



Ispa

**APPsyCI | Applied Psychology
Research Center Capabilities
& Inclusion**

**INVESTIGAÇÃO PARA O ACESSO À SAÚDE E À EDUCAÇÃO:
ESTUDO QUALITATIVO CO-CONSTRUÍDO COM MIGRANTES E
PROFISSIONAIS**

**Andreia Dickinson | Beatriz de Palma Carvalho | Ana Isabel Pereira | Casandra Costa |
Catarina Fernandes | Nuno Ferreira | Manuel Felino | Martinho Palha | Francesca Cancelliere |
Maria Emília Marques (PI)**

Centro de EtnoPsicologia Clínica, APPsyCI, Ispa – Instituto Universitário, Lisboa

Ficha técnica

Autores

Andreia Dickinson (ORCID 0000-0001-8815-1708)
Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário
APPsyCI, Ispa – Instituto Universitário

Beatriz de Palma Carvalho
Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário

Ana Isabel Pereira (ORCID 0009-0009-7711-9345)
Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário
APPsyCI, Ispa – Instituto Universitário

Casandra Costa
Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário

Catarina Fernandes
Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário

Nuno Ferreira (ORCID 0000-0002-2609-3191)
Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário

Manuel Felino
Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário

Martinho Palha
Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário

Francesca Cancelliere (ORCID 0000-0002-6946-0887)
Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário
Instituto de Ciências Sociais – Universidade de Lisboa

Maria Emília Marques (PI) (ORCID 0000-0002-6159-9227)
Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário
APPsyCI, Ispa – Instituto Universitário

Título: Investigação para o acesso à saúde e à educação: Estudo qualitativo co-construído com migrantes e profissionais

Projeto: Investigação para o Acesso à Saúde e à Educação

Apoio à execução do projeto: Restante equipa do Centro de Etnopsicologia Clínica, nomeadamente Prof. Doutor Francesco Vacchiano, Mestre Amadeu Vaz Neto e Mestre Margarida Costa Pereira.

Consultores científicos: Prof.^a Doutora Irene Rodrigues, Prof. Doutor Joaquim Segura e Prof. Doutor Sérgio Niza.

Apoios: Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves; ACES Lisboa Central; Junta de Freguesia de Arroios; Gabinete de Apoio aos Bairros de Intervenção Prioritária (GABIP) – Almirante Reis.

Comissão de Ética: Aprovado pela Comissão de Ética para a ARSLVT

Financiamento

Ao projeto: Vereação da Educação e dos Direitos Sociais da Câmara Municipal de Lisboa

À publicação: APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Ispa – Instituto Universitário

Correspondência: A correspondência respeitante a este relatório deve ser dirigida a Andreia Dickinson, APPsyCI, Ispa – Instituto Universitário, Lisboa. E-mail: adickinson@ispa.pt

Como citar este documento:

Dickinson, A. C., Palma Carvalho, B., Pereira, A. I., Costa, C., Fernandes, C., Ferreira, N., Felino, M., Palha, M., Cancelliere, F., & Marques, M. E. (2023). *Investigação para o acesso à saúde e à educação: Estudo qualitativo co-construído com migrantes e profissionais*. Edições ISPA. [Ebook]

Índice

Resumo	1
Abstract	2
Investigação para o acesso à saúde e à educação: Estudo qualitativo co-construído com migrantes e profissionais em Arroios	3
Método	9
Participantes	9
Recolha de dados	10
Procedimento	12
Observação participante	12
Entrevistas	13
Focus group	14
Análise de dados	14
Resultados	16
Observação na comunidade	16
Entrevistas a migrantes	23
Conceções de cá e de lá	24
Gravidez e parentalidade	28
Circulação vs. espaços confinados	30
Vulnerabilidades à partida	31
A língua enquanto ‘barreira’	33
Processos mútuos de exclusão	34
Serviços de urgência vs. centros de saúde	36
Narrativas dos profissionais	36
Prestadores de serviços de saúde	36
Prestadores de serviços de educação	40
Conclusões	45
Discussão	45
Propostas	47
Limitações e estudos futuros	47
Referências	51

Resumo

Entre 2019 e 2021 procedeu-se à implementação estratégica de um projeto de investigação-ação, psicanaliticamente informado, com o objetivo de caracterizar o acesso à saúde e à educação, desenvolvido junto de populações migrantes da freguesia de Arroios, em Lisboa. Os participantes incluíram migrantes de várias nacionalidades na sua qualidade de utentes de serviços de saúde e/ou educação e diferentes tipos de profissionais desses serviços. A metodologia de tipo qualitativo assentou numa lógica de complementaridade pluridisciplinar e co-participação. Sendo o fenómeno em estudo caracterizado por dimensões subjetivas, intersubjetivas e de circularidade interno-externo, optou-se por colher dados de diferentes naturezas: Observação Participante, *Free Association Narrative Interviews* e *Focus Groups*. A recolha ocorreu em espaços públicos da comunidade, duas Unidades de Saúde Familiares e um Agrupamento de Escolas. A análise do material obtido foi executada por grupos de intervisão, através da triangulação dos diferentes tipos de dados que convergiram sob olhares interdisciplinares e clinicamente informados, possibilitando a análise das narrativas e a clarificação das dinâmicas socioinstitucionais. Os resultados revelam a existência de conflito entre a diversidade dos indivíduos no terreno – utentes e profissionais – e as práticas uniformizadoras das estruturas que os acolhem, quer nos contextos educativos quer de saúde. Foi proposta a criação de dinâmicas de co-construção participadas por todos os intervenientes, onde práticas, dificuldades e soluções sejam ser debatidas conjuntamente por profissionais de todas as funções, migrantes e redes locais identificadas.

Palavras-chave: Migrantes, Acesso à saúde, Acesso à educação, Co-construção, Inclusão, Transcultural.

Abstract

Between 2019 and 2021, a psychoanalytically informed research-action project was strategically implemented, with the aim of characterizing access to health and education, amongst migrant populations in the Arroios neighborhood, in Lisbon. Participants included migrants of different nationalities as users of health and/or education services, and several types of professional providers from these services. The qualitative methodology was based on a multidisciplinary, complementary and co-participation logic. As the phenomenon under study is characterized by subjective and intersubjective dimensions, and internal-external circularity, data of natures was collected: Participant Observation, Free Association Narrative Interviews and Focus Groups. Data collection took place in public spaces in the community, two healthcare centers and one aggregate of schools. The analysis of the material obtained was conducted by intervision groups, through the triangulation of the different types of data, which converged under interdisciplinary and clinically informed perspectives, enabling the analysis of the narratives and the clarification of socio-institutional dynamics. The results reveal the existence of a conflict between the diversity of individuals in the field – migrants and professionals – and the standardization practices of the structures that encompass them, both in educational and in health contexts. It was proposed to create co-construction dynamics with the participation of all stakeholders, where practices, difficulties and solutions are jointly debated by professionals of all functions, migrants and identified local networks.

Keywords: Migrants, Access to health, Access to education, Co-construction, Inclusion, Transcultural.

Investigação para o acesso à saúde e à educação: Estudo qualitativo co-construído com migrantes e profissionais em Arroios

O território atualmente conhecido como eixo Almirante Reis, Anjos e Pena, situado na Junta de Freguesia de Arroios, é famoso pela sua diversidade étnica e cultural. De acordo com os dados do Gabinete de Apoio aos Bairros de Intervenção Prioritária (GABIP) – Almirante Reis (2017), verificou-se um aumento de populações migrantes entre 2001 e 2011, o qual atingiu em 2011 uma expressão de 29,49%, correspondendo, à data, a 45,23% do total da população estrangeira residente no município de Lisboa. Em 2011, o Brasil era o país com a maior representação (25,92%). Entre 2008 e 2013, as populações que registaram maior crescimento relativo foram as oriundas da China (63,76%), do Bangladeche (55,96%) e do Nepal (43,26%). Residiam [à data da recolha de dados] em Arroios indivíduos de 92 nacionalidades, sendo a nepalesa a mais expressiva.

Tal multiplicidade remonta a séculos distantes e pauta-se por uma história marcada em vários momentos por segregação e exclusão social, sobretudo na zona da Mouraria, que se manteve geograficamente isolada do resto de Lisboa durante muitos anos (Mendes et al., 2020; Vieira, 1994). A configuração mais próxima da presente terá começado a partir da década de 1970, altura em que muitos comerciantes estrangeiros aumentaram a sua migração e estabelecimento na área, atraindo, por conseguinte, também outros migrantes clientes e residentes, favorecendo trocas que contribuem para a diversidade etnocultural que caracteriza a zona até hoje (Gésero, 2014; Mendes et al., 2020). Mais recentemente, a imigração de estudantes, a gentrificação, o turismo e o crescente cosmopolitismo (Seixas et al., 2013) têm constituído processos de renovação urbana que impactam a identidade multicultural e intercultural do território.

Tal como apontado por Mendes et al. (2020), é necessário considerar que lugar ocupam a diversidade cultural e as pessoas migrantes nas dinâmicas urbanas e nas políticas de governação locais. Várias investigações têm sido conduzidas em cidades europeias a este respeito. O seu foco tem incidido mais sobre agentes, discursos e processos de governação e menos sobre a experiência e a participação de pessoas migrantes (como por exemplo Oliveira, 2017; Ridley, 2021; Sholten, 2013).

Ainda que a literatura careça de mais dados que elevem a “voz” destes indivíduos (Mendes et al., 2020), alguns trabalhos têm produzido conhecimento sobre as perspetivas dos próprios migrantes, de onde destacamos os trabalhos de Dias et al. (2018), Mapril (2010, 2012), Mendes et al. (2020), Padilla et al. (2014), Pussetti et al. (2009) e Rodrigues (2014), desenvolvidos na região de Lisboa.

A saúde das populações migrantes constitui um relevante indicador de inclusão (Carballo et al., 1998; Dias et al., 2018; Machado, 2007; Peiro & Benedict, 2009). Porém, os sistemas de saúde dos países de acolhimento não envolvem, com frequência, os migrantes, conforme mostram várias investigações (Dias et al., 2008; Fennelly, 2004; Fonseca et al., 2007; Machado et al., 2006). Ainda não existe informação suficiente sobre a saúde dos migrantes em Portugal, apesar da tendência para o aumento dessas populações (Matos et al., 2015).

Têm sido desenvolvidas iniciativas por parte de policy-makers e entidades de poder local para incrementar o acesso dos migrantes à saúde (Dias et al., 2018), porém continuam a ser identificadas barreiras ligadas a questões organizativas, indisponibilidade e capacidade de resposta às necessidades destes indivíduos, ainda que o enquadramento legal em Portugal preconize o acesso à saúde por parte das populações migrantes (Dias et al., 2008, 2018; Dias & Rocha, 2009; Fonseca & Silva, 2010). Têm sido mesmo relatados vários casos de unidades de cuidados de saúde primários em Portugal que recusam indevidamente o acesso a migrantes (Fonseca et al., 2007; Matos et al., 2015).

O estudo de Fonseca e Silva (2010) sobre utentes migrantes e serviços de saúde na zona da Graça, encontrou as seguintes barreiras ao pleno acesso à saúde:

Falta de informação sobre direitos e condições de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, por parte de migrantes e de prestadores dos serviços de saúde; falta de confiança de alguns migrantes num sistema diferente do dos países de origem; dificuldades de comunicação por desconhecimento da língua Portuguesa; falta de sensibilidade e competência de alguns profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural dos doentes; atitudes discriminatórias de alguns profissionais de saúde; aspetos comportamentais e culturais relacionais com a perceção da necessidade de recorrer aos serviços de saúde formais,

nomeadamente de prevenção de doença; práticas de medicina tradicional; falta de recursos financeiros (pobreza) (...). (pp. 181-182)

O projeto T-Share (Pussetti et al., 2012) e o relatório do estudo Migrantes e Saúde Mental (Pussetti et al., 2009) expuseram a insatisfação dos utentes migrantes com o serviço nacional de saúde e com os serviços de saúde mental e saúde materno-infantil, em particular. Acresce, ainda, a estimativa de que cerca de ¼ dos migrantes apresenta evidência de vulnerabilidade psíquica e social, muitas vezes refletida em erros diagnósticos e excessiva patologização. Os utentes classificaram a experiência na saúde pública portuguesa como negativa. Foram apontadas dificuldades decorrentes da diferença linguística, do desconhecimento dos técnicos relativamente às condições sociais e culturais dos pacientes migrantes, dos problemas de comunicação no espaço clínico e da medicalização do sofrimento social, bem como do peso dos estereótipos e do racismo institucional (Pussetti, 2010; Pussetti et al., 2009). Estas dificuldades reduzem a adesão e a eficácia dos tratamentos e conduzem a um elevado número de desistências e ao regresso sucessivo dos utentes ao circuito das urgências, aumentando os custos e os riscos.

O GABIP – Almirante Reis (2017) desenvolveu uma pesquisa junto das populações migrantes da freguesia de Arroios e identificou barreiras de acesso aos serviços públicos e respostas sociais, salientando dificuldades de comunicação (barreiras linguísticas) e compreensão dos diferentes códigos culturais. Destacou também constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde primários no geral, e em particular aos cuidados de saúde materno-infantil e de saúde mental, onde se verifica uma insuficiência de respostas diferenciadas, quer a nível da saúde mental do adulto, quer ao nível da saúde mental infantojuvenil, apesar das tentativas postas em marcha.

O estudo de Dias et al. (2018) apontou como principais “fatores que condicionam a utilização dos serviços de saúde” (p. 155), a partir quer da perspectiva dos migrantes como dos profissionais de saúde:

falta de recursos económicos, (...) estar há pouco tempo em Portugal, (...) desconhecimento sobre a lei do acesso aos serviços e do seu modo de funcionamento, (...) estar sozinho no país e

a ausência de suporte social (...) diferenças culturais e linguísticas, (...) limitadas competências sociais e culturais dos profissionais, acentuadas pelo seu reduzido conhecimento das práticas culturais e religiosas das comunidades imigrantes (...) [e] procedimentos burocráticos complexos (pp. 156-158).

A par da saúde, a integração no contexto escolar é por excelência uma porta para a plena cidadania no país de acolhimento (Hortas, 2013). Destacamos, assim, a importância da escola se abrir ao exterior, incluindo às instituições locais, por forma a investir em trocas interculturais formais e não formais, uma vez que é nestes espaços locais, comunitários, ao nível dos bairros e da vida quotidiana, que se efetiva uma parte muito substancial dos processos de inclusão e exclusão (Gimenez Romero, 2010; Hortas et al., 2014).

No que concerne o sucesso escolar nalguns países, as desvantagens dos alunos migrantes em comparação com os nativos – também encontradas num estudo recente em Portugal (Guerra et al., 2019) – devem-se essencialmente a diferenças socioeconómicas (Bargłowski, 2019) e dificuldades no domínio da língua local. Porém, em muitos países, estes fatores não são suficientes para explicar as desigualdades constatadas (Guerra et al., 2019; de Paola & Brunello, 2016).

