



[Psicologia: Reflexão e Crítica](#)

Print version ISSN 0102-7972

Psicol. Reflex. Crit. vol.12 n.1 Porto Alegre 1999

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721999000100008>

Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança¹

Eduardo Luiz Andrade Mota
Anamélia Lins e Silva Franco

Mirella Cardoso Motta²
Universidade Federal da Bahia

My SciELO

Custom services

Services on Demand

Article

- Article in xml format
- Article references
- How to cite this article
- Curriculum ScienTI
- Automatic translation
- Send this article by e-mail

Indicators

Related links

Bookmark

| More

Resumo

Foi realizado um estudo de revisão com base nos referenciais teóricos de estresse e suporte social para avaliar a importância do estudo dos processos de adaptação aos eventos vitais e mudanças de vida e suas relações com o estado de saúde. Considerando-se que as crianças são particularmente vulneráveis às mudanças nas condições ambientais, adotou-se como modelo de análise as relações entre os fatores psicossociais e saúde da criança, utilizando-se a migração como evento capaz de alterar, entre outros elementos, os padrões de organização familiar e de interação mãe-criança que podem determinar estados de saúde e doença.

Palavras-chave: Saúde da criança; fatores psicossociais; migração; determinação social

Migration, stress, and psychosocial factors as determinants of children's health

Abstract

A review study was conducted to examine the theoretical models of stress and social support to evaluate the importance of the adaptation processes to life events and life changes and their relation to health conditions. Assuming that children are particularly vulnerable to changes in environmental conditions, the relationships between psychosocial factors and children's health status was adopted as an analysis model. Migration was considered as an event capable of altering, among other elements, the patterns of family organization and mother-child interactions which can determine health conditions and disease.

Keywords: Child health; psychosocial factors; migration; social determination

Fatores psicossociais definidos sob marco conceitual que incorpora novos desenvolvimentos em psicologia da saúde têm sido incluídos nos quadros de referência das investigações sobre mecanismos causais do processo saúde e doença. Estudos realizados nas últimas duas décadas analisaram, com construção metodológica própria, categorias de fatores de risco e de proteção relacionados com interação e ambiente social, processos adaptativos e suporte social. Na verdade, várias disciplinas da área de saúde têm se ocupado em estudar a presença ou ausência de doença em indivíduos e grupos aparentemente expostos à influência do mesmo ambiente físico e condições sócio-econômicas (Adler & Matthews, 1994).

Para um tema de tal relevância em Saúde Coletiva, o reconhecimento das lacunas do conhecimento e dos desafios metodológicos ao pensamento interdisciplinar torna-se crítico à produção científica na área. Por outro lado, a perspectiva de ampliar a atuação intersetorial nas práticas de serviços de saúde necessita da integração

e articulação dos conhecimentos sobre os fatores psicossociais e das condições de saúde para maior efetividade. Quais são os mecanismos pelos quais o ambiente psicológico determina padrões de morbidade e mortalidade? Em que medida as características do ambiente psicossocial devem ser consideradas como determinantes das condições de saúde infantil? Abordando questões dessa ordem, a produção científica na área de estresse e saúde pode contribuir para definir programas de educação e prevenção, ampliando o potencial de intervenção para a promoção e atenção à saúde.

Os referenciais teóricos de estresse e suporte social são aqui utilizados para avaliar a importância do estudo dos processos de adaptação aos eventos vitais e mudanças de vida e suas relações com o estado de saúde. Considerando que as crianças são particularmente vulneráveis às mudanças nas condições ambientais, adota-se como modelo de análise as relações entre os fatores psicossociais e saúde da criança, utilizando-se a migração como evento capaz de alterar, entre outros elementos, os padrões de organização familiar e de interação mãe-criança que podem determinar estados de saúde e doença.

O processo de estresse

Na sua revisão do conceito de estresse, Hinkle (1987) conclui que não há uma definição amplamente aceita, quando ocorre ou não, ou como observá-lo e quantificá-lo. As definições chegam a ser conflitantes, porém há um nível razoável de concordância entre os autores a respeito das fontes de estresse e sobre os resultados de situações estressantes como possíveis descrições do fenômeno.

No campo biológico as fontes de estresse são consideradas como aquelas que "têm o efeito de ameaçar ou perturbar a dinâmica do estado estável do qual a vida do organismo depende ou de ameaçar fazê-lo" (Hinkle, 1987, p.562). Isto pode se traduzir em necessidade de adaptação para a sobrevivência, impondo limitações ao desempenho de funções e atividades, o que por seu turno pode resultar em dano para o organismo. Na área das ciências sociais as fontes de estresse são identificadas como demandas socialmente apresentadas ou impostas que definem padrões de atitude e comportamento. Assim, a escolha entre esses padrões, de acordo com diferentes valores, pode ser origem de estresse e resultar em disfunções emocionais com conseqüente aumento do risco de doença e morte. A propósito, Adler e Matthews (1994) afirmam que o processo de avaliação ou escolha tem um papel mais importante no estado de saúde do que a simples exposição às fontes de estresse propriamente ditas.

