

As questões da diversidade cultural e das migrações estão no centro das preocupações da maioria dos Estados e são da maior actualidade no contexto do mundo globalizado.

Os fluxos migratórios são hoje mais numerosos, mais rápidos, mais diversificados e complexos que no passado, o que faz com que no mundo actual 200 milhões de homens e mulheres vivem fora dos seus países de origem.

O fenómeno migratório constitui uma realidade política e jurídica ao nível mundial e um importante factor de mudança no contexto nacional, internacional, individual, grupal e relacional. Esta problemática de características globais e multidisciplinares, vem colocar enormes desafios à sociedade, ao Estado, às políticas sociais, educativas, sanitárias e de cidadania e ao diálogo intercultural.

A obra destaca alguns destes desafios que se colocam hoje às sociedades multiculturais e às relações interculturais, oferecendo para análise e discussão um conjunto de textos de diferentes autores com reflexões teóricas, práticas e de pesquisa relativas às questões da saúde e da comunicação em contexto migratório e multi/intercultural e aos principais problemas que se evidenciam neste âmbito.

Espera-se que a leitura desta obra contribua para o desenvolvimento da pesquisa e da formação na área da saúde, cultura e migração, para a promoção de cuidados de saúde culturalmente competentes e adaptados às características e necessidades dos indivíduos e das populações, assim como, para uma maior consciencialização dos cidadãos, profissionais e decisores políticos sobre os direitos, igualdade de oportunidades e exercício de cidadania de todos, em particular, das minorias.

ISBN 978-85-7745-205-0



saúde,  
migração  
e interculturalidade  
perspectivas teóricas e práticas

Natália Ramos  
organizadora



Professora na Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Doutorada em Ciência Económica – Economia dos Recursos Humanos pela Universidade de Paris I – Sorbonne. Investigadora no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, da Universidade Aberta de Lisboa. Colaboradora no Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto (CEAUP). Membro do Conselho Científico do Centro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Brasil. Tem coordenado e realizado projectos internacionais nos domínios das Migrações, Emprego, Educação, Cidadania e Integração Europeia. As áreas de pesquisa a que se tem dedicado incluem a Economia dos Recursos Humanos, Migrações Internacionais, Políticas Sociais, Economia e Sociedade Portuguesa e Integração Europeia.

E-mail: cramos@fep.up.pt

#### **Natália Ramos**

Psicóloga; Doutorada em Psicologia pela Universidade René Descartes, Sorbonne, Paris V; Professora Associada da Universidade Aberta, Lisboa; Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI); Responsável pela linha de Pesquisa “Saúde, Cultura e Desenvolvimento” do CEMRI; Directora do Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta; Membro do Conselho Científico do Centro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

E-mail: natalia@univ-ab.pt.

#### **Maria da Penha de Lima Coutinho.**

Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba, vinculada ao Departamento de Psicologia, ministrando disciplinas nos cursos de Graduação e Pós-graduação-mestrado/doutorado. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, com Pós-doutorado pela Universidade Aberta de Lisboa, Pt. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação-Mestrado em Psicologia Social, UFPB; Coordenadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva, UFPB. Bolsista de Produtividade do CNPq.

E-mail: penhalcoutinho@yahoo.com.br.

#### **Ieda Franken**

Graduada em Psicologia pela Universidade do

NATÁLIA RAMOS  
Organização

# SAÚDE, MIGRAÇÃO E INTERCULTURALIDADE

PERSPECTIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS

Editora Universitária da UFPB  
João Pessoa  
2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

reitor  
RÔMULO SOARES POLARI  
vice-reitora  
MARIA YARA CAMPOS MATOS



EDITORA UNIVERSITÁRIA

diretor  
JOSÉ LUIZ DA SILVA  
vice-diretor  
JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS FILHO  
supervisor de editoração  
ALMIR CORREIA DE VASCONCELLOS JUNIOR

---

S255 Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas / Natália Ramos (Org.). – João Pessoa : Editora Universitária / UFPB, 2008.

348p.

1. Migração 2. Relações sociais 3. Interculturalidade  
I. Ramos, Natália – Org.

---

UFPB/BC

CDU : 325.1

Direitos desta edição reservados à:  
EDITORA UNIVERSITÁRIA/UFPB  
Caixa Postal 5081 - Cidade Universitária - João Pessoa - Paraíba - Brasil - CEP: 58.051-970  
[www.editora-ufpb.com.br](http://www.editora-ufpb.com.br)  
Impresso no Brasil Printed in Brazil

Foi feito depósito legal

## Capítulo 2

### MIGRAÇÃO, ACULTURAÇÃO E SAÚDE

*Natália Ramos*

#### Introdução

As novas problemáticas, individuais e grupais, que se têm vindo a registar nas sociedades contemporâneas derivadas da globalização, da mobilidade das populações e da multiculturalidade, tanto em Portugal como noutros países e continentes, colocam novas questões às sociedades, às diferentes instituições e serviços e às políticas do século XXI. Estas terão de fazer face às necessidades criadas pelas novas realidades sociais, familiares, culturais, sanitárias, educativas, pelo número crescente de populações migrantes e refugiadas que afluem às cidades, sobretudo dos países industrializados, e que partilham o nosso quotidiano.

Estas realidades impõem novos modelos conceptuais e novas políticas de prevenção e intervenção, baseados numa perspectiva global e multidisciplinar 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 numerosos os problemas psicossociais e sanitários, colocados por uma parte da população, nomeadamente minorias étnicas e populações migrantes, grupos que vivem frequentemente em situação de exclusão, precariedade e grande vulnerabilidade. Para além disso, as estruturas sociais, jurídi-

cas, de saúde e educativas não oferecem, frequentemente, respostas ou programas específicos ou fazem-no de uma forma descoordenada e inadequada, não prestando cuidados multiculturais 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" 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".

Os profissionais e os programas de cuidados de saúde não têm, frequentemente, em conta as realidades sociais, culturais e económicas e as aspirações dos indivíduos, dos grupos e das comunidades.