Num estudo sobre a integração de alunos migrantes no ensino básico, na zona histórica de Lisboa, Hortas (2013) encontrou várias barreiras. Do lado dos migrantes, destaca:

(...) falta de conhecimento sobre os direitos e deveres no acesso ao sistema de ensino por parte das famílias; desconhecimento das instituições que prestam apoio no acesso à educação; falta de informação sobre a organização dos ciclos de ensino e respetivos planos de estudo, por parte das famílias; dificuldades de comunicação, por desconhecimento da língua portuguesa, por parte dos alunos e respetivas famílias; falta de confiança, em alguns profissionais, no apoio prestado durante o percurso escolar; existência de dificuldades específicas, para alguns grupos de imigrantes, no domínio da língua portuguesa; diversidade de aspetos comportamentais e culturais relacionados com a valorização da escola. (pp. 171-172)

Do lado das escolas,

(...) dificuldade de comunicação com algumas famílias, por desconhecimento da língua dos países de origem; falta de contacto com as famílias que não se deslocam à escola; desconhecimento das expectativas das famílias perante a escola; pouca abertura à comunidade e às instituições locais; ausência de uma política de mobilização da comunidade escolar numa perspetiva de interação e conhecimento mútuo; dificuldade em encontrar respostas adequadas à diversidade de alunos, no plano curricular; falta de pessoal docente com competências específicas para o ensino da língua portuguesa a alunos de origens diversas; ausência de formação dos docentes para gerir turmas com alunos de origens diversas e diferentes níveis de proficiência linguística; falta de sensibilidade de alguns docentes para a diversidade existente no grupo-turma. (p. 172)

Por fim, da parte da administração central, encontrou

(...) pouco investimento, na recolha de informação estatística organizada sobre os imigrantes no sistema de ensino português; dificuldade em uniformizar os critérios de recolha de informação entre diferentes instituições envolvidas no sistema educativo nacional, mantendo-os no tempo; fraca divulgação da informação estatística disponível; ausência de orientações, na política de formação inicial de professores que produzam a educação intercultural, a educação para a diversidade e o ensino da língua portuguesa a estrangeiros, nos planos de estudo; pouca valorização, nos programas de formação contínua, para o pessoal docente e não docente, da educação intercultural e educação para a diversidade. (p. 172)

Também no domínio do acesso à educação, foi desenvolvido pelo Centro de EtnoPsicologia Clínica, em 2018, um estudo sobre a inclusão de alunos da Ásia Meridional num Agrupamento de Escolas do Concelho de Odivelas. Os resultados desse estudo revelaram que apesar de existir um enquadramento legal e narrativo/conceptual em torno da inclusão, das práticas pedagógicas diferenciadas e das questões ligadas à interculturalidade, há uma dinâmica institucional implícita, duramente cristalizada, que tende a manter os alunos migrantes à margem, replicando lógicas de subjugação, segregação e insucesso. Assim, ancorados num sentimento de impotência, alimentado

pela escassez de alguns recursos, alguns sistemas escolares desvalorizam o potencial quer dos recursos que possuem, quer da própria diversidade dos alunos e das suas famílias, oferecendo respostas que não se adequam às necessidades dos alunos, conforme foi evidente no caso das aulas de Português de Língua Não Materna. Predominaram lógicas de uniformização e homogeneidade que coexistiam em conflito com a diversidade do contexto (Centro de EtnoPsicologia Clínica, in prelo).

Quer na saúde, quer na educação, urge o desenvolvimento de práticas culturalmente adaptadas (Matos et al., 2015; Pussetti et al., 2009; Santinho, 2012), que respeitem as diferenças inter e intra nacionalidade, uma vez que se trata de grupos bastante heterogêneos (de Paola & Brunello, 2016; Fonseca & Silva, 2010; Hortas, 2013), ao contrário do que as estereotipizações possam dar a entender. Apesar de algumas tentativas de implementação de práticas culturalmente informadas em Portugal, tem-se verificado a inexistência de uma metodologia de intervenção capaz de considerar o tecido cultural de pertença do utente, de integrar as respostas terapêuticas nativas e contextualizar as teorias e os instrumentos (por exemplo, os diagnósticos).

Por outro lado, ao desejo de implementação de respostas inovadoras, contrapõem-se dinâmicas implícitas, apoiadas em representações e discursos latentes, frequentemente de carácter defensivo, impedindo a concretização da mudança (Halton, 2019; Hinshelwood & Skogstad, 2000; Hollway, 2008; Roberts, 2019). Do nosso ponto de vista, é necessário integrar as considerações da psicanálise – sujeitos defendidos, inconsciente, subjetividade, relações de objeto – com a positioning theory (Davies & Harré, 1990; Skeggs, 1997), na relação intersubjetiva com o contexto social real e com a compreensão dos discursos para aceder aos significados destas dinâmicas e produzir uma clarificação que possa conduzir à transformação necessária das práticas (Hollway, 2004, 2008).

Método

Recorremos a uma metodologia de tipo qualitativo, privilegiando um modelo complementarista com integração de métodos etnográficos, qualitativos e psicanalíticos. Os métodos escolhidos fundamentam-se num princípio de coerência epistemológica e convergem numa articulação que defende e é defendida: (a) por uma lógica de complementaridade pluridisciplinar; (b) pelo carácter intersubjetivo do encontro de investigação, considerando a dinâmica transferência-contratransferência; (c) pelo reconhecimento de sentidos velados nas narrativas do sujeito; (d) pelo enfoque na significação e subjetivação e (e) pela dinâmica e circularidade interno-externo. O recurso à articulação dos diferentes métodos sustenta-se numa perspetiva associacionista que assume o encontro de investigação como um lugar intersubjetivo, onde os significados são co-construídos na relação entre investigador e participantes (Hollway & Jefferson, 2000).

Procedeu-se (a) à caracterização as dificuldades de acesso encontradas na Estratégia Territorial de Desenvolvimento Social, aprofundando as dinâmicas implícitas e clarificando as questões inerentes ao percurso migratório e aos projetos de vida dos utentes; (b) à identificação e análise das conceções que os profissionais formaram em relação às populações migrantes, bem como quais aquelas que as populações têm face aos primeiros; (c) à aquisição de conhecimento sobre as estratégias já desenvolvidas pelos diferentes agentes para lidar com os constrangimentos encontrados.

Para responder aos objetivos delineados, foi eleito um tipo de metodologia qualitativa que implica um processo singular e dinâmico de investigação, assente num procedimento de co-construção. Sendo o fenómeno a estudar caracterizado por dimensões subjetivas, intersubjetivas e implícitas, optou-se por triangular diferentes tipos de dados recolhidos através de metodologias etnográficas e psicanalíticas para, posteriormente os analisar e interpretar numa lógica pluridisciplinar.

Participantes

Os dados foram coletados junto de migrantes, na sua qualidade de utentes de serviços de educação e saúde na freguesia de Arroios, e profissionais prestadores desses serviços, no mesmo território.

(1) Os participantes migrantes utentes, dos serviços de saúde e educação da freguesia de Arroios, foram selecionados a partir de uma amostragem não-probabilística intencional e por bola de neve (Bernard, 2011), tendo sido entrevistados 17 indivíduos adultos migrantes que residiam, trabalhavam ou circulavam habitualmente na zona geográfica alvo do estudo. 11 são do sexo feminino e 6 do masculino, na sua grande maioria jovens. Os entrevistados são oriundos de nove países: Argentina (dois de sexo masculino), Bangladeche (dois de sexo feminino), Brasil (dois de sexo feminino), Cabo Verde (dois de sexo masculino e um de sexo feminino), China (um de sexo feminino), Guiné-Bissau (um de sexo masculino), Índia (um de sexo masculino), Nepal (dois de sexo feminino e um masculino), Paraguai (três de sexo feminino).

(2) Os dados recolhidos junto de profissionais de saúde foram provenientes de colaboradores de Unidades de Saúde Familiares (USF): USF Almirante: 1 médica, 1 secretária clínica e 1 enfermeira; USF Baixa: 4 médicos e 1 enfermeiro; 1 psicóloga que presta apoio a várias unidades de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde – Lisboa Central.

(3) Os profissionais de educação que participaram no estudo pertencem ao Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves, subdividindo-se entre: EB1 Sampaio Garrido: entrevistas a 2 professores de primeiro ciclo e um focus group com 10 professores de primeiro ciclo; Escola Secundária de Dona Luísa de Gusmão: uma entrevista a 1 professor e um focus group com 10 assistentes operacionais; EB2,3 Nuno Gonçalves, sede do agrupamento: entrevistas a 2 membros da direção do agrupamento.

Recolha de dados

O estudo foi composto por três métodos de recolha de dados: Observação participante nos bairros da comunidade; Entrevistas FANI com migrantes utentes dos serviços de saúde e educação e com profissionais desses serviços; Focus Groups com profissionais dos mesmos.

(1) A observação participante constitui um tipo de observação no terreno das práticas e dinâmicas institucionais, com registo num diário de campo (Emerson et al., 2011; Sanjek, 1990). Trata-se de um processo dinâmico elaborado com recurso ao olhar de vários observadores que se encontram em ambientes “naturalmente” coletivos, e onde as pessoas observadas executam a sua rotina com

pouca interferência do observador (Barnard & Spencer, 1997; Bernard, 2011; Marshall & Rossman, 2016).

(2) As entrevistas FANI – Free Association Narrative Interview (Hollway & Jefferson, 2000) constituem um modelo de entrevistas individuais, em profundidade e não estruturadas, em que os participantes são convidados a construir e a comunicar ao investigador uma narrativa livre, a partir de uma instrução inicial aberta revelando o âmbito geral do estudo. Fica, então, formulado o espaço para uma co-construção que compreende investigador e participante num processo de criação intersubjetiva. Este processo é acompanhado por notas de campo reflexivas, nas quais a contratransferência do investigador e as implicações intersubjetivas da teoria do posicionamento são tidos em conta, sob um olhar reflexivo (Davies, 2008; Elliot et al., 2012) e clinicamente informado.

(...) the central principle is to elicit stories based on actual events in a person's life (rather than opinions, rationalisations and generalisations which are the usual stuff of interview-based research). This basic shift of emphasis prioritises the interviewee's agenda and meanings and remembered experiences. The researcher/practitioner interrupts as little as possible so that the narrative can be generated according to the interviewee's structure. This structure, generated by free associations, may reflect an unconscious logic. Getting the initial narrative question right is crucial. It has to reflect the research question in a way that translates it into something relevant to people's experience; it should steer them away from giving explanations rather than stories (no 'why' questions); it needs to enable them to remember a specific relevant event, rather than generalize (Hollway, 2001, p. 15).

[Such process] "(...) produces the sort of evidence that is congruent with the kinds that practitioners work with in the human service professions; that is complex, multifaceted, holistic and humane" (Hollway, 2001, p. 21).

(3) Os focus group são grupos de 7 a 10 participantes, onde, num contexto de apoio e aceitação, é incentivada a discussão de um tema principal, colocado pelos investigadores sob a forma de perguntas abertas. A discórdia e o debate têm aqui lugar. Este processo tem a vantagem de considerar

a natureza relacional e contextual da tomada de opinião sobre um assunto. Permite aceder a mais sujeitos de uma só vez e de modo menos invasivo que uma entrevista individual (Marshall & Rossman, 2016). Podem estar presentes dinâmicas que acentuam as posições mais polarizadas sobre um assunto ou movimentos de tendência para uma procura de chão-comum, que são passíveis de ser analisados, tendo em conta a reflexividade (Davies, 2008; Marshall & Rossman, 2016), enquanto produtores de conhecimento.

Procedimento

Observação participante

A observação participante decorreu nos bairros da comunidade: ruas, instituições, comércio, jardim e parque infantil da Alameda, zona envolvente da Igreja dos Anjos, zonas circundantes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Alameda, Unidade de Saúde Familiar Luminosa, Unidade de Saúde Familiar Almirante, zona circundante do Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes e zonas circundantes a escolas da freguesia de Arroios. Foi operacionalizada a partir da circulação simultânea de três equipas de duas pessoas, ao longo de cinco dias, tendo-se abrangido diferentes momentos do dia e da noite para incluir diferentes dinâmicas do território.

Os objetivos gerais do projeto foram desdobrados, tendo em conta a abordagem etnográfica, sob a forma das seguintes perguntas: (a) Como se dá, no quotidiano, a integração dos migrantes no acesso a serviços administrativos, técnicos e educacionais? (b) Quais as dificuldades sentidas pelos próprios? (c) Quais os entraves institucionais? (d) Como se manifestam esses entraves por parte dos agentes envolvidos? (e) Que dinâmicas podemos encontrar no diálogo entre as condições estruturais existentes no território (parâmetro objetivo) e as representações (parâmetro subjetivo) dos indivíduos ao nível da inclusão da população migrante? (f) Quando falamos de condições estruturais falamos das estruturas formais e informais. Que canais de comunicação existem? (g) Como estas se refletem no quotidiano do migrante em termos de dificuldades ou facilidade ao nível do acolhimento? (h) Relativamente aos papéis desempenhados pelos migrantes salientamos igualmente uma dupla perspetiva: que impacto terá a auto e hétero representação no modo como se movimentam no

espaço? E assim também relativamente aos funcionários dos serviços abertos à comunidade – Educação e Saúde. As perguntas emergiram antes, durante e também após a análise das notas de campo. Gradualmente, começaram a emergir padrões ou regularidades nas dinâmicas sociais. O plano da investigação assumiu um quadro de pesquisa onde se puderam ir fazendo modificações ao longo da observação, a partir dos dados que foram emergindo e que informaram as fases seguintes. Deste modo, foi possível ir ao encontro do ritmo das situações, uma vez que existem diferentes “tempos” no acesso à informação.

Os interlocutores foram abordados nos seus percursos habituais de circulação, como a via pública, locais de trabalho (restaurantes, centros de estética, cabeleireiros, mercearias), lazer (parques infantis, jardins, esplanadas) e zonas circundantes dos serviços (por exemplo, centros de saúde, Centro Nacional de Apoio ao Imigrante). Foram realizadas, além das notas de campo, entrevistas exploratórias com alguns destes informantes, em diferentes contextos do seu quotidiano: sala de espera do CNAIM, zona circundante da UCSP Alameda, restaurante onde trabalha, ... Estes dados permitiram abrir campo, apontando direções, para aprofundar os temas em estudo através das entrevistas subsequentes. Foi, ainda, solicitado aos informantes privilegiados que se disponibilizassem para tal para realizarem uma entrevista FANI (Hollway & Jefferson, 2000) e para indicarem outros migrantes que conhecessem que pudessem também estar interessados em colaborar.

