Desigualdades sociais na saúde e na doença: a questão imigrante

Maria Engrácia Leandro*

Resumo

Este texto, começando por sustentar o impacto das desigualdades sociais na saúde dos cidadãos, não se devendo esta unicamente a factores biogenéticos, focaliza depois este problema em torno da saúde dos e/imigrantes. Não obstante os enormes avanços científico-tecnológicos, designadamente no campo da medicina, os quais tornam hoje possível o tratamento de várias patologias, consideradas até há pouco irreversíveis, mantêm-se desigualdades na esfera da saúde e possibilidades de combate à doença, desigualdades estas derivadas de diversos factores tais como o tipo de profissão, situação económica, estatuto social, qualidade da alimentação, condições habitacionais, normas de higiene, graus de escolarização, formas de lazer e qualidade de vida, (dis)funcionamento familiar, *stress* e, por fim mas não menos importante, a possibilidade ou não de acesso aos próprios serviços de saúde. Esta situação torna-se mais premente no caso específico dos emigrantes e imigrantes, cuja cultura e situação socioeconómica de vulnerabilidade, especialmente na doença, são trazidas à reflexão com algumas ilustrações de ordem empírica. Salienta-se então a diferenciada sintomatologia de determinadas doenças entre autóctones e estrangeiros e sobretudo uma tipologia das patologias, a saber, as de importação, as de aquisição e as de adaptação. A precariedade da saúde entre imigrantes terá de ser correlacionada não só com variáveis de ordem cultural mas com diferenciadas condições socioeconómicas, em particular no mercado de trabalho.

1. A noção de desigualdade social e a sua relação com a saúde dos e/imigrantes

As desigualdades sociais consistem na repartição não uniforme, à escala planetária, entre países ricos e desenvolvidos e países pobres ou em vias desenvolvimento e, a uma escala mais reduzida, no interior da população de um país, basicamente ao nível dos grupos sociais, do género, dos diferentes grupos etários, dos autóctones *versus* estrangeiros, das regiões. De entre os bens relacionados com a natureza e a so-

* Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.

ciedade – alguns dos quais são alusivos ao corpo tal como a saúde – a inteligência, o autodomínio, a energia, a coragem, as competências, os sentimentos, o carácter ou a personalidade – todos eles, em maior ou menor medida, são condicionados pelo meio social e, como tal, também expressivos e resultantes de estruturas e processos de desigualdades sociais, em que umas e outros agem sobre várias facetas da vida dos grupos e dos indivíduos. Pode, pois, dizer-se que a acção do meio social é muito extensa e que produz vários efeitos sobre o que pode até ser considerado da ordem do biológico. Por exemplo, os progressos da medicina tornam cada vez mais acessíveis vários meios e tratamentos para certas doenças para as quais, durante muito tempo, não houve nem havia meios de cura ou tratamento. Ou seja, diversas patologias deixam de ser, hoje, consideradas fatais ou irreversíveis para estarem ao alcance das capacidades humano-técnicos, dependendo o sucesso da sua cura ou tratamento da responsabilidade das famílias, dos indivíduos e, em especial, dos profissionais de saúde e da intervenção colectiva em geral.

Não obstante estes notáveis progressos, mantêm-se todavia diferenças e desigualdades no acesso a bens tão apreciados como os que se relacionam com a manutenção da saúde ou o combate à doença quando ela sobrevém. Perante situações de doença, os que usufruem de boas condições sociais têm, em regra, mais vantagens do que outros[1] que, ao invés, sofrem de mais desvantagens sociais, as quais, por sua vez, se vão reflectir na qualidade da saúde. Tal ocorre com a diferenciação por tipo de profissão, situação económica, estatuto social, qualidade da alimentação, condições habitacionais, normas de higiene, graus de escolarização, formas de lazer, possibilidade de usufruir de férias fora de casa e da sua qualidade, (dis)funcionamento familiar, *stress* e, por fim mas não menos importante, a possibilidade ou não de acesso aos próprios serviços de saúde.

No caso das migrações internacionais, há ainda a referir que, estando perante a existência de dois idiomas – o do país de acolhimento e o do migrante –, na óptica da cultura ou culturas dominantes o idioma dos migrantes deverá ser obliterado em função do da maioria. Este último terá de ser adoptado pelos migrantes, se estes pretenderem exprimir as suas ideias, defender os seus interesses e participar na vida socioeconómica, cultural e política da sociedade em que se encontram a viver. A par

[1] A morte é a única certeza comum a todos os humanos, bem como, aliás, aos demais seres vivos. Como diz L.-V. Thomas (1988), ela toca tudo o que se inscreve no tempo: sociedades que se esboroam, sistemas culturais que desaparecem, objectos que se usam para se desagregarem em resíduos e ruínas, enquanto as estrelas perecem de duas maneiras: a transformação em anão branco ou a explosão de supernova (Cf. Dozon, 1986) . Logo "*... a morte é um dado real, concreto, proteiforme e reina sobre uma pluralidade de campos*" (L.-V. Thomas (1988: 7-8). Ela é natural, quotidiana, aleatória e universal e, mesmo imprevisível, atinge tudo e todos, por vezes até, na hora em que menos esperam. Basta pensar nas catástrofes naturais, nas guerras, nos atentados, nos perigos que ameaçam o ambiente, nas consequências do nuclear, nos acidentes de toda a ordem, nas patologias que se revelam fatais, nas tentativas de muitos emigrantes para ultrapassar as fronteiras dos países para onde pretendem ir trabalhar, procurando, na sequência desta odisseia com riscos de perecer pelo caminho, aceder a uma vida melhor para si e para os seus. Porém, embora a morte seja comum a todos os humanos, não se correm os mesmos riscos de morbilidade nem se morre da mesma maneira, quando se nasceu neste ou naquele país, se pertence a esta ou àquela condição social, se é autóctone ou imigrante, se é homem ou mulher, novo ou velho, se exerce esta ou aquela profissão, entre outras características.

de um enriquecimento linguístico-cultural quando assumido como tal, esta situação pode também configurar um dos preços a pagar por um processo de inserção social. Porém, pretendendo-se que este processo seja relativamente bem sucedido do ponto de vista da coesão social, ele não poderá ser unilateral mas sim bi-unívoco, isto é, exige esforço e abertura, não só dos próprios migrantes como dos membros da sociedade de acolhimento, tendo presente que esta amiúde também selecciona, abrindo as portas aos que considera mais aptos e fechando-as a outros, o que representa mais uma das manifestações de desigualdade de tratamento dos estrangeiros.