Foster (1987) assinalava que apesar dos grandes esforços ao nível de saúde realizados pelos organismos internacionais de saúde, nomeadamente, pela "Organização Mundial de Saúde" - OMS, em particular nos países em desenvolvimento, muitos destes organismos veiculam, ainda, uma atitude etnocêntrica na concepção e aplicação dos programas de saúde, não tendo em conta as necessidades desses países e impondo modelos e estratégias de saúde não apropriados ao mundo em desenvolvimento e a certos grupos.

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 stresse psicológico e social.

Se é importante ter em conta o nível de integração e as reacções de adaptação dos migrantes às novas condições sócio-culturais, torna-se 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 contri-

buem para o desencadear e manutenção de problemas de saúde mental e física (BURKE, 1984).

## O Fenómeno Migratório 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. Actualmente, 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 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. As migrações familiares predominam, assim, nos fluxos migratórios de carácter permanente.

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, 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).

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 (a título de exemplo, em 1970, o mesmo era de 173.000 e em 2003, de cerca de 27.000, segundo o INE, 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 50% 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, de África, da América Latina ou de países da União Europeia (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 europeia, brasileira e venezuelana e com a emergência da imigração indiana, chinesa e da Europa de Leste.

Em 2003, a população estrangeira legalizada residente em Portugal constituía cerca de 5% da população total, reunindo 434.352 indivíduos. Destes imigrantes a maioria era de origem africana, destacando-se os que provêm dos PALOP (*Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*), muito em particular e, em primeiro lugar, os cabo-verdianos, seguidos dos angolanos e dos guineenses; os outros grupos mais numerosos eram os imigrantes provenientes do Leste da Europa, particularmente os ucranianos e os brasileiros (INE, 2004). Em 2004, com o aumento dos imigrantes brasileiros, sobretudo, a partir dos finais dos anos 90, estes passaram a constituir, já nesse ano, a comunidade estrangeira mais importante em Portugal (66.721), seguida dos ucranianos (65.884) e dos cabo-verdianos (64.259).

Portugal tem vindo a reforçar o seu carácter de país de imigração e de acolhimento de população estrangeira, esta representando actualmente 6,7% 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).

Em 2005 segundo dados do "Instituto Nacional de Estatística" (INE, 2006), nasceram no nosso país 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).

A população imigrante 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 qualquer sistema de protecção social, e a precariedade da sua situação

social e económica, fazem do grupo de imigrantes um grupo particularmente vulnerável.

Lisboa é a região do país que regista 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). Estes migrantes tendem a concentrar-se por origem étnica, muitas vezes em bairros ilegais e zonas degradadas, sem condições de habitabilidade e higiene, partilhando idênticas condições de vida e factores de precariedade e exclusão social, com grandes riscos para a saúde.

A homogeneidade das populações que residem em bairros e/ou habitações degradadas, em termos de escolarização, de rendimento e muitas vezes de origem étnica, a concentração de populações que vivem em condições sócio - económicas precárias 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 ghetto e a sentimentos de intolerância e discriminação da população autóctone (BURKE, 1984; RAMOS, 1993, 2001, 2004; TAYLOR *et al.* 1997).

Importa salientar que em Portugal e na UE, a par das atitudes e crenças positivas face à diversidade, nomeadamente aos imigrantes, existem também atitudes negativas e preconceitos que podem influenciar e originar comportamentos discriminatórios face a esta população e afectar directa ou indirectamente a sua saúde. 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, os dados 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.

Como refere Ramos (1996, p. 254): "*As migrações internacionais inserem-se num conjunto de relações sociais (económicas, sociológicas, mas também políticas, demográficas, cultu-*

*rais, linguísticas, psicológicas), exigindo uma análise pluridisciplinar".*

## Saúde, Cultura e Desenvolvimento

A saúde e a doença correspondem a um processo complexo e dinâmico a compreender na globalidade de um indivíduo, nas suas relações com os diferentes contextos em que está inserido (contexto ecológico-cultural, sócio económico, familiar, político) nos seus comportamentos e crenças sobre a saúde, a doença e as modalidades terapêuticas, na acessibilidade aos serviços de saúde e no projecto político vigente na sociedade.

A crescente diversidade e interculturalidade que se verifica, tanto ao nível da sociedade e dos diferentes sectores, nomeadamente da saúde, como ao nível nacional e internacional, tem conduzido a reformulações nas estratégias e políticas sociais e de saúde, com o objectivo de melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde dos grupos minoritários e majoritários.

Quaisquer que sejam as particularidades dos contextos sociais e culturais, as concepções de saúde e doença e as modalidades de intervenção, alguns princípios éticos deverão estar presentes, tais como: a saúde é um direito de todos; todos os indivíduos têm um valor equivalente e deverão ser respeitados nas suas diferenças; o utente, nacional ou migrante, é um cidadão que não deverá ser discriminado, seja qual for a sua origem social ou étnica, a natureza da sua doença, a sua esperança de vida, a sua situação legal.

No que diz respeito à saúde e ao bem-estar psicológico e social dos migrantes e das suas famílias, eles estão associados a um conjunto indissociável de factores individuais, colectivos, ambientais, nomeadamente, factores biológicos, psicológicos, sócio económicos, laborais, culturais e políticos, que reenviam, não só, ao próprio estatuto social, económico e jurídico do indivíduo migrante na sociedade de acolhimento e a 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 imigrantes e das minorias étnicas é, sobretudo, condicionado por factores culturais, comunicacionais e políticos (FERNANDO, 1993; BOLLINIE e SIEM, 1995; VAN DIJK, 1998, 2000; SOZOMENON *et al*, 2000).

Com efeito, na situação de saúde dos migrantes, é necessário ter em conta os factores, seguintes:

- 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 ao novo espaço, 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.

Como refere Lopez *et al* (1976), o clínico ao diagnosticar indivíduos de culturas diferentes tem de estar atento a certos elementos, nomeadamente:

- ao papel da cultura dos doentes, ao ajudá-los a compreender e a comunicar o seu sofrimento psíquico;

- à importância da influência dos factores culturais sobre algumas categorias e técnicas de diagnóstico de psiquiatria ocidental;

- ao modo como as crenças e os comportamentos dos doentes são percebidos por outros membros do seu grupo cultural e ao facto de saber, se a sua “patologia” é interpretada como benéfica ou não para o grupo;

- se o conjunto de sintomas e mudanças de comportamento manifestados pelo doente são interpretados por ele ou

pela sua comunidade, como sinais de perturbações psicológicas ligados à sua cultura;

- à hipótese da situação psicopatológica do doente migrante ou de minoria étnica, ser resultado de pressões políticas, sociais e económicas.