Entrevistas

No caso dos migrantes, o procedimento consistiu em explicar o âmbito das questões de investigação do projeto e solicitar aos participantes que contassem a história das suas experiências com serviços de saúde e educação, em Lisboa. No caso dos profissionais de saúde e educação, foram igualmente explicitadas as questões de investigação, pedindo-se de seguida que estes participantes contassem a história da sua experiência com utentes migrantes. Em qualquer dos casos, foram tomadas Notas de Campo Reflexivas (Hollway & Jefferson, 2000). Estes dados foram recolhidos em locais selecionados pelos interlocutores, de acordo com a própria conveniência, desde que fossem adequados à manutenção das devidas condições de privacidade e confidencialidade. Durante os

períodos de confinamento e distanciamento social impostos na sequência das medidas de combate à COVID-19, as entrevistas tiveram lugar online, com uma duração média de 1h por entrevista.

Focus groups

Os focus groups foram previamente agendados, quer em reuniões quer em contatos por correio eletrónico, com representantes e coordenadores das instituições de saúde e de educação. Consistiram numa coleta dados realizados através da promoção de interações grupais organizadas em torno do tópico da experiência com utentes migrantes, das dificuldades encontradas neste âmbito e também estratégias desenvolvidas para as ultrapassar. O focus group com professores de primeiro ciclo decorreu online, na sequência das questões inerentes à pandemia, conforme acima explicitado. O focus group com assistentes operacionais de uma escola foi presencial e teve lugar numa sala de aulas da escola onde trabalham os participantes. Cada grupo teve a duração aproximada de 2 horas.

Análise de dados

Os instrumentos e as conceções da etnopsicologia foram utilizados tanto na recolha como na análise de dados. Para além de caracterizarem e identificarem as experiências dos participantes de ambos os lados, introduzem uma dimensão compreensiva (1) que inclui o conhecimento sobre a identidade e a subjetividade das pessoas, (2) reconhece que elas investem afetivamente as suas representações mentais, o que influencia as suas ações, (3) considera modalidades inconscientes de defesa e (4) integra estes fatores na relação dinâmica entre si, incorporados em contexto relacional e socioinstitucional e, ainda, em lógicas de poder/posicionalidade histórico-social (Hollway, 2008).

Num primeiro momento procedeu-se à transcrição e desgravação de todos os dados recolhidos, para posteriormente serem analisados em reuniões de intervisão em grupo, nas quais foram trianguladas hipóteses interpretativas, a partir da convergência dos diferentes tipos de dados (observação, entrevistas, focus groups), sob olhares interdisciplinares, clínica e culturalmente informados – antropólogos, sociólogos, psicólogos e psicanalistas. Foram consideradas, aqui, as dimensões “(...) object relations psychoanalysis alongside positioning theory and close attention to the

wider societal setting, to understand the processes involved in identity transitions (Hollway, 2001, p. 16)

Através de uma análise centrada no discurso latente é possível inferir o sentido oculto, as representações ideológicas, os valores e os afetos vinculados ao tema investigado (Hollway & Jefferson, 2000). Os dados foram abordados a partir de uma perspectiva intersubjetiva que considera o papel do entrevistador na relação e na produção de conhecimento (Davies, 2008; Hollway, 2001, 2008; Hollway & Jefferson, 2000). “The (...) analysis of qualitative data needs to be based on the notion of a psycho-social subject whose meanings and actions are produced in relationships – relationships which are not fully accessible to intention and conscious knowledge” (Hollway, 2001, p 21). A análise de dados procurou, assim, eliciar “(...) unconscious intersubjective dynamics within which the evidence was produced. (...) [considering] the use of a psycho-social theory of the subject – with the idea of unconscious conflict at its core – to analyse the meaning of transcript data” (Hollway, 2001, p. 22).

Resultados

Observação na comunidade

O território em estudo é multifacetado. De acordo com os percursos de observação realizados, anotámos que a atividade comercial se organiza e agrupa por grupos étnicos relativamente distintos: (a) Martim Moniz – existe uma zona de influência africana subsaariana, sobretudo da região da África Ocidental, de comércio informal, mas também lojas e agências de viagem, por exemplo. Neste local, situa-se também o ponto de encontro da comunidade nepalesa, sediado no restaurante Dyalo, do lado oeste da praça Martim Moniz; (b) Rua do Benfornoso – identificamos um predomínio de comércio oriundo do Bangladeche e Índia – restaurantes, agências de viagem, lojas de telemóveis e barbeiro; (c) Acima do Benfornoso, encontramos ruas paralelas onde existem lojas, restaurantes e cabeleireiros chineses; (d) Zona na margem sul da Alameda – é uma zona progressivamente mais habitacional, menos concentrada, destacando-se predominantemente lojas de comerciantes da Ásia meridional mais ou menos dispersas, o centro de línguas chinês e restaurantes nepaleses.

A Alameda está dividida em duas partes (jurisdição marca a fronteira de 2 tipos de território). Espacialmente, o jardim separa as duas freguesias. Verificamos que do lado do Areeiro o espaço público do jardim parece ser ocupado maioritariamente por portugueses idosos, em atividades de lazer (ex.: jogar às cartas, sentar-se nos bancos), e adolescentes e adultos jovens portugueses a frequentar o quiosque; do lado de cá do jardim, em Arroios, o espaço aparenta maior diversidade cultural com os bancos ocupados por diferentes tipos de etnias e nacionalidades, e ainda vários ajuntamentos. Dentro do jardim a dinâmica de interação dilui um pouco esta divisão e é possível descobrir espaços de cruzamento entre os do lado de lá e os do lado de cá, ainda que possa ser ocasional (ex.: em jogos de futebol ou no parque infantil).

Existem zonas onde é possível verificar uma miscelânea no comércio e nos frequentadores de lojas e serviços, por exemplo na Av. Almirante Reis, onde migrantes frequentam os cafés portugueses e os portugueses frequentam as lojas de migrantes. A concentração do comércio de migrantes é mais evidente no início da Av. Almirante Reis, partindo do Martim Moniz, assim como nas áreas adjacentes.

Estendendo-se longitudinalmente paralela a essa mancha, ao longo da Av. Almirante Reis encontramos um registo mais diversificado.

A configuração do território em Arroios tem zonas intrincadas e quase labirínticas que permitem a existência de “ilhas”. Aqui, não encontramos as towns características em outras cidades europeias, mas ao invés células (zonas mais pequenas) que funcionam mais ou menos como microcosmos de uma comunidade com características específicas. Por exemplo, encontramos uma microzona chinesa, logo à entrada do Martim Moniz com becos habitacionais ou “cantinas” de aço inoxidável por entre nuvens de vapor e luz de cozinha, exclusivamente chineses. Ou os estabelecimentos oferecendo serviços de cabeleireiro com cortes chineses específicos.

Nesta mesma linha, destaca-se a existência de anúncios na língua de origem das populações que habitam e trabalham nos espaços: menus exclusivamente em chinês à porta de restaurantes, anúncios de quartos para alugar em bengali, reclames e informação sobre diferentes tipos de cortes de cabelo, em estabelecimentos especificamente dedicados a populações migrantes distintas.

Como em todos os territórios sociais, presente-se a convivência entre o clandestino e o formal, onde margens não legisladas, organizadas ou estruturadas podem dar lugar a oportunidades de instalação e apropriação do espaço. A inclusão de uma determinada comunidade joga-se também aqui, ao nível do espaço, entre a oportunidade mais ou menos obscura e a aceitação possível do território social em redor. Existindo uma vivência do território com zonas de indefinição e possível irregularidade, é útil questionar a natureza dos aspetos marginais que envolvem a temática da imigração. Uma maior compreensão destes aspetos poderá ser usada na melhoria das condições de vida existentes, auxiliando em última análise a construção de políticas públicas mais próximas da realidade e das necessidades efetivas destas populações. A vida do dia-a-dia nos territórios descritos parece ser feita de matizes onde o clandestino convive lado a lado com a montra e o espaço público. Este panorama sugere que nas margens dessa territorialidade é possível encontrar algumas especificidades identitárias de alguns grupos migrantes.

Arroios é um território de dinâmicas sociais diversificadas ao nível das interações quotidianas, seja em atividades comerciais, de lazer, usufruto de serviços, etc. Os estabelecimentos comerciais que se nos apresentam não correspondem necessariamente à representatividade dos residentes. Uma questão que podemos levantar é qual o grau de visibilidade de cada população migrante no quotidiano do território? Como são integradas as representações acerca dos migrantes, por parte dos nativos? E que representações têm os migrantes relativamente à sua presença no território? Lembremos que a própria “localidade” dos indivíduos é permeável ou mesmo independente da condição de migrante. Convém ressaltar que a presença continuada e antiga no território dilui um pouco a distinção entre local e estrangeiro. Qual o papel da antiguidade nas dinâmicas de acesso à plena cidadania?

De uma forma generalizada, e para lá do território em estudo, as lojas dos chineses parecem estar já enquadradas no ambiente, fazendo parte da paisagem preceptiva. Outro exemplo é o das mercearias de migrantes do Bangladeche que, mais recentemente, vão fazendo parte da oferta comercial (sobretudo mercearias) nos diferentes bairros lisboetas.

A natureza destes estabelecimentos, mais ou menos temporária, pode denunciar o tipo de projeto migratório (ex.: Portugal como escala para circuitos maiores ou enquanto destino final). Assim, o projeto migratório de base é um outro fator a ter em consideração. Talvez a apropriação do espaço seja feita a diferentes níveis e a diferentes velocidades. No caso específico da população chinesa, a própria existência do Centro de Línguas e Culturas Chinesas é um indicador do profundo enraizamento – a par de um estatuto identitário já bastante demarcado. O referido centro é particularmente interessante enquanto exemplo de inclusão na sociedade e, ao mesmo tempo, de preservação da identidade cultural. À chegada, vemos um jornal de notícias traduzido em mandarim, com temáticas nacionais e outras mais relacionadas com a comunidade chinesa. Na parede, fotografias de eventos comunitários nas quais se notam as diferentes gerações reunidas e classes sociais de estatuto socioeconómico mais elevado. O capital social de algumas figuras de proa da comunidade chinesa destaca-se. Presume-se, até do próprio testemunho dos gestores do centro, que a inclusão se estende

pela escolaridade (feita em Portugal nas gerações mais novas) e pelo acesso a serviços de uma forma geral.

Os gestores do centro contam que antes da fundação da escola, os seus pais tentaram outros negócios tais como lojas e restaurantes, mas “não estava a dar certo” e como a mãe tinha experiência no seu país de origem como educadora de infância, decidiu abrir uma escola em Portugal com o intuito de ajudar os filhos dos chineses nascidos (ou não) em Portugal a preservar o seu idioma e a sua cultura. Contudo, o ensino da língua está aberto a outras comunidades (incluindo portugueses), embora tenha uma maior adesão por parte dos chineses e seus filhos e netos portugueses. Dentro desta comunidade existe uma organização que se dedica à mediação entre as pessoas recém-chegadas e as instituições das quais precisam algum serviço, nomeadamente serviços de educação e saúde.

No caso de alguns migrantes oriundos do Bangladesh, a sua passagem por Portugal é temporária e assenta em redes de apoio transitórias. Por exemplo, numa das entrevistas exploratórias, o entrevistado trabalhava como cozinheiro num restaurante de sushi e numa loja de souvenirs de alguém da sua comunidade. Refere que aqui em Portugal existe um local onde se juntam na comunidade, em Cascais, e celebram festividades. Relativamente ao acesso à saúde conta que pode recorrer à ajuda da comunidade onde se costumam juntar e onde pode pedir ajuda para alguém acompanhar ou para traduzir junto dos médicos.

O discurso das pessoas indica a vantagem da possibilidade de organização em comunidade para o acesso à inclusão.

Testemunho de mulher nepalesa:

B: no, we have more one sister and two brothers. (...) I mean we call sister because they are from Nepal but are not really sisters; they are from my community, so we call sister. Not blood brother but we have the sense of community because other ways you cannot survive here. Because the apartment is like the rent is 800 or 900 euros and more, light, gas, and internet, is very expensive. And we have a very good understand with each other. This is a good point because we have a lot of respect inside of the house.

Conversa partilhada entre os investigadores, um homem idoso guineense, um homem jovem cabo-verdiano e uma mulher jovem cabo-verdiana:

L: Tinha 30 anos... mais ou menos, eu. Eu estou a trabalhar na obra, naquela altura estava a trabalhar na obra e tive o acidente. Agora não posso trabalhar (..) Vim para trabalhar na Expo 98, eu tinha trabalhos por turnos de noite. (...) Eu morava com dois amigos da Guiné-Bissau, mas um foi para Espanha. Trabalhámos juntos na obra, ele tem pena de mim [e envia-me mensalmente uma quantia], muito (...) Eu tenho pensão de invalidez, dá para desenrascar (...) 200 euros. (...) minha mulher e filhos, tudo, está lá.

K: Eu sempre gostei de ser empregada de balcão por causa de falar, comunicar com as pessoas, eu gosto muito de comunicar com as pessoas, muito mesmo. É muito difícil, até chega lá uma pessoa que é mal, super mal-educada e sai dali com um sorriso a orelha. Porque eu sou bastante comunicativa e eu vou 'tar sempre nas calmas mesmo que t'ejas a me tratar mal eu vou 'tar sempre nas calmas contigo.

A: O meu avô veio para cá sozinho, não sei dizer o ano certo, na época de barco. (...) a minha mãe queria nos dar uma vida melhor aqui em Portugal, passou três anos aqui a trabalhar e depois conseguiu trazer mais duas irmãs. (...) Às vezes dizem: - Vais ter de tirar estes papéis e quando dás esses papéis não é para nada (...) claro que a gente estava desesperada.

Verificamos que vários cabo-verdianos se referem à existência das "coisas de lá" e transportam essa qualidade de vivência para Portugal. Não vêm sem meios de prolongar as suas vivências identitárias, embora se reportem quase sempre a um património vivencial de lá. Não vêm para se afastar (de pobreza, por exemplo). Antes, à procura de uma escolaridade ou nível de vida maior. Quanto mais precário é o estado de que partem, mais difíceis parecem ser as condições de sobrevivência/sucesso cá.

Alguns nepaleses e bangladechianos com quem comunicámos falaram sobre a família e um passado com qualidade de vida. As questões económicas à partida condicionam a forma como acedem aos serviços. Os perfis são heterogéneos também dentro da mesma nacionalidade, mas foi possível

observar que as populações que partem do país de origem em situações menos vulneráveis, a par dos indivíduos que encontram em Portugal suporte em redes de apoio comunitário, parecem ter vantagem na adaptação a Lisboa e no acesso aos serviços. Outro aspeto a destacar das narrativas de pessoas de várias nacionalidades, sobretudo daquelas que já haviam estado noutros países europeus ou que tinham como objetivo lá chegar, é a crítica ao nível da qualidade dos serviços públicos portugueses.