O conceito de fonte de estresse tem sido tradicionalmente operacionalizado através do estudo de eventos vitais ou eventos de vida (*life events*). De acordo com Maes, Vingerhorts e Van Heck (1987), "eventos operam como estressores na medida em que eles sobrecarregam ou excedem os recursos adaptativos da pessoa" (p.567). As críticas mais comumente feitas a esta abordagem apontam para a inadequação da distinção entre sua determinação social e psicológica e da maior importância que confere aos eventos de natureza crônica do que aos eventos de caráter agudo ou da vida cotidiana. Uma outra crítica diz respeito à ênfase no papel das habilidades individuais para a superação de desafios de natureza física ou psíquica que se apresentam no ambiente. Além disto, não é freqüente considerar que o meio modula diferenças individuais nas respostas e que características sociais representam fontes de estresse em si ou podem proporcionar estratégias para vencer dificuldades. Uma alternativa metodológica para superar tais limitações seria considerar o estresse situacional ou circunstancial como uma combinação de características, desenhando-se um indicador composto de fontes de estresse contra o qual a variabilidade do estado de saúde poderia ser comparada.

Verifica-se assim, que o estudo da associação entre estresse e doença experimentou grande avanço pela adoção da abordagem dos eventos vitais. Contudo, esta é empregada freqüentemente em busca de um grau mais elevado de especificidade de associação com estado de saúde talvez inexistente.

Pode-se considerar que pelo menos duas classes de fatores têm sido associadas ao risco de natureza psicológica: circunstâncias reconhecidas como estressantes e os significados que os indivíduos conferem às mudanças e aos eventos. Outros fatores igualmente importantes se relacionam com a postura de evitação, adotada como estratégia para superar o estresse pela sua minimização ou negação; a existência de recursos pessoais de resistência ao estresse e a presença de uma rede social de suporte. Estes são reconhecidos como fatores que modulam respostas à exposição a situações estressantes. Os estudos nesse campo apontam para a necessidade de um maior esclarecimento acerca do papel das características individuais e das relações entre estresse e doença também na área da percepção dos eventos e dificuldades.

Entre outras, estas considerações são importantes para o estudo das relações entre migração e estado de saúde, na medida em que se considera migração como processo social determinado pelo modo como uma dada organização social provoca desequilíbrios entre grupos populacionais.

Suporte social

Das diferentes abordagens para definir suporte social, a adotada por Lin (1986) é clara e simples. O autor começa pelo exame dos seus componentes - "social" e "suporte" - notando que o "componente social deveria refletir a ligação do indivíduo com o meio social" (p. 340), representado pela comunidade, rede social e relacionamentos íntimos e de confiança. O componente "suporte" se relacionaria às atividades percebidas como instrumentais e expressivas. Além disso, a dimensão instrumental envolveria o uso das interações sociais para atingir metas e a dimensão expressiva se relacionaria à consecução de um nível adequado de suporte

emocional. A expansão do conceito de suporte social foi sintetizado por Boyce, Kay e Uitti (1988). Eles propuseram um modelo de análise - modelo de rede de suporte - que enfatiza a existência de relacionamentos interpessoais e suas características, e o modelo funcional, relativo à avaliação dos relacionamentos em suas funções específicas. Uma definição de suporte social proposta por Jou e Fukada (1995) considera este um conceito composto que se caracteriza por: a) número de membros na rede de suporte social e suas características; b) suporte requerido pelo indivíduo; c) suporte percebido ou avaliação do suporte disponível e d) suporte disponível recebido anteriormente.

Um exemplo da complexidade do papel do suporte social para a associação estresse-doença pode ser visto no trabalho de Wheeler e Frank (1988). Eles estudaram esta associação através de uma lista de fatores potenciais em uma amostra homogênea de voluntários adultos. Utilizaram o Questionário de Bem-estar Geral (*General Well-being Questionnaire*), incluindo uma série de fatores relacionados à saúde física e mental e também ao estresse: eventos recentes, profissão, ambiente e recursos. Os autores observaram que fortes moderadores tais como: coerência, eficiência, compromisso, relações sociais e regime de sono estavam relacionados às duas principais dimensões dos moderadores do estresse: *locus* de controle e suporte social. Concluíram ainda que moderadores fortes seriam representados por sentimentos, percepções, e atitudes do indivíduo e os moderadores medianos seriam fatores orientadores de comportamento. O conceito de moderador nos trabalhos em língua inglesa é referido por "buffers" definido por aquilo que exerce efeito neutralizador.