Relativamente ao modo de lidar com imigrantes pobres, existem certos autores que alertam a psiquiatria para o facto de esta, frequentemente, acentuar os estereótipos, “*disfarçar a desvantagem como doença*” e agir como forma de controlo social, interpretando erradamente os comportamentos de alguns doentes e as suas reacções à discriminação. Littlewood e Lipsedge (1989), dão exemplo de estudos sobre doença mental em imigrantes negros das Caraíbas nos EUA, nos quais predomina o diagnóstico de esquizofrenia, em contraste com o diagnóstico de depressão que é raro. Os autores sugerem que o diagnóstico frequente de esquizofrenia em doentes negros (bizarro, irracional) e o diagnóstico pouco frequente de depressão (mais aceitável e compreensível), corroboram os estereótipos sobre o grupo.

A origem étnico/cultural está frequentemente associada com a classe social, pertencendo uma proporção importante de migrantes e minorias étnicas ao estrato sócio-económico baixo, estando este relacionado com uma maior frequência de mortalidade, de morbilidade, de doenças graves, com mais comportamentos de risco para a saúde (álcool, tabaco, sedentarismo), com um nível mais elevado de stresse, 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 socioeconómico 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 controlo pessoal; ao suporte social; ao nível de stresse; 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 sócio económicas nos diferentes países, tanto em homens como mulheres (ARBER, 1989; MARMOT *et al.* 1991; WILKINSEN, 1992) e, muitos dos factores que aumentam a vulnerabilidade à doença nos grupos sociais mais desfavorecidos afectam, 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 factores de stresse e doença em todas as comunidades (PARKES, 1971, KIRITZ e MOOS, 1974).

Os valores culturais de um grupo podem actuar como protecção contra a doença mental e o stresse, fortalecendo a união social e familiar e o apoio mútuo, o que facilita aos indivíduos a enfrentar as dificuldades da vida. A visão do mundo de uma cultura, também pode ter o mesmo efeito ao inserir o sofrimento individual no contexto mais amplo do infortúnio em geral.

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 e as redes de solidariedade grupal, o sentimento de pertença identitária, valores religiosos e espirituais, são elementos protectores contra a doença mental e o stresse, enquanto que outros factores, tais como, o isolamento social, tabus e prescrições religiosas, desigualdades de género, conflitos intergeracionais, pressões familiares sobre os jovens para a obtenção de sucesso financeiro ou académico 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).

Estudos realizados na Holanda (Roterdão), sobre a análise das atitudes e comportamentos de saúde de imigrantes, nomeadamente cabo-verdianos, comparativamente à população autóctone, destacam mais problemas de saúde e mais dificuldades psicossociais recorrendo, no entanto, menos aos serviços de saúde mental do que os autóctones. Recorrem, igual-

mente, menos às consultas dos médicos de família, comparativamente aos outros imigrantes (HUISKAMP *et al.* 2000; DIEPERINK e WIERDAMA, 2000). Entre os vários motivos apontados como podendo estar na origem do menor recurso aos cuidados, destacam-se a solidariedade e a importante rede social e de apoio existente nesta comunidade, onde os problemas são partilhados pelo grupo, o medo de trazer os problemas para fora da comunidade, muito em particular, os de doença mental, esta sendo considerada tabu e fonte de estigma e, ainda, o recurso a cuidadores tradicionais, a líderes religiosos ou a profissionais de saúde do país de origem ou das redes transnacionais de emigração cabo-verdiana, nomeadamente, em Portugal e em França (HUISKAMP *et al.* 2000; MEINTEL, 2002; BEIJERS, 2004).

A migração de uma cultura para outra ou de uma região do país para outra, envolve rupturas importantes no espaço e 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 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, 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 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 psi-

cológico que podem afectar o processo de desenvolvimento (RAMOS, 1993, p. 623).

Também Anthony (1985, p. 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.

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

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, p. 566).

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 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 urba-

no 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.

### 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 e as condições de acolhimento e políticas do país receptor.

O processo migratório como mostram vários estudos,

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 (RAMOS, 1993, p. 561).

Os migrantes são obrigados a enfrentar isolamento, solidão, insegurança e incompreensão, a abandonar família, amigos, locais conhecidos e seguros para enfrentar, 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 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, p.561). 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, dos hábitos, primeiras marcas e elementos nos quais se estruturou o funcionamento 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 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, esta designação aplicando-se, 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 envolve, igualmente reacções 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 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 sócio 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, p. 563).

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.

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 directos 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 de 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 a necessidades de adaptação nos dois sentidos (BERRY, 1997; BOURHIS *et al.* 1997).

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 adopta 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 par-

ticipar 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. 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 apresentando um nível mais elevado de adaptação social. Por sua vez, os adolescentes com "*identidades marginalizadas*" devido a 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 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 imigrante 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 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 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 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, assim 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. 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 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 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 comportamentais, (nomeadamente, na linguagem, nas atitudes, na identidade) e o stresse de aculturação constituem dois tipos de respostas psicológicas à aculturação. Vários autores têm estudado os efeitos sobre o comportamento parental, muito em particular, maternal, 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 (RAMOS, 1993).

### Maternidade, Aculturação e Saúde

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 interagem 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. Elas 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 as 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 (RAMOS, 1993).

Também, em situação de migração, certas práticas resistem melhor à aculturação, como confirmam várias investigações (STORK, 1986, 1988; RAMOS, 1993, 1996, MONTEIRO, 2005), nomeadamente, as práticas mágico-religiosas. Stork 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 em óleo, o qual era abandonado em situação de imigração.