A adaptação ao território urbano de Arroios aparenta ser pacífica, embora dependa da antiguidade de residência, do perfil étnico cultural e das características pessoais individuais. O suposto carácter multicultural da zona facilita grosso modo a ideia de um lugar de chegada relativamente aberto e tolerante. Mas não deixa de se notar alguma angústia por parte de recém-chegados, por exemplo no caso de alguns grupos de migrantes oriundos do Bangladeche – a imagem de vários homens novos em círculo fechado, na rua, em conversas cerradas e com um ar expectante, aparentemente à procura de emprego.

Relativamente às diferenças de género, a partir das observações realizadas verificámos que, regra geral, os homens se reúnem em grupos maiores que as mulheres ou também são vistos mais frequentemente sozinhos. As mulheres geralmente estão acompanhadas de crianças, de outras mulheres ou de homens. Raramente sozinhas. Tendência que não parece distinguir-se de acordo com a etnia. Padrões semelhantes foram encontrados quer na população asiática – nepaleses, paquistaneses, quer da África subsaariana, quer do Médio Oriente. O acesso às mulheres para as entrevistas exploratórias foi, por regra, mais difícil, mesmo que entre os investigadores da equipa do CEC se tenham incluído tanto homens como mulheres.

A partir desta observação, algumas questões podem ser feitas em torno deste tema, abrindo a discussão relativamente ao acesso à saúde e à educação: Existirá uma diferença relativamente ao tipo de participação na Saúde e na Educação em termos de género? Será que existem diferenças culturais relativamente aos papéis desempenhados na maternidade/paternidade e na educação? Será nalguns casos condição para exposição estar acompanhada do marido? Por questões de domínio da língua (frequentemente os homens chegam primeiro a Portugal, por exemplo no caso de muitos

bangladechianos), códigos de conduta culturais ou outras? Que variações destas respostas existiram de acordo com a multiplicidade de cenários etno-culturais presentes e também das características dos percursos migratórios e dos perfis individuais? E que influência terão nestas dinâmicas as condições dos contextos de instalação?

Da observação do comportamento das crianças nos parques infantis, verificamos que estas brincam em conjunto e desenvolvem tarefas e atividades comuns. Não sabemos dizer se existe efetivamente uma mistura e relação de troca. Surgiram as seguintes questões: A separação entre as crianças será semelhante à que verificamos nos adultos? Como se vêem a si mesmas? Como são vistas pelos outros? Haverá influência do projeto migratório no comportamento das crianças?

Concluindo, parece-nos importante destacar quatro considerações, a saber: (a) uma das características deste trabalho de campo é a flexibilidade do investigador, que pode adotar posições diferentes ao reconhecer as possibilidades do território e dos intervenientes; (b) As populações do território em discussão são bastante móveis, o que deverá ser considerado pelos planos municipais. Os motivos destas mobilidades são muito variados e vão desde os projetos pessoais de cada um (por exemplo, ir para Inglaterra) até às políticas habitacionais da cidade; (c) Esta observação centra-se naquilo que é visível no espaço público e não no espaço privado e habitacional, pelo que os resultados obtidos devem ser tidos como parciais; (d) Sobre a utilização do espaço público concluímos que é versátil e tem carácter orgânico no próprio território, em que uns e outros utilizam os serviços e comércio de uns e outros. Por exemplo, enquanto algumas lojas são usadas pelas comunidades específicas, também se verificam situações em que alguns espaços são mistos, o que pode estar relacionado com a especificidade dos serviços fornecidos.

As populações deste território utilizam as suas próprias línguas para fazerem anúncios a serviços, o que enriquece as possibilidades de circulação no território, evidenciando quanto a diversidade é propulsora da circulação entre línguas. Assinala-se a riqueza desta permuta, interroga-se ainda o que poderá trazer a nível da integração e coexistência na diversidade. Será que isto contribui

para uma melhor relação com a diversidade e qual é o impacto que isto pode ter na vida privada das pessoas?

Quando estas populações ficam instaladas mais tempo, elas desenvolvem diferentes formas de apoio para o acesso aos serviços, dentro da própria comunidade. Estas ligações acabam por resultar não só no apoio da comunidade própria, mas também de se mostrarem e se darem a conhecer e reconhecer como presentes, importantes e pertencentes da população portuguesa (mesmo que migrante). Se as Juntas de Freguesia e a Câmara Municipal colaborarem junto dessas redes informais poderá ser benéfico. Estas pontes têm o potencial de retirar este lugar de exclusão e de marginalização a que os migrantes estão frequentemente subjugados e promovem vias de cooperação com as instituições portuguesas. É, assim, importante tornar mais formais os recursos disponíveis dentro das comunidades que facilitam o acesso aos serviços institucionais portugueses, de forma a expandir o acesso aos mesmos.

Entrevistas a migrantes

A partir da análise e interpretação dos dados obtidos pelas entrevistas, emergiram oito temáticas principais que destacamos no discurso dos sujeitos entrevistados: (a) Conceções de lá e de cá; (b) Gravidez e parentalidade; (c) Circulação vs. espaços confinados; (d) Vulnerabilidades à partida; (e) A língua enquanto ‘barreira’; (f) Processos mútuos de exclusão; (g) Serviços de urgência vs. centros de saúde.

É de sublinhar que o material que se obteve referente ao acesso à saúde foi bastante mais extenso que aquele referente ao acesso à educação. Colocamos a hipótese deste facto estar relacionado com as características dos sujeitos entrevistados, designadamente vários deles serem adultos sem uma experiência pessoal e direta com a educação como, por exemplo, não terem filhos em idade escolar e eles próprios não terem experiências académicas em Portugal. A idade dos entrevistados, a grande maioria adultos jovens, também implicou menos relatos de episódios em unidades de cuidados primários de saúde, já que, em boa parte, se trata de indivíduos saudáveis e sem descendência.

Outra hipótese a colocar, apoiada pelas narrativas desenvolvidas em torno da educação, prende-se com o facto de que no assunto da educação é o próprio sistema de ensino que integra os alunos e participa da sua inserção nas escolas. Potencialmente, poderá haver menos dificuldades no acesso à educação na medida em que não é requerida uma participação tão ativa e informada do recém-chegado quanto o é no acesso à saúde, sobretudo às unidades de cuidados de saúde primários. Tratar-se-ia, aliás, da mesma dinâmica que observámos entre hospitais e unidades de cuidados de saúde primários, onde no primeiro caso o acesso parece ser mais facilitado que no segundo, porque os utentes são encaminhados diretamente para os serviços médicos necessários, enquanto no segundo esbarram em dificuldades de cariz administrativo.

Passamos, de seguida, a aprofundar cada uma das categorias.

Conceções de cá e de lá

Sabemos que existem diferentes conceções sobre saúde e educação, tendo em conta os países e culturas de origem dos indivíduos abordados, que podem diferir das conceções habitualmente encontradas nas comunidades lisboetas portuguesas.

A expressão do mal-estar físico, os sintomas a que são atribuídos maior destaque e preocupação, a vivência interna e a representação dessas queixas, não são iguais em todos os indivíduos. Além da história pessoal de cada um que, independentemente do país de origem, determina o modo como estes fatores são vividos, as culturas e tradições dos grupos sociais de pertença desempenham também aí um papel preponderante. As variações podem ir desde o tipo de sistemas de saúde nacionais, às conceções sobre os significados de saúde e de doença, sem esquecer os processos de gravidez e maternidade ou a existência de abordagens de tratamento tradicionais.

Uma participante chinesa destacou, a este respeito, o facto do sistema de saúde português se basear mais no diagnóstico de doença e na especialização do tratamento do que, como na China, numa ideia de saúde mais holística que abrange uma série de práticas de bem-estar e de promoção da saúde. Para a utente, o sistema de saúde português é sentido como fragmentado e providenciando pouco apoio. Critica o foco excessivamente parcializado dos médicos no pedido do utente e o circuito

demorado que se tem de fazer (por exemplo, ir a uma consulta, fazer análises, regressar para analisar os resultados). Em Portugal sente-se insuficientemente acompanhada, já que o médico presta atenção à doença atual de um órgão específico, enquanto na China avaliaria o paciente como um todo, incluindo os diferentes parâmetros de saúde e ainda aconselharia sobre práticas saudáveis preventivas. Sente esta compartimentalização pouco eficaz e pouco prática para o doente. Considera, também, que Portugal é menos eficiente na gestão do fluxo de utentes, organizacional e burocrática dos serviços de saúde, o que a leva a não confiar na eficácia do sistema de saúde português.

Um aspeto que emergiu da análise das entrevistas na comunidade foi a desconfiança relativamente a médicos jovens, que são tidos como pouco experientes e competentes. Embora possa tratar-se de uma questão mais global, entrevemos que se possa agudizar nos casos de sujeitos para os quais a tradição tenha maior peso e relação com os cuidados de saúde, seja pela cultura de pertença e/ou pelas histórias de vida e migratória. Sabemos que em vários grupos etno-culturais de países como Cabo Verde ou Guiné-Bissau, por exemplo, a responsabilidade e o poder de curar ou aconselhar para a saúde assenta nas figuras mais velhas, consideradas mais sábias, das aldeias ou das famílias. Estas conceções prévias são a base a partir da qual irão integrar as novas representações de saúde e educação que encontram nos locais para onde emigram. Se em muitas situações esta relação entre o que trazem de lá e encontram cá pode ser rica e complementar, noutras, sobretudo, em situações de vulnerabilidade e exclusão, poderá ser conflitual ou mesmo incompatível. Será, assim, imprescindível garantir a possibilidade de acesso pleno à saúde, mantendo-se o respeito pelas conceções prévias dos utentes, de modo que seja possível construir um espaço de confiança onde se possam apropriar de novos significados e representações sem que estas ameacem os seus pilares identitários.

Frequentemente, são as referências que as pessoas trazem do país de origem que prestam suporte ao modo como vivem a sua saúde em Lisboa. Vários entrevistados (por exemplo, alguns cabo-verdianos, guineenses, paraguaios e um argentino) recorrem a tratamentos tradicionais, por vezes com produtos recebidos por correio através de familiares ou amigos que lá permanecem. Estes tratamentos são, sobretudo, dirigidos a doenças comuns, como a gripe, e evitam o recurso a serviços

de saúde por motivo de doença ligeira, enquanto preservam o vínculo com os sistemas conhecidos, familiares e culturais.

Outra questão importante que surgiu nalgumas entrevistas foi a ausência de apoio familiar na doença, em Portugal, em comparação com o país de origem. Isto tem várias implicações.

Para as entrevistadas provenientes do Bangladeche, o apoio da família no cuidado dos filhos é muito importante não só pelo suporte logístico e emocional, mas também relativamente à transmissão de práticas de cuidados e saúde do bebé (higiene, alimentação, etc.). Em Portugal, são os profissionais de saúde que prestam este serviço e substituem aquele que seria o papel da família no Bangladeche. Os profissionais de saúde desempenham, assim, uma função de apoio emocional e de estruturação da nova família que vai muito além da sua atividade técnica e que é relevante pelo contributo que pode dar a um casal (e seus descendentes) eventualmente vulnerável. Esta função esperada do técnico de saúde demora o seu tempo a ser construída. Por outro lado, estando os cuidados às crianças enraizados em tradições e modos de fazer próprios como, aliás, será sempre o caso, não é de estranhar que possam ser objeto de conflitualização entre pais e profissionais de saúde ou entre pais e outros familiares, ao questionarem referências culturais e familiares que sejam alicerces identitários para os migrantes.

Outro aspeto em que a importância da participação familiar foi realçada foi o caso das doenças prolongadas de maior gravidade. Tal como a respeito da maternidade, encontramos algumas referências de intenção de retorno ao país de origem para as tratar, por exemplo em participantes do Bangladeche e do Nepal. Será mesmo uma prática bastante comum para membros das comunidades chinesas, de acordo com a antropóloga Rodrigues (2018) – investigadora especializada nas comunidades chinesas em Lisboa – a qual também destaca a motivação que o fantasma da morte cria para que os migrantes retornem e se façam rodear pela sua comunidade de origem ou possam aceder a ritos e locais fúnebres da sua referência. De facto, não podemos esquecer que os conceitos de saúde e cura incorporam, também, o conceito de morte (Miller, 1994). No estudo de Alarcão et al. (2016), realizado em Lisboa com migrantes de várias origens, verificou-se que, independentemente da

nacionalidade, a grande maioria dos participantes manifestava o desejo de vir a morrer no país de origem. As relações entre a morte, a migração e o ritual são questões complexas em todas as comunidades e têm vindo a ser amplamente estudadas pela antropologia (Bloch, 2016; Gable, 2016; Mapril, 2016; Panagiotopoulos, 2016; Pina-Cabral, 2016; Rodrigues, 2016, entre outros).

Mas não é só por esse motivo que os doentes retornam. As estratégias conhecidas no país de origem para contrariar as dificuldades do respetivo sistema não estão disponíveis ou são estratégias informais diferentes no país de acolhimento e, portanto, desconhecidas para muitos migrantes, conforme iremos desenvolver no capítulo Processos Mútuos de Exclusão.

Entre os migrantes entrevistados, encontramos diferentes perspetivas. Observámos que enquanto os oriundos da Ásia Meridional e da China tendem a retornar ao país de origem quando se encontram perante doenças graves, as comunidades africanas tendem a permanecer e confiar no sistema de saúde português, ou mesmo até o seu percurso migratório se inicia para aceder a cuidados de saúde em Portugal.

Relativamente à educação também existem questões muito significativas que incluem a adaptação a novos sistemas de ensino, pautados por códigos de conduta e relação diferentes entre professores, alunos e famílias, e linguagens explícitas e implícitas díspares.

Do material colhido, destacamos uma questão que surgiu com frequência e que se prende com a relação triangular entre pais, filhos e escola. Não é raro os filhos que nascem, ou crescem desde cedo em Portugal, ocuparem um lugar de intermediários entre as “conceções de lá” e as “conceções de cá”.

Com efeito, os filhos assumem, frequentemente, um papel até bastante concreto de mediação entre os pais e os serviços, no geral, com destaque para a escola. Pelo maior acesso e maior facilidade em adquirir a língua e os códigos de comunicação portugueses, as crianças acompanham os pais em diversas atividades e fazem a tradução quando necessário.

Uma participante nepalesa e outra bangladechiana mostraram-se bastante agradadas com o multilinguismo dos seus filhos (em ambos os casos falavam a língua-mãe da família, o português e o inglês) e com a constatação de ser possível coexistirem vários idiomas que acompanham o seu

desenvolvimento desde o início. Consideram que se trata de uma vantagem para os filhos. Vimos, também, que não é raro o projeto migratório que passa por Portugal ser temporário, donde a aprendizagem do inglês pode ser particularmente apelativa para algumas famílias, inclusive em detrimento do português.