Entretanto Tjihuis, Flap, Floets e Groenewegen (1995) tentando ampliar as investigações que relacionam eventos de vida como estressores e doença mental como efeito, realizaram um estudo para testar duas hipóteses: (a) o suporte social age como protetor para eventos vitais estressantes impedindo o adoecimento; (b) a doença como estressor e o suporte social como protetor relacionado ao grau de incapacitação e duração da doença. Concluíram que na população holandesa estudada os tipos específicos de suporte não são determinantes do nível de saúde ou de menor risco de doença.

A revisão da relação entre suporte social e saúde publicada por Broadhead e cols. (1983) apresentou as evidências do papel do suporte social na mediação da relação entre estresse e condições de saúde de acordo com o modelo epidemiológico de causalidade. Ao sintetizarem os achados de mais de uma década de estudos nesta área, os autores empregaram os critérios de causalidade para examinar os principais resultados de diferentes desenhos metodológicos. Eles demonstraram, entre outros pontos, que a relação entre suporte social e saúde apresentou a temporalidade e a força de associação requeridas, consistência em sua direcionalidade e um corpo coerente de conhecimentos que valida suas inferências.

Em relação a associação entre suporte social e morbidade e mortalidade, a revisão de Berkman (1985) evidenciou que, enquanto estudos que utilizaram mortalidade como a variável de efeito indicaram que tanto a rede social quanto o suporte são preditores do risco de óbito entre adultos, pouco se pode dizer sobre a importância desses fatores na determinação dos padrões de morbidade associados ou não às taxas de mortalidade. Entre poucos estudos está o de Norbeck e Anderson (1989, citado por Adler & Matthews, 1994), sobre a relação entre suporte social e morbidade na gestação e parto, tendo aqueles autores concluído que no momento do parto o suporte do companheiro e das mães das parturientes estava associado à frequência mais baixa de complicações nas parturientes, embora esses achados não tenham permanecido consistentes entre mulheres hispânicas e entre mulheres brancas.

Castro, Campelo e Hernández (1997), em artigo de revisão, além de mais uma vez sinalizar as dificuldades relacionadas a definição do tema sugerem que as categorias de análise que até então vêm sendo estudadas deveriam ser melhor especificadas ou até subdivididas. Como exemplo cita Deber (1979) que desenvolveu estudos relativos a forma de apoio social nomeada como atenção. O estudo da atenção como uma categoria articuladora do apoio social com os níveis micro, entendidos como relações primárias ou diádicas, exigiria o desenvolvimento de estudos utilizando estratégias de coleta e análise de dados qualitativos. Desta forma seria possível combinar os métodos estatísticos freqüentemente utilizados nos estudos disponíveis, com os métodos qualitativos acrescentando aos estudos de suporte social um maior nível de conceitualização.

Suporte social e saúde no contexto familiar

A família como uma unidade de análise apresenta algumas características especiais para o estudo da relação entre estresse e condições de saúde da criança e o efeito mediador do suporte social. O modelo proposto por Kane (1988) de suporte social familiar pressupõe que a família seja um sistema e que suporte social seja um processo e "não um resultado ou um recurso". O autor identifica quatro características familiares básicas entre as quais os fatores interacionais atuam: dimensão da rede social, estrutura familiar (flexibilidade), estima (percepção positiva) e estabilidade (história dos relacionamentos). Fatores interacionais, por sua vez, se relacionam com a reciprocidade, informação (*feedback*) - a qualidade e a quantidade de comunicação - e envolvimento emocional (laços afetivos positivos). Portanto, suporte social assim definido capacita a família a funcionar com "versatilidade e maiores recursos" obtendo, conseqüentemente, saúde, informação, bens, serviços e ajuda na crise.

Famílias podem vivenciar situações estressantes particulares, comumente referidas como mudanças de vida e eventos importantes. Estes podem desencadear repercussões sobre a saúde, momento em que a obtenção de suporte social desempenha um papel de destaque. Nuckolls, Cassel e Kaplan (1972), estudando a importância

dos fatores psicossociais para o resultado da gestação observaram que "mudança de vida" e "recursos psicológicos" - que significavam no início dos anos 70 "qualquer fator psicológico ou social" - quando tomados em separado não estavam relacionados com o resultado da gravidez, mas quando analisados como "recursos psicossociais favoráveis", revelaram que as mulheres com os mais altos escores experimentaram frequência menor de complicações no parto do que aquelas com baixos escores tanto em suporte quanto em fatores psíquicos de proteção.