Compreende-se, aliás, que, num quadro problemático como este, haja propensão para pensar como bastante morosos e complexos os processos de integração social dos migrantes, os quais só com o decorrer do tempo e a abertura recíproca das comunidades em presença, poderão vir a sentir-se parte de um corpo social, sem que para tal tenham de abandonar totalmente a sua cultura, sobretudo no atinente aos que vieram primeiro. Realidades desta natureza foram já preconizadas e analisadas por Thomas e Znaniecki (1996) e Durkheim (1978). Deste modo, o processo de integração (quase) plena pode apenas ser deslocado para os seus filhos e netos (cf. Durkheim, 1978; Leandro, 1995), pelo facto de estes serem socializados desde o nascimento e tenra idade nos sistemas de valores da sociedade em que vivem, embora não seja despicienda a intervenção da família no quadro da socialização primária, o que implica também não raro a apropriação de valores da cultura de origem dos pais.

Nesta perspectiva, a socialização através da escola exerce uma importância crucial desde que esta ofereça realmente a todos os alunos os mesmos direitos, incluindo obviamente os de genealogia ou origem estrangeira, o que poderá abrir-lhes boas perspectivas de futuro, independentemente da sua condição social ou pertença étnica. De contrário, uns serão socialmente integrados e provavelmente outros serão votados a formas atípicas de inserção social ou até à exclusão social. Com efeito, a escola, concedendo diplomas diferentes, na escala da valorização social, abre as portas a uns possibilitando-lhes a integração social mas provoca noutros desintegração, propiciando assim uma resistência social ou a emergência de alguma(s) formas de exclusão social. Bastante sintomática destas últimas modalidades de exclusão social é o que está ocorrendo actualmente em França com o designado fenómeno "dos jovens dos bairros sociais da periferia", mais conectados com gerações descendentes de imigrantes árabes. Entre outras questões estão muito patentes as desigualdades sociais a que se encontram sujeitos, desigualdades e exclusões sociais que, de maneira geral, atingem as várias dimensões da sua vida a nível pessoal, familiar, profissional, económica, social, cultural, política e sanitária.

Compreende-se, então, que as desigualdades sociais, de alguma maneira, sejam influenciadas por *outrem* que detém a capacidade de criar e fazer subsistir as hierarquias sociais. Nesta perspectiva, desde há muito que os dados estatísticos quer nacionais, quer internacionais, como os do Eurostat, durante toda a década de noventa do século passado, chegando até 2003 e os da Organização das Nações Unidas (ONU) durante os cinco anos do novo milénio, têm vindo a revelar que no seio da União Europeia, Portugal é o país que apresenta uma escala de maior distância entre os diferentes

níveis de rendimento dos indivíduos e respectivas famílias, sendo de 1 para 40 em Portugal e de 1 para 33 na média da União Europeia. Se tivermos exclusivamente em conta a comparação com a Dinamarca o caso é ainda mais gritante, dado que aqui a diferença, neste país, é de 1 para 25 (Eurostat, 1998). Por alguma razão a Dinamarca é hoje o país mais rico do mundo e precisamente aquele onde as desigualdades entre grupos sociais são menos acentuadas, o que contrasta com o caso português. Neste, tal como noutros aspectos, Portugal não consegue ultrapassar os atrasos estruturais históricos, em que os ricos tecem estratégias no sentido de manter ou aumentar o seu potencial de recursos e um vasto leque de regalias sociais em detrimento de uma massa de pobres cada vez mais pobres: mais de dois milhões, segundos dados da ONU publicitados pela RTP a 5 de Outubro de 2005 e pouco depois também repetidos por vários jornais portugueses no Dia Mundial da Pobreza a 17 de Outubro de 2005.

Por outro lado, quando olhamos para a organização social e a exploração que a envolve, damo-nos conta que a desigualdade, sob certos prismas e a certos olhares, aparece como uma necessidade *quase natural*. Ninguém se basta a si próprio e cada um, para sobreviver, tem necessidade da actividade colectiva: da família onde nasceu e cresceu e da restante colectividade. Este imperativo pressupõe a coordenação e a execução de tarefas diferenciadas que implicam – ou deveriam implicar – também a partilha, a repartição dos recursos com justiça social e os instrumentos indispensáveis à sua realização. Com efeito, contrariamente ao propalado por certas correntes dominantes, as desigualdades sociais, tal como se apresentam um pouco por toda a parte até aos nossos dias, não têm de ser vistas como uma fatalidade, pois são, em grande escala, socialmente construídas, não obstante algumas surgirem, no quadro actual, como inultrapassáveis tais como, por exemplo, as resultantes do facto de nascer neste ou naquele país. Neste âmbito uma constatação se impõe: vivemos numa época em que as desigualdades – apesar da produção de maior riqueza à escala mundial, com particular destaque para algumas regiões do mundo em detrimento de outras – tendem a multiplicar-se no interior de todas as sociedades. Sendo assim, não admira que, associado ao fenómeno da globalização, as migrações internacionais, incluindo o fenómeno prostitucional que, em muitos casos, com elas está imbricado (cf. Ribeiro, Silva *et al.* 2005), tendam a aumentar à escala planetária.

Retomando as considerações iniciais, vale a pena insistir no que a realidade nos vem mostrando: desde sempre e em todo o lado os detentores de recursos e poderes por si apropriados têm muita dificuldade, senão mesmo impossibilidade, em pensar o interesse geral ao serviço de todos e agir em conformidade. Em regra, os poderosos e privilegiados procuram retirar dos recursos possuídos e das posições ocupadas o máximo de vantagens em detrimento de muitos outros que poderiam viver de maneira diferente, se fosse praticada mais justiça social e diminuídas as desigualdades sociais entre os indivíduos que formam a sociedade.