Também Monteiro (2005), 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 bebés como forma de protecção. Já a massagem tradicional, mantinha-se viva, mas tinha sofrido algumas transformações em situação de migração. Nesta massagem já não se utilizam os óleos naturais habitualmente utilizados na Índia, mas recorre-se ao uso de óleos comerciais ocidentais e a massagem hindu, tradicionalmente realizada pela mãe ou pela avó, sentada no chão com a criança deitada 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 bebés nas famílias portuguesas imigrantes em França, em comparação com os bebés 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, vindo as práticas mágico-religiosas constituir um meio de protecção contra a angústia 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) 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-bébé, 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 culturais 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 deixam 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 do mecanismo de enculturação. Esta modalidade de transmissão tem sido, igualmente, obser-

vada 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 e da 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, tais 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, 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 vínculos importantes 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 Latina e na Ásia registam, 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, registam mais gravidezes indesejadas e taxas mais elevadas de nados mortos ou de mortalidade infantil.

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 rituais que se rompem nas sociedades industrializadas de acolhimento, os quais desempenhavam 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, aumentar a situação de isolamento, de stresse, de angústia e ansiedade para a mulher oriunda de outro universo cultural, dificultar a adesão e a utilização dos serviços de saúde e desencadear problemas de comunicação e comportamentos inadequados e de rejeição dos profissionais de saúde.

As mulheres em contexto migratório embora tenham, em geral, mais acesso ao planeamento familiar e a melhor vigilância pré-natal e 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 e estilo de vida e, ainda, com o confronto com outras práticas de cuidados.

### Stresse e doença em situação de migração e aculturação

O conceito de stresse foi utilizado pela primeira vez na física, significando pressão, exigência, grande esforço realizado sobre os objectos, materiais ou pessoas (HINKLE, 1977).

O stresse é um fenómeno complexo, implicando interacções indivíduo-meio e interacções intersistemas e intrasistemas, funcionando em estreita relação com outras variáveis transaccionais do meio (suporte social, estratégias de *coping*) e com diversos sistemas fisiológicos e biopsicossociais (RAMOS, 2004).

Para Lazarus e Folkman (1984, p. 19):

O stresse é uma relação particular entre o indivíduo e o ambiente, a qual é avaliada e con-

siderada pelo indivíduo como algo que sobrecarrega ou ultrapassa os seus recursos e prejudica o seu bem-estar.

O stresse é um dos problemas de saúde mais populares e correntes na sociedade contemporânea, a que o senso comum atribui diferentes explicações, sendo uma metáfora para o sofrimento humano que coloca a origem desse sofrimento exterior ao indivíduo. A título de exemplo, um estudo de Helman (1985) nos EUA salientou que 95% dos doentes com problemas psicossomáticos atribui ao stresse a razão da sua doença e sofrimento, sendo o stresse descrito de diferentes formas, nomeadamente:

- uma força invisível no ambiente que pressiona o indivíduo para baixo (estar sobre stresse agudo);
- uma força invisível e maléfica criada, nomeadamente, por outras pessoas que entra no corpo e origina doenças;
- algo que cresce dentro do indivíduo e que é necessário deixar sair.

Também no Reino Unido, um estudo de Woloshynowych et al. (1988) com 406 doentes em atendimento de consulta geral, salientou que 53% dos utentes/doentes consideravam diferentes tipos de stresse na origem das suas doenças pensando, igualmente, que o stresse poderia ser aliviado através de explicações médicas sobre a sua doença e pela discussão dos sintomas.

Os acontecimentos significativos de vida, nomeadamente a migração, são factores de stresse, na medida em que obrigam, muitas vezes, a uma modificação de hábitos, de relações sociais, de padrões de actividade e de estilo de vida.

A migração poderá representar uma experiência traumática e dolorosa, capaz de originar traumatismos silênciosos 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. A possibilidade de recuperar as suas capacidades criativas dependerá das suas

competências e estratégias em elaborar esta perda, isolamento e abandono e em ultrapassá-los (GRINBERG, 1986, RAMOS, 1993, 2004).

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, p. 562).

Este conflito, devido à coexistência de dois códigos culturais, por vezes contraditórios e incompreensíveis, e à impossibilidade em estabelecer mediações entre dois universos diferentes, assim como a 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.

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 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 Lazarus e Folkman (1984), o nível de stresse relativamente a uma determinada situação, assim como, a capacidade em lidar com essa situação geradora de stresse, 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 (auto conceito positivo, crença no controlo) 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, económicos e o suporte social.

Eckenrode e Gore (1981) analisam o stresse 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 sócio-económico que determinam o impacto de um dado agente de stresse. 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 stresse e da doença.

Com efeito, a saúde mental e física pode ser afectada por factores socioculturais e pela influência das redes sociais, o apoio e as relações sociais constituindo um importante protector 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 Berk-

man 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 com os indivíduos com mais laços sociais e menos isolados.

Também Triandis *et al.* (1988) num estudo comparativo integrando oito grupos étnico/culturais analisaram a dimensão individualismo e colectivismo e a sua relação com a doença cardiovascular, tendo verificado que o apoio social ou o isolamento social eram os factores mais importantes nesta relação. Nesta investigação, os americanos caucasianos (os mais individualistas dos grupos estudados) eram os que tinham a taxa mais alta de ataques cardíacos, e os grupos menos individualistas eram os que apresentavam a taxa mais baixa constatando-se, assim, que os indivíduos que vivem em culturas colectivistas desenvolvem mais redes sociais do que os de culturas individualistas e que as relações sociais são protectoras do stress e das doenças cardiovasculares.

Vai no mesmo sentido o estudo em grande escala de Orth-Gomer *et al.* (1987) com dezassete mil indivíduos, realizado na Europa durante seis anos. Os resultados confirmam que tanto os homens como as mulheres, com uma rede social muito restrita têm um risco aumentado de 50% para desenvolver doença coronária, em relação aos indivíduos com boas redes sociais. O estudo concluiu, igualmente, que um forte preditor de stress, depressão e mortalidade é a falta de integração social.

Outras investigações mostram que os acontecimentos de vida geradores de stress estão excessivamente representados nas classes sócio-económicas 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).

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 um factor de tensão, de stress e de sofrimento acrescido (SHÉRIF, 1967; GREENFIELD *et al.* 1994; MEYER *et al.* 1995).