Embora não totalmente esclarecidos, os mecanismos pelos quais o estresse familiar afeta a saúde da criança começam a emergir das pesquisas que propõem estabelecer as relações entre a interação mãe-criança, eventos de vida e suporte social. O reconhecimento do papel central que o grau de satisfação materna desempenha no desenvolvimento emocional infantil, contribui para esclarecer como as fontes de estresse podem interromper interações positivas dentro do contexto familiar, afetando conseqüentemente a condição de saúde da criança. Diferentes dimensões de suporte podem prevenir essa ruptura ou moderar o efeito negativo da situação estressante, protegendo as crianças contra a incerteza, cuidados precários, violência e isolamento. Johnson (1986) assinalou, porém, que as mudanças no ambiente psicossocial explicam em proporção relativamente pequena a variância no estado de saúde, o que se traduz por correlações fracas. O autor assinala ainda os problemas de validade e confiabilidade das medidas, avaliando que mudanças positivas e negativas não desencadeiam da mesma maneira as necessidades de ajustamento e adaptação, podendo ter impactos diversos nos indivíduos.

Estresse e suporte social: Impacto na saúde da criança

O campo de estudo do desenvolvimento da criança tem se beneficiado dos resultados de estudos sobre estresse, saúde e interação mãe-filho. Cochran e Brassard (1979) publicaram uma revisão que examinou as relações entre o desenvolvimento da criança e as redes sociais. Os autores observaram que a existência de um ambiente social consistente é capaz de aumentar a sensibilidade dos pais às necessidades dos filhos. Por outro lado, padrões de comportamento parental e atitudes no controle da criança podem ser regulados pelos membros da rede de relações sociais. Além disso conselhos de amigos e parentes podem influenciar importantes decisões para o cuidado à criança e a utilização de serviços de saúde.

De acordo com Angel e Worobey (1988), suporte social pode ainda estar relacionado com o estado de saúde da criança através do modo como as mães avaliam as queixas e os sintomas dos filhos, estando a sensibilidade e os conhecimentos maternos relacionados a fatores culturais e sociais. Dessa forma, a "consulta e referência leigas", na qual uma pessoa obtém a opinião de outras antes mesmo de procurar ajuda profissional, pode ser entendida no contexto da rede e suporte social. Disto decorre que o nível de estresse e o estado de saúde psicossocial da mãe modula sua percepção e avaliação do estado de saúde do filho. Ainda assim, os modos pelos quais crenças familiares e conflitos de valores afetam o bem-estar e a saúde infantis necessitam ser amplamente esclarecidos.

Migração e estresse

Enquanto um processo social, a migração é um complexo fenômeno que envolve a mudança permanente de endereço após cruzar a fronteira de uma unidade administrativa (Hull, 1979). Embora as razões individuais para migrar possam ser irrelevantes para o entendimento do processo de migração no seu significado social, algumas características individuais podem desempenhar um papel importante no estudo das relações entre migração e saúde. Alguns atributos dos migrantes, tais como sexo, idade e raízes étnicas poderiam contribuir para modelar seus riscos e susceptibilidades a problemas de saúde. Além do mais, razões para migrar, embora grandemente influenciadas por circunstâncias sociais, poderiam ser traduzidas em expectativas e crenças que tomam parte da dinâmica saúde-doença antes e após a migração.

Os avanços teóricos e observacionais no estudo do processo migratório em relação aos fatores sociais e econômicos, como nos padrões de migração rural-urbana, têm mostrado que a experiência da migração pode encerrar potencial patogênico. O estresse psicológico inerente às mudanças de residência e ao processo de restabelecimento torna o migrante particularmente vulnerável aos riscos de morbidade diferencial em seu novo ambiente. É importante considerar neste ponto que os migrantes que se deslocam para áreas urbanas enfrentam riscos ambientais diferentes daqueles experimentados antes de migrar. Ademais, mudanças nos ambientes físico e cultural podem alterar os padrões habituais de funcionamento biológico e emocional. À parte as condições econômicas de um grupo particular de migrantes, a população hospedeira pode interpor graus variáveis de dificuldades na sua adaptação ao novo lugar, com conseqüências diretas para a saúde física e psíquica como expressão de uma migração bem ou mal sucedida. Isto pode ser exemplificado no estudo realizado por Almeida Filho (1982) tratando da relação entre migração e estresse em um bairro popular de Salvador, Bahia. A população estudada consistia de 1.514 sujeitos, a maioria com mais de 25 anos (62,9%), sendo 60,1% migrantes. Foram aplicados o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) e um questionário tratando de informações pessoais, sócio-econômicas e da história migratória. A análise demonstrou que os escores relativos ao estresse na população migrante (5,14) eram mais elevados que na população não-migrante (3,21), com relação estatisticamente significativa.

