



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**FALA FREGUÊS! (RE)PENSAR O DESIGN
ENQUANTO FERRAMENTA DE INTEGRAÇÃO
SOCIAL:**

O caso do acesso de migrantes aos cuidados de saúde

Luís Maria Gorjão Henriques Albuquerque d'Orey

Dissertação

Mestrado em Design para a Sustentabilidade

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor João Morais Mourato e pela Prof.^a Doutora Auxiliar

Convidada Carla Paoliello de Lucena Carvalho

2024

DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Eu, Luís Maria Gorjão Henriques Albuquerque d'Orey, declaro que a presente dissertação de mestrado, intitulada “Fala Freguês! (Re)Pensar o design enquanto ferramenta de integração social: o caso do acesso de migrantes aos cuidados de saúde”, é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas na bibliografia ou outras listagens de fontes documentais, tal como todas as citações, diretas ou indiretas, têm devida indicação ao longo do trabalho, segundo as normas académicas.

O Candidato

Lisboa, 27 de setembro de 2024

RESUMO

Com uma população imigrante cada vez mais diversificada e proveniente de culturas muito distintas da nossa, Portugal enfrenta atualmente o desafio de se adaptar a esta nova conjuntura e integrar de forma justa e sustentável os seus novos habitantes. É essencial que esta adaptação atenda, antes de mais, às necessidades básicas desta população, com particular destaque para a saúde. Contudo, as barreiras linguísticas entre provedores e utilizadores dificultam o pleno acesso aos serviços de saúde por parte destas comunidades. Esta investigação propõe explorar o contributo do Design Centrado no Humano enquanto ferramenta de auscultação, avaliando, por meio de questionários, quais as ferramentas comunicacionais e procedimentos mais utilizados e nível de satisfação respetivo, tanto dos profissionais de saúde quanto dos utentes que não dominam a língua portuguesa. Os resultados obtidos apontam para um cenário negativo no que diz respeito à satisfação geral, revelando limitações significativas do Serviço Nacional de Saúde na capacidade de mitigar os entraves linguísticos enfrentados no acesso das comunidades migrantes de língua não portuguesa aos serviços de saúde em Portugal. A investigação termina com o delinear de um conjunto de recomendações gerais com vista ao mitigar, dentro do possível, o quadro negativo diagnosticado.

Palavras-Chave: Imigração; Acesso aos cuidados de saúde, Barreira linguística; Design Centrado no Humano

ABSTRACT

With an increasingly diverse immigrant population from cultures very different from our own, Portugal is currently facing the challenge of adapting to this new situation and integrating its new inhabitants in a fair and sustainable way. It is essential that this adaptation addresses, first and foremost, the basic needs of this population, with particular emphasis on health. However, language barriers between providers and users make it difficult for these communities to fully access health services. This research aims to explore the contribution of Human Centred Design as a consultation tool, assessing, through questionnaires, which communication tools and procedures are most used and the level of satisfaction of both health professionals and users who do not speak Portuguese. The results point to a negative scenario in terms of overall satisfaction, revealing significant limitations in the National Health Service's ability to mitigate the linguistic barriers faced by non-Portuguese-speaking migrant communities when accessing health services in Portugal. The research concludes by outlining a set of general recommendations aimed at mitigating, as far as possible, the negative picture diagnosed.

Keywords: Immigration; Healthcare access; Language barriers; Human Centered Design

AGRADECIMENTOS e DEDICATÓRIAS

Quero agradecer a todos os que, de uma forma ou de outra, me ajudaram a navegar este percurso de uma forma mais simpática. Em particular: Ao Euprémio, ao Ricardo do SPEAK; e ao pessoal da Associação Renovar a Mouraria - Maria João, João Páscoa dos Santos; entre outros - pelas conversas que me ajudaram a chegar ao meu tema central. Ao Rana - pelo café (pela água das pedras) e pela conversa sobre a comunidade do Bangladeche. Ao Farid - que foi sempre cinco estrelas, disponibilizando-se para traduzir os questionários pro bono. Às pessoas que encontrei ao longo do desenvolvimento desta dissertação e que me deram forças e motivação para continuar - Hannah; Margarita; Rob e Ashfak. À minha grande amiga Marta - pela ajuda incansável com a análise dos questionários. Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus orientadores, Carla e João - que fizeram os possíveis para disponibilizar bolhas de ar puro nos momentos em que me afogava em dúvidas.

Dedico às minhas amigas e aos meus amigos:

Às Raparigas para o meu Raparigo - Mafe, Esteh, Rachie, Ve, Mi e Trincão – e ao Nico, ao Miguelito e à Zisa. Fosse para partilhas, conselhos, sermões, festas temáticas, danças, choradeiras, aventuras. Pude contar com todas em várias alturas do meu percurso do mestrado e não podia ter sido mais sortudo. Aos meus amigos Valentin e Mono que, sendo meus (ex-)/chefes, que me marcaram pelo seu exemplo inigualável de liderança, juntando o trabalho, à paciência, ao apoio, à compaixão e à capacidade de horizontalidade. Aos amigos ramerrameiros - Kami; Raquititi; Joãoçalo Serrabulheiro; *Corporativa Koosp* (Pedroka, Antosgnio, Kristignia, Mike Norberto Castro Cardoso, Joana de Sá, Vasco, Charlyng, Filipinho Cardosão). Aos amigos de longa data - Migas Piras; Guizocas; Marta; Ju; Totty; Bruno; Artur; Jonida. Todos eles, nestes últimos dois anos, esperaram pacientemente por dias menos atribulados, em que estivesse mais disponível, não deixando, no entanto, de ser uma grande cota parte participativa da minha sanidade mental e estabilidade emocional.

Dedico à minha família:

Aos primos Johnny, Laura, Pico, Bitas, Vicente, Edu e Kiko, acima de tudo pela sua amizade. À querida madrinha Joana e à tia querida do coração Baquica que se dispuseram sempre a ajudar com o que fosse necessário e, além de serem duas grandes fontes de inspiração para as minhas motivações sociais, sempre abastadas de ternura. Ao tio Mário que nunca me deixou a escrever este trabalho à capela, ferrando melodias sem fim no meio dos parágrafos escritos no Penedo. Ao Penedo pelo seu ar revitalizador. Aos meus irmãos: à Nhoki pela sua paciência a lidar com uma lula ansiosa em casa e ao Duarte e à Margarida, que me deram a maior das alegrias e motivações, a Maria da Assunção, e que dominaram a arte de perguntar ‘Como está a tese?’, tendo sempre a sensibilidade de saber quando e como o fazer.

E claro, aos meus pais, Teresa e Diogo, e às minhas avós, Ingrid e Teresa, que do início ao fim demonstraram o seu apoio incondicional de várias formas, as minhas avós com a sua curiosidade e empatia, e os meus pais com os seus conhecimentos e as suas sugestões invariavelmente acertadas, respeitando sempre os meus tempos e vontades.

Este trabalho é para todos vós, o meu mais sincero obrigado.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA.....	1
1.2. OBJETIVOS.....	3
1.3. HIPÓTESE e QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	3
1.4. METODOLOGIA e ESTRUTURA da INVESTIGAÇÃO.....	4
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1. MIGRAÇÃO	8
2.2. INTEGRAÇÃO	14
2.2.1. Integração em Portugal.....	21
2.2.2. A Comunidade do Bangladeche em Portugal.....	24
2.3. SAÚDE: INDICADOR e MEIO para a INTEGRAÇÃO.....	27
2.3.1. O acesso de estrangeiros ao SNS.....	30
2.4. DOMÍNIO da LÍNGUA: FACILITADOR da INTEGRAÇÃO.....	32
2.4.1. Entraves e Agilizadores	34
2.5. MÉTODOS e FERRAMENTAS de DESIGN	39
3. MATERIAL E ANÁLISE DE QUESTIONÁRIOS	44
3.1. A COMUNIDADE DO BANGLADECHE	44
3.2. OS FUNCIONÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	45
3.3. ANÁLISE do QUESTIONÁRIO BNG.....	47
3.4. ANÁLISE do QUESTIONÁRIO SNS	50
4. NARRATIVAS	54
4.1. NARRATIVA I	54
4.2. NARRATIVA II.....	55
4.3. NARRATIVA III.....	57
5. CONCLUSÕES.....	59
6. REFERÊNCIAS	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Metodologia Fala Freguês.....	4
Figura 2: Motivos para Escolher Portugal.....	13
Figura 3: Enquadramento Conceptual das Principais Áreas de Integração.....	15
Figura 4: População do Bangladeche com Estatuto Legal de Residente em Portugal ...	25
Figura 5: Modelo do Duplo Diamante.....	40
Figura 6: O Processo de Design Centrado no Humano (DCH).....	40
Figura 7: Nível de Conhecimento do Idioma Inglês (BNG)	47
Figura 8: Frequência de Dificuldade Sentida na Comunicação (BNG)	48
Figura 9: Grau de Satisfação dos Dois Grupos com as Ferramentas Sugeridas.....	49
Figura 10: Nível de Oralidade e Escuta do Idioma Inglês (SNS).....	51

LISTA DE ABREVIATURAS

ACM – Alto Comissariado para as Migrações

DGERT – Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho

AIMA – Agência para a Integração, Migrações e Asilo

GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

PDF – Formato de Documento Portátil (Portable Document Format)

CML – Câmara Municipal de Lisboa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

DCH – Design Centrado no Humano

STT – Serviço de Tradução Telefónica

OM – Observatório para as Migrações

OIM – Organização Internacional para as Migrações

INE – Instituto Nacional de Estatística

PMIM – Planos Municipais para a Integração de Migrantes

PPT – Português Para Todos

PLNM – Português Língua Não Materna

PLA – Português Língua de Acolhimento

CLAIM – Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes

OCDE – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económicos

FRA – Agência dos Direitos Fundamentais

MIPEX – Índice de Integração Política de Migrantes (Migrant Integration Policy Index)

TSDT – Terapeutas e Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

Apps – Aplicações

1. INTRODUÇÃO

1.1. ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

Desde as últimas décadas do século XX, Portugal tem-se tornado, cada vez mais, país de acolhimento de estrangeiros (Franqueira, 2021). No final da primeira década do século XXI, a imigração, para território Português, era maioritariamente composta por migrantes originários do Brasil, dos *Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa* (PALOP), principalmente Cabo Verde, e da Europa de Leste, nomeadamente da Ucrânia e da Roménia (Padilla & Ortiz, 2012).

Atualmente, a origem dos imigrantes é mais diversificada e os desafios que Portugal encontra para a sua integração são diferentes, devido, em larga medida, a uma distância cultural acrescida relativamente à língua e costumes dos novos imigrantes, em particular, os de origem asiática. Veja-se, a título de exemplo, que em 2022, verificou-se um crescimento significativo no fluxo de imigrantes de nacionalidade bangladechiana em Portugal (SEF, 2023), atingindo um aumento de 188,6% em relação ao ano anterior. A Área Metropolitana de Lisboa, onde se situa a capital, acolhe cerca de 325 mil migrantes (Oliveira, 2023), os quais representam 41,6% da população de residentes estrangeiros em Portugal. Esta transformação demográfica, o atual contexto migratório, e o desafios daí decorrentes, exigem que se estudem melhores formas de receber e integrar esta população.

Apesar de não haver consenso internacional, a imigração é definida, político-juridicamente, pela Organização das Nações Unidas (ONU), como um movimento de fronteira e/ou entrada e fixação por mais de um ano, num país diferente ao de origem. Em Portugal, a nacionalidade dos residentes é o principal critério para uma estimativa da população imigrante (Oliveira, 2023).

Ao fenómeno da imigração está explicitamente associado o debate sobre a relação entre população migrante e autóctone. É, neste contexto, incontornável o conceito, de difícil definição, de integração. Tópico de opiniões distintas e contraditórias, a integração é entendida, como “um conceito caótico” que não pode ser generalizado, quer na teoria

quer na prática (Ager & Strang, 2008). Uma das maiores correntes de pensamento sobre integração advoga que esta deve ser feita através da assimilação, num processo linear e unilateral, onde os recém-chegados são responsáveis pela incorporação dos costumes, valores e comportamentos de uma das culturas dominantes do país (Crul, 2015). Independentemente de concordarmos, ou não, com esta versão de assimilação, a relação entre integração e assimilação é crucial quando discutimos o acesso das comunidades migrantes aos serviços de interesse geral que o Estado deve assegurar, como, por exemplo, a saúde, a educação ou a justiça.

Neste contexto, em Portugal, o direito à saúde é assegurado através do acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Embora este direito seja universal é, contudo, possível afirmar que as comunidades imigrantes estão sujeitas a enfrentar mais constrangimentos de teor linguístico e/ou cultural ou até mesmo a recusa indevida de prestação de serviços por parte de funcionários do SNS (Campos Matos et al., 2015).

Por exemplo, em 2023, passaram pelos serviços de urgência da Unidade Local de Saúde (ULS) de São José, em Lisboa, 51.500 utentes estrangeiros, dos quais 8,1% eram originários do Bangladeche e 6,9% do Nepal (Nunes, 2024) - países que têm uma maior distância cultural e linguística de Portugal. Segundo Nunes (2024), a ULS São José é a que recebe o maior número de população migrante residente em Portugal, apresentando-se, deste modo, como um local ideal para se estudarem as ferramentas utilizadas na superação das barreiras linguísticas na provisão dos serviços públicos de saúde. Por outro lado, a nacionalidade Bangladechiana reúne um número estatisticamente relevante (8,1%), com um distanciamento cultural representativo face ao contexto Português, pelo que será nesta comunidade migrante que centrarmos esta investigação.

No caso da barreira da língua entre funcionários dos serviços de saúde e imigrantes, é imprescindível que se trabalhe em conjunto com as populações interessadas e com objetivos e valores em comum. Só assim, acreditamos, se poderá encontrar um entendimento de como será ultrapassada esta barreira que, por um lado, facilitará o trabalho dos funcionários e, por outro, disponibilizará um melhor acesso à necessidade fundamental, da prestação de cuidados de saúde, às comunidades imigrantes.

É, assim, necessário chegar a soluções que interessem a ambos os grupos intervenientes e, para tal, esta investigação apoiou-se no processo de Design Centrado no Humano e no modelo do Duplo Diamante, instrumentos do *Design Thinking*.

1.2. OBJETIVOS

O objetivo geral desta investigação é entender como o Design Centrado no Humano (DCH), enquanto ferramenta de *Design Thinking*, permite auscultar os problemas dos funcionários dos serviços públicos de saúde e respetivos utentes quando estes não falam a(s) mesma(s) língua(s).

Para tal, será necessário atender a um conjunto de objetivos específicos:

- i. Entender o processo de DCH, as suas ferramentas projetuais e de mapeamento;
- ii. Mapear as ferramentas utilizadas para ultrapassar as barreiras linguísticas entre funcionários do SNS em Portugal e utentes de língua nativa bengali;
- iii. Avaliar a satisfação dos dois grupos com as ferramentas atualmente utilizadas;
- iv. Delinear linhas orientadoras para a melhoria destas ferramentas.

1.3. HIPÓTESE e QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Partimos de duas premissas para construir a hipótese de trabalho central a esta investigação:

- (1) O potencial contributo do Design para a integração das comunidades migrantes está subaproveitado;
- (2) Existem métodos e ferramentas de Design capazes de mitigar desafios-chave da integração de comunidades migrantes.

Assente nestas premissas, constrói-se a hipótese de trabalho:

O Design Centrado no Humano (DCH) permite mitigar as dificuldades comunicacionais na provisão de serviços públicos de saúde.

