

## Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção

Natália Ramos<sup>1</sup>

São analisados as complexas e múltiplas variáveis e factores individuais e colectivos, nomeadamente, psicológicos, sociais, culturais, ambientais e políticos implicados no processo migratório e de aculturação, desencadeadores de stresse, ansiedade, conflito, exclusão, doença, os quais poderão afectar não somente a saúde mental e física, o bem-estar e a qualidade de vida dos migrantes, como também dificultar o seu acesso aos cuidados de saúde e à prevenção.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde stresse; doença; migração; aculturação; cuidados de saúde.

### 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. Face a estas realidades é necessário 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, gru-

---

<sup>1</sup> Universidade Aberta, Departamento de Ciências Sociais e Políticas, Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais – Rua da Escola Politécnica, 147, 1269-001 Lisboa. email: natalia@univ-ab.pt

pos que vivem frequentemente em situação de exclusão, precariedade e grande vulnerabilidade. Para além disso, as estruturas sociais, jurídicas, de saúde e educativas não oferecem, frequentemente, respostas ou programas específicos ou fazem-no de uma forma descoordenada e inadequada, não prestando cuidados multiculturais adaptados às necessidades e diversidades dos utentes.

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

### 1. O fenómeno migratório em Portugal e no mundo - Alguns indicadores

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 refugiados. Actualmente, aproximadamente 175 milhões de pessoas 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. O número de migrantes internacionais quase triplicou desde 1970. Em relação à União Europeia (UE), o número de migrantes provenientes de países extra europeus subiu 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 do que a América do Norte (PNUD, 2004).

Como refere Ramos (1996, p. 254): "As migrações internacionais inserem-se num conjunto de relações sociais (económicas, sociológicas, mas também políticas, demográficas, culturais, linguísticas, psicológicas), exigindo uma análise pluridisciplinar".

Portugal é um país tradicional de emigração, constituindo este fenómeno uma característica estrutural da sociedade portuguesa. 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 das 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, devido à descolonização, à chegada de uma grande vaga de pessoas, os chamados "retornados" e imigrantes africanos. 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 são os imigrantes provenientes do Leste da Europa, particularmente os ucranianos (entre 2001 e 2003, foram-lhes concedidas 64.302 autorizações temporárias de permanência), e os brasileiros (existem 26.561 com o estatuto de residente e 37.734 com autorizações temporárias de permanência) (INE, 2004).

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 (Ramos, 1993, 2001; Taylor *et al.* 1997).

332 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, dados do ESS (2002) 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.

## 2. 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, no projecto político vigente na sociedade. Quaisquer que sejam as particularidades destes contextos, as concepções de saúde e doença e as modalidades de intervenção, alguns princípios éticos deverão estar presentes: 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 qualquer que seja 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 ao próprio estatuto social, económico e jurídico do indivíduo migrante na sociedade de acolhimento, a práticas sociais de integração ou de discriminação e preconceito, a estilos de vida e ao acesso aos serviços de saúde.

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 e este está 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 (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). Esta relação entre estrato sócio-económico e saúde deve-se a desigualdades de oportunidades e a diferenças na exposição a agressões ambientais, nos estilos de vida, nas condições habitacionais e laborais, nas estratégias de adaptação social e controlo pessoal, no suporte social, no nível de stresse, no acesso aos serviços de saúde e na distribuição da riqueza (Ramos, 1993, 2001, 2004; Carrol *et al.* 1993). 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 (Goldberg *et al.* 1980; Robinson *et al.* 1984).

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 a sua família. São particularmente as mães e as crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida, as mais vulneráveis ao stresse, às rupturas, transformações e 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 interações poderão ser frutuosas, dinamizadoras e o processo de aculturação será enriquecedor para todos os membros. Contrariamente, se esta situação é vivenciada problemáticamente ela será traumatizante para todos, em particular, para a criança migrante que poderá apresentar uma vulnerabilidade psicológica específica e riscos de disfuncionamento psicológico que podem 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”.

Com efeito, 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 devem 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 ansiedade daí resultantes estão na origem de "conflitos maternos" muito prejudiciais para a relação mãe/criança e para as interacções familiares (Stork, 1986; Ramos, 1990, 1993, 2004). As dificuldades psico-sociais, 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, das quais muitas não frequentaram a escola, torna mais difícil a sua integração em meio urbano industrializado e os cuidados e educação da criança. Para além disso, o trabalho assalariado das mães no país de acolhimento, não exercido frequentemente no país de origem, vem trazer muitas mudanças nas relações familiares e sócio-educativas.