O que Boekestitjin (1989) chamou de migração intercultural, o processo paralelo de aprendizagem de significados e habilidades e o sentimento de ser aceito, tem sido nomeado de "choque cultural". Este pode ser

avaliado pelo grau de incerteza enfrentado pelo migrante após sua chegada a um novo lugar. O autor aponta para o "dilema do migrante", que consiste na tensão entre adaptação sócio-cultural e "preservação da identidade". A revisão de Richman, Gaviria, Flaherty, Birz e Wintrob (1987) tratando dos processos de aculturação contribui para definir um quadro de referência para o entendimento do processo de estresse associado à migração. Os autores citaram Berry (1980) para definir aculturação como "um processo de contato, conflito e adaptação intergrupal", e a partir desta definição foram detalhados quatro modos alternativos potenciais de aculturação: assimilação, integração, separação e marginalização, supondo-se que cada um apresente grau de estresse relativo e de risco à saúde. Richman e cols.(1987) citou Padilla (1980) para contrastar um outro modelo de aculturação, o bidimensional, que comporta consciência cultural e lealdade étnica. Estas dimensões determinariam o comportamento social, envolvendo escolhas em direção a atividades mais ou menos aceitas pela comunidade e vizinhos, com seu conseqüente grau de estresse associado.

O modo pelo qual um dado nível de aculturação afeta o bem-estar psíquico e a saúde física necessita ser melhor esclarecido. Contudo, a adoção de uma estratégia alternativa para adaptação a um novo ambiente é reconhecidamente dependente do grau de diferença cultural entre o grupo migrante e a população hospedeira e o grau de consciência dos migrantes em relação a tais diferenças.

Acrescente-se que Palinkas e Pickwell (1995) destacaram que aculturação tem sido assumida em epidemiologia como um fator de risco para doença crônica, por isso consideraram importante revisar a definição originária da antropologia para que esta se torne teórica e clinicamente pertinente. Diante disto, os autores assinalaram: a) destacar aculturação em uma perspectiva processual e em uma perspectiva estrutural; b) considerar aculturação como uma experiência individual e de grupo, de conflito e negociação entre os dois sistemas de comportamentos e crenças; c) medir aculturação longitudinalmente e a partir da narrativa e d) considerar que a aculturação mais do que um risco permanente pode promover saúde quando possibilita o acesso a alternativas de atenção, elimina comportamentos de risco e incentiva a adoção de comportamentos saudáveis. Dessa maneira, o processo de aculturação não é necessariamente negativo, podendo se resolver num "biculturalismo" sem grandes conseqüências ao bem-estar. Entretanto, se o grau de rejeição aos valores da população hospedeira for tal que interfira nos contatos sociais e no estabelecimento de novos laços, o processo de migração pode transformar-se numa tentativa mal sucedida de buscar um melhor padrão de vida.

Alienação: Uma referência alternativa?

Pode ser apropriado usar o referencial teórico da alienação para melhor abordar as fontes de estresse do processo migratório. De acordo com Mirowsky e Ross (1989), em uma visão geral, alienação é qualquer tipo de afastamento ou separação social. Os cinco principais tipos de alienação descritos por Seeman (1959, citado por Mirowsky & Ross, 1989), são: impotência, auto-estranhamento, isolamento, ausência de sentido e vazio. O isolamento e seu oposto - existência de suporte social - referem-se aos sentimentos individuais de maior ou menor separação da rede social e à qualidade das interações pessoais. Dentro do contexto das tensões físicas e psíquicas inerentes ao processo migratório, considerar estas dimensões pode ajudar a compreender o empreendimento dos migrantes por uma adaptação rápida e eficiente. No contexto psicológico, a impotência é interpretada como um tipo de desamparo aprendido, resultante da frustração sentida após repetidas exposições a estímulos negativos que podem advir de um locus de controle interno ou externo. Fracasso na adaptação pode levar à passividade e o sucesso pode levar a uma postura mais ativa diante das dificuldades. A dinâmica da interação social determinaria eventualmente o padrão de controle da impotência diante dos problemas. Além disso, fatores sócio-demográficos como nível de renda, educação, ocupação, desemprego, sexo e condição de vida estão correlacionados ao nível ou grau de impotência.

A necessidade de um sentido ou um senso de significado é uma outra dimensão da alienação. As dificuldades em defini-la com precisão representa um obstáculo na operacionalização do conceito e no estudo da sua relação com estresse. Considera-se que o sentido (senso de propósito) que uma pessoa tenha pode ajudar no processo de adaptação aumentando a sua motivação para lidar com os problemas a serem enfrentados. Como operacionalizar os conceitos dessas diferentes dimensões da alienação e em que grau eles são úteis para definir importantes fontes de estresse inerentes ao movimento migratório são desafios à pesquisa neste campo.