Para testar esta hipótese, importa assim colocar a principal questão de investigação:

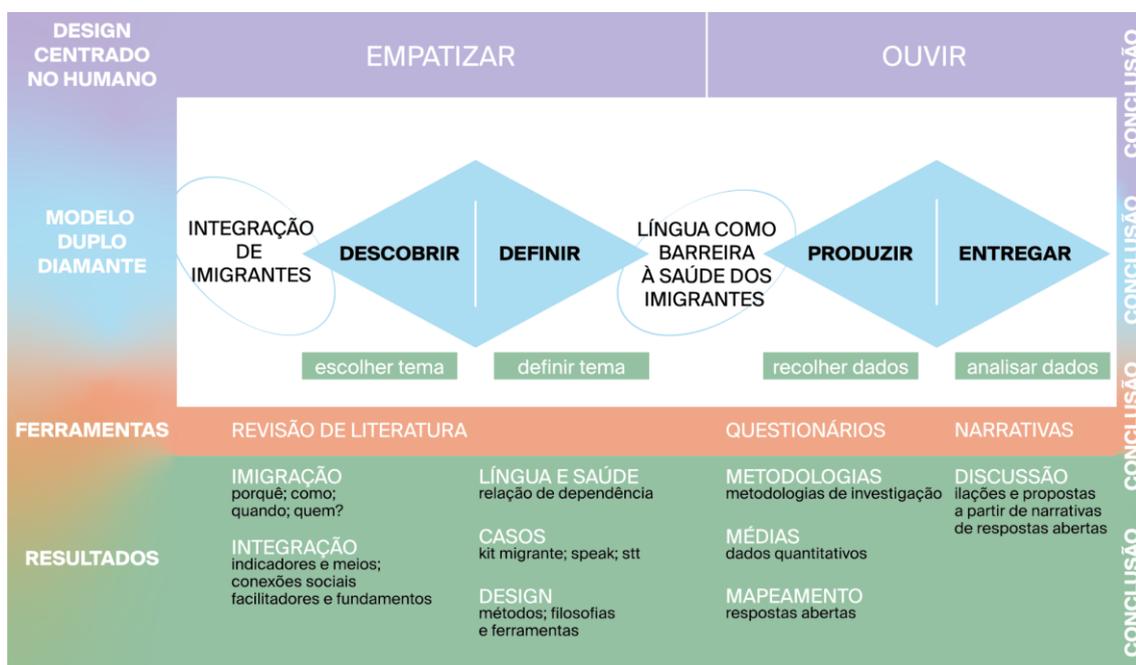
Como pode o DCH ajudar a encontrar meios eficazes para quebrar a barreira linguística no acesso aos cuidados de saúde no SNS?

1.4. METODOLOGIA e ESTRUTURA da INVESTIGAÇÃO

Esta seção tem como objetivo dar a conhecer a metodologia (Figura 1) e justificar a escolha dos métodos utilizados ao longo desta investigação.

Figura 1

Metodologia Fala Freguês. Desenhado pelo autor (2024).



De maneira a chegar a soluções inovadoras, por exemplo, sobre problemas tão complexos como o da integração social de imigrantes, é necessário encarar os problemas nas suas partes constituintes, determinando uma área de ação e atuando sobre essa parcela. Além disso, antes de procurar soluções é imprescindível que se defina o problema concreto a abordar, convergindo numa ideia clara de intervenção (Design Council, 2005).

Cumulativamente, ao desenhar esta investigação, acreditamos que a população alvo a que se destina a solução que se busca, deve estar, o mais possível, presente em todo o processo, desde a descoberta e definição do problema ao desenvolvimento e implementação da solução correspondente (IDEO.org, 2015). A abordagem que estiver assente em modelos e processos que cheguem a uma solução viável, desejável e prestável, assegurando as necessidades do utilizador além de o incluir no processo, terá uma maior probabilidade de sucesso.

Nesse sentido, esta investigação parte do pressuposto de que o *Design Thinking* (Norman, 2013; Zamenopoulos & Alexiou, 2018; Design Council, 2006; Porto, 2019; Meroni & Sangiorgi, 2011; IDEO.org, 2015), uma abordagem criativa, dinâmica e multifacetada, é capaz de desenvolver sistemas, experiências e serviços (Manzini, 2011), através de instrumentos como o processo de Design Centrado no Humano e o modelo do Duplo Diamante.

Para tal, esta investigação desenvolve uma pesquisa exploratória, a partir de fontes primárias e secundárias. Esta irá focar-se, única e exclusivamente, na primeira das três fases do processo de Design Centrado no Humano (DCH) (IDEO.org, 2015), uma vez que a concretização das fases seguintes requer um investimento de tempo e recursos adicionais inacessíveis ao autor no quadro da execução da presentes investigação. Igual raciocínio explica a impossibilidade de implementação da filosofia de design colaborativo, um tema que foi estudado mas não aplicado nesta investigação.

A primeira fase do processo DCH, ‘Ouvir’, tem como objetivo a definição do problema através da observação empática das populações envolvidas, mais concretamente, da

recolha e análise das suas necessidades, expectativas e aspirações, culminando em narrativas sobre a população envolvida. Esta investigação aposta nesta abordagem metodológica e procura desenvolver uma análise inicial suficientemente sólida que sirva como base para futuras pesquisas, sobre o entendimento das barreiras linguísticas nos serviços de saúde em Portugal. Esta investigação centra-se, assim, na fase inicial do processo de Design Centrado no Humano, fazendo uso das técnicas de divergência e convergência do modelo Duplo Diamante. Ao parcelar o tema da integração social de imigrantes, descobrindo e definindo, na primeira parte, o tema focal a estudar – *Língua como barreira à saúde dos imigrantes* – é possível, na segunda parte, produzir e analisar dados primários que possam não só corroborar essas evidências secundárias encontradas na primeira parte como também sustentar as narrativas criadas, informando as soluções apresentadas.

Para se chegar à escolha do tema focal, realiza-se um levantamento do conhecimento atual nas áreas da imigração e da integração migrante. Através da revisão da literatura sobre estes temas, chega-se a uma compreensão mais abrangente do assunto inicial, “Integração de Imigrantes”, o que promove a escolha de um tema mais específico. Assim, surge o tema central, “A língua como barreira à saúde dos imigrantes”, motivado pelo interesse pessoal do autor na língua como obstáculo à integração de imigrantes e pela identificação da ‘saúde’, enquanto indicador e meio de interação, como um tema urgente e pertinente que se revela pouco estudado (Campos Matos et al., 2015).

A fase seguinte da investigação, ‘Definir’, aborda o tema central de maneira mais frisada, fazendo a revisão e a devida análise da literatura referente, especificamente, ao tema central, além das evidências secundárias concretas da relação de dependência entre a língua e os serviços de saúde. As ferramentas, serviços e iniciativas como o Kit Imigrante, o projeto SPEAK e o Serviço de Tradução Telefónica (STT), já postas em prática, ilustram a tentativa de colmatação direta ou indireta das barreiras linguísticas identificadas, ajudando a definir o tema central de investigação.

Já com o tema definido e terminada a fase da revisão de literatura, pretende-se, então, a partir da administração de questionários, produzir evidências primárias que ajudem a responder aos objetivos da investigação, identificando as ferramentas utilizadas no contexto da problemática e avaliando a satisfação dos intervenientes com as mesmas.

Estes questionários (Martin & Hanington, 2012; Krosnick & Presser, 2010) fazem parte de um processo de auscultação das duas populações envolvidas, utentes e funcionários, a meio da primeira fase, ‘Ouvir’, do processo de *Design Centrado no Humano* (Norman, 2013) e na fase ‘Produzir’, neste caso produzir dados primários, do modelo do Duplo Diamante (Design Council, 2005 e 2019). Posteriormente levar-se-á a cabo a análise dos inquéritos, quantitativa e qualitativa já que os mesmos consagram algumas questões abertas, de onde poderemos recolher, em discurso direto, as perceções dos utentes e técnicos sobre o problema em análise.

De forma a informar possíveis soluções para o problema de partida, a última fase da investigação pretende fazer a compilação de toda a investigação realizada anteriormente, referindo o maior número de evidências primárias e secundárias, de forma a criar uma série de narrativas. Estas visam facilitar e contextualizar a leitura dos resultados obtidos e, por consequência, informar o leitor das necessidades, desejos, desafios e emoções das pessoas envolvidas. Estas narrativas sustentam as conclusões desta investigação e as recomendações delineadas, o objeto final desta investigação.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. MIGRAÇÃO

A definição do termo ‘migrante’ não só não é consensual, como tem sido amplamente discutida pelas organizações de trabalho humanitário e no âmbito de políticas internacionais (Carling, 2024). Segundo a própria *Organização Internacional para as Migrações* (OIM), ‘migrante’ é “Um termo genérico (...) que reflete o entendimento leigo comum de uma pessoa que se afasta do seu local de residência habitual, seja dentro de um país ou através de uma fronteira internacional, temporária ou permanentemente, e por uma variedade de razões.”.

Esta definição, perfilhada pela OIM, faz parte de uma visão inclusiva que acolhe um vasto número de subcategorias, como a de migrantes clandestinos, trabalhadores migrantes, estudantes internacionais, refugiados entre muitas outras. Contrariamente, a visão mais estrita define um migrante como sendo alguém que mudou o seu lugar de residência, por qualquer motivo que não seja o de ter fugido à guerra ou a uma perseguição, não considerando, portanto, a inclusão da condição de ‘refugiado’ no termo alargado ‘migrante’ (Carling, 2024). A enciclopédia *Britannica* define ‘imigração’ como um processo pelo qual um indivíduo passa, de forma a tornar-se residente ou cidadão permanente de outro país, não incluindo trabalhadores sazonais, mas incluindo refugiados. Num relatório para a Comissão Europeia Huddleston et al. (2013) afirmam que a definição de imigrante nas estatísticas internacionais depende da disponibilidade de variáveis, de cada país, que possam ajudar a identificar imigrantes, por exemplo, através do seu local de nascimento, da sua nacionalidade ou da nacionalidade dos progenitores.

Em Portugal, a maioria das fontes de dados estatísticos e administrativos identifica imigrantes de acordo com a sua nacionalidade, mas raramente conforme o seu local de nascimento, uma vez que não existem dados de naturalidade suficientes. Este critério exclui pessoas que, tendo migrado para Portugal, já adquiriram a nacionalidade portuguesa, deixando de contar para as estatísticas de população estrangeira residente em Portugal. Por outro lado, inclui cidadãos que tenham nascido em Portugal mas que

tenham nacionalidade estrangeira, como é o caso daqueles que herdaram a nacionalidade estrangeira dos seus ascendentes, mesmo não se tendo verificado qualquer tipo de experiência migratória e que, ainda assim, são considerados, em termos estatísticos e administrativos, imigrantes. Oliveira (2023), afirma que a informação estatística e administrativa em Portugal sobre o fenómeno migratório é insuficiente, superficial e fragmentada. Ainda que não se pretenda a generalização de uma situação tão complexa como a de ser migrante, e apesar das limitações estatísticas, para efeitos de esclarecimento, nesta dissertação a definição usada será a da visão inclusiva, perfilhada pela OIM, que acolhe um vasto número de subcategorias (migrantes clandestinos, trabalhadores migrantes, estudantes internacionais, refugiados e muitas outras).

A migração tem vindo a ser estudada há décadas, contando com várias teorizações que apresentam várias razões para explicar o porquê, quando, com que origem, para onde e como é que as pessoas migram, atribuindo a tomada de decisão de migrar à conjugação de uma série de vontades, necessidades, capacidades, desafios e oportunidades de vida. Estas teorias desenvolvem-se sobre dimensões económicas, sociais; culturais, demográficas e ecológicas (Czaika & Reinprecht, 2022) que se influenciam mutuamente, para impulsionar dinâmicas globais ou individuais de migração. Aliás, a maioria das teorias clássicas de migração concordam que a migração, tanto a nível pessoal como coletivo, é uma decisão que, na sua génese, é vinculada a muitos fatores situacionais e contextuais, nomeadamente quando falamos em tempo e espaço.

As teorias *neoclássicas*, baseadas no modelo *push-pull* (Lee, 1966) e no modelo *custo-benefício* (Sjaastad, 1962), defendem que as pessoas migram devido a uma desigualdade de oportunidades económicas entre o seu local de residência e o seu potencial destino de migração. Já os neomarxistas (Sassen, 2001) defendem que a migração é comandada por uma demanda global de mão de obra barata, como forma de sustentação do crescimento económico de países mais desenvolvidos. Por sua vez, a teoria das *redes de migrantes* descreve a migração como um resultado social, baseado na combinação entre tomadas de decisão individuais, rede familiar e amigos, organizações de migrantes, além de outros fatores económicos e políticos (Bakewell et al., 2016), influenciando todos os aspetos da migração, mais especificamente como se concretiza e para onde acontece. Está provado que pessoas que já migraram no passado, estão mais propensas a

migrar de novo e que as comunidades onde a migração é mais prevalente e/ou menos estigmatizada têm uma tendência para que esta seja normalizada, criando-se, assim, uma *cultura de migração* (Ali, 2007). Em Portugal, quando em 2011, em tempo de recessão económica, o número de pessoas que deixou o país aumentou 85% em relação ao ano anterior, chegando nesse ano a perto de 44 mil pessoas, muitas foram as acusações de que a culpa desse aumento teria sido do incentivo da emigração feita pelo Governo da altura, liderado por Pedro Passos Coelho, que teria criado essa *cultura de migração*, sugerindo aos portugueses emigrar, enquanto a economia do país não melhorasse (Lusa, 2015).

Com isto, entendemos que o fenómeno da migração pode ser explicado por desenvolvimentos sociais, processos históricos e demandas económicas (Sassen, 2001). No entanto, algumas destas teorias pecam pela desconsideração de um último fator, esse sim determinante. Todos os fatores anteriormente expostos estão condicionados pela vontade própria da pessoa na tomada de decisão ao longo do processo de migração (Czaika & Reinprecht, 2022; Massey et al., 1993).

Quanto aos fatores que levam à migração podem ser divididos por funções, dependendo da sua predisposição, proximidade, provocação ou mediação (Van Hear et al., 2017), tanto na perspetiva do local de residência, como do local de destino. Fatores de predisposição contribuem para a construção de um contexto onde a migração é mais ou menos propensa a ocorrer, incluindo disparidades económicas, políticas e ambientais entre o país de residência e o país destino que também poderão ser tidos em conta consoante a sua proximidade geográfica. Alguns fatores de predisposição podem dar início a um processo de conversão em fatores de proximidade, dependendo da profundidade das disparidades entre país de residência e país destino (Van Hear et al., 2017). São disso exemplo fatores tão distintos como a intensificação dos efeitos do aquecimento global ou das desigualdades salariais.

De modo diverso operam os fatores de provocação (Chumky et al., 2022), os quais funcionam como gatilhos, acontecimentos abruptos e que obrigam a uma tomada de decisão no momento. São exemplos deste tipo de fatores, do lado do local de residência, fecho de fábricas, desastres naturais, conflitos armados, entre outros; e do lado do

destino, o surgimento ou aumento de oportunidades de emprego ou diminuição de restrições à migração podem constituir gatilhos para a migração.

Os fatores mediadores (Czaika & De Haas, 2013) facilitam, aceleram, fortalecem, impõem ou até perturbam e desmoram o ato de migração e, apesar de não serem determinantes, são os que mais influenciam a decisão em termos de como, quando e para onde é que o indivíduo migra. A migração pode ser facilitada ou perturbada conforme a presença, qualidade e nível de acesso a infraestruturas de transporte, comunicação e informação necessárias, tanto para viagem, como para o processo de transição de uma migração. Além disso, legislações que envolvem o tema da migração poderão ser fatores mediadores que impõem restrições acrescidas, para além da cultura de migração (Ali, 2007) e das redes de migrantes (Bakewell et al., 2016), anteriormente abordadas.

O processo entre a decisão de migrar e a chegada ao país destino está condicionado por essas infraestruturas de migração que desempenham um papel crucial na forma como os processos de migração se desenvolvem. É através da análise destas infraestruturas de migração, tanto físicas como digitais, que conseguimos perceber por que meios (i.e. como) as pessoas migram. Estes sistemas são intermediários físicos, digitais, comerciais, governamentais e humanitários que apoiam o caminho do migrante. Devido a barreiras físicas, como as restrições e os regulamentos impostos pelos Estados, estas infraestruturas atuam através de estruturas legais e ilegais (e.g. agências de tráfico humano), comerciais e não-comerciais, governamentais e não-governamentais, de modo a capacitar a pessoa com as ferramentas necessárias para chegar a outro país. Düvell e Preiss defendem que a digitalização tem transformado a forma como as pessoas migram nos últimos anos, permitindo que a comunicação, a navegação, a informação, transferências bancárias e até linhas de salvamento, estejam à distância de um telemóvel. Estes meios digitais são tão importantes quanto os meios físicos, sendo que todas estas infraestruturas influenciam o processo em todos os aspetos e escalas (i.e. Macro, Meso e Micro) (Düvell & Preiss, 2022).

Esta é outra forma de analisar os fatores de migração, através de escalas. Macro-, Meso- e Micro-fatores combinam entre si, de modo a resultar numa solução para o dilema final: migrar ou ficar (Government Office for Science, 2011). São denominados de

Macro-fatores os que abrangem temas políticos, ambientais, sociais, económicos e demográficos. Estes Macro-fatores são condicionados por variáveis temporais e espaciais. Por sua vez, os Meso-fatores são os facilitadores ou perturbadores, como as despesas de mudança, as redes sociais, informação recolhida e até mesmo o quadro político. Finalmente, encontram-se nos Micro-fatores as características pessoais, da família e da comunidade – como por exemplo a língua, a idade, o sexo, a saúde da pessoa, preferências e experiências pessoais.