No mesmo sentido actua a tendência, particularmente vincada hoje à escala nacional, de estarmos a atravessar, em termos económicos e da dívida pública em particular, sérias dificuldades, as quais atingem, todavia, de modo diferente os vários grupos sociais. Por exemplo, a nível da administração pública, é interessante verificar

que são os detentores de cargos e/ou mais bem colocados na vida em termos salariais, de segurança de emprego e de regalias sociais os que mais reclamam, quando se trata de repensar a economia, os benefícios da segurança social ou outros parâmetros da vida em sociedade, deixando de olhar para a multidão de desempregados e dos que têm contratos precários, nomeadamente jovens, inclusive licenciados, à procura do primeiro emprego. Se estes últimos, não obstante a posse dum certo capital intelectual, são também por vezes vítimas de exploração económica, os demais, sobretudo quando desempregados e sem habilitações escolares, não têm capacidade nem meios para dar resposta às suas necessidades básicas, o mesmo sucedendo e com maior gravidade com os que apenas recebem o salário mínimo para o sustento da sua família, a reforma mínima ou o Rendimento de Inserção Social e sobretudo os que vivem sem um tecto que os abrigue e lhes dê protecção.

Esta situação descrita é aquela que atinge fortemente bastantes dos imigrantes, um grupo social, cuja situação trazemos para reflexão em termos de desigualdades sociais, nomeadamente no campo da saúde (cf. *Diário de Notícias* de 25-10-2005). Tal situação conduz-nos à seguinte questão: em condições de precariedade laboral e social como podem os imigrantes, sobretudos os mais desprovidos, usufruir de boa saúde, no amplo sentido que este conceito pode abranger, permanecer imunes à doença, dar resposta às suas necessidades básicas e aceder ao bem estar e felicidade a que têm direito para si e para os seus?

Poder-se-á dizer que as formas de desigualdade que comporta a vida social, vindas de tempos remotos até à actualidade, persistem não obstante terem variado nas diversas épocas e nas mais variadas esferas de acção, assim como regimes políticos. A actual civilização ocidental, considerando-se uma das mais civilizadas e democráticas, nem por isso deixa de oferecer grandes desafios no que se refere ao combate às desigualdades sociais, pelo menos das mais flagrantes, as quais estão na origem de tanta miséria, da guerra, do terrorismo e dum mal-estar generalizado e multivariado, causando perplexidades entre os povos a vários níveis e escalas. Das acusações contra esta *tara* de todo o sistema social, a que já fez referência Rousseau (1964), esta é, provavelmente, a mais famosa e a que se reveste de grande actualidade.

2. A igualdade de direitos nas sociedades da modernidade

Desde a sua formação, as sociedades da modernidade[2] afirmam-se democráticas, livres, integradoras e igualitárias. Entre outros, há um aspecto que é considerado nuclear: o da igualdade perante os direitos, a liberdade ou ainda a igualdade de oportunidades e as capacidades individuais. Em meados do século XIX Tocqueville (1980) identifica a modernidade e o sentido da história com o triunfo da igualdade. Ante-

[2] A noção de modernidade engloba aqui a sociedade moderna que começa com a Filosofia das Luzes que, paulatinamente, é construída sob o ideal do progresso e que privilegia a racionalidade em todos os seus sentidos, nomeadamente no domínio produtivo, a autonomia do indivíduo-sujeito, a diferença funcional entre as instituições de carácter religioso e civil (incluindo a construção do Estado moderno), a vontade de liberdade, a emergência de massas sobre a cena histórica, a globalização, a reflexividade sistemática e o pluralismo.

riormente, a revolução francesa em 1789 preconizara a célebre trilogia: *Igualdade, Liberdade, Fraternidade*. Não se trata ainda de conceber uma igualdade real de condições de vida para todos, mas antes da extensão de um princípio: o da igualdade dos indivíduos e das oportunidades para lá das desigualdades sociais existentes. O mesmo princípio já está presente nas teorias do contrato social de Rousseau (1973), segundo o qual será possível distinguir as desigualdades justas das injustas. Daí que valorize as primeiras e condene as segundas.

Esta filosofia presente na Declaração dos Direitos do Cidadão, proclamada em França a 26 de Agosto de 1789 viria a ser expressa, já no século XX, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada a 12 de Dezembro de 1948, fazendo ambas da igualdade dos indivíduos, independentemente das desigualdades empíricas, um valor fundamental dos povos, tal como é preconizado no artº 1 desta última, no qual se afirma: "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Todos são dotados de razão e de consciência e devem agir uns em relação aos outros com espírito de fraternidade".

Dizer que todos os seres humanos nascem "livres" significa que todos têm direito à liberdade. Por sua vez, proclamar que todos os indivíduos são iguais significa tão-só sustentar uma declaração de princípios, dado que, olhando para a realidade social, se torna evidente que, já desde o nascimento e no percurso da sua existência, muitos são os indivíduos afectados por desigualdades de vária ordem: económica, social, escolar, profissional, cultural, política, cívica e religiosa, entre outras. No que concerne a raça e os preconceitos raciais, a Declaração adoptada pela UNESCO em 1978 proclama que "Todos os seres humanos pertencem à mesma espécie e têm a mesma origem". Aliás, independentemente da cor da pele e das condições sociais, o sangue que circula nas veias de todos e de cada um é vermelho, do mesmo modo que as dejecções e as micções de todos e cada um apresentam odores semelhantes.

Todavia, apesar de em teoria todos os seres humanos serem iguais em dignidade e em direitos, esta *igualdade* não é sinónimo de *idêntico*, nem mesmo de *similar* sob o ponto de vista das suas capacidades físicas e mentais, os talentos e as suas próprias características. A igualdade de que se trata aqui implica que todas as diferenças que caracterizam os indivíduos quando nascem como, por exemplo, a cor da pele, as singularidades físicas, a origem étnica e a religião, não devem ou, mais precisamente, não deveriam afectar, de modo algum, os seus direitos enquanto seres humanos. Estabelecer entre os indivíduos uma desigualdade e uma discriminação baseada na cor, nas origens étnicas, na imigração ou na religião que professam constitui a negação desta igualdade e representa uma grave injustiça humana e social.