Migração e saúde

A literatura nesta área refere-se mais freqüentemente aos efeitos da migração internacional. Por esta razão, as diferenças étnicas e lingüísticas entre migrantes e nativos parecem mais importantes do que deveriam ser no caso da migração inter-regional. Considera-se relevante examinar o conjunto de fatores que poderiam representar obstáculos à adaptação no que concerne ao estresse e ao estado de saúde.

Estudos mais antigos sobre a saúde do migrante descreviam freqüentemente problemas em saúde mental. O aspecto, ainda controverso, se migrantes apresentam uma taxa mais alta de hospitalização psiquiátrica do que os nativos foi extensamente estudado no passado, embora com grandes limitações metodológicas. À época, pretendia-se documentar que a migração de populações rurais levava para os centros urbanos mais problemas de saúde.

Uma visão mais atual da relação entre migração e saúde acrescenta outros aspectos relevantes. Grupos populacionais migrantes estão expostos às mudanças no ambiente físico, nas atividades de trabalho, aos diferentes riscos de acidentes, a novos hábitos nutricionais, à aglomeração, entre outros, que representam

fatores de risco para problemas de saúde, quando se deslocam para centros mais complexos em áreas urbanas.

Os desafios da pesquisa sobre estresse e saúde que abordam a migração como modelo de estudo podem ser ampliados com os pressupostos relativos ao papel do ambiente psicossocial. Quais são os aspectos de suporte social que se relacionam com a associação entre migração e saúde? Existem certamente vários fatores que modulam o impacto do estresse sobre a saúde física e psíquica dos migrantes. Na área do cuidado materno-infantil, Lynam (1985), ao estudar um grupo de mulheres migrantes no Canadá, agrupou suas fontes de suporte em três categorias: pessoas próximas (familiares e pessoas de contato diário), pessoas do meio (parte da comunidade étnica e/ou religiosa com valores culturais comuns) e estranhos (agências e instituições). Observou o autor que a qualidade da interação com os estranhos dependia muito da compreensão dos valores culturais locais e da percepção de fazer parte deste círculo maior de contatos sociais. Além disso, o grau de percepção sobre a familiaridade dos outros com as suas experiências de vida, revelou-se como o elemento-chave nas decisões destas mulheres em buscar suporte e estabelecer laços mais fortes.

Migração e estresse no contexto da saúde familiar

As mudanças que ocorrem antes e depois da chegada no novo ambiente podem romper relacionamentos entre membros familiares e perturbar a organização familiar, fazendo o processo de adaptação mais difícil. Espin (1987) revela com seu trabalho a existência de fatores intrapsíquicos que se relacionam com o processo de adaptação de migrantes. Este autor destaca que pode haver diferenças de gênero nos mecanismos ou na intensidade com que os indivíduos são afetados por estes fatores e que membros familiares podem vivenciar o fortalecimento dos seus laços ou a ruptura dos mesmos. Resta definir qual o impacto do ambiente psicossocial assim determinado sobre a saúde infantil. Este impacto pode ser objeto de cuidado dos profissionais de saúde na ação clínica, mas tal impacto ainda não foi mensurado enquanto objeto da saúde coletiva.

Na área do cuidado à criança, a literatura oferece evidências de que o nível educacional dos pais, o grau de assimilação cognitiva e social, a presença de alternativas de atenção extra-familiares, o uso regular de cuidado médico e os hábitos nutricionais da família são alguns dos fatores principais que interferem na adaptação a um novo ambiente com reflexos sobre a saúde da criança.

Entretanto, são poucos os estudos que tratam das relações entre migração e saúde da criança. A revisão de literatura sobre ajustamento social e emocional em crianças que migraram feita por Aronowitz (1984) enfatizou o caráter inerentemente estressante da migração que vulnerabiliza o indivíduo nessa fase da vida. As crianças migrantes foram, em geral, consideradas mais isoladas e menos aceitas pelos seus contatos. Estudos de prevalência citam desvios e distúrbios de comportamento, relatados pelos professores, como a ocorrência de resultados nas medidas de ansiedade, agressividade, tolerância à frustração, auto-estima e relacionamento com pares que indicam o impacto negativo do estresse sobre as crianças migrantes. É oportuno considerar que o ajustamento e adaptação da criança migrante depende da qualidade dos fatores ambientais que encontra, com resultados positivos ou negativos sobre sua saúde, ao invés de se estabelecer, como se fazia, que o processo de adaptação gera invariavelmente problemas emocionais e/ou psíquicos.