Consoante a combinação de Macro, Meso e Micro-fatores com estas infraestruturas, é possível dividir a migração em múltiplas categorias de migração, tendo em conta o estatuto jurídico antes, durante e depois da viagem (Talleraas, 2022). O *Migration Research Hub* desenvolveu um sistema taxinómico que agrupa o conhecimento académico nas várias categorias, incluindo, mas não se limitando, a migração ambiental; migração interna; migração irregular; migração LGBTQ; migração laboral; migração de estilo de vida ou de reforma; refugiados; tráfico; mobilidade estudantil; entre outros tantos. A complexidade do tema não permite conceber ‘caixas’ suficientes para classificar ou distinguir todas as categorias de migração que muitas vezes compreendem nuances e casos inomináveis.

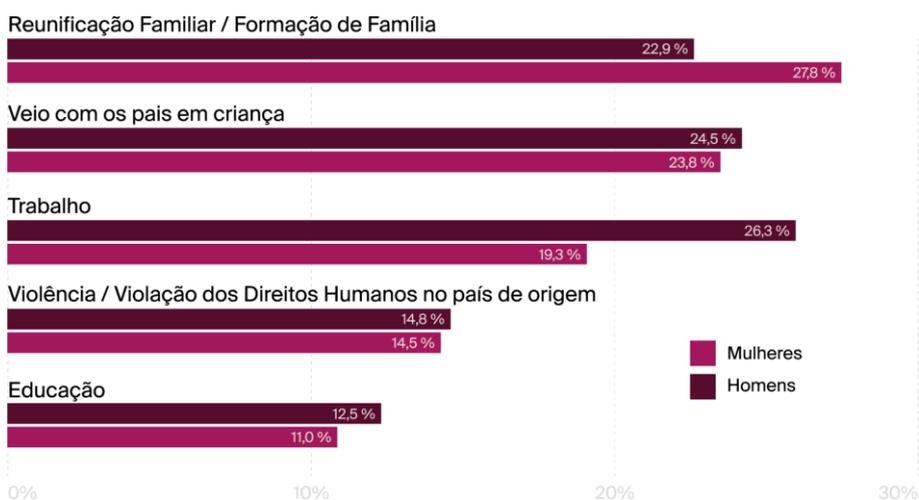
No contexto português, se, por um lado, a emigração portuguesa está associada maioritariamente a fatores económicos, por outro, a imigração para Portugal revela motivações distintas, moldadas por contextos legais e sociais que estão igualmente em constante transformação. Os motivos mais predominantes que levam os imigrantes a escolherem Portugal como país destino (Figura 2) estão entre reunificação familiar ou formação de família, ter vindo com os pais enquanto criança e motivos económicos, nomeadamente o aproveitamento de oportunidades de trabalho. Desde o início da segunda década deste século que as motivações dos imigrantes passaram a estar mais associadas aos estudos e à reunificação familiar, ao invés de motivos laborais (Oliveira, 2023). Esta mudança de perfis das entradas de estrangeiros, deve-se, principalmente, a modificações no regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros, além da redução significativa de oportunidades de trabalho nos setores económicos que predominantemente recorrem à mão de obra estrangeira.

Apesar de, entre os anos de 2021 e 2022, se ter presenciado um notável aumento de cedência de vistos de residência para estrangeiros admitidos como estudantes, com a intenção de exercer atividades de investigação e atividades altamente qualificadas, e de reformados estrangeiros, estes não seriam tão significativos como o motivo de reagrupamento familiar, que aumentou dos 3.860 para os 14.576, o maior crescimento desde 2011 (Oliveira, 2023).

Independentemente dos fatores, das motivações e dos meios usados para migrar, é necessário descobrir, definir e desenvolver formas mais acertadas de integrar as populações imigrantes que escolhem Portugal como o seu novo país de residência. Para tal, no próximo subcapítulo (2.2) procuramos entender os processos de integração de imigrantes, apresentando os fatores, os modelos e as teorias que o influenciam, além de destacar as barreiras e os desafios enfrentados.

Figura 2

Motivos para Escolher Portugal. Re-desenhado pelo autor. Fonte: Barros (2024).



2.2. INTEGRAÇÃO

O conceito de integração não é de fácil definição, uma vez que toma diferentes significados, devendo ser entendido e planeado a partir de um contexto específico num espaço de tempo determinado (Home Office, 2022). A pergunta principal quando se discute integração é: Como é que os recém-chegados a um país se tornam parte da sociedade local? A resposta abrangente é que depende das perspetivas, dos interesses e dos valores dos envolvidos (Vertovec et al., 2003), acabando por ser objeto político (Kearns & Whitley, 2015) assente em diferentes modelos de integração.

De acordo com o Plano de Ação para Comunidades Integradas do governo britânico, comunidades integradas são geralmente definidas como “comunidades onde as pessoas, independentemente da sua origem, vivem, trabalham, aprendem e socializam em conjunto, assentes na partilha de direitos, responsabilidades e oportunidades”. Um relatório que faz o enquadramento dos indicadores de integração do Ministério do Interior britânico (Home Office, 2022), entende o tema como um processo multidimensional que depende de múltiplos fatores, tais como o acesso a recursos, a oportunidades e a ligações sociais. Além disso, é também multidirecional, necessitando a adaptação, responsabilidade e colaboração por parte dos recém-chegados, das comunidades que acolhem e das instituições governamentais.

Em Portugal, em especial em Lisboa, os modelos têm se apoiado no uso da expressão *interculturalidade*, o que significa, para a Câmara Municipal de Lisboa (CML), a promoção da *inclusão de todas as pessoas de origem imigrante na vida social e participativa de Lisboa, fomentando a coesão e coexistência social, com base na oferta diversificada de um conjunto de serviços e entidades que trabalham em rede na cidade* (CML, n.d.).

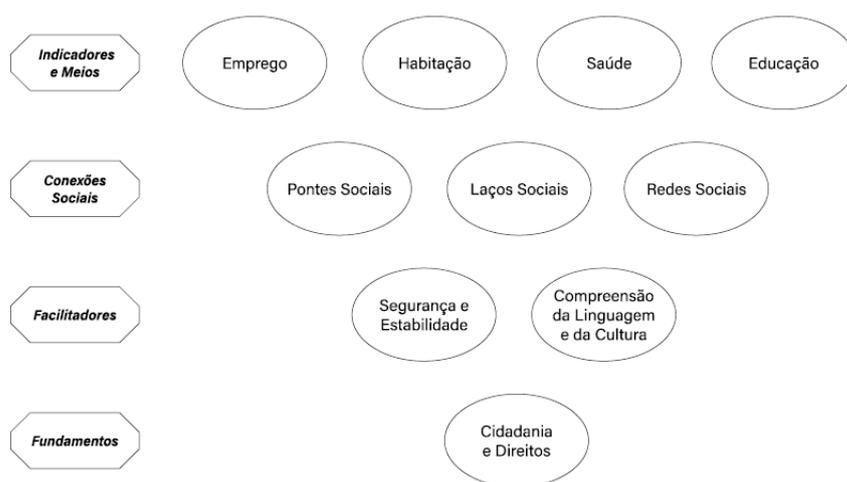
No entanto, para que essa promoção da interculturalidade se realize com sucesso, é necessário explorar os fatores fundamentais que contribuem para a melhoria da integração de migrantes nas sociedades de acolhimento. Para tal, utilizamos como base o modelo teórico proposto por Ager e Strang que, em 2008, se propuseram a entender quais os aspetos chave para uma “integração de sucesso”. A figura 3, um ‘triângulo

invertido,' é a imagem na qual apresentam um quadro com 10 aspetos, inseridos em 4 camadas para entendimento da integração.

Figura 3

Enquadramento Conceptual das Principais Áreas de Integração.

Redesenhado pelo autor. Fonte: Ager & Strang (2008).



Quanto aos fundamentos que Ager e Strang (2008) destacam é fundamental articular dois conceitos, a nacionalidade e cidadania. Por nacionalidade entende-se a relação entre indivíduo, Estado e território, sendo que cabe a cada Estado a decisão sobre quem pode ser qualificado como seu nacional, influenciando direitos políticos e socioculturais, nomeadamente participativos, em consequência de ter nascido no território da nação ou de ser descendente de um nacional (Ribeiro & Rodrigues, 2012).

Já a cidadania pode ser entendida como um acordo político-jurídico, entre indivíduo e estado-nação, com direitos e deveres mútuos (Teixeira, 2019). Ligado, historicamente, a um pacto *cultural, étnico ou histórico do indivíduo ao espaço nacional* (Ribeiro & Rodrigues, 2012, p. 5), abrange principalmente a participação ativa e o exercício de direitos e deveres na comunidade política. A forma como uma sociedade contempla, aplica e concede a cidadania, influencia crucialmente a integração de imigrantes nas sociedades de acolhimento, impactando o seu acesso a esses direitos, oportunidades e até sentimento de pertença (Ager & Strang, 2008).

No nível seguinte, Ager e Strang falam sobre os Facilitadores que se centram em dois aspetos: Compreensão da Linguagem e da Cultura e Segurança e Estabilidade.

O grau de acesso à língua e à cultura do país de acolhimento condiciona a disponibilidade de participação do indivíduo na sociedade desse país (Oliveira 2023), afetando sistematicamente todos os outros aspetos de integração que dependem mais ou menos da destreza da língua de acolhimento ou do conhecimento da cultura de acolhimento (Zhang et al., 2023; Navarrete-Moreno et al., 2021). Este tema será desenvolvido, com maior detalhe, na seção 2.4.

O acesso à segurança e à estabilidade, sejam estas físicas ou mentais, de um indivíduo numa determinada comunidade está invariavelmente condicionado pelos acessos à habitação, ao emprego e à saúde, além de influenciar a vontade de participar ativamente nessa comunidade (Zhang et al., 2023; Navarrete-Moreno et al., 2021), podendo inclusivamente ser determinante para criação de ligações sociais e consequente sentimento de pertença.

Teoricamente, há quem defenda que a integração deve ser feita através da assimilação, um processo linear e unilateral, onde os recém-chegados são responsáveis pela incorporação dos costumes, valores e comportamentos de uma cultura dominante, dando lugar a uma sociedade uniforme que não encoraja, às vezes até suprime, essas diferenças culturais (Conselho da Europa, 2020).

Em contraponto, o multiculturalismo é outra teoria que surge na bibliografia sobre a matéria e, em especial quando se trata de desigualdades estruturais internas e da generalização e imposição de identidades, é este o termo usado para descrever o desenvolvimento de políticas e modelos de inclusão de minorias em sociedades multiculturais. Para os multiculturalistas, as especificidades étnicas, raciais e religiosas devem, não só ser reconhecidas pela sociedade, como ser postas em destaque em relação à maioria (Conselho da Europa, 2020).

O multiculturalismo atua no sentido de mitigar a estigmatização, a exclusão e a soberania da cultura dominante em relação às das minorias, havendo respeito mútuo e a promoção de políticas que apelem a esse respeito. Desta forma, espera-se que as

instituições públicas, como escolas, câmaras, televisões e rádios, promovam explicitamente, através dos seus programas e eventos que, por princípio, são acessíveis a todos, a diversidade de expressão cultural (Young, 2001). A partilha de línguas, músicas, símbolos, narrativas históricas e uma série de outras tradições, fomenta o entendimento e o respeito intercultural e, em especial, pelos grupos étnicos, raciais e religiosos mais excluídos. Neste cenário, cabe ao Estado promover a movimentação das várias nacionalidades para uma sociedade multicultural. No entanto, isso não é possível sem uma reestruturação radical do próprio sistema, onde sejam postas em prática políticas de identidade e de redistribuição do poder político e económico (Rauhut & Laine, 2023).

Ted Cantle (2012) critica os teóricos do multiculturalismo, reconhecendo a necessidade das sociedades modernas pluriculturais sofrerem uma renovação de vanguarda baseada na interculturalidade. Para este autor, o interculturalismo aborda alguns aspetos não considerados na teoria da multiculturalidade, tais como, a reestruturação do poder político, a identidade como um conceito dinâmico, as diferenças além do étnico, racial ou religioso e um entendimento estrutural e relacional interdisciplinar.

A teoria do interculturalismo foi adotada pelo Comité dos Ministros do Conselho da Europa, assentando na aplicação simultânea de três princípios: Igualdade, Diversidade Como Vantagem e Interação Cultural Positiva. Apesar da sua abordagem generalizada, o Conselho da Europa alerta para os riscos sentidos com o multiculturalismo, onde o foco na identidade e na diversidade pode levar ao enfraquecimento da solidariedade e da coesão social, assim como do sentimento de partilha e da criação de laços sociais interculturais (Conselho da Europa, 2020).

De volta à figura 3 de Ager e Strang (2008), o conceito de Conhecimento Cultural preconiza uma troca. Os autores acreditam que, não só os recém-chegados devem ter acesso às estruturas, práticas e costumes locais, como também os ‘locais’ devem ser incentivados a observar, participar e até ajudar a desenvolver atividades de outras culturas (Rauhut & Laine, 2023). Já o aspeto da Segurança (Figura 3) permite que o migrante se sinta mais em casa e, por sua vez, mais integrado. Ager e Strang (2008) afirmam que a permanência no mesmo local de residência, durante longos períodos, permite criar conexões sociais que trazem confiabilidade intercomunitária. Estas

conexões sociais têm sido distinguidas por teóricos, de forma tripartida, entre os *Laços* intracomunitários, as *Pontes* intercomunitárias e a *Rede* baseada na relação entre os indivíduos e as estruturas do Estado.

Os *Laços Sociais*, relações entre pessoas com a mesma nacionalidade, etnia, religião ou até mesmo com a família, são essenciais para um processo de acomodação bem-sucedido que, quando não tidos em conta, podem chegar mesmo a afetar negativamente a saúde daqueles que não têm esse tipo de apoio (Social Determinants of Health, 2010). A criação de *Pontes de Ligação* entre comunidades recém-chegadas e anfitriãs revela-se um fator importante quando os serviços prestados pelo Estado, aos quais Ager e Strang se referem como a *Rede*, são de difícil acesso para quem não está familiarizado nem com os serviços, nem com a língua. Para as *Pontes* e *Redes*, têm de ser superadas as tais barreiras culturais, linguísticas e jurídicas, a favor de uma sociedade que viva em harmonia, que seja mais participativa e cooperativa.

É essencial que não se menospreze o enriquecimento destas conexões sociais, uma vez que é bastante comum a maioria das organizações focar-se exclusivamente no atendimento das necessidades básicas que, apesar de necessárias, não chegam a ser suficientes para um sentimento de pertença (Gorjão Henriques, 2024). Casos em que a integração social é trabalhada com mais atenção e em que, simultaneamente, existe uma maior proximidade com a comunidade de acolhimento, tendem a apresentar resultados mais positivos.

Por fim, a outra base do triângulo especifica os Indicadores e Meios para a integração, tais como o emprego, a habitação, a educação e a saúde, fatores que já constavam na Convenção de Genebra de 1951 enquanto direitos fundamentais de refugiados (Ager & Strang, 2008). O emprego e a educação são as duas áreas mais estudadas, com o maior número de dados estatísticos e acerca das quais se encontra mais literatura. São também as mais destacadas por relatórios da União Europeia (UE) e aquelas onde se verifica um maior investimento por parte de instituições governamentais, seja em termos nacionais, locais ou regionais (Navarrete-Moreno et al., 2021).

Contudo, está comprovado, através de dados estatísticos profusamente citados na literatura, que a taxa de desemprego na Europa é maior para imigrantes, em especial

para os que chegam de países fora da União Europeia (European Commission, 2023). Esta taxa é significativamente maior entre imigrantes com formação ao nível do ensino superior, tendo estes muitas vezes que trabalhar em serviços que exigem qualificações muito inferiores às que detêm.

Os imigrantes estão, proporcionalmente, mais sujeitos a jornadas de trabalho prolongadas, que frequentemente ultrapassam o horário normal previsto, além de enfrentarem uma maior probabilidade de serem contratados com vínculos temporários que, muitas vezes, não oferecem a mesma segurança e estabilidade que os contratos permanentes (European Commission, 2023). Cumulativamente, as mulheres tendem a ter mais dificuldade na inserção profissional em consequência de serem, muitas das vezes, remetidas para trabalhos sociais e de compensação monetária diminuta, encontrando-se mais facilmente predispostas ao risco de pobreza do que os homens. Além disso, estes trabalhos costumam estar inseridos na *esfera doméstica, longe do olhar público, tornando-as mais invisíveis e expostas a riscos* (Gorjão Henriques, 2024, p. 102).