### 3. 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 do país receptor. Com efeito, o processo migratório "não é simplesmente sinónimo de encontro cultural, já que implica uma adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento, a um meio novo, desconhecido ou hostil. Esta adaptação, vai depender de factores múltiplos relacionados com aspectos específicos da aculturação" (Ramos, 1993, p. 561).

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 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, distingue quatro tipos de estratégias de adaptação, de que resultam quatro modos de aculturação, os quais caracteriza 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;
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;
3. Separação – quando o indivíduo tenta preservar a sua identidade cultural, fechando-se na sua cultura de origem, sem procurar estabelecer relações com a comunidade dominante;
4. Marginalização – o grupo dominante impede o indivíduo de participar no funcionamento das instituições e na vida social do grupo maioritário, devido a

práticas discriminatórias. Esta situação é acompanhada geralmente de stresse e desorganização mental, já que o indivíduo ou o grupo minoritário perdeu a sua identidade cultural, devido geralmente a políticas assimilacionistas e, ao mesmo tempo, não tem o direito de participar no funcionamento das instituições e na vida da sociedade de acolhimento.

As investigações 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. Phinney *et al.* (2001) estudaram adolescentes imigrantes na Finlândia, em Israel, na Holanda e nos EUA, em relação ao modo de aculturação e à adaptação social, tendo verificado 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, assim como, as atitudes da maioria face às estratégias de relação com os imigrantes. Estas atitudes podem dar origem a cinco estratégias de relação cultural: integração, assimilação, segregação, exclusão e individualismo.

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 reinterpretação 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, dos quais destacámos alguns estudos (Ramos, 1993).

Falander (1983) salienta que as dificuldades psicológicas, económicas e de adaptação no decurso dos primeiros anos de imigração podem ter repercussões directas na relação da mãe com a criança. É o caso das mães Sefarditas da África do Norte, cuja emigração para Israel remonta a menos de dois anos e cujos filhos têm entre oito e quinze meses. Estas mães mostravam-se menos afectuosas e menos estimulantes ao nível psicossocial com as crianças e interagiam de uma forma menos positiva do que as suas compatriotas chegadas a Israel há mais de três anos. Candil e Frost (1972) dão-nos o exemplo de mães americanas de origem japonesa, as quais sofreram uma dupla influência, ou seja, elas conservam certas particularidades das mães Japonesas e adoptam ao mesmo tempo alguns comportamentos típicos das mães americanas. 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 das 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 Kurdistan vivendo em Israel, mostram que quando a coesão do grupo migrante é forte, a pressão exercida pelas políticas sanitárias e educativas do país de acolhimento modifica os comportamentos, sem no entanto criar uma ruptura ou alterar profundamente as representações e crenças ancestrais relativas ao desenvolvimento e à saúde da criança. Por seu lado, Bastide (1969) salienta que, nas sociedades onde a coesão do grupo migrante é fraca e a aculturação é grande, constata-se uma ruptura das tradições que origina uma perda de referências e de sentido, relativamente

às práticas de cuidados e educação das crianças. Também Rabain e Wornham (1990); Ramos (1993, 1996), estudando 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 mantém 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).

Certas práticas resistem melhor à aculturação, como destacou Stork (1986, 1988) e Ramos (1993, 1996), 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. A mesma situação foi verificada por Ramos (1993), relativamente a uma maior utilização de objectos protectores (amuletos, reliquias, 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 (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 a constituir um meio de protecção contra a angustia e "estranheza" da situação migratória.

Relativamente aos comportamentos familiares, mais concretamente às práticas de cuidados maternos, encontramos diferentes modalidades de aculturação. Esta poderá constituir uma aculturação sem problemas, caracterizada geralmente por uma aliança harmoniosa das práticas tradicionais (modo de transportar a criança, massagens, embalar na rede, nos braços, nas costas, manutenção da língua materna, etc.) com as práticas originárias da modernidade e do desenvolvimento, como a utilização de tecnologia doméstica e o recurso às estruturas de saúde e sócio-educativas disponíveis no país de acolhimento. Encontramos este tipo de aculturação, sobretudo em famílias e mães portuguesas da primeira gera-

ção imigrantes em França (Ramos, 1993, 1996); outra modalidade é a aculturação de tipo intermédio, também designada de semi-aculturação, onde as famílias e 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. 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 (Ramos, 1990, 1993, 1995); é na modalidade de 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, 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 da criança e do adolescente.