Mas também há injustiça quando, por razões da mesma ordem e de modo arbitrário, se nega aos indivíduos a possibilidade de desenvolver plenamente as suas capacidades, como acontece, amiúde, com os grupos sociais de condição social modesta e sobretudo mais desfavorecida, como se verifica, por exemplo, ao nível da baixa escolarização e até do exercício da cidadania activa. Tal é o caso, entre outros, dos e/imigrantes, que pertencem às camadas mais baixas na escala da estratificação social, ficando assim votados a vários tipos de marginalização social. Acontece, amiúde, que

entre os desiguais eles são ainda os mais desiguais, designadamente nos primeiros tempos da imigração e sobretudo quando se encontram numa situação irregular. Caso contrário, com o decorrer do tempo, numa sociedade dinâmica sob o ponto de vista socioeconómico e cultural, a partir do momento que se enverede por um processo de integração social consistente, esta situação pode ser atenuada e quiçá muito menos desigual para as novas gerações, como acontece, por exemplo, com os portugueses em França e na Alemanha (cf. Leandro, 1995, 2002, 2002a). Importa, entretanto, ter presente que nem todas as igualdades são efectivamente reais para o conjunto destas populações, apesar de, no caso dos emigrantes portugueses, estes serem, ao invés dos árabes, reputados "bons imigrantes" nos referidos países. Ou seja, se é registável a diminuição das desigualdades nomeadamente no tocante ao direito à escolarização e aos serviços de saúde, na prática, mesmo no interior destes sistemas, nem todos, com particular destaque para os imigrantes e suas famílias, gozam exactamente dos mesmos direitos, ao mesmo tempo que crescem as desigualdades noutros domínios como, por exemplo, a nível dos recursos, das condições de trabalho ou da segurança. Para os imigrantes de longa data isto não significa que sejam tão pobres como o eram antes de e/imigrar ou como os pobres de tempos passados. Porém, enquanto não gozarem de uma plena integração social, poderão estar sujeitos a correr riscos diferentes dos autóctones.

A este respeito, quanto aos portugueses fixados nestes países, no seu dizer, há um aspecto sobre o qual nunca se sentiram desiguais: o acesso aos serviços de saúde e aos cuidados de saúde em geral. Numa perspectiva comparativa entre os sistemas de saúde destes países e o português, muitos fazem desta matéria um factor de integração mais consistente na sociedade onde se encontram em detrimento do regresso que os animava nos primeiros tempos da imigração. No seu entender, a vantagem social no acesso aos serviços de saúde sentida na própria esfera pessoal é, com base nalguns testemunhos, aquela na qual se verifica uma maior aproximação de tratamento igualitário entre os autóctones e os estrangeiros, mesmo quando migrantes.

Porém, para que a igualdade de todos seja respeitada, o artigo acima citado lembra que cada um deve manifestar perante os outros um *espírito de fraternidade*, ou seja, tratá-los como membros iguais da grande família humana. Daí o empenhamento de muitos na luta contra as discriminações sociais, tarefa que incumbe, em primeira instância, aos Estados na medida em que estes têm obrigação de criar leis justas e agir de modo que os sistemas jurídicos não permitam nenhuma forma de discriminação. Mais ainda, os Estados que tenham no seu seio imigrantes têm a obrigação de proteger contra qualquer forma de discriminação social todos os grupos sociais, étnicos, religiosos que residam nos respectivos territórios. De contrário, estarão a contribuir para a violação dos princípios da Declaração Universal dos Direitos do Homem. O artigo 7 desta Declaração afirma que "Todos são iguais perante a lei e têm direito sem distinção a uma igual protecção da lei. Todos têm direito a uma igual protecção contra toda a discriminação que violaria a presente Declaração e contra toda a provocação a uma tal discriminação". Logo, este artigo implica que é ilegal *provocar* ou sancionar uma tal discriminação, isto é, encorajar alguém a agir deste modo. Não obstante, na

prática verifica-se com frequência que há uma distância entre os princípios, quiçá os bons propósitos e a realidade, entre igualdade de direito e igualdade de facto.

3. As patologias relacionadas com as migrações internacionais

Desde há muito que a saúde dos migrantes internacionais se vem tornando numa questão obrigatória dos manuais de higiene pública e de medicina tropical (Gentilini *et al.* 1986; Brucker e Fassin, 1989; Lévy, 1994). Tradicionalmente, aí se distinguem três tipos de afecções: (*i*) a *patologia da importação* correspondente, sobretudo, às doenças parasitárias mas também hereditárias, que o emigrante transporta consigo, como aconteceu, por exemplo, com os migrantes da Crimeia que, no século XIV, trouxeram consigo a peste negra para Missina, com o sarampo, o tifo, a varicela, a varíola, a rubéola e outras doenças infecto-contagiosas importadas pelos colonos portugueses e espanhóis para a América Latina no século XVI; e, inversamente, com a importação da sífilis para a Europa pelos italianos, mas também da paramiloidose importada pelos portugueses para muitos dos locais por onde passaram em tempos de antanho, sendo a situação dos nossos dias ainda mais complexa em virtude do intenso fenómeno da globalização e com ele a rapidez das viagens; (*ii*) a *patologia da aquisição*, reflectindo as novas condições ambientais nas quais o e/imigrante, doravante, se encontra inserido e que podem favorecer tanto o desenvolvimento das doenças infecto-contagiosas (por exemplo, tuberculose, sida), como as doenças cardiovasculares ou lombares, muitas vezes relacionadas com as novas profissões, regimes alimentares, modos de vida e o *stress* que decorre da nova situação; (*iii*) a *patologia da adaptação*, traduzindo as dificuldades encontradas no confronto com uma nova sociedade e cultura, a começar pelos transtornos psíquicos e normativos, revestindo formas singulares e justificando medidas específicas (Engrácia *et al.*, 2002).

Este modelo, apresentando uma aparente simplificação e tendo contribuído para uma forma de racionalização de gerações de profissionais de saúde confrontados com estas situações, nem por isso é menos problemático. De facto, isola um sector da medicina que justificaria uma prática específica, sob o ponto de vista quer somático quer psíquico. Simultaneamente, transforma o corpo do e/imigrante num vector e receptor passivo de doenças. Pode até dizer-se que, de algum modo, por vezes transforma os estrangeiros num "grupo de risco", no concernente à saúde pública, podendo vir a constituir-se num "risco" para os outros (potencial contaminação) e "risco" para os próprios migrantes (dificuldade ou mesmo impossibilidade de integração).

Esta dupla lógica de discriminação e de 'naturalização' do fenómeno criou, durante muito tempo, alguns obstáculos a que se pensassem de modo diferente as questões de saúde relacionadas com a imigração. Quando tal acontecia, estavam normalmente implicados os profissionais de saúde e as estatísticas sanitárias. Por sua vez, os cientistas sociais, inclusive os que se interessam pelo estudo das migrações internacionais ou pela sociologia da saúde, não parecem conceder muita importância a estes domínios que se prendem com o fenómeno das deslocações humanas e os efeitos daí decorrentes em termos de saúde e de doença. Sabe-se, por exemplo, que emigrantes vindos dos países asiáticos para os Estados Unidos, de início, apresentavam certas

patologias bastante distintas das que ali existiam. Porém, com o decorrer do tempo e a consequente adaptação, acabam por vencer umas e ter mais tendência a contrair as que são mais comuns na nova civilização e sociedade de consumo (Herzlich e Pierret, 1984).