Por outro lado, o domínio de uma língua diferente da língua dos pais, que nem sempre são fluentes em português – duas mães do Bangladeche mostraram esta preocupação – e até a preferência por uma culinária diferente da dos pais – como partilhou uma delas – são questões que também encontramos. Embora felizes pelo acesso que os filhos têm aos modos de ser e fazer nativos, algumas mães sentem-se, simultaneamente, rejeitadas ou excluídas pelo afastamento que os seus filhos apresentam face à sua cultura e tradições.

Observamos, assim, o quão sensível pode ser este assunto que tem a potencialidade de dar lugar a relações de exclusão e clivagem nas famílias e entre as famílias e o meio ou, por outro lado, de integração e complementaridade.

Gravidez e parentalidade

Quando as práticas de saúde e educação ligadas ao desenvolvimento da criança são muito diferentes lá e cá, as consequências de as instituições não reconhecerem o direito à alteridade das famílias podem ser sérias a ponto de causar conflitos identitários para pais e filhos. Os próprios bebés correm o risco de se virem a tornar estrangeiros para os próprios pais, implicando interrupções ou mudanças na continuidade geracional e perturbando as referências internas e externas da família. Do outro lado, a não inclusão destas crianças acarreta o risco da não-inscrição num país/sistema/comunidade de pertença da exclusão social. Tudo isto são processos que demoram o seu tempo e requerem um encontro e uma construção dialogante.

O encontro entre os elementos sociais e culturais e os elementos familiares e individuais é determinante para a organização psíquica da função parental, possibilitando compreender, preparar e acolher a chegada de um bebé. Em situação migratória, perdem-se alguns dos organizadores socioculturais que conferem sentido à experiência e auxiliam em momentos de incerteza e dificuldade.

Ao reconhecer e aceitar a alteridade das famílias migrantes, os serviços de saúde têm a possibilidade de as apoiar ao nível materno-infantil, desempenhando um papel que noutros países é assumido pela família, pela comunidade ou pelas medicinas tradicionais, conforme já vimos no ponto anterior. Potencia-se, assim, a inclusão das famílias migrantes, oferecendo-lhes acesso a novos modos de pensar e fazer que lhes permitam fazer face aos desafios da migração. É necessário reconhecer e lidar com a alteridade dos migrantes para que eles se possam inscrever nos sistemas de prevenção e de cuidados do país de acolhimento (Moro, 2005). De novo, destaca-se como é fundamental ter em conta as diferenças culturais para evitar cair nas lógicas da uniformização que são altamente perturbadoras para uns e para outros.

Conforme vimos acima, os cuidados ao bebé parecem ser mais medicalizados em Portugal (em relação ao Bangladeche, por exemplo). Este fator, aliado ao enfraquecimento da rede de apoio familiar em virtude da distância, cria alguma pressão sobre os recém-pais para encontrarem mais referências e suporte junto dos prestadores de cuidados de saúde. Além disso, a situação de gravidez, tal como o período pós-natal e toda a idade pediátrica, possibilita um acesso facilitado e gratuito ao SNS, de forma estruturada, com consultas, exames, vacinação e encaminhamentos organizados e marcados pelos profissionais. O conjunto destes aspetos torna a parentalidade num lugar sensível e privilegiado de acesso à saúde, integrando, em potência, as pessoas na linguagem e no funcionamento do SNS. Ter filhos fora do país e do contexto da família de origem parece, assim, constituir um fator de vulnerabilidade, mas também de potencialidade para uma maior autonomia e individuação face aos anteriores sistemas de pertença, pelo menos para alguns migrantes do Bangladeche, conforme ouvimos através do relato de uma mãe, indo no mesmo sentido do que já havia sido observado por Mapril (2011) na sua etnografia com foco nos bangladechianos de Lisboa.

Através dos filhos, os migrantes podem, assim, ter mais oportunidades de acesso aos serviços. Mas também podem apresentar mais queixas porque precisam mais frequentemente do sistema e podem encontrar-se em situação de maior vulnerabilidade se não conseguirem compreender como fazer para aceder a ele. Entre outras preocupações, destacam-se as dificuldades relatadas no acesso a

creches. Por fim, também fomos sensíveis ao facto de que nem todos os migrantes têm conhecimento que têm direito a vacinação gratuita, pelo que nem todos a farão.

Circulação vs. espaços confinados

Um aspeto evidente das narrativas dos entrevistados é o espaço da sua circulação limitado às suas áreas de residência no seio da comunidade ou às áreas dos serviços prestados pela comunidade. Estes espaços de circulação confinados, delimitados, podem levar-nos a várias reflexões, desde as impossibilidades sentidas de pertença ao corpo populacional da cidade, ou das possíveis inadequações de outros tratos e/ou serviços para com estas comunidades, que, por sua vez, obrigam à criação/desenvolvimento de serviços dentro da comunidade direcionados para os indivíduos que a compõem.

A diversidade na oferta de serviços é muito vasta, por exemplo, nas comunidades da ásia meridional e chinesa. Na comunidade chinesa estes serviços desdobram-se em serviços de restauração, cosmética, saúde, religião e educação, e na comunidade da ásia meridional, para além dos serviços de cosmética, restauração e religião, ainda em agências de viagens e mesmo lojas de vestuário. Ambas as comunidades também oferecem pequenos e grandes mercados com equipamentos de cozinha e produtos alimentares próprios de cada região.

Estas redes que permitem manter as comunidades nos mesmos circuitos, promovendo o acesso ao emprego nos próprios serviços e o apoio no acesso aos serviços institucionais, podem constituir um lugar paradoxal: ao mesmo tempo que pode facilitar a inclusão no espaço e serviços da comunidade, incluindo o acesso aos serviços mais institucionais com ajuda de terceiros pertencentes à comunidade, pode ajudar ainda a estancar o lugar de confinamento.

As vivências de estranheza e de desconhecimento, tão mais intensas quanto mais vulneráveis forem as condições psicossociais destes sujeitos, são evidentes nos relatos dos confrontos com os serviços portugueses (centros de saúde, hospitais, CNAIM, etc.), e podem explicar este confinamento da circulação. Por sua vez, quem não fica confinado e quem circula, tem as possibilidades mais abertas de acesso à saúde e educação.

Como possibilidade de abertura desse espaço, é colocada a relação mais alargada que os filhos destes sujeitos têm com os espaços e com as atividades exteriores a partir da escola. Esta via de uma triangulação das relações filhos-escola-comunidade deve ser contemplada como um modo concreto de fazer integrar os sujeitos migrantes no acesso mais facilitado e na apropriação aos diferentes espaços disponíveis da cidade. Por exemplo, uma mulher bangladechiana acredita que as instituições de saúde e de educação têm a potencialidade de ocupar esse lugar de “mediação” entre os alunos e os pais para o acesso às atividades festivas presentes na cidade de Lisboa, dando o exemplo de que na escola do filho estão presentes cerca de 15 nacionalidades diferentes, mas nestas festas da cidade só os portugueses estão presentes. Esta mulher acredita que há uma falta nos dois sentidos: ao mesmo tempo que a comunidade portuguesa não é acolhedora e convidativa suficiente, os migrantes também não se envolvem muito no seio dessa comunidade. Outro aspeto importante para reflexão é o projeto migratório com que cada sujeito ou família parte para Portugal, que pode influenciar a (i)mobilização na imersão plena na cidade e no corpo populacional português. Por outro lado, não devemos deixar de pensar se a cidade de Lisboa é suficientemente ampla e inclusiva, permitindo abranger as diferentes modalidades de projetos migratórios, e convidativa à livre circulação. Parece-nos, também, relevante considerar que pode haver diferentes modalidades de inclusão. Não só os migrantes podem ter uma inclusão bem-sucedida ao circular em espaços partilhados com outros lisboetas, como a podem alcançar circulando em locais especificamente frequentados por outros migrantes com a mesma origem e inclusivamente ser procurados, nesses locais, por nativos ou outros migrantes que os considerem atrativos por fornecerem produtos específicos. A aculturação e a uniformização estão longe de ser o necessário caminho para a inclusão.

Vulnerabilidades à partida

As vulnerabilidades que os migrantes apresentam são uma condição que influencia o sucesso da inclusão no novo país, podendo estas ter a sua raiz em experiências anteriores à migração ou manifestar-se uma vez chegados ao novo país.

No caso da nossa amostra, os dados mostram que os sujeitos que apresentam maiores vulnerabilidades psicossociais apresentam também uma maior dificuldade na inclusão no novo país, o que influencia as suas condições de sobrevivência e sucesso. Constatou-se que, de diferentes formas, as impossibilidades e dificuldades no país de origem acarretam consequências no projeto migratório. Por outro lado, quanto mais o país de origem é olhado como referência e possibilidade, mais facilmente estas pessoas parecem ultrapassar os diferentes obstáculos burocráticos e sociais, inerentes a todo o processo migratório.

Verificamos, através de exemplos opostos, que a procura de riqueza ou de sustento (não só financeiro, mas também de recursos e acesso a melhor qualidade de estudos e de vida) é um mediador relevante nas facilidades e possibilidades em Lisboa. Sem referências nem pontes entre cá e lá, sem ponto comparativo, os desafios tornam-se, cá, mais difíceis de ultrapassar.

Parece, ainda assim, haver fatores que atenuam estas dificuldades, como por exemplo, ter a situação legal regularizada, que parece permitir algum sentido de propriedade e legitimidade em aceder aos serviços. Verificou-se, em algumas entrevistas, que quem refere o sistema de saúde como mais acessível, atribui esta acessibilidade ao facto de terem documentação regularizada o que pode significar que se apropriam de uma maior legitimidade em aceder a estes serviços, apesar de, do ponto de vista legal, tal não ser requerido. Ainda, transparece que a possibilidade de se estar inserido em comunidades, que muitas vezes servem como interlocutoras com o país em que se encontram, potencia o acesso aos serviços de saúde e educação, permitindo-lhe alternativas a situações de exclusão social. Verifica-se que, quanto mais frágeis e precárias são as condições dos países de origem, maior a necessidade de se recorrer à comunidade e mais unida se torna a comunidade.

Em termos individuais, os dados evidenciam que, quanto mais precários os recursos internos, menores as possibilidades de recorrer, inclusivamente, a estas comunidades. Nos casos em que não é feita nenhuma referência a quem se é, ao país nativo, à família ou às origens parecem destacar-se maiores dificuldades de inclusão e acessibilidade no contexto de receção, conforme observamos junto de alguns entrevistados do Brasil, da Índia e do Nepal, que consideram não ter lugar (possível) para

onde regressar. Tanto a origem como o destino tornam-se lugares de impossibilidades. A obrigatoriedade de sucesso do projeto migratório acaba por tornar-se a maior causa de insucesso. Para além disto, as vulnerabilidades vividas pelos migrantes inscrevem-se, como aponta Pussetti et al. (2009), num contexto mais alargado de “exclusão, marginalização social, discriminação e precariedade das condições habitacionais e laborais, entre outros fatores” (p. 36).

A língua enquanto ‘barreira’

Um aspeto que emerge invariavelmente no discurso dos nossos interlocutores é a língua e as dificuldades associadas. A língua constitui um constrangimento na comunicação entre migrantes e nativos, na medida em que, na incapacidade de comunicarem numa língua partilhada, a mensagem e o seu sentido perdem-se nas tentativas de tradução verbal e não verbal. Uma mulher bengali de 31 anos afirma, por exemplo, que os migrantes, por serem novos no país e não terem o domínio da língua, não conseguem expressar bem o seu mal-estar aos médicos. Uma mulher chinesa de 55 anos acrescenta que outra dificuldade é não conseguirem pedir esclarecimentos aos médicos relativamente ao seu estado de saúde. Embora sejam mobilizados alguns esforços para contornar este aspeto, a ideia da língua enquanto ‘barreira’ não se esgota em aspetos funcionais. Com efeito, encerra em si mesma outras significações condensadas. Como evidenciado em investigações anteriores (Centro de Etnopsicologia Clínica, Ispa – Instituto Universitário, in prelo), frequentemente os cursos para a aprendizagem da língua portuguesa disponíveis revelam-se ineficazes devido às metodologias utilizadas que procuram a uniformizar os alunos, privilegiando, por exemplo, a gramática, ao invés de promoverem a inclusão e a conversação entre nativos e migrantes, o que possibilitaria o aumento do domínio da língua. Por outro lado, como refere Rodrigues (2014) para o caso da comunidade chinesa, o facto de alguns migrantes não dominarem a língua inglesa dificulta a sua utilização como língua auxiliar para a aprendizagem e comunicação entre professor e aluno. De qualquer modo, alguns migrantes não procuram aprender a língua do país, como acima mencionado, uma vez que o seu projeto migratório é muitas vezes realizado dentro das próprias comunidades (constituem-se, inclusivamente, redes de trabalho e redes informais de contatos e entajuda para questões de

legalização, habitação, entre outras (Mapril, 2011), não sentindo a necessidade de circulação fora da comunidade, o que motivaria a aprendizagem da língua. Outro fator aqui relevante e também já referido é que os projetos migratórios são muito frequentemente limitados no tempo.

Quando circulam fora da comunidade, designadamente quando surge a necessidade de recorrerem a serviços de saúde ou educação (entre outros), levantam-se dificuldades significativas. As estratégias conhecidas no país de origem para contrariar as dificuldades do respetivo sistema – recorrer a médicos privados para atalhar filas de espera, ir aos médicos conhecidos em quem confiam, as mezinhas, o apoio e conselhos familiares, as medicinas e curas tradicionais – não estão disponíveis ou são estratégias informais diferentes no país de acolhimento e, portanto, ainda desconhecidas para muitos utentes migrantes. Esta falta de familiaridade com o sistema fomenta uma maior vulnerabilidade em caso de doença, sobretudo se o acesso aos canais oficiais for difícil. Assim, independentemente dos riscos que o regresso possa acarretar, quer pela viagem, pelos gastos monetários, ou pela eventual fragilidade do sistema de saúde do país de retorno, esta parece ser uma opção considerada por muitos migrantes.

Processos mútuos de exclusão

Os processos de exclusão são erigidos e perpetuados – por vezes, tacitamente – pelos nativos e pelos migrantes nas suas dinâmicas sociais. Estes processos dificultam a comunicação e ligação entre sujeitos e profissionais, impossibilitando a confluência ou a permuta de saberes e práticas.

Como pudemos observar na temática anterior, a língua representa um destes processos, na medida em que, tal como os profissionais dos serviços não acionam os recursos disponíveis no sentido de possibilitar ou facilitar a comunicação com os migrantes (por exemplo, o Serviço de Tradução Telefónica do CNAIM), estes, em algumas comunidades, não manifestam o desejo de aprender a língua portuguesa.