Carpenter e Brockington (1980) estudaram a incidência de doença mental entre imigrantes asiáticos, das Caraíbas e africanos residentes em Manchester, tendo verificado que o índice do primeiro internamento em hospitais psiquiátricos era duas vezes maior nas populações imigrantes do que na população inglesa autóctone, especialmente, nos imigrantes entre 35 e 44 anos e nas mulheres asiáticas. A esquizofrenia era muito comum entre os imigrantes, especialmente com delírios de perseguição, os autores justificando estes delírios pelo isolamento social e linguístico, pela insegurança e pela discriminação.

Outros investigadores, tais como, Hitch e Rack (1980) estudaram os índices de primeira hospitalização em hospitais de Bredford, constatando que os imigrantes apresentavam índices de doença mental substancialmente mais elevados do que os nacionais ingleses. Assim, os índices de doença mental foram analisados em refugiados polacos e russos, vinte e cinco anos depois da sua instalação no país. Os dois grupos tinham índices de doença mental (especialmente esquizofrenia e paranoia) mais elevados do que os da população autóctone e o índice de doença mental era maior nos polacos do que nos russos constituindo, as mulheres polacas, o grupo mais vulnerável. Os autores atribuíram a diferença entre os imigrantes à fraca coesão social entre os polacos e ao profundo sentido de pertença e de identidade étnica entre os russos (muitos dos quais eram de origem ucraniana). Neste grupo, o apoio e a coesão social e étnica constituía, não só, uma protecção contra o stress ambiental, como promovia uma identificação comunitária. Contudo, muitos anos após a imigração o estudo evidenciou que os dois grupos eram especialmente vulneráveis ao desenvolvimento inicial de doença mental.

Também um estudo sobre doença mental em imigrantes na Áustria, realizado no estado de Victória, constatou que os estados depressivos eram especialmente comuns em imigrantes britânicos e do leste europeu, estes últimos apresentando, no entanto, um índice mais elevado de esquizofrenia. Em geral, os imigrantes apresentavam um índice mais elevado de instabilidade e de perturbação psicológica do que os nacionais (KRUPINSKI, 1967).

Burke (1976) num estudo sobre tentativas de suicídio entre imigrantes irlandeses, asiáticos e das Caraíbas em Birmingham, concluiu que o suicídio era mais elevado nos imigrantes do que nas populações autóctones, em particular no caso das mulheres imigrantes. Nos imigrantes originários da Irlanda do Norte, as taxas de alcoolismo, dependência de drogas e doença mental, mostraram-se mais elevadas neste grupo de imigrantes, apresentando estes um índice de suicídio 30% maior do que o da população autóctone de Edimburgo. Quanto aos imigrantes asiáticos (originários da Índia, Paquistão e Bangladesh) apresentavam um índice menor de tentativas de suicídio do que o da população nacional, mas esse índice era mais elevado do que entre os compatriotas residentes no país de origem, principalmente no que diz respeito às mulheres. O autor sublinha o isolamento e os conflitos vividos pelas mulheres imigrantes as quais têm, muitas vezes, menos oportunidades de se familiarizarem com a língua e a cultura da sociedade de acolhimento e enfrentam conflitos entre os valores familiares e os valores da escola e do local de trabalho. No que diz respeito aos imigrantes originários das Caraíbas, as tentativas de suicídio eram menos comuns do que na população inglesa, contudo, as mulheres apresentavam um índice de suicídio maior do que as mulheres nas Caraíbas. Assim, o stresse de migração afecta mais as mulheres do que os homens e parte do stresse dos jovens das Caraíbas resulta da insegurança de empregos instáveis e mal remunerados, do medo de não serem capazes de enfrentar dificuldades emocionais e económicas e, ainda, das dificuldades de habitação e isolamento familiar em meio urbano.

Também Raleigh e Balarajan (1992) analisaram os índices de suicídio em dezassete grupos de imigrantes na Inglaterra e no País de Gales entre 1979 e 1983. Ao analisarem os dados de mortalidade entre homens e mulheres imigrantes com idades entre 20 e 69 anos, os autores verificaram que muitos grupos de imigrantes, sobretudo polacos, russos, franceses, alemães, escoceses, irlandeses e sul-africanos apresentavam índices mais altos de suicídio do que os da população autóctone da Inglaterra e do País de Gales. Este índice era particularmente elevado entre os imigrantes irlandeses e escoceses, com

idades entre os 20 e os 29 anos. Noutros grupos de imigrantes oriundos, por exemplo, das Caraíbas, do sub continente indiano, da Itália, Espanha e Portugal, o índice de suicídio era mais baixo do que a média nacional sendo, no entanto, semelhante aos índices dos seus países de origem. Para estes autores, os níveis de suicídio dos grupos de imigrantes diferiam menos dos níveis de suicídio dos países de origem do que dos registados em Inglaterra e no País de Gales. Ainda que as mudanças culturais e socioeconómicas possam ser stressantes e conduzir ao suicídio, a reacção ao stresse é também condicionada pelas atitudes sociais e culturais incutidas no país de origem.

Para Littlewood e Lipsedge (1989), alguns grupos minoritários apresentam algumas formas de perturbação psíquica distintas. Num estudo com estudantes imigrantes, os autores observaram que os estudantes da África Ocidental eram particularmente vulneráveis à doença mental, devido à insatisfação com o clima e a alimentação no Reino Unido, à discriminação, aos problemas de legalização e económicos, ao isolamento social e sexual, às relações com a sociedade britânica e ao medo de perder a bolsa de estudos se fossem reprovados nos exames. Por outro lado, os grupos com índices mais baixos de doença mental (chineses, italianos e indianos) tinham em comum, uma forte motivação e razões económicas para emigrar, intenções de retornar ao país de origem, elevado grau de iniciativa e fraco investimento na assimilação da nova cultura. Os imigrantes que foram obrigados a abandonar os seus países como refugiados e os que não podiam retornar, eram os mais vulneráveis à doença mental.