No que se refere à situação dos portugueses em França, ou mesmo noutras partes do mundo, tanto quanto sabemos, não dispomos de estudos capazes de nos revelar as mudanças que acabam por estar relacionadas com as novas formas de trabalho, os projectos de poupança e o investimento em horários de trabalho mais alargados – o que provoca um maior desgaste físico e psíquico –, as condições de alojamento, as novas formas alimentares, os novos modos e estilos de vida que passam a adoptar, a maneira como a família investe na promoção, na preservação e na saúde preventiva, o ritmo de contactos com os respectivos serviços de saúde locais e, por fim, até com as características dos próprios serviços de saúde dos países onde agora habitam, já, na maioria dos casos, com a sua própria família na sequência do reagrupamento familiar.

Outro tanto podemos dizer da escassez de trabalhos sobre a saúde dos imigrantes em Portugal e que, tal como noutras partes do mundo, não é um fenómeno de somenos importância. Todavia, ultimamente, está emergindo um crescente interesse na comunidade académica em objectos de estudo afins, nomeadamente os que se prendem com eventuais riscos na saúde pública, sendo de referir estudos sobre a prostituição, em que o comportamento sexual dos clientes é considerado de maior risco do que o das mulheres (Ribeiro, Silva *et al.* 2005), assim como a disseminação de várias doenças de carácter infecto-contagioso como a sida (Nossa, 2005), ou ainda outras doenças como a tuberculose. Neste texto pretendemos basicamente fazer uma reflexão teórica acerca desta matéria, embora tenha também subjacente algum trabalho de campo que temos desenvolvido em França e na Alemanha junto das comunidades portuguesas e, de bastante menor dimensão, sobre os imigrantes de Leste no concelho de Vila Verde.

4. A suposição da diferença quando se pensa a saúde e a doença dos imigrantes

No respeitante à imigração, a situação tende ainda a agudizar-se em tempo de crise socioeconómica, chegando os imigrantes a tornar-se o bode expiatório de diversos 'males sociais'. Uma pertinente questão consistirá em interrogar-se sobre o que é que nas sociedades contemporâneas se joga em termos de desigualdades em torno do corpo, da doença, do sofrimento na sua relação com a imigração. No fundo, trata-se de considerar que a saúde dos imigrantes não existe por si própria, inscrita como condição nos genes, nos micróbios ou em processos psíquicos, mas existe antes na relação que historicamente vem sendo construída pelos diferentes actores sociais. Sobre estes aspectos, dois imbróglios parecem particularmente significativos: por um lado, denota-se a existência da construção da diferença em termos de cultura e das pertenças sociais nas instituições médicas e sanitárias; por outro, o desenvolvimento da cidadania em torno do corpo e da doença. O corpo são ou doente do imigrante legalizado, com capacidade para trabalhar, profissionalizado, em Portugal, segundo

o Despacho nº 25.360/2001 (publicado no DR nº 286, II Série, de 12 de Dezembro), tem acesso aos mesmos serviços de saúde que um autóctone. Logo, participa da cidadania social e sanitária. Mas nem por isso a cultura deixa de ser um factor importante quando se dirige aos serviços de saúde por ser atacado pela doença. Basta considerar, ainda antes da diferença de culturas, o facto de, sobretudo nos primeiros tempos da imigração, profissionais de saúde e imigrantes difícil ou raramente falam a mesma língua e, quando tal acontece, muito menos a mesma linguagem, o que suscita, com frequência, questões sérias aos médicos que os recebem e, decerto, alguma inquietação a estes novos utilizadores dos serviços de saúde.

Falando sobre estas questões com médicos franceses, no que diz respeito às mulheres portuguesas que e/imigraram nos anos sessenta e setenta do século XX, os médicos narravam como, uma vez vindas à consulta, a principal e quase exclusiva queixa das mulheres consistia em "dores de cabeça". Ora, nos primeiros tempos o diagnóstico e o receituário parecia fácil para o médico. Só que na prática não produzia os efeitos esperados. Com o decorrer do tempo, os médicos vão-se apercebendo que, por detrás de uma queixa de dor de cabeça, se escondem outros males de ordem física e psíquica, sem que elas o conseguissem verbalizar junto do seu médico. A situação é hoje bastante diferente, em virtude duma dupla aculturação: dos médicos e das doentes. Com efeito, à medida que as mulheres denotavam um melhor domínio da língua francesa, por um lado e, por outro, os médicos tinham uma melhor compreensão da cultura, das significações e formas de vida dos portugueses neste país, umas e outros foram incorporando novos conhecimentos culturais, novas linguagens e novas formas de comunicação que se traduziram por uma melhor compreensão recíproca. De resto, em termos das relações interétnicas, tal como o afirma Massé (2003, 334), "os enredos étnicos emergem no quadro do respeito pela diferença cultural".

Vale a pena evocar, ainda, o caso de um aluno português do primeiro ciclo em França, nos finais dos anos setenta, sofrendo de uma gripe ligeira. A professora, reparando que o aluno não estava bem, pergunta-lhe se está doente, ao que o aluno retorque: "je suis constipé" (constipado). Com grande espanto a professora reage, fazendo a seguinte exclamação: "à ton âge tu souffres déjà de constipation?!" Ora, o que se trata aqui é estarmos perante um vocábulo que, parecendo próximo em ambas as línguas (portuguesa e francesa), tem contudo significações bastante distintas quando se trata de doença. Para a língua portuguesa "constipação" tem apenas a ver com uma gripe ligeira, ao passo que na língua francesa "constipation" significa "prisão de ventre". Casos desta natureza são inúmeros, dizendo respeito tanto a imigrantes portugueses como a outros de outras culturas. É que não basta tão-só exprimir-se para que o médico possa detectar a doença ou qualquer outro mal similar que se identifique com ela, mas sobretudo a significação que cada cultura imigrante lhe confere (Leandro *et al.*, 2002). Certamente que mesmo uma doença do foro oncológico, quando as pessoas se questionam em termos nosológicos, pode não ser apreendida da mesma maneira, tratando-se de um português com nível de escolarização elevado, citadino e outro muito menos escolarizado e aldeão, eventualmente originário de uma aldeia recôndita. O mesmo poder-se-ia pensar se tivermos em mente casos diferenciados como brasileiros,

ucranianos, sãotomenses ou outros africanos, para quem, amiúde, uma doença desta natureza pode estar associada ao 'mal de inveja' ou a uma 'macumba'. Tal como me foi narrado, acontece que, em certas situações, em vez de seguir as orientações médicas, alguns doentes vão à terra natal à procura de remédio para os seus males junto do curandeiro-feiticeiro.[3]