Que inferências podem ser feitas com relação aos mecanismos causais dos problemas psicológicos em crianças que migram? Parece que quando problemas desse tipo ocorrem observa-se, com consistência, quadros ansiosos ao longo do primeiro ano que se segue à chegada no novo local, tendo estes sido atribuídos às experiências de separação como consequência direta da migração. Porém, o reconhecimento das fontes de estresse na migração como fatores causais ou precipitadores desses distúrbios necessita ainda ser firmemente estabelecido.

A investigação sobre as relações entre situações estressantes que podem ser geradas pelo processo migratório e condição de saúde da criança, bem como o estudo dos aspectos do funcionamento e da organização familiar sob essas condições, podem proporcionar uma melhor compreensão dos efeitos e mecanismos pelos quais o ambiente psicológico altera o bem-estar infantil. Boyce (1985) publicou uma abrangente revisão sobre o estágio do conhecimento nessa área, sintetizando-o nos seguintes tópicos: a) as famílias representam o contexto social primário onde as crianças vivenciam suporte social, b) diversas características e circunstâncias familiares influenciam a condição de saúde, como: competência, organização/desorganização, características estruturais, aspectos qualitativos dos relacionamentos internos e externos da família, resignação nos períodos de estresse e utilização de serviços de saúde da criança, c) uma hipótese que trate do elemento comum às diferentes funções do suporte social em saúde da criança deve considerar a necessidade de estabilidade; a aquisição de um "senso de permanência e continuidade" é tomado como elemento relevante no modo como a família se relaciona com o ambiente social e d) a ação dos fatores associados ao estresse e a função mediadora do suporte podem modificar o padrão de satisfação dessa necessidade de estabilidade e conseqüentemente a suscetibilidade aos problemas de saúde. Steinhausem (1985) ao estudar crianças entre migrantes turcos e gregos em Berlim Ocidental demonstrou que a gravidade dos distúrbios infantis estava relacionada às alterações do funcionamento familiar com "práticas inapropriadas" de atenção às crianças e problemas de saúde nas mães.

As mães também foram foco importante nos resultados obtidos por Brockergoff (1995). Este autor usou resultados de 15 censos demográficos para examinar se a migração rural-urbana, em países em desenvolvimento, estava relacionada a maior mortalidade infantil depois que os grupos de migrantes tinham se instalado. Os resultados indicaram que filhos de mulheres migrantes, em geral, tem uma saúde pior que as outras crianças e o risco de óbito na infância não depende somente de atributos da criança, dos pais e das

condições de moradia mas é até 45% maior, dependendo do tempo transcorrido desde a migração da mãe.

Ações dos serviços de saúde

Quais são os requisitos que os serviços sociais e de saúde devem possuir para atuarem na redução dos riscos à saúde de grupos de migrantes? Conhecer e compreender a experiência de quem migra e proporcionar um contexto de valores culturais que lhes sejam compreensíveis e aceitáveis faria os migrantes sentirem-se mais confortáveis e os motivariam a buscar ajuda. Na área do cuidado materno-infantil, mais especificamente na atenção profilática à saúde, as instituições de saúde devem entender que migrantes vindos de áreas onde serviços médicos são precários ou aqueles que apresentavam baixa frequência de utilização de serviços em seus locais de origem, podem não possuir o conhecimento necessário ao entendimento e assimilação das recomendações em saúde. Reconhecer, por outro lado, que o nível educacional e o padrão sócio-econômico de pais e responsáveis modulam sua percepção dos problemas de saúde da criança, e conseqüentemente suas decisões sobre cuidados à saúde, tipos de serviços necessários, utilização de práticas "populares" e adesão às rotinas em saúde, contribui para ampliar o grau de efetividade das ações individuais e coletivas de promoção da saúde. Finalmente, o entendimento das relações entre estresse e saúde e sobre o papel moderador do suporte social contribuirá para o desenho adequado de programas e ações de educação e comunicação em saúde.

A presente revisão demonstra que o conhecimento sobre o impacto do ambiente psicológico na saúde da criança pode ser aprimorado pelo estudo do processo de migração como um modelo das relações estresse-doença, enfatizando-se que a associação deste binômio com o efeito protetor do suporte social é uma hipótese que necessita ser amplamente testada com desenvolvimento metodológico apropriado.