Com efeito, parece ser vantajoso para muitos migrantes operacionalizar o projeto migratório dentro de comunidades da mesma etnia (embora nem sempre), criando as suas próprias redes e serviços. Esta vantagem tende a circunscrever as pessoas a uma mesma área geográfica e a um mesmo

grupo de sujeitos, o que funciona para estes migrantes e não cria necessidade de uma circulação mais alargada. Esta tendência a operar no interior de grupos restritos dá resposta a fragilidades à partida e confere proteção, oferecendo um lugar de inclusão às pessoas que se encontram sem lugar num novo país. Mas, vimos que nalguns casos também, paradoxalmente, parece manter lógicas de exclusão, fechamento e subalternização, com condições laborais e habitacionais que se mantêm precárias.

Não é só a língua verbal que dificulta o acesso aos serviços. Há uma “língua” do sistema em que é preciso ser-se fluente para aceder aos cuidados de saúde. É necessário compreender códigos que incluem saber se a consulta é para doença aguda, crónica ou se é um check-up, se se está no piso certo da unidade de saúde, com a senha certa, os documentos certos, no horário correto, etc. Este aspeto dá conta de um problema mais alargado que passa por colocar o ónus da mudança e do problema no utente, removendo a responsabilidade do sistema de participar da solução, mas também de ser ajudado. O sistema que não se adapta fica desprovido de recursos e dependente da eventual capacidade dos utentes se adaptarem, o que nem sempre é possível acontecer, acarretando dificuldades e stress também para os profissionais de saúde e educação pela ausência de ferramentas que acaba por constituir uma real incapacidade de fazer face a esta realidade (conforme poderemos ver em 'Narrativas dos Profissionais de Saúde e Educação').

Outra questão que foi destacada é a da regularização pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, que parece permitir uma circulação mais livre e alargada pelos serviços. Todavia, a maior parte dos entrevistados encontrou vários obstáculos na sua prossecução, o que prolongou as impossibilidades à inclusão plena.

Não só o tecido estrutural do território parece favorecer processos de exclusão contra migrantes, como alguns mecanismos de autoproteção das próprias comunidades migrantes correm o risco de participar da reprodução desses processos. Sobretudo se os contextos socioinstitucionais que as incorporam não autorizarem possibilidades alternativas de plena acessibilidade.

Serviços de urgência vs. centros de saúde

Os serviços de urgência e os centros de saúde são representados de modo assaz diferente devido aos procedimentos que o utente tem de empreender até conseguir ajuda médica. Estas representações são influenciadas pelo conhecimento dos modos de proceder, os quais não são muitas vezes claros.

Os serviços de urgência são referidos como eficazes na resolução do mal-estar. O utente procura estes serviços com uma doença aguda e os serviços disponibilizam uma resposta clínica imediata, orientando-o na sua resolução. Os centros de saúde, por seu lado, são procurados em situações clínicas menos graves em que o utente necessita de atender a um conjunto de procedimentos vagos e indefinidos – por exemplo, escolha da especialidade, agendamentos, senhas – de modo a obter ajuda. Esta experiência desconhecida abre espaço para dúvidas, desconfiança na eficácia do tratamento, competência dos técnicos e qualidade dos instrumentos utilizados e, potencialmente, para um sentimento de estranheza. Assim, nos serviços de urgência o utente pode adotar um papel mais passivo face à procura de ajuda médica, no sentido em que é orientado e agido pelos profissionais de saúde, ao passo que nos centros de saúde o utente tem de procurar ativamente a resolução para o seu problema, o que é dificultado pelo desconhecimento sobre os modos de proceder. Como exemplo, uma mulher do Bangladeche afirma que não tinha conhecimento do direito de acesso ao plano nacional de vacinação, algo que valoriza. Embora os serviços de urgência sejam representados de modo mais positivo, é de sublinhar que é nos centros de saúde que existe uma relação mais próxima com os clínicos, quer pela continuidade quer pela abordagem mais holística.

Narrativas dos profissionais

Prestadores de serviços de saúde

Os dados recolhidos junto de profissionais de saúde foram todos provenientes de duas Unidades de Saúde Familiares: USF Almirante (entrevistas a 1 médica, 1 secretária clínica, 1 enfermeira) e USF Baixa (entrevistas a 4 médicos, 1 enfermeiro) e da entrevista a uma psicóloga que presta apoio a várias unidades. Não obtivemos acesso a outros tipos de unidades em virtude quer da pandemia de COVID-

19 como de barreiras burocráticas junto de serviços administrativos da Câmara Municipal de Lisboa e do Centro Hospitalar Lisboa Central, não obstante termos empreendido inúmeras tentativas nesse sentido, ao longo de um período bastante dilatado.

De acordo com as informações prestadas por utentes e profissionais de saúde, uma considerável fatia da população migrante recorre principalmente e em situações agudas e circunscritas a Serviços de Urgência hospitalares (SU) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). São utentes que não têm acesso a médico de família. O acesso a uma USF pressupõe, da parte dos utentes, uma estada mais prolongada no país e, conseqüentemente, a possibilidade de um conhecimento mais diferenciado do sistema e dos códigos sociais, culturais e institucionais, e porventura também da língua portuguesa. Da parte da unidade de saúde pressupõe integrar o indivíduo num sistema de cuidados de saúde (e não só de doença) holístico, centrado na pessoa e sua família e com continuidade no tempo.

Deste modo, os dados que obtivemos não espelham a realidade que encontrarão profissionais de saúde de UCSP e SU, serviços estes onde podemos adivinhar que se verifiquem maiores e mais frequentes dificuldades no atendimento ao utente migrante. Esta suposição é apoiada por vários comentários de migrantes e profissionais de USF que confirmam que a maioria dos migrantes recorre àquelas unidades, sobretudo os recém-chegados a Portugal. Nestes relatos chegam mesmo a surgir denúncias de situações abertamente racistas e xenófobas relativamente ao atendimento por secretários clínicos em UCSPs ou de indisponibilidade de equipas médicas e de enfermagem para se flexibilizarem no sentido de ultrapassar dificuldades linguísticas.

Relativamente aos contextos onde, de facto, tivemos acesso, começamos por destacar uma característica encontrada no terreno, junto dos profissionais de saúde: a dicotomia entre a prática manualizada e a prática focada no indivíduo e seu contexto. No primeiro caso, os profissionais assumem a responsabilidade pela condução do processo e apostam em medidas padronizadas como panfletos em várias línguas ou ações de formação junto das comunidades migrantes, em temas como a alimentação e a parentalidade, por exemplo. É assumido que existe uma só “forma correta de fazer”

– a “nossa forma”, eurocêntrica – ficando os migrantes com a responsabilidade de a ela aderir. Os profissionais de saúde têm o papel de os ensinar e conduzir, veiculando preconceitos que se escondem atrás das chamadas evidências científicas. Do outro lado do espectro, há profissionais que procuram saber quais as práticas das pessoas, na sua diversidade cultural e individualidade pessoal, adequando as recomendações que fazem aos utentes às realidades que encontram em cada caso, num processo partilhado e co-construído. Adaptam-se às populações que vão encontrando no terreno.

Logo de início fica claro que, a par da enorme diversidade existente nas comunidades migrantes, existe uma não menor diversidade de práticas, representações, conceções e soluções por parte dos profissionais de saúde. Constatamos, pois, que quaisquer medidas universalistas, manualizadas, que sirvam para todos, levantarão problemas não só para os utentes como também para os profissionais de saúde. É disto exemplo a adesão terapêutica. Pode ser eficaz apresentar medidas padronizadas que visam a uniformização das práticas. Porém, é relatado que os utentes não cumprem nem se envolvem em situações que não considerem o seu próprio dizer e forma de fazer. Outra questão importante que emergiu prende-se com a comunicação linguística entre profissionais e utentes. A inacessibilidade à língua portuguesa por parte de uma considerável fatia de migrantes foi um fator amplamente destacado pelos profissionais de saúde. Como contornam as dificuldades de comunicação e que estratégias sugerem?

Surgiram várias respostas que passam por soluções que partem dos próprios migrantes, tais como redes informais de apoio que se formam espontaneamente, em que as pessoas que se encontram em Portugal há mais tempo auxiliam os recém-chegados na tradução, ou são acompanhados por familiares que estejam mais familiarizados com o português, em particular crianças que, por frequentarem a escola, podem ter essas competências linguísticas, à utilização de parte a parte de tradutores online através de telemóvel, como gestos de mãos e até desenhos.

Da parte dos profissionais de saúde são mencionadas estratégias como a utilização de panfletos sobre temas específicos, em várias línguas e ações de formação para as comunidades específicas, conforme acima mencionado. Destacam, também, o uso dos tradutores online e de imagens

exemplificativas. Raramente é referido o recurso ao Serviço de Tradução Telefónica do ACM e quando o é, é descrito como pouco eficaz.

Além das soluções acima identificadas, alguns profissionais de saúde indicam sugestões que consideram poder facilitar o trabalho dos profissionais com migrantes e permitindo aos migrantes, por consequência, um acesso à saúde mais pleno. Vários profissionais afirmam que o simples facto de os utentes migrantes serem integrados em USFs e, portanto, terem acesso a médicos de família, seria um passo determinante que poderia fazer uso de recursos que já existem no terreno e que permitem um atendimento mais individualizado, que tem em conta as necessidades específicas das pessoas. Há, também, profissionais que preconizam que as unidades de saúde possam ter recursos de mediação linguístico-cultural. Outra sugestão passa pela articulação com associações que disponibilizem aulas de português, de modo a facilitar o acesso dos migrantes às mesmas. No geral, é reconhecida pelos profissionais a vantagem de se alargar o diálogo com diferentes instituições além das de saúde, com o intuito de promover redes mais eficazes para a inclusão efetiva de migrantes.

O acesso à saúde não se resume, assim, ao mero acesso às instituições e unidades de saúde. Enfermeiros e secretários clínicos parecem ter um entendimento mais alargado dos contextos de vida dos utentes e mencionaram constrangimentos mais amplos que influenciam a qualidade da saúde e o acesso aos cuidados de saúde das comunidades migrantes. Não é possível separar a saúde das condições de habitação, do acesso a recursos variados como alimentação saudável, vestuário adequado ao conforto do próprio, práticas físicas saudáveis a nível de atividade e repouso, do apoio social ou familiar – tão importante na inclusão comunitária, no acesso ao emprego, no acompanhamento a consultas, no cuidado a filhos, etc. – ou da relação com instituições oficiais, entre outros. Sobre este último exemplo, vários relatos deram conta do frequente desconhecimento de profissionais e utentes relativamente aos direitos de acesso às unidades de saúde que estão preconizados para migrantes.

Prestadores de serviços de educação

Os profissionais de educação entrevistados pertencem ao Agrupamento de Escolas Nuno Gonçalves, subdividindo-se entre a EB1 Sampaio Garrido (2 entrevistas a professores de primeiro ciclo e 1 focus group com professores de primeiro ciclo), a Escola Secundária de Dona Luísa de Gusmão (1 entrevista a professor e um focus group com assistentes operacionais) e a EB2,3 de Nuno Gonçalves (entrevistas a 2 membros da direção).

Através dos testemunhos recolhidos, verificamos uma diferença significativa entre as narrativas sobre as práticas educativas e as práticas efetivas, na medida em que é manifesta a clivagem entre o discurso institucional e a prática educativa quotidiana. O discurso institucional assenta em princípios de valorização das diferenças culturais e inclusão, todavia, na prática verificamos a tendência para a uniformização a partir de um padrão ocidental português, o que, com efeito, favorece a desvalorização e a exclusão. Na prática, nem as crianças e jovens se conseguem integrar porque são pressionados para serem outra coisa que não são, nem a escola, na ausência de correspondência dos alunos ao padrão da uniformização, considera as suas características culturais e pessoais. E assim, inadvertidamente, os alunos são mantidos à parte, marginalizados.

No plano das representações sobre os alunos estrangeiros emergem duas atitudes principais por parte dos professores: discursos complacentes em que os alunos são mantidos numa lógica diminuída de nível inferior, sendo vistos como tendo um carácter dócil e frágil; ou são alvos de críticas e exclusões efetivas, uma vez que são representados como sendo um peso, criando instabilidade e agitação, constituindo-se como lesivos ao trabalho dos professores. Tendo como base estas representações, o ónus das dificuldades que se apresentam no trabalho com estas crianças e jovens é posto nas suas (in)capacidades e na barreira linguística. Nestes casos, a escola, por seu lado, não se interpela a fazer diferente ou a adequar metodologias às características e especificidades dos alunos.

Não obstante, a grande maioria dos professores mostrou elevada preocupação e empatia face aos alunos estrangeiros, ainda que revelando, por outro lado, falta de reflexão e práticas diferenciadas sobre como serem mais eficientes com estes alunos. Embora no geral pareçam ser aplicados os

mesmos métodos e técnicas a todos os estudantes (raramente foi explicitado em que consistem os métodos para transmissão do português), foi possível identificar algumas estratégias específicas utilizadas pelos professores, nomeadamente de primeiro ciclo, para trabalhar com alunos migrantes. As mais frequentes foram a utilização do inglês enquanto língua intermédia entre o português e as línguas maternas, e a prática de agrupar as crianças por línguas de origem por forma a que as mais fluentes em português possam ajudar a traduzir para as menos fluentes.

De um modo geral, parece-nos que no espaço escolar raramente é valorizada a língua materna. Há inclusive um aberto desconhecimento de outras línguas e sistemas/grafismos.

A quase totalidade dos professores abordados mantém uma atitude segundo a qual as crianças e jovens estrangeiros não conseguirão alcançar alguns objetivos. A língua funciona como ecrã para a desclassificação dos migrantes, criando-se uma narrativa de condenação a uma vida subordinada, excluída. Este desígnio é, de certo modo, confirmado por várias das comunidades migrantes que, estando elas próprias em situação de exclusão face à escola, por diferentes motivos, estão aceitantes deste destino. Assim, há uma convergência dos dois lados que mantém esta posição.