#### 4. Stresse, saúde e doença em situação de migração e aculturação

A migração poderá representar uma experiência traumática capaz de originar traumatismos silenciosos e múltiplos.

"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 privile-

giada de compreender as origens da perturbação e o papel do apoio social, agindo este apoio como uma variável atenuante e preventiva do stress. Com efeito, o apoio social é um importante protector de saúde. 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).

Para Kessler *et al.* (1986); Doyle (1991); Ramos (1993); Narang (1994); Anderson (1995); Reijneveld (1998), os migrantes e as minorias étnicas têm mais fontes de stress e possibilidade de sofrer os efeitos dos factores ambientais de stress, devido à precariedade das suas condições de vida e de trabalho, aos conflitos étnicos, à discriminação e ao isolamento social e ainda ao facto de possuírem menos recursos para os enfrentar. 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. Também para Lazarus *et al.* (1995) os migrantes reúnem um número mais grave de patologias devido ao diagnóstico e tratamento tardios e à carência psicossocial, as situações de clandestinidade e de discriminação vindo 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. – Organização Mundial de Saúde – (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 depressivas 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 (Epeboin e Razkallah, 1997).

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

- 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 stress;
- O analfabetismo e /ou o desconhecimento da língua do país de acolhimento originam problemas comunicacionais e relacionais com as diferentes estruturas de apoio e com os profissionais, tornando, por vezes, as formalidades administrativas quase impossíveis e criando grandes dificuldades não só aos migrantes como aos próprios profissionais;
- Factores culturais, como a falta de hábito em utilizar os serviços sociais e de saúde ocidentais, o desconhecimento da legislação social e das regras administrativas da sociedade de acolhimento, faz com que muitas famílias 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 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 vulnerabilidade. Para a criança migrante, os riscos são mais importantes quando a migração se processa em certos períodos de desenvolvimento particularmente vulneráveis ao stress, 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-lhes 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, rejeição e organizam-se em culturas e grupos de resistência, reproduzindo e aumentando as situações de exclusão social e de stress (Bourdieu *et al.* 1970, 1993; Willis, 1997).

### Considerações finais

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 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 condições 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.

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 todo o tipo 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 necessário 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 importante, quer da parte dos profissionais, quer da parte dos cidadãos, adotar uma atitude de descentração a qual consiste em sair da centração em que cada um se encontra, isto é, não tomar como modelo universal o seu próprio comportamento, os seus pontos de vista, os seus modelos e crenças educativas e de saúde, os quais são necessariamente marcados pelas normas da cultura a que pertencemos (Piaget, 1970). Esta atitude permitirá flexibilizar e relativizar princípios apresentados como únicos e universais e aplicados, muitas vezes, de

uma forma rígida, evitará muitos comportamentos de intolerância e exclusão e facilitará o respeito pela diversidade cultural e a intervenção junto dos diferentes grupos e comunidades.

Um mundo globalmente interdependente, necessita de uma nova abordagem de cidadania para as populações autóctones e migrantes, que incorpore a dinâmica da mudança e da diversidade e os princípios fundamentais dos direitos humanos em estratégias e políticas multi/interculturais que promovam o desenvolvimento humano, a liberdade cultural e a inclusão e que beneficiem o bem-estar e a qualidade de vida de todos os cidadãos. Na actualidade, a diversidade cultural, a multi/interculturalidade impregnam a vida quotidiana e as relações entre os indivíduos e as nações, tornando-se também realidades políticas e jurídicas, como se afirma no artigo 1º da Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural da UNESCO: "A diversidade cultural é tão necessária para a humanidade como a biodiversidade é para a natureza. Neste sentido, é a herança comum da humanidade e deve ser reconhecida e afirmada para o benefício das gerações presentes e futuras" (UNESCO, 2001).