Deste modo, podemos dizer que se a relação com o outro supõe sempre uma diferença e merece que se tenha em conta as suas pertenças sociais e culturais, inclusive no domínio da saúde e da doença, ela atinge ainda um outro significado no caso da imigração. Cada um constrói, recompõe a sua identidade e a sua relação com a alteridade, criando uma determinada distância, a *priori* irredutível, entre si e os outros. Assim, para o estrangeiro e ainda mais para o imigrante económico, a diferença parece tanto mais natural quando ela se manifesta, muitas vezes, na aparência física, na indumentária, nas práticas linguísticas, culinárias, religiosas e nas condutas corporais. Perante situações desta natureza, manifesta-se, por um lado, uma familiaridade paulatinamente adquirida com esta condição inicial de estrangeiro e, por outro, um trabalho reflexivo, frequentemente baseado numa análise de cariz político, que vai permitir ultrapassar o absoluto da diferença para construir uma dialéctica da alteridade e do universal, isto é, para pensar o *Outro* como diferente de si e, contudo, igual a si próprio.

Põe-se aqui a tensão entre a unidade do homem e a pluralidade das culturas. Questões desta natureza põem-se com acuidade aos actores do sector socio-sanitário, logo que são confrontados com doentes imigrantes. Na verdade, cada sociedade e cada cultura, ao mesmo tempo que forjam vários tipos de doença, conferem a cada uma interpretações distintas. Ora, se isto acontece no interior de uma cultura, tanto mais se fará sentir, logo e sempre que o imigrante é confrontado com sistemas de valores diferentes dos seus, inclusive no atinente à saúde e à doença. Por exemplo, se a tuberculose pulmonar ou a úlcera gástrica são, em princípio, as mesmas entre o autóctone e o imigrante, na prática a maneira de as expressar, as manifestações clínicas e a sua incidência sobre as estatísticas podem variar enormemente. Esta diferença de sintomas patológicos, sendo mais acentuada entre autóctones e estrangeiros, não tem apenas a ver com esta distinção. Por vezes acontece no interior da mesma sociedade entre grupos de diferentes condições sociais. Contudo, há, em certas circunstâncias, uma tendência para *racializar* a diferença, mesmo tratando-se da saúde e da doença.

Por outro lado, nem tudo pode ser explicado pelo culturalismo como um raciocínio do senso comum, embora este se distinga da conhecida teoria norte-americana

[3] Caso verídico que nos foi relatado pelo Director do Centro de Saúde da Amadora, relativo a uma doente de origem sãotomense, sofrendo de doença oncológica. Sendo seguida no Hospital de Oncologia de Lisboa, não compareceu no dia e hora em que estava marcada a intervenção cirúrgica nesse hospital. Veio, depois, a saber-se que tinha ido à sua terra natal à procura de outros actores e meios de cura para a doença que a atingia, uma vez que, segundo a sua percepção e dos familiares, se tratava apenas de uma questão de "mal de inveja". Logo, não era uma questão que requeria a intervenção da medicina científica mas sim de outros actores de saúde, inscrevendo-se no domínio da magia e das práticas tradicionais de intervenção na cura dos males que atingem o corpo e a alma, mesmo quando se está longe da terra natal e de certas subculturas correlacionadas com a interpretação acerca da saúde e da doença. Sobre o "mal de inveja" – um tema tratado sobretudo por antropólogos e sociólogos rurais – cf. em Portugal, Silva (2002).

desenvolvida pela escola "Cultura e personalidade" nos anos trinta do século passado, através da qual a diferença é interpretada em termos culturais. Assim, se explicam, por exemplo, as dificuldades encontradas para implementar um programa de educação sanitária, quando se trata de certas patologias crónicas de importação, necessitando da adopção de comportamentos mais ou menos constrangedores, esquecendo que, em muitas casos, nos países de imigração elas ainda se agravam devido às condições de trabalho, jurídicas, sociais, habitacionais, linguísticas, culturais, religiosas, isolamento ou gueto ou outras que afectam a vida quotidiana dos imigrantes e, na maioria dos casos, das suas famílias.

Por sua vez o culturalismo, não perfilhando aquela óptica, também ilude certas explicações alternativas das práticas dos imigrantes sobretudo as condições materiais, os estatutos jurídicos, ou seja, os constrangimentos da existência são ignorados em favor dos dados culturais. Ora viver permanentemente à procura de recursos económicos, não estar legalizado, viver numa habitação insalubre e, ainda por cima, viver como que às escondidas, sofrer quotidianamente de discriminações, ser-se obrigada(o) a recorrer à prostituição para fazer face às suas necessidades económicas de sobrevivência, em consequência das desigualdades sociais nacionais e internacionais de que se é vítima, constituem uma série de elementos que, com frequência, dão conta dos comportamentos em matéria de saúde e de cuidados, muito melhor do que qualquer essencialização da diferença.

5. Os imigrantes perante as desigualdades profissionais e sanitárias

No que se refere à imigração, o que podemos constatar é que, por vezes, aqui e ali surgem movimentos xenófobos ou mesmo racistas que consideram os imigrantes como invasores vindo ocupar postos de trabalho que pertencem aos nacionais. Mas a verdade é que, na maioria das vezes, estes últimos se recusam a fazer certos tipos de trabalho mais duros e sujos. Outros, empregando-os ilegalmente, negam-lhe um contrato de trabalho, fazendo deles os 'escravos' dos tempos modernos e utilizando-os como matéria marginal a consumir, isto é, rompem facilmente com o contrato que têm com eles, logo que não precisem mais do seu trabalho. Assim, trata-se de gente desigual e sem direitos, quando se têm em conta a segurança no emprego, o acesso a regalias sociais idênticas às dos autóctones, entre as quais o acesso aos serviços e cuidados de saúde. Deste modo, são amiúde objecto de exploração e de injustiças que tendem a agudizar-se sobretudo para os grupos mais desqualificados no campo da hierarquia da valorização dos imigrantes e com mais insistência ainda para os ilegais, vendo-se obrigados a viver na clandestinidade. Por isso, são muitas vezes entregues à sua sorte e relegados para as franjas da sociedade, à semelhança de outros excluídos da sociedade para onde vieram, pensando encontrar aí os meios para acederem a uma vida melhor para si e para os seus presentes ou ausentes na terra natal (Sayad, 1977).