Estas diferenças tendem a agravar-se consideravelmente aquando de uma crise económica (ou crises pandémicas com a *COVID-19*), estando os imigrantes, nesses períodos, mais suscetíveis a um agravamento da sua condição de vida. Ter um emprego fixo, que não é o caso da maior parte dos imigrantes (Navarrete-Moreno et al., 2021), permite independência económica, planeamento para o futuro e promoção de relações com os membros do país anfitrião, possibilitando, também, a oportunidade de desenvolver destreza na língua do país (Ager & Strang, 2008).

Por sua vez, o investimento em educação e formação no país de acolhimento promove a empregabilidade, além de ser uma fonte de ligações sociais, troca de línguas e culturas. Não obstante, é frequente os alunos imigrantes terem maiores dificuldades em obter resultados escolares positivos do que os alunos nacionais do país de acolhimento (Navarrete-Moreno et al., 2021). Em Portugal, no ano letivo de 2021/2022, os alunos de nacionalidade bangladechiana foram o grupo de estrangeiros a ter a segunda pior taxa de transição de ano (81,7%) no Ensino Básico e Secundário, ficando apenas atrás dos paquistaneses (76,6%) (Oliveira, 2023). Apesar de uma evolução positiva dos resultados escolares apresentados pelos estudantes estrangeiros, das 25 principais nacionalidades

de estrangeiros em Portugal Continental, apenas os alunos de nacionalidade suíça tiveram melhor aproveitamento escolar do que os portugueses (Oliveira, 2023). Entende-se que a obtenção de resultados escolares positivos se revela mais desafiante para alunos estrangeiros, que frequentemente enfrentam barreiras estruturais adicionais, incluindo obstáculos linguísticos, limitações de integração cultural e condições socioeconómicas menos favoráveis.

O acesso à habitação é outro fator básico para a integração, afetando principalmente a segurança, o bem-estar, a educação e a saúde, além de, muitas vezes, ser necessária uma morada para se poder receber apoios financeiros ou até contratar um seguro de saúde (Navarrete-Moreno et al., 2021). Os migrantes têm, estatisticamente, maior probabilidade de viver em casas sobrelotadas do que a população nascida no país, além de também se verificar uma tendência para suportarem custos com habitação superiores a 40% do seu salário (Huddleston et al., 2013). Em Portugal, no ano de 2017, quase metade dos imigrantes de países fora da União Europeia viviam em casas sobrelotadas (Gorjão Henriques, 2017; INE, 2022; Oliveira, 2023). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), divulgados a março de 2024, ao longo da última década, as disparidades entre os imigrantes e os nativos nas taxas de sobrelotação têm vindo a reduzir, nunca tendo havido registo de tantas pessoas a partilharem casas.

No entanto e embora a diminuição das disparidades, na maioria dos países da União Europeia, ainda é mais comum que sejam os estrangeiros a viver em casas sobrelotadas. É evidenciado em diversos estudos e relatórios (Oliveira, 2023; Huddleston et al., 2013; European Commission, 2023) que a situação de imigrante está associada a casas que não só estão sobrelotadas, como também estão em condições desfavoráveis, sem infraestruturas básicas e localizados em bairros mais degradados e estigmatizados.

Em termos de acesso à saúde como indicador da integração, tema que será aprofundado mais à frente na seção 2.3, têm sido apresentadas provas de que *os problemas de saúde e a falta de acesso a serviços de saúde podem constituir um obstáculo fundamental e permanente à integração, com impacto em quase todas as áreas da vida, e influenciam a capacidade para entrar no mercado de trabalho e no sistema de ensino, aprender a língua do país de acolhimento e interagir com as instituições públicas* (Comissão Europeia, 2016, p. 12). No *Plano de Ação sobre a Integração dos Nacionais de Países*

Terceiros de 2016, a Comissão Europeia declara, ainda, que *os nacionais de países terceiros (Fora da UE) podem enfrentar problemas específicos no acesso a serviços de saúde regulares, na adaptação a sistemas de saúde desconhecidos e na comunicação efetiva com o pessoal de saúde* (Comissão Europeia, 2016, p. 12).

2.2.1. Integração em Portugal

A nível nacional, o Estado português tem vindo a definir Planos Nacionais para a Integração de Imigrantes (2007-2009 e 2010-2013) e, entre 2015 e 2020, implementou um Plano Estratégico para as Migrações. Além disso, tem-se apostado em planos a nível local, como os Planos Municipais para a Integração de Migrantes (PMIM), para os quais têm contribuído autarquias, organizações da sociedade civil e comunidades imigrantes.

Mais recentemente, o Conselho de Ministros aprovou o Plano de Ação para as Migrações (Presidência do Conselho de Ministros, 2024) que, com alguma urgência, procura responder aos doze principais problemas e desafios em relação ao tema da Imigração. Entre estes doze, encontramos a dificuldade no acesso de imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde. No entanto, o plano não deixa de fora medidas apontadas a temas como o da língua portuguesa, tratado na seção *Integração Humanista que Funciona*.

Nesta seção, prevêem-se medidas que abordam questões de acolhimento, de língua portuguesa, de resposta a serviços públicos e de investimento. Na matéria do acolhimento, o Governo português tem seis medidas aprovadas e prontas a implementar, algumas especificamente delegadas aos municípios.

Para a aprendizagem da língua portuguesa, propõe na Medida 28 “Reforçar oferta, cobertura e frequência do ensino do Português Língua Não Materna (PLNM)”, revendo regras, melhorando ferramentas e monitorizando os resultados escolares dos alunos de PLNM. Adicionalmente, com esta medida também se pretende valorizar o papel do Instituto Camões, que é a divulgação, promoção e ensino da língua e cultura portuguesa.

Na medida seguinte, a Medida 29, o Governo português procura disponibilizar materiais e orientações multilíngues, inclusive em formato digital, de forma a facilitar o acesso à

integração e aos serviços públicos através da rede Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIM).

Uma outra proposta, a Resposta dos Serviços Públicos, na *Medida 31*, propõe a promoção e gestão do acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e à informação sobre os seus direitos e deveres, além da dinamização de ações de sensibilização e informação para funcionários dos serviços de saúde. Esta medida inclui dotar a linha SNS 24 de competências linguísticas e serviços de tradução telefónica, facilitar a navegação no SNS através de informação traduzida nas várias línguas e, ainda, agilizar o apoio de tradução para as Unidades Locais de Saúde a partir de pontos de contacto nas várias embaixadas (Presidência do Conselho de Ministros, 2024).

Já o novo plano europeu (*Action Plan on Integration and Inclusion 2021-2027*) propõe aos Estados-membros que se foquem na melhoria da monitorização da integração de imigrantes, seja a nível nacional, regional ou local. Em Portugal, este é um trabalho feito pelo Observatório das Migrações que tem apresentado, desde 2016, um relatório estatístico anual de indicadores de integração dos imigrantes.

Mas afinal, como é que se medem os níveis de integração? Um dos obstáculos ao progresso académico sobre o tema é a falta de medidas empíricas em comum (Parker et al., 2018). Desta insuficiência resulta que cada estudo se baseia nas suas próprias medidas para tirar conclusões sobre o que é uma integração de sucesso, retirando assim a possibilidade de fazer comparações entre estudos, países e ao longo do tempo.

O Relatório da Agência da União Europeia para os Direitos Fundamentais (EU FRA – European Union Fundamental Rights Agency), *Together in the EU. Promoting the participation of migrants and their descendants* (EU FRA, 2017), destaca Portugal como um dos dois Estados-membros que foram além dos indicadores de integração recomendados na Declaração de Zaragoza. Portugal é dos países que, teoricamente, implementa mais medidas pró-integração de migrantes. Mas como se reflete isso em termos de realidade concreta?

O *Migrant Integration Policy Index* (MIPEX) dá uma pontuação geral muito positiva a Portugal para as políticas de integração, ficando só atrás da Finlândia (85) e da Suécia

(86), com 81 pontos. Esta pontuação global avalia alguns aspetos já mencionados atrás, incluindo a saúde. Mas, afinal, de que forma se mede o sucesso de integração de imigrantes num determinado país? Esta pergunta foi feita por Werner S. Landecker, um sociólogo alemão, que se propôs estudar a operacionalização estatística da noção de integração (1951) e, mais tarde, como se mede a integração.

O próprio Conselho Europeu, em 1996, reconheceu a multidimensionalidade do tema e a dificuldade na sua medição e conseqüente comparação entre intervalos de tempo e países. Passados quase 20 anos, esta é uma preocupação que se mantém. A necessidade de categorização da informação em temas-chave e a recolha de informação a partir de várias fontes, com objetivos diferentes, faz com que se verifique uma perda de detalhes e particularidades, em benefício de uma base comum que permita fazer a medição. Logo, a integração terá de ser avaliada através de indicadores de contexto que viabilizam a compreensão real daquilo que resulta da comparação entre imigrantes e nacionais (Oliveira, 2023). Ademais, é de considerar atitudes e perceções da população de acolhimento perante os imigrantes.

O Relatório Estatístico Anual: Indicadores de Integração de Imigrantes de 2023 analisa justamente isso, destacando quinze dimensões de integração, das quais duas têm um interesse especial para esta dissertação – a aprendizagem da língua portuguesa e a saúde, que vão ser abordadas em capítulos mais à frente. Este relatório do Observatório das Migrações mede os níveis de integração em Portugal através da análise de dados de 32 fontes de estatística e administrativas em Portugal e, quando possível, compara o caso a nível europeu, nomeadamente através de dados sistematizados pelo EUROSTAT e outros publicados pela OCDE.

A importância de uma integração de sucesso vem de mão dada com a importância da chegada de estrangeiros a Portugal. Devemos, em primeiro lugar, salientar os benefícios que a diversidade cultural tem sobre indivíduos, comunidades e organizações. Os argumentos a favor da facilitação da mobilidade humana pelo planeta são baseados nos direitos humanos e numa democracia global - estas vantagens são hoje amplamente conhecidas e inquestionáveis.

Falamos de vantagens como, por exemplo, a colmatação de défices demográficos e económicos. No entanto, também já se têm vindo a estudar os benefícios intelectuais (Galinsky et al., 2015), estudos esses que demonstram relações entre a diversidade demográfica e um maior desenvolvimento da capacidade crítica e analítica, maioritariamente devido à pluralidade de culturas e experiências que comportam perspetivas e ideias diferentes para um mesmo problema.

Apesar de haver resultados empíricos que apontam a diversidade demográfica como responsável por uma sensação inicial de instabilidade na coesão social e um aumento de conflitos socioemocionais, esta diversidade acaba por originar bairros de pensamento pró-social e de valorização dos direitos humanos (Nai et al., 2018).

Há, obviamente, muitas dificuldades no processo de migração (Oliveira, 2023), especialmente quanto mais distante for a cultura. Apesar disso, a imigração não é apenas vantajosa para o país e para a comunidade de acolhimento, é também para o país de origem (Tolentino et al., 2008) e, obviamente, para o próprio migrante que procura oportunidades económicas, sociais e/ou políticas que não existem no seu país de origem, combatendo, assim, um dos determinantes das estatísticas que indicam que 80% do futuro vencimento de uma pessoa pode ser explicado pelo seu local de nascimento e pela classe social dos seus pais (Milanovic, 2014). Uma integração de sucesso promove a diversidade no pensamento crítico que, por sua vez, cria zonas de valorização dos direitos humanos e de iniciativas sociais, além de colmatar crises económicas e demográficas.

2.2.2. A Comunidade do Bangladeche em Portugal

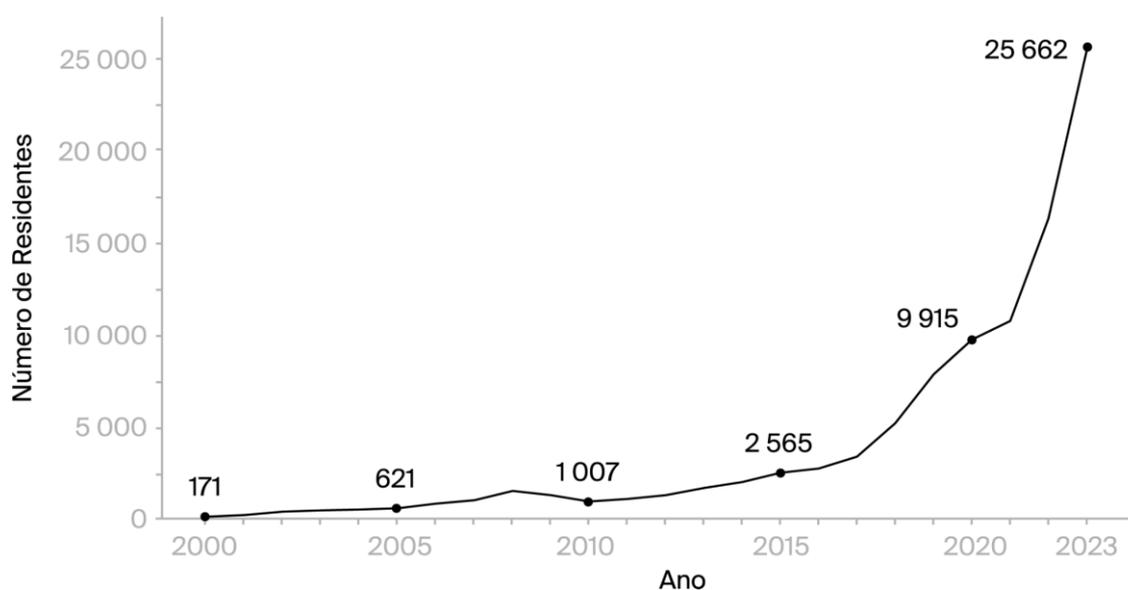
Em relação a outras nacionalidades, a vinda de imigrantes naturais do subcontinente indiano, em particular do Bangladeche, é classificada como relativamente recente no historial de migrações em Portugal (Malheiros, 2013). A partir de dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) é constatável um aumento lento, mas consistente, da população imigrante proveniente do Bangladeche em Portugal, desde o início do século XXI. Este aumento, embora inicialmente comedido, começou a acelerar de forma mais pronunciada a partir de 2010.

Esse ano marcou o início de um crescimento exponencial que culminou no período entre 2015 e 2023, onde o número de residentes com estatuto legal proveniente do Bangladesh é hoje dez vezes o do ano de 2015 (Figura 4), passando de 2.565, em 2015, para 25.662, em 2023. Este crescimento acelerado poderá ser atribuído a oportunidades económicas, evidentemente, mas também foi impulsionado pela abertura da Embaixada do Bangladesh em Lisboa, a 11 de julho de 2012, e respetiva nomeação do seu primeiro embaixador, no ano seguinte, reforçando as relações bilaterais entre os dois países (Embaixada do Bangladesh em Portugal, n.d.).

Figura 4

População do Bangladesh com Estatuto Legal de Residente em Portugal.

Fonte: Autor, Dados INE.



Malheiros (2013) descrevia a população do subcontinente indiano residente em Portugal como mais instruída (em comparação aos outros grupos de imigrantes e aos indivíduos nascidos em Portugal), predominantemente do sexo masculino, de idades maioritariamente compreendidas entre os 30 e os 49 anos e a residir principalmente no centro do país (~40%).

Estas características foram reforçadas pelo *Estudo SAIMI - Saúde e Acesso aos Serviços de Saúde dos Imigrantes do Subcontinente Indiano em Lisboa* (Campos Matos et al., 2015) que, há quase uma década, através da realização e consequente análise de questionários feitos a populações do subcontinente indiano, conseguiu expor uma imagem comparativa da comunidade bangladechiana em Portugal que, até então, era pouco nítida e, passados quase 10 anos, continua insuficientemente estudada.

Nesse ano de 2015, esta comunidade era a que permanecia em Lisboa, em média, menos tempo (com uma mediana de tempo de residência de 1 ano, em comparação aos 8 anos dos indianos e aos 4 dos paquistaneses) e, das três, a que tinha maior proporção de indivíduos com ensino superior (50%) e, simultaneamente, maior taxa de desemprego, que acaba por ser comum, visto que na generalidade dos países europeus a taxa de desemprego é maior entre imigrantes com formação ao nível do ensino superior (Campos Matos et al., 2015; European Commission, 2023).

Em 2021, a comunidade do Bangladeche residente em Portugal é retratada, através de dados do INE, como maioritariamente jovem (~74% têm entre 25 e 44 anos), residente em Lisboa (dos 10.936 residentes, mais de 8 mil, representando quase 75%, residem em Lisboa) e do género masculino (~80%).