A partir das entrevistas, apuramos alguns fatores que parecem contribuir para tal: (a) Em várias comunidades oriundas da Ásia Meridional, por exemplo nas comunidades indianas punjabi, é comum as famílias não se envolverem na escola das crianças – o que não é o mesmo que dizer que não se envolvem na sua educação – atribuindo grande deferência ao lugar do professor e esperando dos filhos um comportamento obediente e atento em sala de aula, havendo pouco incentivo a uma postura ativa, participante, a qual pode ser associada a falta de educação. Será este um dos exemplos encontrados entre as comunidades migrantes de Arroios, um entre inúmeros que dão conta da imensurável diversidade de conceções de educação existentes nos diferentes grupos étnico-linguísticos, socioeconómicos e comunitários. (b) Outro aspeto frequente, de carácter bastante diferente, que concorre para o afastamento de algumas famílias da escola e para a aparente passividade de alguns alunos migrantes é a condição socioeconómica e laboral de alguns encarregados de educação que trabalham várias horas diárias, por vezes em turnos, pelo que não conseguem prestar o apoio ao

estudo dos filhos que desejariam ou comparecer a todas as reuniões escolares, entre outros aspetos que limitam o seu conhecimento sobre a realidade escolar dos seus educandos e a possibilidade de se posicionarem face a esta. (c) Algumas das famílias que não têm a sua situação de permanência em Portugal regularizada acabam por se manter na margem, não se envolvendo para minimizar a exposição e assim diminuir o risco percecionado de virem a ter problemas legais. Mesmo no caso de pessoas em situação regular, o receio de se exporem na sua diferença cultural, nomeadamente a nível das práticas parentais, frequentemente criticadas pelas instituições, pode constituir uma barreira a uma participação mais visível. (d) Podemos, ainda, dar o exemplo dos indivíduos cujo percurso migratório não terminou e que preveem ter uma curta estadia em Portugal, motivo pelo qual o investimento na educação em língua portuguesa nem sempre é prioritário.

Tal como vimos para a saúde, a variação de práticas, conceções e formas de aderir à educação é imensa e depende de muitos conjuntos de fatores, desde culturais a referentes às condições de vida. Mais uma vez, observamos um conflito entre a diversidade dos indivíduos no terreno e as práticas uniformizantes das estruturas que os acolhem.

Retomemos a questão da língua portuguesa enquanto obstáculo. Antagonicamente ao que é relatado pela maior parte dos professores, os assistentes operacionais não destacam problemas com a língua. Quando questionados sobre o assunto, mencionam a utilização de recursos informais, como o Google Tradutor e gestos. Embora tenhamos encontrado resquícios de racismo sistémico ao nível das suas crenças, a perceção que estes profissionais têm das crianças e jovens migrantes é de um lugar favorável, não excluído, valorizado. A experiência prática que têm da relação com eles parece ser suficiente para permitir desconstruir quaisquer preconceitos prévios que tivessem.

Colocamos a hipótese de que retirada a pressão sobre as metas de aprendizagem, os profissionais de educação consigam aceder a modos mais interativos e, através da relação, encontrem funções acrescidas para o seu trabalho junto dos alunos migrantes – de apoio à inclusão – que contribuem para que se sintam profissionalmente valorizados.

Frequentemente encontramos referências a como a extensão dos planos curriculares confrange a possibilidade de se estabelecerem diálogos mais ricos em sala de aula, contexto no qual comunicar parece não ser uma prioridade na maioria dos casos. Para além disso, o método ensino-aprendizagem utilizado pela larga maioria dos professores inquiridos – expositivo e inquisitivo – não fomenta o diálogo, uma vez que assenta na transmissão de conhecimentos e requer uma atitude passiva dos alunos. Bem sabemos que esta problemática tem contornos político-institucionais mais amplos, não se circunscrevendo à escola. De qualquer modo, os alunos relatam aprender mais nos espaços informais, com colegas e assistentes operacionais, verificando-se uma diferença significativa e desarticulação entre o que se passa na sala de aula e os espaços mais alargados das escolas, como os recreios. Nestes, há incentivo no apoio dos alunos que estão há mais tempo na escola para ajudar os que chegaram recentemente. É neste espaço mais alargado que se faz uma parte muito substancial e de maior sucesso da inclusão e acesso dos alunos estrangeiros, quer seja em conjunto com outros alunos estrangeiros, com colegas portugueses ou com assistentes operacionais.

As aprendizagens quotidianas parecem, com efeito, ser o principal meio de inclusão, no entanto, não parecem ser valorizadas pela maioria dos professores. A linguagem do quotidiano é habitualmente separada da linguagem académica e não pode, assim, ser utilizada enquanto veículo de acesso à educação.

Seria benéfico constituírem-se pontes entre ambas as linguagens. Neste sentido, destacamos o contributo de um Professor de segundo e terceiro ciclos que tem uma abordagem que privilegia a especificidade individual, potenciando-a no contexto de sala de aula, em detrimento da uniformização dos alunos. De acordo com ele, “é importante pensar o lugar que o quadro cultural e subjetivo dos alunos estrangeiros ocupa no espaço escolar a três níveis: (1) Quando uma criança ou jovem vem para Portugal o seu projeto migratório pode ter várias configurações, podendo ser estável, voluntário, forçado, etc.; (2) Quando entra na escola, traz noções do que é um sistema de ensino virtualmente muito diferente do que encontra cá e há um tempo de compreensão e adaptação que varia; (3) Por outro lado, e de particular importância, são as características individuais e idiossincráticas da história

e personalidade do aluno.” A partir deste quadro, o Professor desenvolve várias estratégias de ensino-aprendizagem, das quais destacamos: (a) Recriar estratégias de aprendizagem, ensino e avaliação específicas e diferenciadas para estes alunos; (b) O trabalho autónomo em sala de aula, em pequenos grupos de alunos heterogéneos, criando-se várias dinâmicas de grupo participativas; (c) Organização do espaço da sala de aula de forma cuidadosa e diversificada; (d) A utilização das tecnologias; (e) A utilização das experiências vividas e interesses dos alunos numa co-construção das aprendizagens; (f) O recurso à língua portuguesa enquanto veículo de comunicação e partilha e não fim em si mesma; (g) A transdisciplinaridade; (h) O trabalho em equipa com outros professores, com objetivos para cada aluno, individualmente.

Conclusões

Discussão

Quer nos contextos educativos quer na saúde encontramos uma dicotomia entre uniformização e individualização que encerra tanto problemas como potencialidades semelhantes. A perspetiva uniformizante parece assentar numa necessidade de gestão de recursos limitados e numa lógica padronizada, igualizando-se as práticas utilizadas para todos os sujeitos. O migrante é aqui percebido como igual ao não migrante, independentemente da sua cultura, pertença etnolinguística, contexto socioeconómico e história. Esta lógica favorece estratégias indiscriminadas e homogeneizantes, pressionando os migrantes a corresponder a um padrão massificado, o que conduz a inclusão ao insucesso, por excluir os atributos individuais que ficam nas margens. A necessidade de uniformização dos pacientes e alunos está na base de muitos comportamentos desadequados das instituições, o que dá conta de um problema mais alargado de falta de recursos e preparação formativa dos profissionais.

A perspetiva individualizante, por seu lado, embora solicite um envolvimento mais comprometido dos profissionais quanto à procura de ir ao encontro do Outro e ao questionamento quanto a que recursos utilizar e como os utilizar – e, porventura, resida aí o ponto nodal do problema –, parece conduzir a melhores resultados.

Conforme pudemos observar a partir das entrevistas a migrantes, parece-nos que o sucesso da inclusão e acesso a serviços decorre em grande medida da capacidade das pessoas se apropriarem das novas práticas a partir do seu próprio quadro de referências. O mesmo acontece com a aprendizagem do português. Este quadro encontra-se profundamente alicerçado nas referências étnico-culturais de pertença.

São disto exemplo, as redes comunitárias espontâneas que têm um papel central no acesso quer à saúde quer à educação. É pela entreaajuda que os sujeitos conseguem aceder ao centro de saúde ou adaptar-se à escola. As associações locais, como é o exemplo de uma associação da comunidade do Bangladesh que foi referida por uma profissional de saúde, ajudam e facilitam a entrada dos sujeitos

no sistema de saúde e/ou educação, explicando quais os procedimentos a empreender ou disponibilizando recursos (tradutores, etc.). Todavia, por vezes, estas estratégias são vistas como inoportunas ou irrelevantes por parte dos serviços.

É possível concluir que a parte mais substancial da adaptação ao contexto e serviços portugueses corresponde a um processo informal que se encontra a cargo dos próprios migrantes. Constatamos, também, que alguns profissionais estão conscientes desta dinâmica pelo que sugerem, precisamente, a promoção de pontes entre as comunidades locais e as unidades de saúde e educação.

No caso específico da língua, foi sugerido o desenvolvimento de um trabalho com os utentes de saúde e encarregados de educação dos alunos das escolas, com a participação de associações locais, no sentido de ampliar a oferta formativa para a aprendizagem da língua portuguesa.

Ainda sobre as questões linguísticas, ficou claro que quaisquer abordagens que não contemplem a dimensão comunicacional e interpessoal da língua não oferecem soluções eficazes. As línguas não constituem uma finalidade em si mesmas, mas sim um meio de relação e, portanto, a utilização isolada de estratégias como o ensino de gramática e o foco na aquisição de vocabulário, a tradução através de panfletos ou a intermediação com a língua inglesa, ou ainda o seu oposto – “a imersão na língua portuguesa” – sobrepõem-se à verdadeira possibilidade de comunicação. A língua utilizada enquanto meio para aceder a uma finalidade, como seja o acesso aos serviços locais ou interações em recreios no espaço escolar, por exemplo, parece ser adquirida mais rapidamente, conforme anteriormente explicado. O processo de des-subjetivação da língua e sua descontextualização da relação é a estratégia de ensino oficial mais implementada e constitui um obstáculo à aquisição plena do português. Levantamos a hipótese de que o assunto da língua é a manifestação mais visível de uma dimensão mais profunda, enraizada em dois problemas fundamentais: os resquícios de racismo e colonialismo sistémicos que obstaculizam a possibilidade de se tolerar a diferença no seio da relação; a falta de recursos efetiva e imaginada a partir de uma história portuguesa pautada por privações económicas.

Por último, resta-nos destacar que encontramos profissionais dedicados no apoio aos utentes migrantes em todos os diálogos que levámos a cabo – entrevistas e grupos focais na saúde e na educação. Todos eles evidenciaram empatia, investimento e empenho, parecendo, efetivamente, fazer o melhor que sabem e conseguem. O maior obstáculo, excetuando algumas situações referidas, não será necessariamente a falta de competência e empatia dos profissionais, mas sim a parcialização do sistema. Seja a separação da língua nas suas componentes, como acabámos de ver, a separação dos profissionais em categorias pouco comunicantes, a falta de integração entre estratégias formais e informais e a separação entre usuários dos serviços e prestadores de serviços. Não rara foi a sugestão por parte de utentes e profissionais de aproximação entre estes polos.

Propostas

Consideramos, assim, ser importante trazer ao conhecimento partilhado de todos as estratégias, as experiências e as soluções de uns e de outros. Não se pretende a criação de um protocolo partilhado que veicule práticas de uniformização, uma vez que tal não é possível nem benéfico, dada a complexidade e diversidade dos profissionais e migrantes, e também não é desejável. Propomos, sim, a criação de dinâmicas de reflexão e co-construção participadas por todos, onde as práticas possam ser debatidas conjuntamente por todos os intervenientes, profissionais de todas as funções, migrantes, associações de migrantes e redes informais locais identificadas. O objetivo não seria necessariamente introduzir novas dinâmicas, mas fomentar sinergias e potenciar a utilização do conhecimento já existente que os sujeitos têm sobre as suas próprias necessidades e respostas que pretendem alcançar, a partir da sua autodeterminação, promovendo a sua autonomia e assim desenvolvendo melhores oportunidades para uma mudança efetiva e em continuidade (ver, por exemplo, Apgar et al., 2016; García-Ramírez et al., 2014; Horner, 2016; Koss et al., 2017; Martin et al., 2022; Peralta & Murphy, 2016; Sewpaul et al., 2014).

Limitações e estudos futuros

Parece-nos importante realçar as particularidades do contexto pandémico e a sua influência no acesso aos serviços de saúde e educação. Embora tendo afetado negativamente todos os cidadãos, o

impacto da pandemia de COVID-19 e respetivas medidas de mitigação terá provavelmente sido mais negativo sobre as comunidades migrantes, em particular sobre aqueles chegados a Portugal mais recentemente e sobre aqueles que estão em situações de vulnerabilidade.

Os planos de contingência prejudicaram o acesso dos cidadãos estrangeiros quer aos serviços de saúde, quer de educação. As teleconsultas e as aulas online acrescentaram dificuldades na comunicação e bloquearam algumas das estratégias habitualmente usadas para ultrapassar desencontros linguísticos. A impossibilidade de utilização plena dos espaços informais, como recreios, salas de espera e ruas dos bairros – onde vimos serem locais privilegiados de inclusão – agudizou problemas e desigualdades previamente existentes.

O próprio trabalho do CEC foi fortemente condicionado. Fomos impossibilitados de continuar a recolha de dados dentro dos prazos determinados e o projeto viu-se terminado sem que pudesse ter sido executado na sua totalidade. Os planos de contingência determinaram limitações no nosso acesso aos contextos de saúde e educação. Inicialmente, estavam presentes outros objetivos que não puderam, assim, ser prosseguidos. Eram eles: (a) contribuir para a capacitação dos agentes envolvidos através do desenvolvimento da sensibilidade e competência cultural e da melhoria das condições psicossociais do seu contexto de trabalho, providenciando ferramentas para lidarem com as dificuldades suscitadas pela multiculturalidade e respetivos desafios, bem como para tirarem melhor proveito da riqueza possibilitada por essa realidade; (b) desconstruir tensões entre profissionais e utentes; (c) promover a comunicação instituições-comunidade; e (d) promover o envolvimento das populações migrantes na criação de respostas aos constrangimentos por si encontrados. Estava previsto este projeto decorrer em três fases, das quais apenas a primeira foi cumprida, de forma incompleta. Sugerimos uma tal investigação-ação, em estudos futuros, que prossiga os objetivos acima descritos através de metodologias participativas de co-construção de medidas.

A par das constringências do contexto pandémico, estiveram presentes desde o início da implementação do projeto outras dificuldades no nosso acesso às instituições de ensino e saúde. Começando pela elevada morosidade e complexidade das necessárias autorizações à investigação,

passando pelos tempos de resposta muitos dilatados aos pedidos de colaboração, até ausência total resposta por parte de algumas unidades, e terminando com uma geral indisponibilidade para um envolvimento no projeto mais completo. Estudos sobre o acesso à saúde e educação que se debruçam sobre dimensões sistémico-institucionais e burocráticas serão úteis para a compreensão deste tipo de fenómeno.

As próprias equipas da Câmara Municipal de Lisboa que nos solicitaram o projeto não prestaram apoio à comunicação com as entidades de saúde e educação, conforme inicialmente acordado. Nem disponibilizaram outro tipo de orientação. Mesmo a comunicação telefónica com aquelas equipas foi difícil.