### Bibliografia

- Adler, N. et al. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49, 15 – 24.
- Anderson, N. (1995). Summary of task group recommendations. *Health Psychology*, (14,7), 649-653.
- Anthony, E., Chiland, C. & 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.
- Berry, J., Kim, U., Minde, T. & Mok, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review*, 21, 490-511.
- Berry, J. (1997). Immigration, acculturation and adaption. *Applied Psychology*, 46, 5-68.
- 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.
- 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. & Senecal, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: a social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32, 369-386.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Harvard University Press.
- Brown, G. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.
- Carroll, D. et al. (1993). Health and social material circumstances: their origins and implications. *Psychology and Health*, 8, 295-316.
- Chess, S. & Thomas, A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders from infancy to early adult life*. New York: Brunner/Mezel.
- Clanet, C. (1990). *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines*. Toulouse: Presses Universitaire du Mirail.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24.
- CREDES (2003). Logique de recours aux soins des personnes en situation de précarité. *Questions d'économie de la santé*. Paris, 63.
- 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.
- 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.
- Evans, G. & Cohen, S. (1987). Environmental stress. In D. Stokols & I. Altman (eds). *Handbook of environmental psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Folkman, S. et al. (1986) The dynamics of a stressful encounter. *Journal of personality and social psychology*, 50, 992-1003.
- Freedly, J. et al. (1994). Life events, work and adjustment: lessons for the middle east. *Anxiety, stress and coping*, 9, 191-203.
- Goldberg, E. & Comstock, G. (1980). Epidemiology of life events: frequency in general populations. *American Journal of epidemiology*, 111, 736-752.
- 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.
- 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.
- 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 (1995/16).

- Maisondieu, J. (1997). *La fabrique des exclus*. Paris, Bayard.
- Marmot, M. et al. (1991). Health inequalities among british civil servants: the whitehall II study. *Lancet*, 337, 1387-1392.
- Marin, G. & Gamba, R. (1996). A new measurement of acculturation for Hispanics: the bidimensional acculturation scale for Hispanics (BAS). *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, (18,3), 297-316.
- Meyers, R. (1995). Relating health and nutrition to social and psychological development. In *The twelve who survive: Strengthening programmes of early childhood development in the third world*. Ypsilanti, Michigan: High/Scope Press.
- Monroe, S. (1983). Major and minor life events as predictors of psychological distress: further issues and findings. *Journal of behavioral medicine*, 6, 189-205.
- Myers, J. et al. (1974). Social class, life events and psychiatric symptoms: a longitudinal study. In B. Dohrenwend & P. Dohrenwend (eds.). *Stressful life events: their nature and effects*. New York: Wiley.
- Narang, I. & Murphy, S. (1994). An assessment of ante-natal care for asian women. *British Journal of Midwifery*, 2, 169-174.
- Nathan, T. (1986). La folie des autres. *Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- OMS (1983). *Migration and health: towards and understanding of health care needs ethnics minorities*. Netherlands: Ed. M. Colledge.
- 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.
- 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). 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 gênero em Portugal e no Brasil*. Oeiras, Celta Editora.
- 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*. Bucarest: 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). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Univ. Aberta.
- Razkallah, N. & Epelboin, A. (1997). *Chroniques du saturnisme infantile- 1989-1994. Enquête ethnologique auprès des familles parisiennes originaires du Sénégal et du Mali*. Paris: L'Harmattan.
- Redfield, R. et al. (1936). Memorandum on the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38, 149-152.
- Reijneveld, S. (1998). Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*, (52,5), 298-304.
- Resnick, M. et al. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
- 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.
- Snyder, H. (2001). Child delinquents. In R. Loeber, D. Farrington (Eds.) *Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stork, H. (1986). *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Le Centurion.
- Stronks, K., Ravelli, A. & Reijneveld, A. (2001). Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*, (55, 10), 701-707.
- Taylor, S., Repetti, R. & Seeman, T. (1997). Health Psychology: What is an Unhealth environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447.
- 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.
- 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.

## 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

### **Migration, acculturation, stress et santé. Perspectives de recherche et d'interposition**

Sont analysés les complexes et multiples variables et facteurs individuels et collectifs, notamment psychologiques, sociaux, culturels et politiques impliqués dans le processus migratoire et d'acculturation à l'origine de stress, d'anxiété, de conflits, d'exclusion, de maladie, qui peuvent affecter non seulement le bien-être et la qualité de vie des migrants, mais aussi leur santé mentale et physique et rendre plus difficile leur accès aux soins de santé et à la prévention.

MOTS- CLÉS: Santé; Stress; Maladie; Migration; Acculturation; Soins de santé.

### **Migration, acculturation, stress and health. Perspectives of research and intervention**

This is an analysis of the complex and multiple individual or collective variables and factors, namely psychological, social, cultural, environmental and political, involved in the migratory and acculturation process that may cause stress, anxiety, conflict, exclusion or illness, which affect not only the mental and physical health, the wellbeing and the quality of life of migrants, but also render difficult their access to healthcare and prevention.

KEYWORDS: Health; Stress; Illness; Migration; Acculturation; Healthcare.