Em relação ao aproveitamento escolar dos mais jovens, no ano letivo de 2021/2022, os alunos de nacionalidade bangladechiana foram, dos principais grupos nacionais de alunos estrangeiros em Portugal (Oliveira, 2023), o segundo grupo de alunos estrangeiros a ter a taxa de transição mais baixa no Ensino Básico e Secundário, apresentando uma diferença negativa face aos alunos portugueses de 14,1 pontos percentuais. Esta é uma realidade para a maior parte dos alunos estrangeiros que tendem a ter mais dificuldades em obter resultados escolares positivos do que os alunos nacionais do país de acolhimento. Ainda no mesmo ano letivo, dos mais de 6 mil estudantes inscritos na disciplina de Português Língua não Materna (PLNM), 137 (2,2%) eram de nacionalidade bangladechiana e dos 14.651 formandos do Português Língua de Acolhimento (PLA), 8% eram bangladechianos.

Comparando com os portugueses e até com outras nacionalidades de estrangeiros em Portugal, ao longo dos últimos anos e apesar da diminuição da disparidade, os

bangladechianos têm remunerações base médias bastante mais baixas (Oliveira, 2023). Ainda em 2021, a remuneração base média mensal dos bangladechianos (trabalhadores por conta de outrem) era de 710,87€, ao passo que a dos portugueses era de 1081,70€ e a média dos estrangeiros era de 1024,88€, ocupando o segundo lugar da tabela classificativa de remunerações base médias mensais mais baixa por nacionalidade. Em 2022, dos mais de 16 mil bangladechianos residentes em Portugal, 4,6% estavam desempregados, representando quase 2% do total da população estrangeira desempregada.

Estudos indicam (Oliveira, 2023) que o aumento do desemprego e o agravamento das condições económico-financeiras aumentam as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, principalmente para os imigrantes com a sua situação por regularizar. Este foi um problema sentido nos anos da crise económica e financeira em Portugal, entre o final da primeira década do século XXI e meados da segunda.

Em 2023, os bangladechianos eram o segundo grupo nacional, a seguir aos brasileiros, que mais passava pelos serviços de urgência da ULS São José em Lisboa. Cerca de 8% dos 51.500 utentes estrangeiros eram bangladechianos.

2.3. SAÚDE: INDICADOR e MEIO para a INTEGRAÇÃO

São vários os estudos e autores que sustentam que o acesso à saúde é um elemento fundamental para uma integração de sucesso de qualquer cidadão, seja ele migrante ou não (e.g. Oliveira, 2023; Ager & Strang, 2008; Navarrete-Moreno et al., 2021). Tal como vimos anteriormente, a saúde é não só um indicador, mas também um meio de integração, tal como defendem Ager e Strang (2008).

A pandemia da COVID-19 veio evidenciar diversas barreiras que já existiam, sendo que algumas são particulares dos imigrantes (Oliveira, 2023), tais como *barreiras administrativas, receios associados à incerteza da duração da sua permanência, discriminação, falta de informação e pouca familiaridade com o modo de funcionamento do sistema de saúde do país de acolhimento, e barreiras linguísticas e interculturais* (Oliveira, 2023, p. 249).

Neste sentido, esta seção tem como objetivo argumentar de que forma o acesso à saúde é o primeiro passo para a integração, ao mesmo tempo que vai funcionando como um dos indicadores sintomáticos desse processo. Complementarmente, propomo-nos, também, caracterizar o SNS em Portugal e o acesso ao mesmo por parte de estrangeiros, especialmente dos que não falam, com suficiente fluência, a língua portuguesa.

Em 2019, o *Migrant Integration Policy Index* (MIPEX), uma ferramenta criada para medir políticas de integração para migrantes, apurou uma pontuação geral muito positiva a Portugal para as políticas de integração, com 81 pontos, ficando só atrás da Finlândia (85) e da Suécia (86). Esta pontuação é o resultado de uma média de oito aspetos que não se limitam mas incluem indicadores como a educação, a participação política, o acesso à nacionalidade e ainda a saúde. No entanto, é só neste último aspeto, o da saúde, que Portugal pontua mais abaixo da média dos outros países desenvolvidos, com uma pontuação de 65 pontos, bem mais fraca que a geral, categorizando-a como *Ligeiramente Favorável* (60-79 pontos).

O MIPEX recomenda que, para melhorar a sua pontuação neste aspeto, Portugal deveria preservar as políticas usadas na crise da COVID-19, abrangendo todos os departamentos e serviços de saúde.

É possível afirmar que o acesso à saúde é um fator que influencia grande parte das áreas da nossa vida e, por consequência, a maioria das camadas de integração e dos respetivos aspetos que as constituem (Flynn et al, 2014; Ager & Strang, 2008; Kang, et al 2022). Esta é a perspetiva defendida no novo Plano de Ação da Comissão Europeia para a União Europeia para a Integração e a Inclusão (2021 - 2027), quando refere que “Insufficient access to healthcare services can be a major obstacle to integration and inclusion, affecting virtually all areas of life” [o acesso insuficiente aos serviços de saúde pode constituir um enorme obstáculo à integração e à inclusão, afetando praticamente todas as áreas da vida] (Comissão Europeia, 2020, p. 13).

Com a pandemia da COVID-19, foi possível identificar com ainda maior clareza as iniquidades no acesso aos serviços de saúde. A contribuir para o agravamento do problema, é mais provável que os imigrantes estejam em trabalhos essenciais, onde o

contacto com o público e o conseqüente risco de ser contaminado é maior (Comissão Europeia, 2020).

Perante esta situação, o governo português implementou algumas medidas temporárias (Casquilho-Martins e Ferreira, 2022). A prorrogação do prazo de validade das autorizações de residência e dos vistos; a suspensão de cobrança de qualquer custo associado ao diagnóstico e ao tratamento da COVID-19; e a regularização temporária de todos os processos pendentes no SEF – foram algumas das medidas temporárias implementadas.

No entanto, não é apenas a variante da regularização da situação legal que põe em causa o acesso à saúde. Todos os outros aspetos, como a educação, o salário, a habitação e as barreiras culturais e linguísticas, impactam no nível de acesso à saúde (Health and Migration Programme, 2022). Acresce que, quando considerados os locais de trabalho, apesar dos imigrantes estarem mais propensos a acidentes, recorrem menos vezes aos serviços de saúde.

No *Estudo SAIMI - Saúde e Acesso aos Serviços de Saúde dos Imigrantes do Subcontinente Indiano em Lisboa* (Campos Matos et al., 2015) que, há quase uma década, estudou as populações imigrantes em Lisboa provenientes de países do subcontinente indiano (neste caso: Bangladeche, Índia e Paquistão), as autoras pretendiam desenvolver recomendações para serviços de saúde que se adequassem ao contexto migratório que, até então, não estava a ser tido em conta. Apesar de já existirem planos do governo (II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010-2013) que mencionavam a saúde em seis medidas, a avaliação das mesmas era dificultada pela proliferação da informação por várias entidades ou até mesmo pela sua falta.

A partir de um estudo comparativo entre populações imigrantes e nacionais, realizado na altura da COVID-19 (Portela et al., 2024), foi possível verificar que as comunidades imigrantes estavam mais suscetíveis a sofrer com as conseqüências da pandemia, em especial na área do emprego que, conseqüentemente, afeta as finanças das famílias imigrantes. Além dos aspetos mencionados, nesse mesmo estudo, foi verificado que 46% dos imigrantes declararam ter dificuldades acrescidas no acesso às urgências

durante a pandemia, uma percentagem bem mais significativa do que a dos utentes autóctones, onde apenas 12% afirma ter sentido essa dificuldade.

Através destes e outros estudos (Deniz-Zaragoza et al, 2024; Portela et al., 2024; Matthys et al., 2021), é possível afirmar que as populações imigrantes estão mais vulneráveis e suscetíveis a sofrer consequências negativas nas várias áreas da vida, quando confrontadas com problemas de saúde.

A sensação de integração numa sociedade está diretamente associada a níveis mais baixos de sofrimento psicológico e a uma autoavaliação mais positiva da saúde (Deniz-Zaragoza et al, 2024). Por sua vez, está provado que a sensação de discriminação, dificuldades socioeconómicas e necessidades não satisfeitas de cuidados médicos, poderão contribuir para a deterioração da saúde mental (Portela et al., 2024).

Todas estas disparidades refletem, portanto, o nível (baixo) de integração destas comunidades imigrantes, ou seja, a saúde do migrante acaba por ser consequência das circunstâncias de integração na sociedade de acolhimento. Isto pressupõe que a melhoria nos outros aspetos de integração impacta positivamente o acesso aos cuidados de saúde e a qualidade da assistência obtida.

2.3.1. O acesso de estrangeiros ao SNS

Apesar do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal, assentar em três princípios fundamentais: universalidade; generalidade; e tendencial gratuitidade – princípios consagrados constitucionalmente – o acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde está condicionado por vários fatores. Em primeiro lugar, para ter pleno direito de acesso ao SNS, o cidadão estrangeiro é obrigado a ter a sua situação regularizada. A falta de ações de sensibilização dos funcionários para as diferenças culturais / religiosas; o racismo e outros estigmas vários; a iliteracia relativa aos direitos dos imigrantes, tanto por parte dos funcionários, como por parte dos próprios imigrantes; e a comunicação, são apenas algumas das barreiras ao acesso à saúde por parte de estrangeiros, apontadas por vários autores ao longo das últimas duas décadas (Oliveira & Gomes, 2019; Dias et al., 2018; Comissão Europeia, 2020).

Principalmente quando comparados com a população nacional, as populações imigrantes tendem a apresentar índices de utilização dos serviços de saúde mais reduzidos e, além disso, mesmo quando os utilizam, a resposta aos cuidados é habitualmente mais demorada (Dias et al, 2018), ameaçando a sua eficácia e, conseqüentemente, a confiança e satisfação desta população com os serviços prestados. Dias et al, acreditam que os determinantes do acesso aos cuidados de saúde se podem associar fundamentalmente a três aspetos: ao indivíduo; à relação entre funcionário e utente; e aos serviços de saúde.

Em termos de indivíduo, estas barreiras passam necessariamente por fatores de génese laboral, económica, legislativa e cultural. O tratamento pode ser posto em causa por falta de recursos financeiros, também motivado pela precariedade laboral. A situação legal do imigrante é um constrangimento, no sentido em que é comum haver o receio de ser denunciado pelos serviços de saúde e, então, recorre aos prestadores de serviços de saúde só em casos de urgência. A diferença de valores, práticas e costumes de utilização dos serviços de saúde entre o país de origem e o país de acolhimento constitui um grande fator cultural. Outro fator determinante é o género. As mulheres imigrantes tendem a enfrentar mais desafios (Comissão Europeia, 2020), isto porque costumam ter menor conhecimento da língua de acolhimento, uma rede social menos desenvolvida e mais responsabilidades para com a família, nomeadamente quando têm filhos.

Na análise da relação entre utente e funcionário importa avaliar os contextos socioculturais e legais, a diferença linguística e potenciais atitudes negativas por parte de funcionários dos serviços de saúde em relação às populações imigrantes que sejam suscetíveis de comprometer a confiança na relação (Dias et al., 2018). Em termos de acessibilidade aos serviços de saúde, é possível haver constrangimentos tanto a nível geográfico como a nível de compatibilidade horária. Acresce que também constituem barreiras o tempo de espera para atendimento, com as longas filas de espera, a dificuldade de marcação de consultas e a pouca duração das mesmas.

Todos estes elementos limitam o exercício do direito à saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, pondo em causa os três princípios fundamentais desse direito, pilares do SNS:

- i) A *universalidade* assegura o acesso aos cuidados de saúde essenciais e urgentes a todas as pessoas, independentemente da sua nacionalidade, circunstância legal, económica ou social.
- ii) A *generalidade* garante a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação - prestando serviços em todas estas etapas.
- iii) A *tendencial gratuitidade* assegura a disponibilização dos serviços prestados gratuitamente ou a custos baixos, de forma ao fator económico não constituir uma barreira ao seu acesso, reforçando a universalidade do SNS no que toca a esta circunstância.

Isto significa que qualquer imigrante com a sua situação regularizada pode inscrever-se no SNS, beneficiando, assim, das mesmas condições de um nacional. No caso de imigrantes com a sua situação não regularizada, o acesso ao SNS nas mesmas condições que a população em geral está limitado a cuidados urgentes e vitais (onde a falta de tratamento imediato poderia colocar em risco a vida do paciente); a vacinas e a doenças transmissíveis que representem perigo para a saúde pública; e a cuidados materno-infantis e a saúde reprodutiva. Salvo exceções, tais como cidadãos estrangeiros em situação de reagrupamento familiar ou em situação de exclusão social e/ou carência económica, o acesso gratuito ao SNS será mais restrito, podendo ser exigido o pagamento dos serviços prestados, de acordo com as normas e tabelas em vigor (Oliveira, 2023)

2.4. DOMÍNIO da LÍNGUA: FACILITADOR da INTEGRAÇÃO

Como já vimos no ponto 2.2, um dos pilares no processo de integração é o ensino da língua portuguesa a imigrantes, não como um mero veículo de comunicação, mas como uma ponte para a compreensão cultural, para o acesso ao mercado de trabalho e para a participação efetiva na vida cívica do país. Desde o início do século XXI, Portugal tem reconhecido a importância deste pilar, implementando um leque de programas e iniciativas destinados a facilitar este processo. No entanto, com a falta de

disponibilização de recursos por parte do governo, têm vindo a surgir iniciativas informais que procuram colmatar esta lacuna.

É em 2001 que surgem os primeiros cursos a desempenhar, oficialmente e a nível nacional, funções de ensino da língua portuguesa, através do Currículo Nacional do Ensino Básico. Estas normas estipulam que a língua portuguesa seja a língua oficial de escolarização e de acolhimento das minorias linguísticas que vivem em Portugal e que, então, o seu domínio é determinante no acesso ao conhecimento, no relacionamento social e no exercício da cidadania. Foi nesse mesmo ano que se criaram os programas Português Língua Não Materna (PLNM), para alunos do Ensino Básico e Secundário do sistema educativo nacional, e o Portugal Acolhe, que viria a ser substituído em 2008 pelo programa Português para Todos (PPT).

Em 2020, o programa foi revisto para Português Língua de Acolhimento (PLA), de forma a chegar à população imigrante adulta e potencializar a inclusão e a coesão social. O Português Técnico procura disponibilizar cursos de português mais focado para várias atividades económicas, direcionado para imigrantes que já tenham algum domínio do português (nomeadamente, com nível de certificação de A2).

Em 2016 é apresentada pelo ACM a Plataforma Português Online que disponibiliza cursos de português não certificados. A ferramenta tem atualmente, como línguas de apoio, o inglês, o árabe e o espanhol, sendo que se projetava a inclusão do mandarim e do romeno. Entretanto, em 2024, o Governo lançou o *Plano Estratégico para a Aprendizagem de Português como Língua Estrangeira* orientada pela *Agência para a Integração, Migrações e Asilo* (AIMA). Com trinta e nove medidas, organizadas em cinco eixos, o plano propõe:

- i. Incentivar o domínio da língua portuguesa;
- ii. Reforçar os recursos disponíveis para o ensino-aprendizagem da língua portuguesa;
- iii. Reforçar a oferta formativa;
- iv. Promover o reconhecimento e a certificação das competências em língua portuguesa; e

- v. Incrementar a disponibilização e a utilização de ferramentas digitais (Cursos de Português Língua de Acolhimento (PLA)).

No ano letivo 2020/21, quando os programas e ferramentas institucionais quebravam todos os recordes em termos de matriculados, os dados mostravam uma maior expressão dos formandos oriundos do sul da Ásia (~ 43%), nomeadamente nos programas PLNM e PLA, que refletiam a tendência migratória dos últimos anos em Portugal. Estas comunidades merecem especial atenção, tendo em conta a distância linguística (Chiswick & Miller, 2001; Isphording, 2014) que se refere à disparidade entre, neste caso, a língua materna e a língua de acolhimento, no que toca a vocabulário, gramática e pronúncia.

É assumido que a compreensão da língua de acolhimento é uma condição indispensável para uma integração de sucesso, como já anteriormente se referiu e tal como indica o estudo europeu *Immigrant Citizens Survey*, onde mais de 90% dos imigrantes inquiridos acreditam que os cursos da língua de acolhimento tiveram um efeito muito positivo no seu processo.

O conhecimento da língua de acolhimento é impulsionador de todos os outros aspetos fundamentais do processo de integração. Apesar de tudo, Portugal encontra-se muito acima da média registada na União Europeia (66%) com 89,7% dos imigrantes nascidos no estrangeiro a declararem conhecimento avançado da língua portuguesa. Isto deve-se à composição demográfica dos estrangeiros residentes, dos quais mais de 40% são provenientes de países de língua oficial portuguesa.