Cox (1977) propõe três hipóteses explicativas para o mais elevado índice de doença mental associado à migração:

— determinadas desordens psíquicas, nomeadamente instabilidade, levam os indivíduos à migração como forma de resolução de problemas pessoais;

— o processo de migração origina stresse psicológico o que pode desencadear perturbações mentais em indivíduos vulneráveis;

— a associação entre migração e certas variáveis, tais como, idade, conflito de classe social e culturas.

De facto, antecedentes de doença mental poderão estar na origem do índice mais elevado de perturbação mental nos migrantes (SHAECHTER, 1965). Num estudo realizado na Austrália, este autor constatou que 45,5% das mulheres imigrantes não britânicas, internadas no hospital psiquiátrico (*Royal Park*) num período de três anos após a migração já haviam apresentado um quadro de doença mental definida antes da emigração. Tendo em conta os casos suspeitos de doença mental anteriores à chegada, a percentagem subia para 68,2%. Este estudo vem ao encontro de outros estudos demonstrando que um certo número de imigrantes têm um passado de perturbações mentais anteriores nos seus países de origem.

Krupinski (1967) estudou os índices de doença mental em vários grupos de imigrantes na Austrália, tendo relacionado os elevados índices de doença mental ao facto de que muitos são homens, jovens, solteiros, que emigram do Reino Unido e da Europa Ocidental, entre os quais já existe um número importante de indivíduos instáveis, inclusive alcoólicos crónicos. O autor constatou que a esquizofrenia era mais frequente entre os imigrantes homens no período de um a dois anos depois da sua chegada, enquanto que nas mulheres o pico ocorria dez a quinze anos depois da chegada. O desencadeamento tardio da doença nas mulheres foi associada ao término da função materna com a saída de casa dos filhos e ao início da menopausa, o isolamento social e linguístico constituindo uma agravante de perturbação psíquica. Constatou-se, igualmente que uma grande proporção de mulheres imigrantes não sabia falar inglês, mesmo depois de muitos anos de residência na Austrália, sobretudo as do sul da Europa. O estudo evidenciou que o stresse de migração afectou mais os imigrantes oriundos do sul e do leste europeu.

Dificuldades relacionadas com o stresse de aculturação são, também, destacadas num estudo de Neto (1994), com jovens de origem portuguesa em França, onde os principais problemas assinalados por ordem de importância são: as saudades, o alojamento, o racismo, fazer amigos e a solidão.

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 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, a perda das referências básicas e as mudanças no espaço vital.

Um estudo realizado em Newcastle por Wrigth *et al*. (1981) com imigrantes paquistaneses, constatou que 58% dos paquistaneses falavam pouco ou nenhum inglês e 15% dos homens e 66% das mulheres tinham recebido pouca escolarização ou eram completamente analfabetos. Os factores socioculturais e económicos associados ao stresse da mudança cultural e à existência de antecedentes psiquiátricos nos imigrantes, poderão explicar em grande parte as taxas elevadas de perturbação mental na população imigrante da primeira geração.

Wesseley *et al* (1991) encontraram elevados índices de esquizofrenia entre imigrantes negros das Caraíbas, residentes na zona sul de Londres, comparativamente com outros grupos, justificando estas diferenças não pela sua origem étnica, mas pela maior adversidade social que os mesmos enfrentam.

Também Thomas *et al* (1993) num estudo sobre hospitalizações psiquiátricas compulsivas em Manchester, verificaram que os imigrantes negros originários das Caraíbas de segunda geração, apresentavam um índice nove vezes maior de esquizofrenia do que os brancos. Este facto poderia ser explicado, não em função de um diagnóstico psiquiátrico errado, mas devido à situação de grande precariedade social, económica e laboral em que vivia este grupo. Para os autores a melhoria das condições sociais e de trabalho para os migrantes e minorias étnicas, poderá promover a saúde mental destes grupos.

Outros autores, tais como Lopez e Hernandez (1976), Littlewood e Lipsedge (1989) sublinham que as altas taxas de diagnóstico e internamento psiquiátrico podem, também reflectir preconceitos políticos, culturais ou morais e originar

interpretações erradas sobre as crenças culturais dos imigrantes e as suas reacções aos problemas que enfrentam, como se estas fossem reflexos de loucura ou maldade.

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 tratamento tardios e à carência psicossocial, vindo as situações 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 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.

A O. M.S. (1983), num estudo realizado na Holanda sobre a população migrante, mostra 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 factores que influenciam a saúde física e psíquica.

Por seu lado, um inquérito realizado pelo CREDES, em 1998, em França, junto de 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 com a 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

depressivos e intoxicações; um recurso elevado ao hospital, 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 geral: 65% dos utentes/doentes estrangeiros declararam ter abandonado os cuidados curativos ou os medicamentos (CREDES, 2003).

Investigações igualmente em Paris, junto de 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 diagnosticadas 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).

Investigações realizadas em França, Portugal e Itália (Ramos, 1993, 2004, 2005), 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 stresse, o desenvolvimento e a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias migrantes, sobretudo dos que são provenientes de países em desenvolvimento (RAMOS, 1993, 2004) dos quais destacámos alguns:

— O baixo nível sócio económico, a precariedade das condições habitacionais e laborais, o isolamento social e 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 stresse;

— 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 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 criança, estando na origem de patologias várias e aumentando as situações de risco e de vulnerabilidade. Para a criança migrante, os riscos são mais importantes quando a migração se processa em certos períodos de desenvolvimento, particularmente vulneráveis ao stresse, 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) e na adolescência, período de grandes transformações psicofisiológicas e de rupturas diversas. 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 controlo de um universo duplo, dá a estas crianças e 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, factores que, isolados ou conjugados, poderão reflectir-se na adaptação social e nos resultados escolares.

No que diz respeito à elevada taxa de insucesso escolar das crianças 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 sócio-cultural e familiar em que vivem estas crianças e as suas famílias (RAMOS, 1993, 1997, 1998, 2003, 2004). Estas crianças, acumulando insucessos,

fecham-se muitas vezes em atitudes anti-sociais, de violência, de rejeição e organizam-se em culturas e grupos de resistência, reproduzindo e aumentando as situações de exclusão social, de vulnerabilidade e stresse (BOURDIEU *et al.* 1970, 1993; WILLIS, 1997).