Referências

- Adler, N. & Matthews, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-59. [[Links](#)]
- Almeida-Filho, N. (1982). The psychosocial costs of development: labor, migration, and stress in Bahia, Brazil. *Latin American Research Review*, 17, 91-118. [[Links](#)]
- Angel, R. & Worobey, J.L.(1988). Single motherhood and children's health. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 198-204.
- Aronowitz, M. (1984). The social and emotional adjustment of immigrant children: A review of the literature. *International Migrant Research*, 18, 237-257. [[Links](#)]
- Berkman, L.F.(1985) The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. Em S. Cohen. & S.L. Syme (Orgs.) *Social Support and Health* (pp. 241-262), Orlando: Academic Press. [[Links](#)]
- Boekstijn, C. (1989). Intercultural migration and the development of personal identity: the dilemma between identity maintenance and cultural adaptation. *International Journal of Intercultural Relations*, 12, 83-105. [[Links](#)]
- Boyce, W.T. (1985). Social support, family relations and children. Em S. Cohen & S.L. Syme. (Orgs.), *Social Support and Health*, (pp. 151-173). Orlando: Academic Press. [[Links](#)]
- Boyce, W.T., Kay, M. & Uitti, C. (1988). The taxonomy of social support: An ethnographic analysis among adolescent mothers. *Social Science and Medicine*, 26, 1079-1085. [[Links](#)]
- Broadhead, E.W., Kaplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.W., Schoenbach, V.J. Grimson, R., Tibblin, G. & Gehlbach, S.H.(1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537. [[Links](#)]
- Brockerhoff, M. (1995). Child survival in big cities: The disadvantages of migrants. *Social Science and Medicine*, 40, 1371-1383. [[Links](#)]
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31, 425-435. [[Links](#)]
- Cochran, M.M. & Brossard, J.A. (1979). Child development and personal social networks. *Child Development*, 50, 601-616. [[Links](#)]
- Espin, O.M.(1987). Psychological impact of migration on Latinas. *Psychological Women Quarterly*, 11, 489-503. [[Links](#)]
- Hinkle Jr., L.E. (1987). Stress and disease the concept after 50 years. *Social Science and Medicine*, 25, 561-66. [[Links](#)]
- Hull, D. (1979). Migration, adaptation, and illness: A review. *Social Science and Medicine*, 13,

25-36. [[Links](#)]

Johnson, J.H. (1986). Assessing life events in childhood and adolescence. Em A. E. Kazdin (Org.), *Life Events as Stressors in Childhood and Adolescence* (pp. 31-55). California: Sage Publications. [[Links](#)]

Jou, Y.H. & Fukada, H. (1995). Effects of social support on adjustment of chinese students in Japan. *Journal of Social Psychology*, 135, 39-47. [[Links](#)]

Kane, C.F. (1988). Family social support: toward a conceptual model. *Advanced Nursing Science*, 10, 18-25. [[Links](#)]

Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. Em N. Lin, A. Dean. & W.M. Eusel. *Social Support, Life Events and Depression*. (pp. 17-30). New York: Academic Press. [[Links](#)]

Lynam, M.J. (1985). Support networks developed by immigrant women. *Social Science and Medicine* 21, 327-333. [[Links](#)]

Maes, S., Vingerhoets, A. & Van Heck, G. (1987). The study of stress and disease: some developments and requirements. *Social Science and Medicine*, 25, 561-566. [[Links](#)]

Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1989). Alienation. Em *Social causes of psychological distress*, (pp. 131-153). New York: A. Gruyter. [[Links](#)]

Nuckolls, K.B., Cassel, J. & Kaplan, B.H.(1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 95, 431-441. [[Links](#)]

Palinkas, L.A. & Pickwell, S.M. (1995). Acculturation as a risk for chronic disease among cambodiam refugees in the United States. *Social Science and Medicine*, 40, 1643-1653. [[Links](#)]

Richman, J.A., Gaviria, M., Flagerty, J.A., Birz, S. & Wintrob, R.M. (1987). The process of acculturation: theoretical perspectives and empirical investigation. *Social Science and Medicine*, 25, 839-847. [[Links](#)]

Steinhausen, H.C. (1985). Psychiatric disorders in children and family dysfunction. A study of migrant worker's families. *Social Psychiatry*, 20, 11-16.

Tijhuis, M.A.R., Flap, H.D., Foets, M. & Groenewegen, P.P. (1995). Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event. *Social Science and Medicine*, 40, 1513-1526. [[Links](#)]

Wheller, R.J. & Frank, M.A. (1988). Identification of stress buffers. *Behavioral Medicine*, 14, 78-89. [[Links](#)]

Recebido em 26.03.98

Revisado em 08.05.98

Aceito em 22.10.98

¹ Agradecemos aos professores Sherman James e Berton Kaplan e ao CNPq pela subvenção de parte deste trabalho ao pós-doutorado de F.M. na Universidade da Carolina do Norte, Chapel Hill, EUA.

² Endereço para correspondência: UFBA - Instituto de Saúde Coletiva. R. Pe. Feijó, 29, 4and. 40110-170 Salvador Bahia Tel.: (071)245-0544 Fax: (071) 237-5856.



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution License](#)

PRC

**Rua Ramiro Barcelos, 2600 - sala 110
90035-003 Porto Alegre RS - Brazil
Tel.: +55 51 3308-5691**



prcrev@ufrgs.br