Apenas tivemos acesso a Unidades de Saúde Familiares (USF), não obstante termos empreendido inúmeras tentativas de abordagem a Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Serviços de Urgência Hospitalar (SU), ao longo de um período de aproximadamente dois anos. Tal como mencionado, dadas as características de acessibilidade destes dispositivos, uma considerável fatia da população migrante recorre principalmente a unidades de tipo SU e UCSP. Deste modo, os dados que obtivemos não espelham a perspetiva e a experiência de muitos profissionais de saúde que servem as populações do território estudado. Ademais, conforme também referido em 'Resultados', salientamos a necessidade de se conhecer estas realidades em face das denúncias de episódios de violência. Investigações futuras sobre este tipo de unidades em particular e também, de forma mais específica, sobre os contextos em que ocorre o racismo institucional, serão relevantes e urgentes.

Também do lado dos serviços de educação encontramos tempos muito alargados de espera. Num dos casos, numa escola onde a aceitação aos migrantes se revelou mais limitada, deixou mesmo de haver resposta sobre a continuidade da investigação que estava prevista e previamente acordada com a escola.

Com efeito, levantamos a hipótese de que a maioria dos dados aos quais tivemos acesso serão provenientes de profissionais sensíveis à multiculturalidade que, por esse motivo, mostraram maior

disponibilidade e interesse em participar no estudo. Ficam por investigar os casos relevantes aos quais, quase simbolicamente, não tivemos acesso... para poder estudar o acesso dos migrantes.

Referências

- Alarcão, V., Lopes, V., Leão Miranda, F., & Simões, R. (2016). Viver a morte em Portugal: Atitudes de portugueses e diferentes grupos de imigrantes face à morte. In C. Saraiva, S. Frangella, & I. Rodrigues (Eds.), *Movimentos, espíritos e rituais: Gestões da morte em cenários transnacionais* (pp. 173-205). ICS-UL.
- Apgar, M. J., Mustonen, T., Lovera, S., & Lovera, M. (2016). Moving beyond co-construction of knowledge to enable self-determination. *IDS Bulletin*, 47(6), 55-72. <https://doi.org/10.19088/1968-2016.199>
- Barglowski, K. (2019). Migrants' class and parenting: The role of cultural capital in migrants' inequalities in education. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 45(11), 1970-1987. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2018.1476130>
- Barnard, A., & Spencer, J. B. (1997). *Encyclopedia of social and cultural anthropology*. Routledge.
- Bernard, H. R. (2011). *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches*. Rowman Altamira.
- Bloch, M. (2016). A morte e o que se lhe segue: A imobilização dos mortos e a migração. In C. Saraiva, S. Frangella, & I. Rodrigues (Eds.), *Movimentos, espíritos e rituais: Gestões da morte em cenários transnacionais* (pp. 37-51). ICS-UL.
- Carballo, M. M., Divino, J. A., & Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine & International Health*, 3(12), 936-944. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.1998.00337.x>
- Centro de EtnoPsicologia Clínica. (in prelo). *Relatório inclusiva: Escola para a co-participação*.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43-63. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x>
- Davies, C. A. (2008). *Reflexive ethnography: A guide to researching selves and others* (2nd ed.). Routledge.

- de Paola, M., & Brunello, G. (2016). *Education as a tool for the economic integration of migrants*. IZA Discussion Paper No. 9836. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2757926>
- Dias, S. F., Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M., & Martins, M. D. R. (2018). *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes*. Observatório das Migrações, ACM, I.P.
- Dias, S. F., & Rocha, C. F. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: Um estudo qualitativo*. Observatório da Imigração, ACIDI, I.P.
- Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, 8(207). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-207>
- Elliott, H., Ryan, J., & Hollway, W. (2012). Research encounters, reflexivity and supervision. *International Journal of Social Research Methodology*, 15(5), 433-444. <https://doi.org/10.1080/13645579.2011.610157>
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (2011). *Writing ethnographic fieldnotes* (2nd ed.). University of Chicago Press.
- Fennelly, K. (2004). Listening to the experts: Provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. *Journal of Cultural Diversity*, 13(4), 190-201.
- Fonseca, M., Esteves, A., McGarrigle, J., & Silva, S. (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: Uma perspectiva geográfica e política. *Migrações*, 1, 27-52.
- Fonseca, M. L., & Silva, S. (2010). *Saúde e imigração: Utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça*. Observatório das Migrações, ACM, I.P.
- Gabinete de Apoio aos Bairros de Intervenção Prioritária. (2017). *PDL, Estratégia territorial de desenvolvimento social | Pena – Anjos – Almirante Reis*. Gabinete de Apoio aos Bairros de Intervenção Prioritária.
- Gable, E. (2016). Corpos em falta e pertença entre os Manjaco: Ou o passado e o futuro de alguns costumes funerários no contexto do cosmopolitismo. In C. Saraiva, S. Frangella, & I. Rodrigues

(Eds.), *Movimentos, espíritos e rituais: Gestões da morte em cenários transnacionais* (pp. 71-86).

ICS-UL.

García-Ramírez, M., Balcázar, F., & De Freitas, C. (2014). Community psychology contributions to the study of social inequalities, well-being and social justice. *Psychosocial Intervention*, 23(2), 79-81.

<https://doi.org/10.1016/j.psi.2014.07.009>

Gésero, P. (2014). *Configuração da paisagem urbana pelos grupos imigrantes: O Martim Moniz no Migrantscape de Lisboa*. Observatório das Migrações, ACM, I.P.

Giménez Romero, C. (2010). *Interculturalidade e mediação. Cadernos de apoio à formação*. Observatório das Migrações, ACM, I.P.

Guerra, R., Rodrigues, R. B., Carmona, M., Barreiros, J., Aguiar, C., Alexandre, J., & Costa-Lopes, R. (2019). *Inclusão e desempenho académico de crianças e jovens imigrantes: O papel das dinâmicas de aculturação*. Observatório das Migrações, ACM, I.P.

Halton, W. (2019). Some unconscious aspects of organisational life: Contributions from psychoanalysis. In A. Obholzer & V. Z. Roberts (Eds.), *The unconscious at work. A Tavistock approach to making sense of organizational Life* (pp. 12-20). Routledge.

Hinshelwood, R. D., & Skogstad, W. (2000). *Observing organisations: Anxiety, defence and culture in health care*. Routledge.

Hollway, W. (2001). The psycho-social subject in "evidence-based practice". *Journal of Social Work Practice*, 15(1), 9-22. <https://doi.org/10.1080/02650530120041975>

Hollway, W. (2004). Psycho-social research. Editorial. *International Journal of Critical Psychology*, 10. Lawrence and Wishart.

Hollway, W. (2008). The importance of relational thinking in the practice of psycho-social research: Ontology, epistemology, methodology and ethics. In S. Clarke, P. Hoggett, & H. Hahn (Eds.), *Object relations and social relations: The implications of the relational turn in psychoanalysis. Exploring psycho-social studies* (pp. 137-162). Karnac.

- Hollway, W., & Jefferson, T. (2000). *Doing qualitative research differently. Free association, narrative and the interview method*. Sage.
- Horner, L. K. (2016). *Co-constructing research: A critical literature review*. Arts and Humanities Research Council AHRC. <https://connected-communities.org/wpcontent/uploads/2016/04/16019-Co-constructing-Research-Lit-Review-dev-06.pdf>
- Hortas, M. J. (2013). *Educação e imigração: A integração dos alunos imigrantes nas escolas do ensino básico do centro histórico de Lisboa*. Observatório da Imigração, ACIDI, I.P.
- Hortas, M. J., Martins, C., & Santos, P. (2014). Escola, comunidade e território: Dinâmicas educativas locais na integração de populações imigrantes na área metropolitana de Lisboa. *Interações*, 10(29). <https://doi.org/10.25755/int.3920>
- Koss, M. P., White, J. W., & Lopez, E. C. (2017). Victim voice in reenvisioning responses to sexual and physical violence nationally and internationally. *American Psychologist*, 72(9), 1019-1030. <https://doi.org/10.1037/amp0000233>
- Machado, I. (2007). *Reflexões sobre as identidades brasileiras em Portugal*. In J. M. Malheiros (Ed.), *Imigração brasileira em Portugal*. Observatório da Imigração, ACIDI, I.P.
- Machado, M. D. C., Santana, P., Carreiro, M. H., Nogueira, H., Barroso, M. R., & Dias, A. (2006). *Iguais ou diferentes?: Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Bial.
- Mapril, J. (2010). Banglapara: Imigração, negócios e (in)formalidades em Lisboa. *Etnográfica*, 14(2), 243-263. <https://doi.org/10.4000/etnografica.284>
- Mapril, J. (2011). *Islão e transnacionalismo: Uma etnografia entre Portugal e o Bangladeche*. ICS- Imprensa de Ciências Sociais.
- Mapril, J. (2016). Pessoa, morte e género entre Lisboa e Dhaka. In C. Saraiva, S. Frangella, & I. Rodrigues (Eds.), *Movimentos, espíritos e rituais: Gestões da morte em cenários transnacionais* (pp. 129-149). ICS-UL.
- Marshall, C., & Rossman, G.B. (2016). *Designing qualitative research* (6th ed.). Sage.

- Martin, L. J., Hill, V., Maples, C., Baker, T., Elshaer, S., & Butsch Kovacic, M. (2022). Shared purpose: Leveraging a community-academic partnership to increase local environmental health awareness via community science. *Journal of Participatory Research Methods*, 3(3, Youth-themed Special Issue). <https://doi.org/10.35844/001c.38475>
- Matos, I. C., Alarcão, V., Lopes, E., Oiko, C., & Carreira, M. (2015). *Estudo SAIMI – Saúde e acesso aos serviços de saúde dos imigrantes do subcontinente indiano em Lisboa: Que recomendações para cuidados de saúde equitativos e culturalmente adaptados?. Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 164-176.
- Mendes, M. M., Oliveira, N., Mapril, J., Magalhães, A., Tomás, A., & Gomes, H. V. (2020). *Diversidades, espaço e migrações na cidade empreendedora*. Observatório das Migrações, ACM, I.P.
- Miller, J. (1994). Paradox, process, and mystery: An exploration of anthropology and healing. *Arizona Anthropologist*, 11, 1-29.
- Moro, M. R. (2005). Os ingredientes da parentalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(2), 258-273. <https://doi.org/10.1590/1415-47142005002005>
- Oliveira, N. (2017). Do multiculturalismo ao interculturalismo. Um novo modo de incorporação da diversidade cultural?. *Revista Ambivalências*, 5(9), 10-35. <https://doi.org/10.21665/2318-3888.v5n9p10-35>
- Padilla, B., Azevedo, J. E., & Olmos-Alcaraz, A. (2014). Superdiversity and conviviality: Exploring frameworks for doing ethnography in Southern European intercultural cities. *Ethnic and Racial Studies*, 38(4), 621-635. <https://doi.org/10.1080/01419870.2015.980294>
- Panagiotopoulos, A. (2016). A morte em movimento: Uma abordagem teórica sobre a morte e suas possíveis implicações em contextos transnacionais. In C. Saraiva, S. Frangella, & I. Rodrigues (Eds.), *Movimentos, espíritos e rituais: Gestões da morte em cenários transnacionais* (pp. 51-71). ICS-UL.
- Peiro, M. J., & Benedict, R. (2009). *Migration health: Better health for all in Europe*. International Organization for Migration.

- Peralta, K. J., & Murphy, J. W. (2016). Community-based participatory research and the co-construction of community knowledge. *The Qualitative Report*, 21(9), 1713-1726. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2016.2526>
- Pina-Cabral, J. (2016). Prefácio. In C. Saraiva, S. Frangella, & I. Rodrigues (Eds.), *Movimentos, espíritos e rituais: Gestões da morte em cenários transnacionais* (pp. 23-30). ICS-UL.
- Pussetti, C. (2010). Ethnographies of new clinical encounters. Immigrant's emotional struggles and transcultural psychiatry in Portugal. *Etnográfica*, 14(1), 115-133. <https://doi.org/10.4000/etnografica.174>
- Pussetti, C., Ferreira, J. F., Lechner, E., & Santinho, C. (2009). *Migrantes e saúde mental, a construção da competência cultural*. Observatório da Imigração de Portugal, ACM, I.P.
- Pussetti, C., Moleiro, C., Olivença, S., Santinho, C., Santos, J., & Vacchiano, F. (2012). A comparison of health service accessibility for immigrants among European countries in the T-Share project. *Porta di Massa/Laboratorio Autogestito di Filosofia Epistemologia e Scienze Politico-Sociali, Special Issue*, 15-20.
- Ridley, A. (2021). *The precarious endurance of multiculturalism: Comparing policy approaches in Sweden, the UK, the Netherlands and South Australia*. Flinders University, College of Medicine and Public Health.
- Roberts, V. Z. (2019). The self-assigned impossible task. In A. Obholzer & V. Z. Roberts (Eds.), *The unconscious at work. A Tavistock approach to making sense of organizational life* (pp. 127-135). Routledge.
- Rodrigues, I. (2014). Ting bu dong: A língua como barreira simbólica para os migrantes chineses em Portugal / Estudos e documentos. In R. Carneiro & G. Martins (Eds.), *China e Portugal: Cinco séculos de relacionamento: Uma leitura académica* (pp. 117-127). Universidade Católica Portuguesa, CEPCEP – Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.
- Rodrigues, I. (2016). «As folhas caídas regressam às raízes»: A invisibilidade da morte e a ideia de «casa» na política de enterro da migração chinesa. In C. Saraiva, S. Frangella, & I. Rodrigues

(Eds.), *Movimentos, espíritos e rituais: Gestões da morte em cenários transnacionais* (pp. 87-105). ICS-UL.

Rodrigues, I. (2018) Migration and social aspirations: Chinese cosmopolitanism in Wenzhou region (China). *Urban Science*, 2(2), 32. <https://doi.org/10.3390/urbansci2020032>

Sajek, R. (1990). *Fieldnotes: The makings of anthropology*. Cornell University Press.

Santinho, C. (2012). A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Forum Sociológico*, 22(1), 73-81. <https://doi.org/10.4000/sociologico.594>

Seixas, J., Magalhães, A., & Costa, P. (2013). Os tempos novos do centro histórico de Lisboa. In J. A. R. Fernandes & M. E. Sposito (Orgs.), *A nova vida do velho centro nas cidades portuguesas e brasileiras*. CEGOT – Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Sewpaul, V., Østhus, I., & Mhone, C. (2014). Power and participation in community work research and practice. In A. K. Larsen, V. Sewpaul, & G. O. Hole (Eds.), *Participation in community work: International perspectives*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203075968>

Sholten, P. (2013). The Dutch Multicultural Myth. In R. Taras (Ed.), *Challenging multiculturalism european models of diversity* (pp. 97-119). Edinburgh University Press.

Skeggs, B. (1997). *Formations of class and gender*. Sage.

Vieira, C. (1994). Um bairro em recuperação: A Mouraria de Lisboa. *Ler História*, 26. Edições Fim de Século.