2.4.1. Entraves e Agilizadores

Apesar das várias ofertas disponibilizadas aos imigrantes, a ex-ministra Adjunta e dos Assuntos Parlamentares, Ana Catarina Mendes, admitiu a incapacidade de dar resposta imediata à procura (Franco & Gustavo, 2023). Isto pode ser explicado com o rápido crescimento da população imigrante, o qual não foi acompanhado pelo reforço do apoio a esta formação.

Os próprios professores da disciplina de PLNM queixam-se da falta de colegas de profissão formados na especialidade e que essa formação necessita de ser melhor e em

maior número (Valente, 2022). Em 9 países europeus, a qualificação específica para os professores de língua de acolhimento não materna para imigrantes é obrigatória, com o objetivo de melhorar a qualidade do apoio (Eurydice, 2017). No entanto, Portugal não tem exigência de qualificação específica, o que pode ser um facilitador para colmatar a crise de recursos, aumentando o número de docentes disponíveis a lecionar a disciplina. Além da falta de vagas e de recursos, estas opções formais estão reservadas a imigrantes com a sua situação regularizada, negando o acesso a imigrantes por falta de legalização ou certificado de manifestação de interesse (Lusa, 2022).

Ao contrário de outros países, onde a aprendizagem da língua de acolhimento é condicionante para entrar no mercado de trabalho, em Portugal, considera-se que a integração no mercado de trabalho é benéfica para a aprendizagem da língua portuguesa. No entanto, já tem sido demonstrado em estudos que o avançado inicial é temporário e que os horários e as condições de trabalho podem comprometer a assiduidade nas aulas, pondo em causa a estrutura de aprendizagem. Nos cursos PLA, os tempos de espera são longos, verificando-se limitações quanto à disponibilidade no que se refere à inscrição, frequência e a própria oferta.

Apesar de tudo, números revelados pelo OM indicam que o problema do programa PLA vai além do acesso ao mesmo, sendo notória a falta de eficácia, *uma vez que na fase final do programa de acolhimento, só 8,4% dos alunos revelam um domínio da língua e 14,4% terminam sem entenderem nem falarem português* (Gorjão Henriques, 2024, p. 99). A dificuldade sentida com a eficácia pode muito bem ser atribuída à falta de adequação dos cursos a nível de organização e de sensibilidade cultural, na medida em que a organização dos participantes pelas turmas não é feita por níveis de ensino e tanto as temáticas de género como as culturais são constantemente desconsideradas. No caso das mulheres, principalmente as que vêm de contextos extremamente patriarcais, ter aulas de língua portuguesa numa sala de aula com homens é um impedimento, chegando mesmo a ter de abandonar o curso por essa razão.

Ainda assim, uma parte significativa dos imigrantes não aprende a língua portuguesa através de aulas institucionalmente organizadas. Muitos sustentam-se com o grau de exposição à língua de acolhimento no dia-a-dia (Isphording, 2014). Apesar do tempo vivido no país de acolhimento estar diretamente relacionado com o nível de domínio da

língua, existem outros fatores que podem determinar a capacidade e a motivação que o imigrante tem para aprender a língua local, começando logo pelo possível contacto, prévio à migração, com os *media* e com a língua de acolhimento.

Estes fatores, principalmente os que são mais variáveis, são aspetos interessantes que, dependendo de como são abordados, podem servir de impulsionador ou entrave à aprendizagem da língua portuguesa. Quando se dá a migração (Isphording, 2014), a idade com que se chega; a distância linguística entre língua materna e língua de acolhimento; a razão para a migração; a educação prévia; e a sua habilidade cognitiva são alguns dos aspetos mais invariáveis e pessoais que põem em causa o aproveitamento.

A distância linguística é um fator que dificulta o processo de aprendizagem, principalmente para adultos, sendo que esta é mais sentida, quanto mais velho o imigrante seja. Verifica-se que os que chegaram ao país de acolhimento depois da pré-adolescência sofrem muito mais com esta distância (Chiswick & Miller, 2001).

Analisados os motivos para migrar, constatou-se existir uma correlação negativa entre a migração por motivos de segurança e a proficiência linguística alcançada, por contraposição, quem migra por motivos económicos tende a ter melhor aproveitamento na aquisição de conhecimento da língua. Isto deve-se ao facto de que quem migra por motivos de refúgio ter, mais frequentemente, intenções de voltar para o seu país natal o quanto antes e, por isso, menos motivação para aprender a língua de acolhimento (Isphording, 2014).

Outros determinantes, já mais variáveis, são o local de residência, a dinâmica familiar, a expectativa de permanência e a situação civil e laboral. Não é invulgar que os imigrantes procurem habitar zonas da cidade onde, outrora, se tenham instalado comunidades do seu país natal, criando assim zonas de concentração etnolinguísticas. Este género de enclave singelo pode ter bastantes vantagens, principalmente no processo de encontrar trabalho e na obtenção de informação acerca do país anfitrião. Não obstante, este contexto aumenta a probabilidade de trabalhar com e para pessoas que partilham a mesma língua materna, o que permite que muitas tarefas diárias possam

ser cumpridas através dessa mesma língua, reduzindo, por sua vez, a exposição à língua de acolhimento (Tegege, 2018; Rauhut & Laine, 2023).

No caso da dinâmica familiar, existem várias circunstâncias que podem ser positivas ou negativas dependendo da forma como se utilizam os recursos disponíveis. Um membro da família que fale fluentemente a língua de acolhimento pode ser uma grande ajuda, permitindo que a pessoa pratique de forma mais descontraída e diária, tendo a ajuda de alguém que, provavelmente, também fala a sua língua materna. (Isphording, 2014) No entanto, também se pode dar o caso do familiar fluente não fazer papel de professor, mas sim de intérprete, o que poderá reduzir o incentivo para aprender a língua. Ter filhos também pode ser vantajoso para os pais, que ganham um novo contexto social onde são confrontados com a língua de acolhimento nas interações com a população local. Ainda assim, o número de filhos está negativamente relacionado com o aproveitamento na aquisição de conhecimento da língua – particularmente para as mulheres que tendem a ser as principais responsáveis pelos cuidados.

Existem, entretanto, algumas ações para preenchimento desta lacuna. Iniciativas como o projeto *SPEAK* procuram agilizar o processo de aprendizagem da língua portuguesa através de recursos não formais, tentando criar uma rede de suporte informal que promova o intercâmbio de culturas e línguas entre locais e migrantes.

Segundo Ricardo López Páramo, especialista da Experiência Comunitária do *SPEAK*, em entrevista ao autor no dia 4 de julho de 2023, o projeto nasceu em Leiria, no ano de 2014, com o âmbito de colmatar a segregação sentida entre a comunidade local e a comunidade marroquina que se tinha vindo a acomodar na cidade. O programa foi um sucesso, tanto que, mais tarde, os próprios participantes que inicialmente chegavam para aprender português também contribuíram para o projeto, partilhando a sua língua e cultura. Atualmente, o projeto depende do voluntariado de pessoas locais que podem ou não ter formação prévia. Ao contrário dos programas formais do governo, que têm sido disponibilizados a cidadãos imigrantes que tenham a sua situação regularizada em Portugal, o *SPEAK* não exige qualquer tipo de documentação, até porque as aulas podem ser assistidas em formato online por pessoas não residentes no país.

Já o Serviço de Tradução Telefónica (STT) é um serviço criado pela ACM que facilita as situações de prestação de serviços entre duas pessoas que não dominam uma língua comum. Quando o migrante e o prestador de serviços se encontram nesta situação, contactam o STT que, por sua vez, cria uma conferência telefónica a três, entre o imigrante; o prestador de serviço; e um dos 107 tradutores/intérpretes que dominam, para além da língua portuguesa, uma ou mais das 69 línguas e/ou dialetos disponíveis. Na eventualidade de não haver disponibilidade por parte de um tradutor, o serviço é agendado para mais tarde. É recomendado, no site da Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT) que *sempre que possível é preferível agendar o serviço previamente* (DGERT, 2023)

O Kit Migrante é uma plataforma online promovida pelo *Grupo de Ativistas em Tratamentos* (GAT) e pela *Iniciativa Lisboa Sem Sida* que contribui para o acesso rápido dos imigrantes a informações sobre saúde em Portugal, a partir de documentos sobre os mais variados temas e em 12 idiomas¹, com o objetivo de informar os imigrantes sobre o seu direito à saúde, promover a equidade na saúde e quebrar barreiras no acesso à prestação de cuidados de saúde. Apesar de fornecer informações relacionadas principalmente com infeções sexualmente transmissíveis, a plataforma também disponibiliza informação em temas como a gravidez, o planeamento familiar, a saúde mental e a vacinação, além de fornecer contactos relevantes no apoio ao migrante. Tudo isto é complementado com o *Passaporte do Migrante - Acesso à Saúde em Portugal* que, estando em constante atualização, resume as informações num PDF do tamanho de um passaporte pronto a imprimir.

Estas ferramentas, sejam elas formais ou informais, são essenciais para melhorar o acesso dos imigrantes à literacia em saúde, facilitar o contacto com o SNS (Kit Migrante), proporcionar o contacto com a língua portuguesa e com os seus falantes (SPEAK), dinamizando relações sociais ao mesmo tempo que se aprende a língua de acolhimento, sendo um complemento ao apoio à tradução ou à interpretação, assegurando apoio em situações onde o serviço não o disponibiliza, como é o caso do Serviço de Tradução Telefónica (STT) para migrantes. No entanto, estas iniciativas e

¹ português, espanhol, francês, romeno, urdu, inglês, russo, ucraniano, árabe, hindu, nepali e mandarim.

ferramentas devem ser monitorizadas de forma a verificar a sua exequibilidade e eficácia na mitigação das desigualdades entre imigrantes e população nativa.

2.5. MÉTODOS e FERRAMENTAS de DESIGN

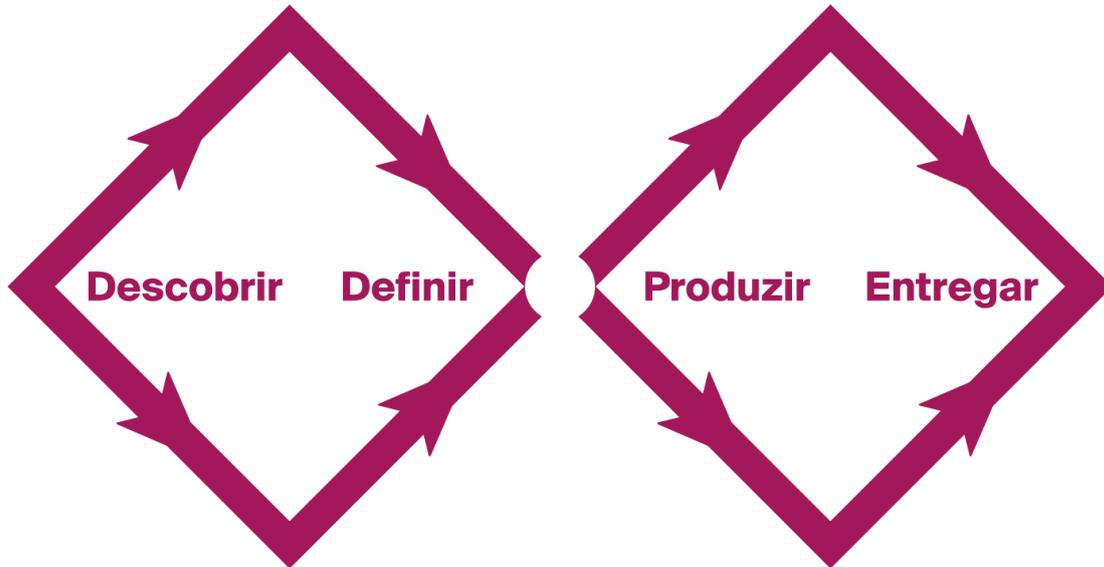
O Design é uma maneira particular de olhar para as circunstâncias do presente, entendendo, interpretando e abordando um desafio, ou uma oportunidade, de forma a chegar à conceptualização e à materialização de soluções (imagens, objetos, sistemas, serviços, etc.). Estes processos desenvolvem-se através de ferramentas e métodos de pensamento específicos (*Design Thinking*).¹

Duas ferramentas importantes do *Design Thinking* são o modelo do Duplo Diamante e o Design Centrado no Ser Humano (DCH) (Norman, 2013). O modelo do Duplo Diamante, *double diamond design process model*, foi popularizado no início do século pelo *British Design Council*, em colaboração com algumas empresas, tendo como objetivo a integração do design como uma ferramenta de gestão, dentro das organizações. O modelo propõe a abordagem para identificação e solução de problemas e pode ser ilustrado como mostra a Figura 5. Este modelo é dividido em duas etapas e quatro fases: a etapa de encontrar o problema, composta por duas fases – descobrir e definir – e a etapa de encontrar a solução, composta por outras duas fases – desenvolver e entregar. *Divergindo* (descobrir e desenvolver) de forma a encontrar o maior número de possíveis problemáticas e soluções e *Convergindo* (definir e entregar) na definição do problema e da solução.

¹ Referências de Design Thinking: Burns et al., 2006; Norman, 2013; Zamenopoulos & Alexiou, 2018; Design Council, 2006; Porto, 2019; Meroni & Sangiorgi, 2011; IDEO.org, 2015.

Figura 5

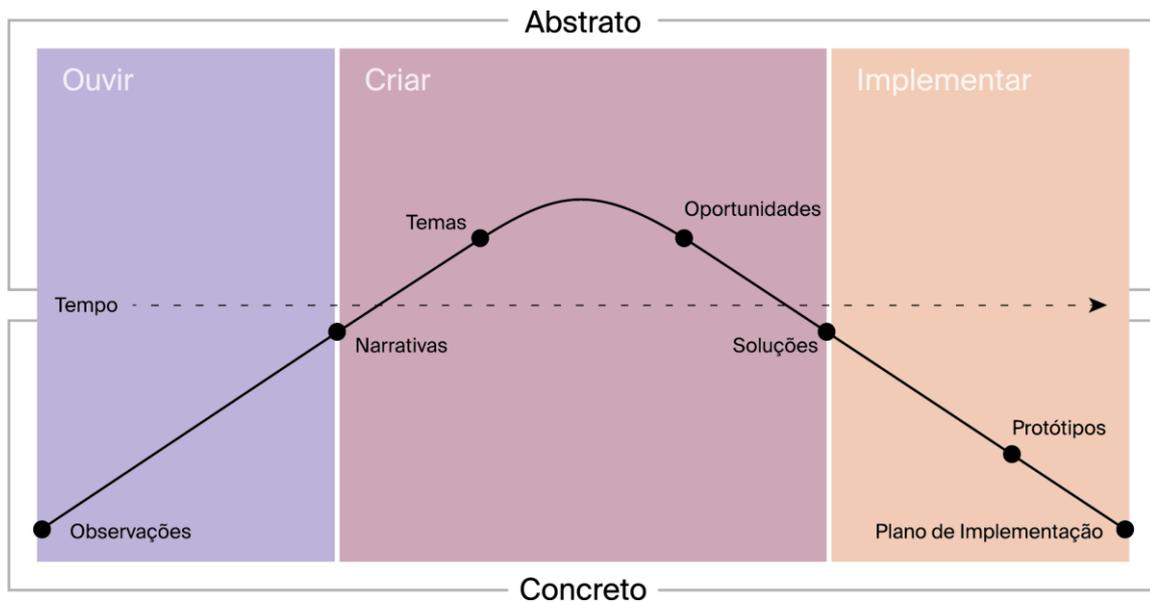
Modelo do Duplo Diamante. Redesenhado pelo autor. Fonte: Design Council. (2006).



A estratégia de implementação do modelo de Duplo Diamante (Figura 5) fundamenta-se na utilização do Design Centrado no Ser Humano (Norman, 2013), um processo de *Design Thinking* que tenta encontrar soluções exequíveis e viáveis, além de desejáveis ao ser humano (utilizador). Pode-se dividir o DCH em três fases (IDEO.org, 2015): Ouvir; Criar; Implementar.

Figura 6

O Processo de Design Centrado no Humano (DCH). Redesenhado pelo autor.
Fonte: IDEO.org. (2015).



Na primeira fase são consideradas as práticas, as experiências, os interesses e as verdadeiras necessidades do público-alvo que vai utilizar o produto final, além das suas motivações, objetivos e frustrações com a situação atual. Partindo das questões identificadas na primeira fase (Ouvir), desenvolve-se um número de narrativas relativamente ao problema, a partir de ferramentas de auscultação e pesquisa de campo, como questionários, entrevistas ou (auto-)documentação do próprio utilizador.

