultural nas suas vertentes social, psicossocial, educativo/pedagógica, comunicacional e clínica, na formação dos agentes sociais, sanitários, educativos, judiciais e políticos.

Uma sociedade multi/intercultural e um mundo globalmente interdependente necessitam de uma nova abordagem de cidadania para as populações autóctones e migrantes, que incorpore a dinâmica da mudança, da diversidade cultural e os princípios fundamentais dos direitos humanos, em estratégias e políticas que promovam o desenvolvimento humano, a inclusão, a igualdade de oportunidades, a comunicação intercultural e o pleno acesso à cidadania de todos os indivíduos e grupos, em particular das mulheres.

Estes objectivos 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", como 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 e o diálogo intercultural e construir, em suma, uma sociedade mais justa, coesa e solidária.

Bibliografia

- Anderson, B. (2000). *Doing the dirty work? The global politics of domestic labour*. London/New York: Zed Books.
- Anderson, N. (1995). Summary of task group recommendations. *Health Psychology*, (14, 7), 649-653.
- Anthony, E., Chiland, C. & Koupernick, C. (1982). *L'enfant vulnérable. 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.
- 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.
- 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.
- Bollini, P. (2000). The health of migrant women in Europe: Perspectives for the year 2000. In M. DAVID, S. et al. (Eds.). *Migration, Frauen, Gesundheit, Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Bourhis, R., Moise, C., Perreault, S. & Senecal, 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.
- Burke, A. (1976a). Attempted suicide among the Irish-born population in Birmingham. *British Journal of Psychiatry*, 128, 534-537.
- Burke, A. (1976b). Attempted suicide among Asian immigrants in Birmingham. *British Journal of Psychiatry*, 128, 528-533.
- Burke, A. (1976c). Socio-cultural determinants of attempted suicide among West Indians in Birmingham: Ethnic origin and immigrant status. *British Journal of Psychiatry*, 129, 261-266.
- Burke, A. (1984). Racism and psychological disturbance among West Indians in Britain. *Inst. J. Soc. Psychiatry*, 30, 50-68.
- Carballo, M. (2007). *The challenge of migration and health*. Antwerp: International Centre for Migration and Health.
- Donnay, F., Thoss, E. (1985). *Aspects of family planning and migration*. Copenhagen: World Health Organization.
- 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.
- 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 Norway. *Journal Mental Science*, 106, 947-966.
- Essen, B. et al. (2000). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 79, 737-742.
- European Observatory on the Social Situation Demography and Family (2002). *Introduction. Annual Seminar*. Austrian Institute for Family Studies. Helsinki: Finland.
- Fernando, S. (1993). Racism and xenophobia. *The European Journal for Social Science Research*, (6, 1), 24-25.
- Fibbi, R., Bolzman, C., Vial, M. (2001). À l'écoute des femmes immigrées: témoignages et mémoire. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, (1, 7), 127-149.
- Flores, G., Olson, L., Tomany-Korman, S. (2005). Racial and ethnic disparities in early childhood health and health care. *Pediatrics*, (115, 2), 183-193.
- Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. *N. England J. Med.*, (355, 3), 229-231.
- Fonseca, M.L. (2005). *Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*. 15. Lisboa: ACIME.
- Herrera, C., Campero, L. (2002). The vulnerability and invisibility of women facing HIV/AIDS: Constant and changing issues. *Salud Publica de México*, (44, 6), 554-564.

- Hjern, A., Bouvier, P. (2004). Migrant children – A challenge for European pediatricians. *Acta Paediatrica*. (93, 11), 1535-1539.
- Kiritz, S., Moos, R. (1974). Physiological effects on social environments. *Psychosomatic Medicine*. 36, 96-113.
- Kornosky, J. et al. (2007). Reproductive characteristics of Southeast Asian immigrants before and after migration. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 36, 7.
- 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).
- Littlewood, R., Lipsedge, M. (1989). *Aliens and alienist*. 2nd edition, Unwin Wyman, 83-103.
- Lopes, L. C. (2007). *Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa*. Lisboa: ACIDI.
- Lutz, H. (2002). At your service madam! The globalization of domestic service. *Feminist Review*. 70, 89-104.
- Maisondieu, J. (1997). *La fabrique des exclus*. Paris: Bayard.
- 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.
- Monteiro, I. A. (2007). *Ser mãe na cultura hindu. Maternidade e cuidados à criança na comunidade hindu de Lisboa*. Lisboa: ACIDI.
- Mora, L. (2003). *Las fronteras de la vulnerabilidad: Género, Migración y Derechos Reproductivos*. ECLAC. Conference on International Migration and Human Rights in the Americas: Santiago de Chile.
- Morokvasic, M. (1993). "In and out" of the labour market: Immigrant and minority women in Europe. *New Community*, (19, 3), 459-483.
- Mosher, W. et al. (2004). Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. *Advance Data*. 350, 1-36.
- 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 understanding the health care needs of ethnic minorities*. Netherlands: Ed. M. Colledge.
- OMS (1986). *Besoins spécifiques des migrants en matière de planification familiale*. Copenhagen: OMS, Bureau Régionale de la Santé.
- ONU (1994). *Programa de Acção da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento*. ONU: Cairo.

- 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.
- 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. (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. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB.
- 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.
- Schmitz, P. (1992). Immigrant 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.
- Serrão, J. (1974). *A emigração portuguesa*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Sozomenon, A. et al. (2000). *Mental health consumer participation in a culturally diverse society*. Sydney: Australian Transcultural Mental Health Network.
- Stork, H. (1986). *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Le Centurion.
- Taylor, S., Repetti, R. & Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*. 48, 411-447.
- Viñar, M., Viñar M. (1992). *Exílio e tortura*. S. Paulo: Escuta.

Filmografia

- Epelboin, A. & Razkalah, N. (1997). *Les petites mangeuses de peinture*. c. 17 mn.
- Ramos, N. (1993). *Bercements et berceuses en milieu portugais*. U-Matic, c., 30mn.
- Ramos, N. (1995). *Maternage Portugais*. Betacam SP, c., 35mn.
- Ramos, N. (1996). *Isabelle*. Betacam SP, c., 23mn, versão Portuguesa et Francesa.
- Ramos, N. (1996). *Une famille portugaise à Paris*. Betacam SP, c., 20mn.
- Ramos, N. (1999). *As mãos que embalam. Ciganos em Florença*. Betacam SP, c., 14mn.
- Ramos, N. (1999). *Bercements tziganes*. Betacam SP, c., 12mn.
- Ramos, N. (2000). *Ishtar et Sotis. Premiers liens, premières découvertes*. Betacam SP, c., 13mn.
- Stork, H (1988). *Techniques de maternage dans différentes cultures*. U-Matic, c., 40 mn.