A verdade é que todo este conjunto de condições vai exercer efeitos sobre a sua saúde, condição indispensável para poderem trabalhar e serem rentáveis. As autoridades sujeitam, em certas circunstâncias, épocas e países, os e/imigrantes a uma bateria de exames médicos para ser avaliado o barómetro da sua saúde. Por um lado, para se

certificarem se estão aptos para poderem trabalhar e, por outro, para não virem a ser portadores de doenças infecto-contagiosas que possam representar uma ameaça para a saúde dos residentes. Aliás, esta questão é duma actualidade extrema, tendo em conta o receio colectivo que se tem gerado em torno de doenças desta natureza. Quando nos anos oitenta aparecem os primeiros casos de sida nos Estados Unidos, manifestou-se logo uma tendência para fazer dos imigrantes do Haiti os bodes expiatórios da importação desta doença, algo desconhecida, misteriosa e altamente perigosa porque contagiosa e mortífera (Nossa, 2002). Na Europa adoptou-se, por vezes, um comportamento idêntico, mas desta vez perante os imigrantes vindos de África, considerados como outros possíveis contaminadores. Desta maneira, desde o início da epidemia, a realidade social da sida, com as muitas controvérsias que começou por alimentar sobretudo em termos de sentimentos xenófobos, tendia a associar a sida à imigração (Dozon e Fassin, 1989), o que veio sendo desmentido pelos trabalhos científicos realizados sobre esta doença de carácter infecto-contagioso. Actualmente, em virtude do aparecimento dalgumas doenças mortíferas (pneumonia atípica, gripe das aves) – cujo desenvolvimento poderá desembocar numa epidemia – as quais vêm atingindo alguns países asiáticos e podem ocasionar o risco de uma disseminação mais alargada, verifica-se um controlo apertado nos aeroportos junto dos passageiros, simples turistas ou migrantes. Ou seja, trata-se de prevenir de modo a que os chegados não venham a ser portadores de alguma doença infecto-contagiosa que, porventura, tenham contraído no seu país ou no contacto com outros povos, podendo vir a tornar-se em veículos de transmissão para outros para onde regressam ou querem vir viver. De qualquer modo, desde tempos recuados que não são só os homens e as mulheres que e/imigram. Com eles, frequentemente, e/imigram também as doenças (Herzlich e Pierret, 1984; Leandro *et al.*, 2002).

6. Conclusão: os imigrantes sujeitos a uma saúde precária

Antes de mais, importa frisar que a saúde dos estrangeiros e/ou imigrantes, a *fortiori* a saúde das pessoas de origem estrangeira e/ou imigrante constitui, em Portugal, uma realidade mal conhecida e pouco estudada. Os dados produzidos sobre a saúde e, muito particularmente, sobre estas populações são de muito difícil acesso e, por isso e também devido a algum desinteresse dos investigadores sociais ou outros nestas matérias, são objecto de pouca exploração e difusão.

Este dispositivo da produção e análise de conhecimentos sobre estes grupos diferem claramente de outros países onde, ao contrário, sob diversas formas, as questões de identificação da condição social e sanitária dos imigrantes e suas famílias não só são tidas em conta nos registos oficiais, como se apresentam disponíveis para que os epidemiologistas, demógrafos, sociólogos que trabalham no domínio da saúde possam desenvolver as suas investigações. Podemos citar, por exemplo, o caso da Inglaterra, dos Estados Unidos que estudam particularmente as populações negras, hoje designadas de afro-americanas, latino-americanas e asiáticas. Todos estes estudos põem em relevo as disparidades de que são vítimas certas categorias da população residente em

matéria de saúde e contribuem para a compreensão dos específicos mecanismos de precariedade, os quais as tornam mais vulneráveis.

Nalguns países que adoptam políticas contrárias a estas, alguns argumentos parecem sensíveis, isto é, agindo desta maneira procura-se evitar o risco do surgimento de um discurso xenófobo sobre o "perigo" que representariam estas populações (caso da tuberculose, da sida ou de outras doenças infecto-contagiosas para as quais alguns grupos estrangeiros e imigrantes representam taxas de maior incidência e sobre o custo que daí pode advir em termos de cuidados, ainda que nalguns países onde estes estudos estão mais avançados, as estatísticas mostrem que estes grupos têm um consumo médico inferior aos demais (Sayad, 1991). A identificação dos problemas de saúde que lhe podem ser específicos poderia, assim, tornar-se em objecto de estigmatização destas categorias populacionais.

Há ainda um argumento científico. Distinguir duas populações: autóctones e imigrantes e/ou estrangeiros poderia fazer supor que uma destas populações era "naturalmente" mais propensa à doença do que a outra, o que não é de maneira nenhuma o caso. O que acontece é que, normalmente, as condições sociais de existência de uma e outra população, desde a origem, sendo bastante diferenciadas, exigem que se tenha em conta um conjunto de variáveis intermédias que fazem com que a população que vive em condições de maior vulnerabilidade de toda a ordem seja, então, mais exposta à aquisição de uma maior variedade de patologias. No entanto, importa frisar que não se trata de nenhuma *tara* de cariz biológico, mas antes de uma *tara* que tem a ver com a organização social que nem sempre dá a estas populações as mesmas oportunidades em condições de igualdade com as demais. Por outro lado, importa ter também em conta a forma como as ideologias anti-imigração se podem aproveitar destas situações para fazerem dos imigrantes os bodes expiatórios de alguns males que ameaçam as sociedades em que vivem, sendo que alguns são bem anteriores à sua chegada.

Em síntese, falar de precariedade em matéria de saúde é, antes de mais, falar da produção das desigualdades e dos processos de fragilização em geral, uma vez que as condições de saúde dos estrangeiros e/ou imigrantes são o resultado destes fenómenos. Neste sentido os imigrantes partilham com outros portugueses o "lote comum" da precariedade, embora nalgumas situações sejam ainda mais atingidos e, em consequência do seu estatuto, vivam situações que lhes são particularmente específicas.