Na fase ‘Criar’ consideram-se as semelhanças, as diferenças e as inter-relações das narrativas, de modo a encontrar áreas de oportunidade para o futuro. De seguida, delinea-se um número de soluções desejáveis e, na última fase (Implementar), procura-se a sua viabilidade, através da criação e da aplicação de protótipos. Estando tudo testado e aprovado, cria-se um plano de implementação concreto. Todas as fases devem ser concretizadas, de preferência, com recurso a equipas multidisciplinares, com espaços dedicados e prazos de entrega definidos para cada etapa (IDEO.org, 2015).

No âmbito do panorama académico do Design Centrado no Humano (DCH), é possível verificar um crescente interesse em soluções de co-design a partir do final da primeira década do séc. XXI (Sanders & Stappers, 2008). Co-design, segundo estes autores, refere-se aos momentos de criatividade coletiva, entre designers e não designers, no decurso do processo de design.

O Co-Design implica, assim, algum tipo de ligação entre intervenientes com diferentes conhecimentos, disciplinas, meios sociais, agendas políticas, experiências e/ou necessidades, para criar algo que responda a uma ou várias preocupações (Zamenopoulos & Alexiou, 2018). A partilha de competências, vivências e recursos é transversal a todos os géneros de Co-Design, apesar de nem sempre se trabalhar em conjunto ou se querer ter os mesmos objetivos e/ou valores.

As tendências do Co-design, segundo Zamenopoulos e Alexiou (2018), são:

- Colaborativo — Trabalham juntos com interesses e valores comuns;
- Cooperativo — Trabalham juntos com interesses e valores distintos;
- Coletivo — Trabalham separadamente com interesses e valores comuns;
- Conectivo — Trabalham separadamente, partilhando recursos e ações, para objetivos distintos.

O *Design Participativo* (Manzini, 2011) é a ligação destas várias iniciativas de Co-Design, procurando criar redes de atores, com o objetivo de implementar processos abertos e colaborativos entre os interessados. O papel do designer no Co-Design deve ser de *Facilitador*, *Mediador* ou de simplesmente *Provocador*, podendo acumular funções. A tendência colaborativa é, afinal, o método de trabalhar o design a partir do conhecimento, das técnicas, das experiências e dos recursos de pessoas com uma preocupação em comum. Permite que, mesmo não sendo profissionais de uma área de interesse do projeto, os intervenientes possam participar no desenvolvimento do mesmo com o estatuto de especialistas da sua experiência.

Esta prática permite uma maior sustentabilidade social dos projetos, já que os intervenientes assumem o controlo e conectam-se com aquilo que transformará o seu contexto (Porto, 2019). É importante notar que, segundo algumas teorias (Design Council, 2006), todas as pessoas são criativas e conseguem fazer design, só é necessária a confiança, o espaço e as ferramentas adequadas para tal. Com a troca de experiências e de capacidades de vários intervenientes, os problemas complexos são melhor entendidos e abordados. Para que tal aconteça, é necessário que haja quem crie as ligações entre promotores, instituições, sociedade civil e equipas técnicas

multidisciplinares. Este é um trabalho de design de sistemas que também é importante para a mobilização destes diferentes grupos da sociedade.

De forma a dar início à fase ‘Ouvir’ do processo de *DCH* e à fase ‘Produzir’ do modelo de Duplo Diamante, foram administrados questionários às duas populações-chave do problema que desejamos abordar: os técnicos de saúde (SNS) e membros da comunidade bangladeshiana a residir em Portugal. Esses questionários são enquadrados no próximo capítulo (Capítulo 3), assim como os pontos chave identificados na análise dos dados que informam as narrativas que tipificam a experiência da comunidade bangladeshiana no acesso aos serviços públicos de saúde em Portugal (Capítulo 4).

3. MATERIAL E ANÁLISE DE QUESTIONÁRIOS

Com o objetivo de identificar as ferramentas mais utilizadas na comunicação entre os funcionários dos serviços de saúde em Portugal e os utentes do SNS que não dominam a língua portuguesa, além de avaliar a sua satisfação com essas ferramentas, foram realizados dois questionários (*BNG* e *SNS*) específicos para cada grupo.

Estes questionários (Martin & Hanington, 2012; Krosnick & Presser, 2010) fazem parte de um processo de auscultação das duas populações interessadas, utentes e funcionários, que se insere na fase ‘Produzir’, neste caso produzir dados primários, do modelo do Duplo Diamante (Design Council, 2005 e 2019) e no final da primeira fase, ‘Ouvir’, do processo de *Design Centrado no Humano* (Norman, 2013). Esta auscultação pretendia recolher informação qualitativa e quantitativa dos comportamentos e expectativas das partes interessadas de forma a encontrar narrativas que expusessem a problemática.

O *Questionário BNG* foi direccionado para os utentes que compreendem de forma nativa ou avançada a língua bengali, de modo que foi elaborada a tradução do questionário de português para bengali de forma a obter informação dos utentes versados na língua. A tradução dos questionário foi efectuada por Farid Ahmed Patwary, jornalista e assistente social, membro da comunidade bangladechiana, residente na Área Metropolitana de Lisboa.

O *Questionário SNS* foi direccionado para os funcionários dos locais de saúde em Portugal, incluindo, mas não limitado a, Rececionistas; Enfermeiras/os; Médicas/os; Administradores e Técnicos. Os guiões de ambos os questionários são apresentados integralmente no Anexo I e II.

3.1. A COMUNIDADE DO BANGLADECHE

Para este questionário foi usado o método de amostragem não probabilística, a partir do contacto com o bangladechiano Farid Ahmed Patwary, jornalista e assistente social, que não só traduziu o questionário, como se propôs a partilhar o mesmo na sua página de

Facebook, onde conta com mais de 34 mil seguidores. Farid, ao partilhar o questionário por duas vezes na sua página de *Facebook* (uma a 10 de julho e outra no dia 14 do mesmo mês), conseguiu um alcance bastante significativo, contando com mais 86 partilhas, promovendo, assim, a concretização da técnica bola de neve (Atkinson & Flint, 2001). O questionário esteve ativo entre o dia 26 de junho e 25 de julho e conseguiu um total de 1092 respostas.

Dividido em 3 blocos, o questionário procura saber, no primeiro bloco, se o respondente vive em Portugal, se já usou os serviços de saúde em Portugal e qual o seu conhecimento da língua portuguesa, inglesa e bengali, através de uma autoavaliação. No segundo bloco, é feito um levantamento do principal meio por onde o inquirido procura ajuda médica, com que frequência sente dificuldade em comunicar com os funcionários dos serviços de saúde pública a que recorre e que ferramenta(s) utiliza para explicar o seu problema aos funcionários dos locais onde recorrer a esses serviços. Por fim, no terceiro bloco, os respondentes são questionados sobre a sua satisfação perante as ferramentas enumeradas e questionados, de forma aberta, sobre que tipo de ajuda gostariam de receber idealmente para facilitar uma comunicação adequada sobre os seus problemas de saúde.

Este estudo transversal da população falante de bengali residente em Portugal, contou com 1092 respostas, das quais 516 foram validadas. Foram considerados elegíveis todos os inquiridos que vivessem em Portugal; que já tivessem recorrido a cuidados de saúde em Portugal; e que dominassem a língua bengali (Avançado ou Nativo), uma vez que o questionário foi traduzido de português para bengali de forma a chegar à população que, para além do português, também poderá não dominar o inglês. Foram excluídos os questionários que não foram completados a 100% e que tenham sido respondidos em menos de 60 segundos.

3.2. OS FUNCIONÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Este questionário passou por uma fase de aprovação feita pela Comissão de Ética da Faculdade de Belas Artes, tendo sido, posteriormente, aceite pelo Conselho de

Administração da ULS São José, a fim de poder ser divulgado na newsletter pelo Conselho de Administração da ULS São José a cerca de 10.000 funcionários da ULS São José.

No entanto, sendo o público-alvo qualquer funcionário de serviços de saúde em Portugal, o questionário foi partilhado, pelo autor, na rede social *WhatsApp*, tendo, então, sido usado um método de amostragem não probabilística mediante a técnica bola de neve. Este questionário esteve ativo entre o dia 18 de junho e 09 de setembro, consumando um total de 64 respostas.

Dividido em 5 blocos, o questionário pede ao respondente, no primeiro bloco, que indique se é trabalhador de algum prestador de serviços de saúde público em Portugal. No segundo bloco é perguntado qual a tipologia do prestador de serviços de saúde em que trabalha e qual a sua função nesse espaço. No terceiro bloco é pedida uma autoavaliação das suas capacidades linguísticas nas línguas portuguesa, inglesa e bengali, tanto em termos orais como de compreensão – ao contrário do *Questionário BNG*, em que apenas foi pedido uma autoavaliação geral de competência nas línguas. No quarto bloco o inquirido é questionado se já esteve perante um utente que não dominava a(s) mesma(s) língua(s), qual o seu procedimento de comunicação quando assim o é e qual o seu grau de satisfação com esse procedimento. No quinto e último bloco são apresentadas sete ferramentas à qual o respondente tem de indicar a frequência de utilização e o seu grau de satisfação com as mesmas. Neste último bloco o *Questionário SNS* acaba com uma pergunta de resposta aberta, questionado que tipo de apoio facilitador de comunicação o funcionário dos serviços de saúde gostaria de ter.

Este questionário obteve 64 respostas, das quais 48 foram validadas. Para serem considerados questionários válidos, os inquiridos teriam de trabalhar num prestador de serviços de saúde público em Portugal e ter um nível de compreensão do português *Avançado* ou *Nativo*. Foram excluídas todas as respostas que não completaram o questionário a 100% e as que duraram menos de 60 segundos a terminá-lo.

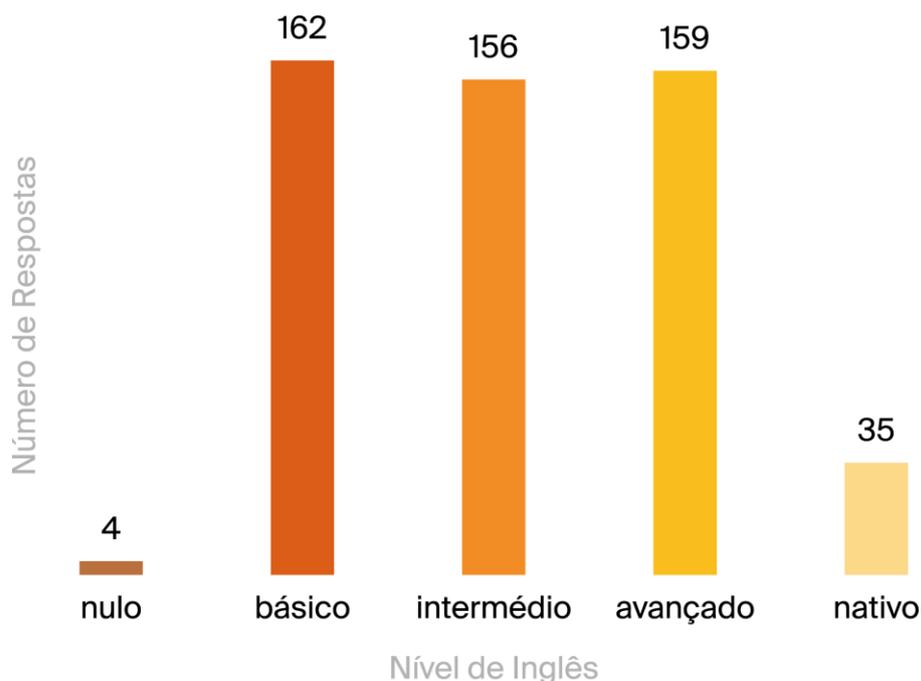
3.3. ANÁLISE do QUESTIONÁRIO BNG

Dos 516 questionados validados, 464 (~90%) dizem ter conhecimento *Nulo* ou *Básico* da língua portuguesa. Quanto ao conhecimento da língua inglesa, a distribuição é mais homogénea (Figura 7), com 4 (~1%) e 164 (~31%) dos indivíduos a afirmar ter conhecimento *Nulo* ou *Básico*, respetivamente, enquanto 156 (~30%) dizem ter conhecimento *Intermédio*, 159 (~31%) conhecimentos *Avançados* e 35 (~7%) dizem ter conhecimentos de nível *Nativo*. Importa, contudo, sublinhar que uma ampla maioria (~68%) detém um controlo funcional da língua inglesa.

O *Centro de Saúde* é o principal espaço a que os inquiridos recorrem para cuidados de saúde, contando com mais de 53%, seguindo-se o *Hospital* com quase 34%.

Figura 7

Nível de Conhecimento do Idioma Inglês. Desenhado pelo autor. Fonte: A1: P3².

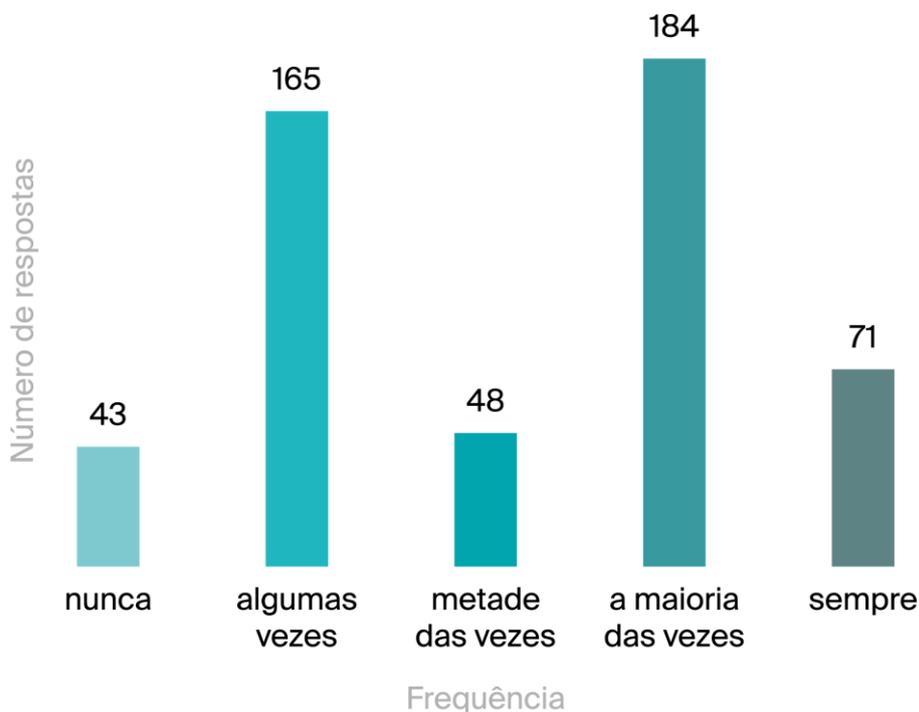


² Estas fontes são referenciadas ao inquérito-fonte Anexo 1 - utentes e Anexo 2 - técnicos de saúde, e à pergunta correspondente (e.g. Ax: Py).

Figura 8

Frequência de Dificuldade Sentida pelos Utentes em Comunicar com os Funcionários.

Desenhado pelo autor. Fonte: A1: P5.



Adicionalmente, praticamente metade da população (49,4%) diz ter sentido *Sempre* (13,9%) ou *A maioria das vezes* (36%) problemas de comunicação com os funcionários dos locais onde procuram serviços de saúde (Figura 8). Só 8,4% da população inquirida é que nunca sentiu qualquer tipo de problemas de comunicação. Quase um terço (32,3%) diz só ter sentido *Algumas Vezes* essa barreira.