### Notas finais

É importante a adopção de modelos explicativos multifactoriais e interaccionistas em saúde. Só uma abordagem multidimensional, interaccionista e ecológico-cultural permitirá ter em conta a complexidade dos processos que intervêm nas relações de saúde e doença, na diversidade das experiências e vivências psicológicas, culturais e sociais dos indivíduos e dos grupos e na sua adesão aos cuidados de saúde.

O processo migratório constitui um processo capaz de provocar a inadaptação, o disfuncionamento, a doença, como igualmente, capaz de favorecer o desenvolvimento, o bem-estar, o dinamismo e a criatividade dos indivíduos e dos grupos. 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 onde se destacam os factores pessoais, socioeconómicos, culturais e políticos, nomeadamente, o nível de integração dos migrantes na sociedade de acolhimento e as suas redes sociais e de suporte e as políticas da sociedade de acolhimento.

É necessário proporcionar ao indivíduo migrante um enquadramento social, familiar, psicológico e educativo, 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 indispensável implementar estratégias e políticas preventivas e interventivas, baseadas numa perspectiva multidisciplinar, global, de equidade e de solidariedade, e em políticas sociais, sanitárias, educativas coordenadas e adaptadas às características e necessidades dos diversos grupos étnico-culturais, nomeadamente, às características culturais, sociais e às condi-

ções de exclusão em que vive uma parte da população migrante, de modo a promover a sua integração na sociedade de acolhimento e as suas condições de saúde. Deste modo, as políticas de saúde 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 e das comunidades, culturalmente apropriados e adequados em termos de custos.

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

É indispensável integrar a problemática intercultural nas suas vertentes social, psicoeducativa, comunicacional e clínica, na formação dos agentes sociais, sanitários, educativos, seja dos que trabalham nas sociedades industrializadas, confrontadas com um crescente aumento de famílias e crianças 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 importante um melhor conhecimento da realidade migratória, nomeadamente em Portugal, o qual passa pelo desenvolvimento de investigações sobre os diferentes grupos étnico-culturais existentes, sobre as suas características culturais, condições de vida e problemas psicossociais e de saúde, o que permitirá delinear políticas e estratégias interventivas e, sobretudo, preventivas mais adequadas e eficazes.

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, na-

cionais 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 controlo 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 de 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, 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 grupos, maioritários e minoritários.

Estes objectivos estão no centro das preocupações da Comissão Europeia, a qual designou 2007, como o "*Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos*", como fazendo 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 a multi/interculturalidade e promover uma sociedade mais justa, coesa e inclusiva.

Como destaca a UNESCO (2001) na Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural, art. 2:

"Em sociedades cada vez mais diversificadas, torna-se indispensável garantir uma interacção 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".

## Referências

- 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. & KOUPERNICK, 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.
- BEIJERS, H. (2004). *Working the pathways to health. Experiences of exclusion from mental health care services of Cape Verdean immigrants in the Netherlands*. Rotterdam: Mikado.
- BENTES, M. DIAS, C., SAKELLARIDES, C., BANKAUSKAITE, V. (2004). *Health care systems in transition: Portugal*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- 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: Minuit.
- 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. (1976). Attempted suicide among the Irish-born population in Birmingham. *British Journal of Psychiatry*. 128, 534-537.
- BURKE, A. (1976). Attempted suicide among Asian immigrants in Birmingham. *British Journal of Psychiatry*. 128, 528-533.
- BURKE, A. (1976). Sócio-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.
- CARPENTER, L., BROCKING, I. (1980). A study of mental illness in Asians, West Indians and Africans living in Manchester. *British Journal of Psychiatry*. 137, 201-205.
- CARROL, D. et al. (1993). Health and social material circumstances: their origins and implications. *Psychology and health*, 8, 295-316.
- CASSEL, J. (1975). Studies of hypertension in migrants. In O. Paul (ed). *Epidemiology and control of hypertension*. NY: Stratton.

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.

COX, I. (1977). Aspects of transcultural psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 130, 211-221.

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

DEVEREUX, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentaire*. Paris: Flammarion.

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). Institutional 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 significance 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 Norway. *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.

FOSTER, G. (1987). World Health Organization behavioural science research: problems and prospects. *Social Science Medicine*, 24, 709-717.

FREEDY, J. et al. (1994). Life events, work and adjustment: lessons for the middle east. *Anxiety, stress and coping*, 9, 191-203.

GERVAIS, M., JOVCHELOVITCH, S. (1998). *The health beliefs of the Chinese community in England: a qualitative research study*. London: Health Education Authority.

GOLDBERG, E. & COMSTOCK, G. (1980). Epidemiology of life events: frequency in general populations. *American Journal of epidemiology*, 111, 736-752.

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.

GREENBERG, M. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In L. ATKINSON & K. ZUCKER (eds). *Attachment and psychopathology*. New York: The Guilford Press.

GRINBERG, L., GRINBERG, R. (1986). *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Lyon: Césura Editions.

HELMAN, C. (1985). Psyche, soma and society: the social construction of psychosomatic disorders. *Culture Med. Psychiatry*, 9, 1-26.

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.

- HITCH, P., Rack, P. (1980). Mental illness among polish and Russian refugees in Bredford. *Brithis Journal of Psychiatry*. 137, 206-211.
- HOLMES, T. & MASUDA, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In W. DOHRENWEND & 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.
- KIRITZ, S., MOOS, R. (1974). Physiological effects on social environments. *Psychosomatic Medicine*. 36, 96-113.
- KRUPINSKI, J. (1967). Sociological aspects of mental health in migrants. *Soc. Sci. Med.* 1, 267-281.
- 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).
- 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*. 2 nd edn, Unwin Wyman, 83-103.
- LOPES, L.C. (2005). *Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa, Universidade Aberta.
- LOPEZ, S., HERNANDEZ, P. (1976). How culture is considered in evaluations of psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 176, 598-606.
- 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.
- MEINTEL, D. (2002). Cape Verdean transnationalism, old and new. *Anthropologica*. XLIV, 25-42.
- MEYERS, R. (1995). Relating health and nutrition to social and psychological development. In *The twelve who survive: Strengthening pro-*