Por um lado, as dificuldades económicas que se vivem hoje em Portugal e que se fazem sentir particularmente ao nível do mercado de trabalho, proporcionalmente, atingem ainda mais os imigrantes tal como os dados publicados na imprensa nos têm vindo a revelar (*Diário de Notícias* de 25-10-2005). A isto junta-se ainda um efeito de estrutura, uma vez que os empregos mais desvalorizados, mais duros, mais mal pagos e mais penosos, ou seja, os menos qualificados são os mais reservados aos imigrantes. A isto adiciona-se ainda a precarização do emprego, os contratos a prazo, o trabalho ilegal, a subcontratação, por vezes a falta de cobertura social e dos riscos inerentes ao trabalho que desempenham, enfim, a insegurança que pode pairar todos os dias sobre a situação e provavelmente da sua família.

Na mesma óptica podemos falar das suas condições habitacionais que são muitas vezes insalubres ou, devido à restrita dimensão do espaço, vivem em situações superlotadas, visando a poupança ou não dispondo de meios suficientes para aceder a uma habitação condigna. Assim, repete-se hoje em Portugal, em alguns casos, o que já se passou com muitos portugueses em França nos bairros de lata de Champigny, St. Denis e outros na região parisiense, onde era frequente a prática do mercado do sono, isto é, uma cama no decorrer das 24 horas acolhia sucessivamente três pessoas, segundo os horários de trabalho de cada um, não chegando sequer a ter tempo de arrefecer e arejar, o que tantos prejuízos pode trazer para a saúde dos seus utilizadores. A tudo isto acresce também a precariedade da situação jurídica que abrange muitos imigrantes, as práticas de discriminação social e tantos outros aspectos passíveis de ser aflorados.

Ao terminar, podemos dizer que toda esta panóplia de condições vai exercer efeitos determinantes sobre a saúde dos imigrantes e favorece uma maior predisposição para a doença, o que é negar a condição do próprio imigrante que deve ter um corpo são capaz de trabalhar, ser rentável para o patrão, possibilitando-lhe também, deste modo, a realização das suas aspirações em prol de uma vida melhor e para os seus familiares que o acompanham nesta odisseia ou esperam na terra natal pelo envio das tão almejadas remessas, permitindo-lhe modificar as suas condições de existência.

Do que acabámos de dizer sobre as determinantes da saúde dos estrangeiros e/ou imigrantes, apercebemo-nos quanto os modelos que até um passado recente serviam para classificar a saúde dos estrangeiros e/ou imigrantes – significativamente designados como "saúde dos imigrantes" e repartida em "patologia da importação", "patologia da aquisição" e "patologia da adaptação", dificilmente dão conta da realidade sanitária migratória. Hoje, esta análise terá de ter em consideração as lógicas universais dos problemas com que são confrontados e as suas especificidades, designadamente socioeconómicas, culturais, sociojurídicas e sociopolíticas da sua situação. Só nestas condições será possível realizar estudos que nos revelem a verdadeira realidade das desigualdades sociais dos estrangeiros e/ou imigrantes perante a saúde e a doença.

Referências bibliográficas

BRUCKER, Guy e FASSIN, Didier (1989), *Santé publique*, Paris: Ellipses.

COULON, Alain (1992), *L'École de Chicago*, Paris: PUF.

DOZON, Jean-Pierre, FASSIM, Didier (19899, "Raisons épidémiologiques et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique", *Sciences sociales et Santé*, 7, pp. 21-36.

DURKHEIM, Emile [(1978 (1893)], *La division du travail social*, Paris: PUF.

FASSIN, Didier (1999b), "Des inégalités sans droit de cité", *Mouvements*, 4, pp.49-57.

GENTILINI, Michel e DUFLO, Bruno (1986), *Médecine tropicale*, Paris: Flammarion.

HERZLICH, Claudine e PIERRET, Janine (1984-1991), *Maladies d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris: Payot.

LEANDRO, Maria Engrácia (1995), *Au delà des apparences. L'insertion sociale des Portugais dans l'agglomération parisienne*, Paris: L'Harmattan.

LEANDRO, Maria Engrácia (2002ª), "Recomposição identitária e cidadania activa. Novos olhares sobre a situação dos portugueses na região de Nurnberg", *Humanística e Teologia*, 23, pp. 287-346.

LEANDRO, Maria Engrácia *et al.* (2002), "Os males do corpo em terra estrangeira", *in* M. E. Leandro, M. Araújo e M. S. Costa (orgs), *Saúde. As teias da discriminação social*, Braga: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, pp. 181- 210.

LEVY, Alex. (1994), *Santé publique*, Paris: Masson.

MASSÉ, Raymond (2003), *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Canadá: Université Laval.

NOSSA, Paulo Nuno (2002), *Geografia da saúde. O caso da sida*, Oeiras: Celta.

NOSSA, Paulo Nuno (2005), *Abordagem geográfica da oferta e consumo de cuidados de saúde – O caso do VIH/SIDA*, Braga: Universidade do Minho. Tese de doutoramento.

RIBEIRO, Manuela, SILVA, M.C. RIBEIRO, F. B., SACRAMENTO, O. (2005), *Prostituição abrigada em clubes (Zonas fronteiriças do Minho e Trás-Os-Montes) práticas, riscos e saúde*, Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

ROUSSEAU, Jean-Jacques (1755-1973), *Du contrat social*, Paris: Union Générale des Éditions.

SAYAD, Abdelmalek (1977), "Les trois ages de l'émigration algérienne en France", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 15, pp. 59-79.

SAYAD, Abdelmalek (1991), *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Bruxelles: Éditions Universitaires de Boeck Université.

SAYAD, Abdelmalek (1999), *La double absense. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris: Seuil.

SILVA, Manuel Carlos (2002), "Conflitos interfamiliares e «mal de inveja»" *in Análise Social*, vol. XXXVII (162): 209-241.

TOCQUEVILLE, Alex (1850-1980), *La Democratie en Amérique*, Paris: Payot.

THOMAS, I. William e ZNANIECKI, Floran [1996 (1918-1926)], *The Polish Peasant in Europe and America*, Chicago: University of Illinois Press.

THOMAS, Louis-Vincent (1988), *La mort*, Paris: PUF.

THOMAS, Louis-Vincent (1991), *La mort en question. Traces de mort, mort des traces*, Paris: L'Harmattan.