*grammes 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.
- MONTEIRO, I. A. (2005). *Ser mãe na cultura indu. Maternidade e cuidados à criança na comunidade hindu de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- 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.
- NETO, F. (1994). Le stress d'acculturation chez les jeunes d'origine portugaise en France. *Enfance*. 1, 83-94.
- OCDE (2007). *Perspectives des migrations internationales*. Paris: SOPEMI.
- OMS (1983). *Migration and health: towards and undestanding of health care needs ethnics minorities*. Netherlands : Ed. M. Colledge.
- ONU (1994). *Programa de Acção da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento*. ONU: Cairo.
- ORTH-GOMER, K., JOHNSSON, J. (1987). Social network interaction and mortality: a six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of chronic diseases*. 40, 949-957.
- 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.
- 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. *Dialogos*, 5, 68-75.
- RAMOS, N. (2003). *Interculturalité, éducation et communication*. Bucareste: Ed. Melina Press.
- RAMOS, N. (2003). Stresse, Saúde e Migração - A família e a criança migrante. *Actas do Colóquio: O Stresse na vida contemporânea*. Leiria, 16 e 17 de Maio.
- RAMOS, N. (2004). A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. Uma abordagem intercultural comparativa. In A. COVA, N. RAMOS, T. JOAQUIM, *Desafios da comparação. Família, Mulheres e género em Portugal e no Brasil*. Oeiras: Celta Editora.
- 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.
- 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 socio-economic 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.

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). 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.

SCHNAPPER, D. (2007). *Qu'est-ce que l'intégration*. Paris : Gallimard.

SERRÃO, J. (1974). *A emigração portuguesa*. Lisboa: Livros Horizonte.

SHAECHTER, E. (1965). Previous history of mental illness in female migrant patients admitted to the psychiatry hospital Royal Park. *Med. J. Aust.* 2, 277-279.

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.

SOUSA, J.E. (2003). *A oeste do paraíso. Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Lisboa: Universidade Aberta.

SOZOMENOU, A. e tal. (2000). *Mental health consumer participation in a culturally diverse society*. Sidney: Australian Transcultural Mental Health Network.

STORK, H. (1986). *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Le Centurion.

STRONKS, K., RAVELLI, A. & REJINEVELD, 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 Unhealthy 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.

THOMAS, C. et al. (1993). Psychiatry morbidity and compulsory admission among UK-born Europeans, Afrocaribbeans and Asians in central Manchester. *British Journal of Psychiatry*. 163, 91-99.

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.

VAN DIJK, R. (2000). Migrants and health care in the Netherlands. In P. Vulpiani, J. Comelles, E. Van Dongen (Eds). *Health for all, all in health. European experiences on health care for migrants*. Via della Viola: Cidis/Alisei, European Commission.

VAN DONGEN, E., TANKING, M. (2000). Not migrants that have to adapt, but rather the health care institutes. The Dutch situation: results of the survey and three "best cases". In P. Vulpiani, J. Comelles, E. Van Dongen (Eds). *Health for all, all in health. European experiences on health care for migrants*. Via della Viola: Cidis/Alisei. European Commission.

WEBB, D. (1993). *Community responses to HIV/AIDS in Owambo, Namibia*. VIII International Conference on AIDS in Africa. Marrakech. December.

WESSELEY, S., CASTLE, D., DER, G., MURRAY, R. (1991). Schizophrenia and afro-caribbeans: a case control study. *British Journal of Psychiatry*. 159, 795-801.

WESTERMEYER, J. (1984). Migration and psychopathology. In C. WILLIAMS, J. WESTERMEYER (eds). *Refugee mental health in resettlement countries*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Co.

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.

WOLOSHYNOWYCH, M., VALORI, R., SALOMON, P. (1998). General practice patients' belief about their symptoms. *Br. J. Gen. Pract.* 48, 885-889.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1971). Society, stress and disease. *Who Chron.* 25, 168-178.

WRIGHT, C. (1981). Pakistani family life in Newcastle. *Journal Mat. Child Health.* 6, 427-430.

### **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 Française.

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.

Vale do Rio Dos Sinos-RS. Especialista em Administração pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina; Mestre em Administração pela Universidade Federal da Paraíba; Formação Especializada em Psicanálise pelo Instituto de Estudos Psicanalíticos da Sociedade Psicanalítica da Paraíba; Doutoranda em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Aberta de Lisboa. Professora do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, desenvolvendo pesquisas no Núcleo "Aspectos Psicossociais de Prevenção e de Saúde Coletiva".

E-mail: iedafranken@gmail.com

**José Edmundo Xavier Furtado De Sousa**

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda de Resente, Lisboa. Licenciado em Enfermagem; Mestre em Relações Interculturais pela Universidade Aberta, Lisboa; Doutorando em Psicologia Intercultural na Universidade Aberta. A sua prática clínica tem-se centrado na saúde comunitária e junto de famílias, grupos e comunidades.

E-mail: edmundo.sousa@netcabo.pt

**Helena Isabel Borges Manuel**

Licenciada em Enfermagem e em Relações Internacionais, Mestre em Comunicação em Saúde e doutoranda da Universidade Aberta na especialidade de Psicologia Intercultural. É investigadora na área da saúde reprodutiva em Timor-Leste. A sua actividade profissional tem sido desempenhada em Portugal, Cabo Verde, Brasil e Timor-Leste nas áreas da saúde, desenvolvimento e cooperação internacional.

E-mail: lenaborges@netcabo.pt

**Lídia Correia Lopes**

Enfermeira desde 1982, iniciou as suas funções no Hospital de Santa Cruz. Em 1993 terminou a Especialização em Saúde Materna e Obstétrica, tendo trabalhado no Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria. Entre 1996 e 2006 foi Enfermeira Chefe do Hospital Fernando Fonseca, no Serviço de Obstetrícia. É Mestre em Comunicação em Saúde, pela Universidade Aberta. Colabora com a Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches, desde 2004 como responsável da unidade curricular de Saúde Materno-Infantil, sendo actualmente assessora de Direcção da Unidade Orgânica de Enfermagem.