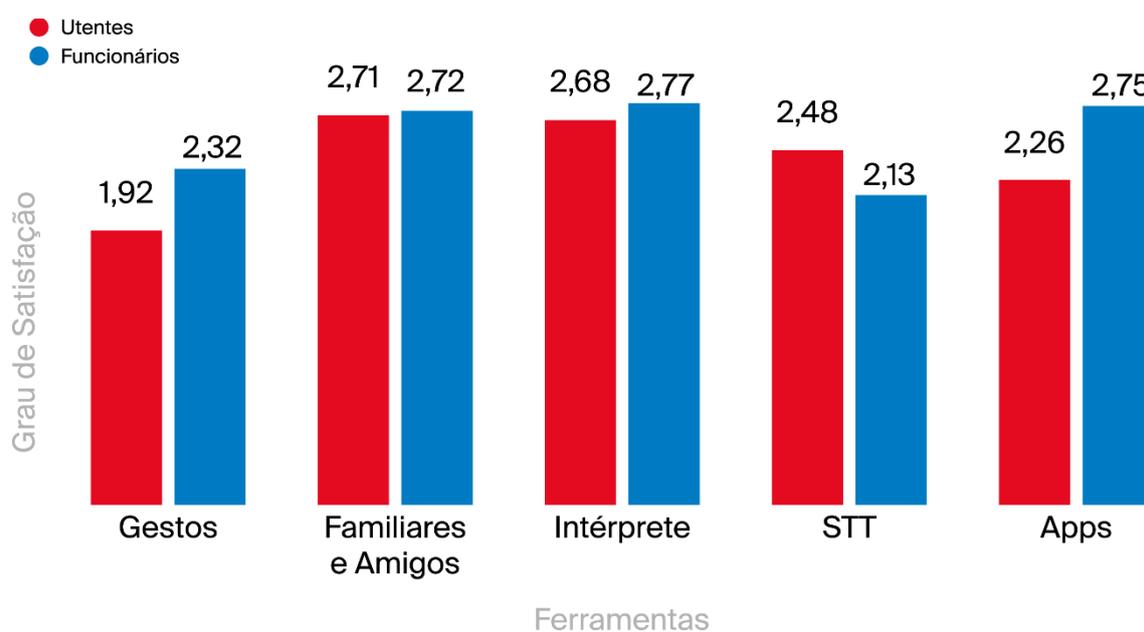
Na generalidade, o meio mais utilizado pelos 516 falantes de bengali, para ultrapassar a barreira de comunicação com os funcionários dos espaços de saúde, são as *Apps de Tradução* (e.g. google tradutor), com 292 (~57%), mais de metade da população inquirida, a referir a sua utilização, enquanto os *Gestos* e os *Familiares/Amigos* foram utilizados por 124 (~24%) e 113 (~22%), respetivamente. A ferramenta *Serviço de Tradução Telefónica para migrantes (STT)* é muito pouco utilizada, servindo apenas 8 (~1,5%) dos 516 inquiridos.

A média de satisfação perante as ferramentas apresentadas (numa escala de 1,00 a 5,00 pontos, onde o valor 1,00 equivale a “Nada Satisfeito” e o valor 5,00 a “Totalmente Satisfeito”) é sensivelmente 2,4 pontos em 5, ou seja, os utentes, em geral, mostram-se indiferentes ou pouco satisfeitos com as ferramentas. A ferramenta *Gestos* é a que menos satisfaz (1,92 pontos.) e logo a seguir encontra-se a ferramenta *Apps de Tradução*, com a segunda pior classificação de 2,26 pontos. Quem tem oportunidade de ter um *Familiar ou Amigo* que os ajude, ainda que não satisfeito, sente-se menos insatisfeito, avaliando, em média, a ferramenta com 2,71 pontos, a melhor pontuação das ferramentas apresentadas.

Figura 9

Grau de Satisfação dos Dois Grupos com as Ferramentas Sugeridas.

Desenhado pelo autor. Fonte: A1: P7 e A2: P10.



No que diz especificamente respeito aos 166 inquiridos que só têm conhecimento *Básico* ou *Nulo* tanto do português como do inglês, quase um terço da população total

inquirida, e potenciais utentes com maiores dificuldades de comunicação nos locais de prestação de serviço de saúde em Portugal, determinou-se que:

O *Centro de Saúde* e o *Hospital* continuam a ser os locais mais procurados, com cerca de 44% e 39%, respetivamente, dos 162 inquiridos, a declararem estes locais como os seus principais pontos de assistência médica.

Neste caso, apesar de uma boa percentagem de inquiridos sentir *Sempre* (15%) ou *A maioria das vezes* (32%) problemas de comunicação com os funcionários dos locais onde procuram serviços de saúde, a percentagem de respondentes que afirma *Nunca* a ter sentido (12%) é mais elevada do que o grupo que inclui todos os 516 inquiridos validados (8,4%). É também relevante, o aumento de inquiridos a declararem sentirem *Algumas Vezes* (36,3%) essa dificuldade. Esta população, continua a privilegiar o uso de *Apps de Tradução* (~48%), no entanto, mais de metade usa *Gestos* (~30%) e/ou *Familiares e Amigos* (~28%) como meio para ultrapassar a barreira da língua nos locais onde se prestam serviços de saúde.

3.4. ANÁLISE do QUESTIONÁRIO SNS

Dos 48 respondentes válidos, 22 trabalham num *Hospital*, 14 num *Centro de Saúde* e 9 numa *Maternidade* (A2: P. 2). A amostra conta com 21 *Enfermeiros*, 13 *Médicos*, 5 *Rececionistas*, entre outros (A2: P. 3), incluindo *Terapeutas* e *Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica* (TSDT).

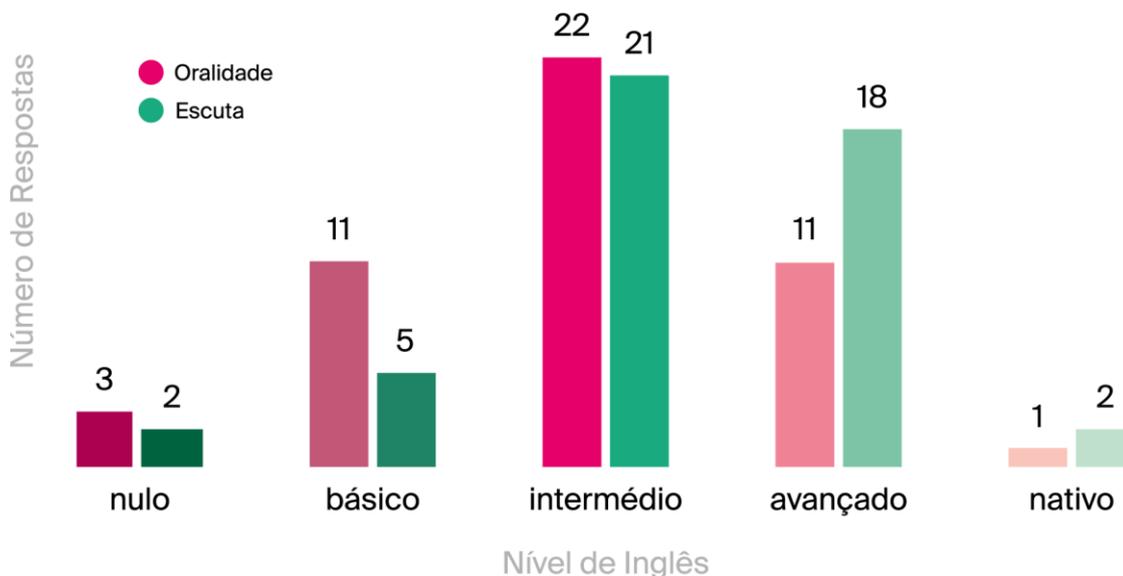
Todos os inquiridos avaliam como *Nula* a sua competência, quer na fala, quer na compreensão, da língua bengali (P.4; P. 5). Em relação à língua inglesa (Figura 9), conseguimos constatar que existe uma maior dificuldade em falar do que em compreender a língua. Enquanto 14 (~29%) inquiridos afirmam ter capacidade *Nula* (3) ou *Básica* (11) para a oralidade da língua inglesa, apenas 7 (~15%) dizem ter capacidade *Nula* (2) ou *Básica* (5) para a sua escuta. Isto porque muitos (~42%) sentem ter uma capacidade *Avançada* (18) ou *Nativa* (2) para a compreensão da língua, algo que não se verifica na oralidade, onde apenas 12 pessoas (25%) consideram ter capacidades avançadas ou nativas para falar inglês. Uma grande parte (~45%)

reconhece-se com capacidade *Intermédia*, tanto para a oralidade (22) como para a compreensão (21).

Figura 10

Nível de Oralidade e Escuta do Idioma Inglês dos Funcionários dos Serviços de Saúde.

Desenhado pelo autor. Fonte: A2: P4 e P5.



Das 48 pessoas inquiridas, 47 admitem já terem estado perante um utente que não dominava a(s) mesma(s) língua(s) (P. 6). Quando questionados sobre o(s) procedimento(s) de comunicação a que recorriam quando não falavam nem compreendiam a(s) mesma(s) língua(s) que o utente (P. 7), mais de metade dos inquiridos (~54%) responderam que utilizavam o google tradutor, mais de um terço utiliza gestos (~35%), enquanto os tradutores humanos ou intérpretes foram mencionados cerca de 19% das vezes e as imagens e símbolos para comunicar com o utente foram mencionados sensivelmente 17% das vezes. Houve ainda quem tenha respondido que ‘não existe procedimento’.

Em média, o grau de satisfação dos funcionários (P. 8) com os procedimentos descritos pelos próprios na pergunta anterior, numa escala de 1,00 a 5,00 pontos (onde o valor 1,00 equivale a “Nada Satisfeito” e o valor 5,00 a “Totalmente Satisfeito”), é de 2,35

pontos, estando abaixo da média de satisfação com as sete ferramentas apresentadas posteriormente (2,50 pontos), que serão mencionadas no parágrafo seguinte.

Das sete ferramentas apresentadas, as que têm uma média (de 1,00 a 5,00 pontos, onde 1,00 corresponde a *Nunca* e 5,00 a *Sempre*) de frequência de utilização maior são *Gestos* com 2,79 pontos.; *Apps de Tradução* com 2,60 pontos e *Familiar do utente* com 2,56 pontos. Ao passo que *Intérpretes / Tradutores*, com uma pontuação de 1,46, *Videos* (1,28 pontos e *Serviço de Tradução Telefónica (STT) para migrantes*, com 1,25 pontos, foram as menos utilizadas pelos funcionários. Já a ferramenta *Brochuras / PDFs*, mais utilizada pelos enfermeiros (2,24 pontos, encontrou-se a meio destes dois grupos, com uma média de utilização de 1,79 pontos.

Em termos de satisfação, como já foi referido, a média geral de satisfação com as sete ferramentas apresentadas é de 2,50 pontos, sendo que as ferramentas podem ser divididas em dois grupos: as ferramentas acima da média geral de satisfação e as ferramentas abaixo. Acima da média geral de satisfação e com a melhor pontuação, está a *Brochura / PDFs* com 2,90 pontos. Neste grupo ainda se encontram as ferramentas *Intérpretes / Tradutores* (2,77 pontos); *Apps de Tradução* (2,75 pontos); e *Familiar do utente* (2,72 pontos). Abaixo da média geral de satisfação estão as ferramentas *Gestos* (2,32 pontos) e *Videos* (2,25 pontos), além da ferramenta *STT* (2,13 pontos) que foi a ferramenta que se mostrou menos capaz de satisfazer os funcionários dos serviços de saúde.

Os rececionistas, apesar de terem uma média de frequência de utilização das várias ferramentas (1,96 pontos) abaixo da média geral (2 pontos), atribuem notas ao seu grau de satisfação significativamente mais positivas (3,39 pontos) do que a generalidade (2,56 pontos), chegando mesmo a ter uma média positiva.

A análise dos questionários revela importantes barreiras linguísticas enfrentadas por imigrantes falantes de bengali no sistema de saúde em Portugal. Dos 516 utentes bengalis questionados, a maioria reportou um nível de conhecimento nulo ou básico em português, com 90% dos respondentes a expressar dificuldades significativas na comunicação com os funcionários dos serviços de saúde. A comunicação ineficaz, sentida com frequência por quase metade da população inquirida, gera uma forte

dependência de ferramentas de tradução, sendo as *Apps de Tradução* e Gestos, apesar das suas limitações, os meios mais utilizados.

Do ponto de vista dos funcionários dos serviços de saúde, o questionário SNS revelou que, embora muitos utilizem o Google Tradutor, uma parte expressiva recorre a gestos para tentar superar a barreira linguística, apesar do seu grau de satisfação, com esta solução, ser dos mais baixos. A ferramenta formal de apoio, o Serviço de Tradução Telefónica para migrantes, não só foi das menos utilizadas, como também foi apontada como a menos satisfatória, sugerindo que a estrutura de apoio atualmente existente não atende às necessidades práticas de comunicação. Estes resultados destacam a necessidade de melhorias nas ferramentas de tradução e comunicação para aumentar a satisfação e a eficiência da comunicação entre os utentes e os serviços de saúde.

4. NARRATIVAS

Este capítulo agrega três narrativas que, apesar de fictícias, retratam realidades plausíveis, informadas pelos dados recolhidos nos questionários efetuados e ilustradas por citações diretas recolhidas pelas respostas às questões abertas colocadas. São, no fundo, expostas, através destas narrativas, as experiências e percepções tipificadas da população falante de bengali residente em Portugal e dos funcionários dos serviços de saúde que lhes prestam apoio.

4.1. NARRATIVA I

Arman, um bangladechiano que vive em Lisboa, sente tonturas, náuseas e visão turva há alguns dias e decide procurar ajuda no centro de saúde (A1: P4). Depois de ter retirado a sua senha e de ter aguardado na sala de espera, é finalmente a sua vez. Encontra-se com um rececionista, o Paulo, que não fala, nem compreende, a língua materna do utente (A2: P4; P5), o bengali, e tenta usar o seu inglês básico (A2: P4), mas sem grande sucesso. Paulo não só tem dificuldades em falar a língua inglesa (A2: P4), como também em compreender (A2: P5) o inglês de Arman (A1: P3).

Esta não é a primeira vez que Arman se encontra nesta situação. Ele sente esta barreira comunicativa a maioria das vezes (A1: P5) que vai ao centro de saúde, sentindo-se impotente e frustrado. O bangladechiano franze a cara, com as sobrancelhas unidas em dor, enquanto aponta para a barriga e para a testa (A1: P6), de forma a indicar onde está localizada a dor. O rececionista Paulo crê ter entendido os sintomas de Arman, ainda assim, sem grandes certezas (A2: 10). No entanto, não pode ficar muito mais tempo com este utente, pois tem um centro de saúde cheio para atender. Paulo desabafa com a sua colega do lado, dizendo que gostava que existisse um procedimento formal a seguir, *que pudesse ser claro e evitar ao máximo erros de interpretação da informação facultada* (A2: P11).

Comunicados os sintomas, Arman senta-se à espera. Até que ouve o seu nome, é a enfermeira Tânia que o chama para a triagem. Na consulta de enfermagem, Tânia faz algumas perguntas no seu modesto inglês (A2: P4), mas a comunicação está complicada. Quando assim é, a enfermeira pede *ajuda a quem percebe da língua* (A2: P7). Ao mesmo tempo, Arman liga para um amigo (A1: P6) que está há mais tempo em Portugal. O amigo dissera-lhe que, quando numa situação difícil, o podia ajudar, fazendo de intérprete. Este não respondeu, mas tanto o paciente como as enfermeiras tinham esperança de que a chamada fosse atendida, pois reconhecem a mais-valia de ter alguém a fazer esse papel (A1: P7) (A2: P10). Continuam, então, a consulta com o auxílio do google tradutor e gestos (A1: P6) (A2: P7; P9).

Já com pouco tempo e a desejar que a *actividade assistencial contemplasse os tempo necessário para utilizar esses apoios* (A2: P11), a enfermeira faz as medições necessárias, interpreta os resultados e começa a tentar explicar a Armen o que é que se passa. Indica, de forma apressada pois o tempo alocado esgota-se, o que é que o bangladechiano tem de fazer para evitar que o que causou o problema aconteça de novo. Apesar da ajuda do google tradutor, as frases traduzidas no telemóvel parecem perder o sentido original, deixando Arman confuso (A1: P7). O homem sai da sala de enfermagem, ainda meio desorientado, sem conseguir fazer muitas perguntas sobre o que lhe foi recomendado e inseguro sobre o que lhe acabavam de transmitir (A1: P8). Apesar de tudo, Arman está determinado em *aprender a língua portuguesa* (A1: P8) a fim de receber o *tratamento certo, contando corretamente as suas dificuldades* (A1: P8).

4.2. NARRATIVA II

É um dia normal, sobrecarregado como todos os outros. No hospital, as salas de espera estão cheias, os corredores estão numa azáfama e Ricardo prepara-se para mais um dia de trabalho como enfermeiro. O primeiro utente com quem contacta, Ravi, é um cidadão imigrante proveniente do Bangladeche que parece andar confuso e desorientado pelo corredor. Depois de o cumprimentar, à medida que o enfermeiro vai fazendo a primeira

abordagem, percebe que o doente está com um ar desolado e que abana a cabeça, olhando para os lados, como quem está a ouvir tudo mas não está a entender a informação recebida.

Ricardo tenta de tudo, designadamente a partir de gestos (A2: P9), *palavras-chave*, *imagens* (A2: P7), mas sem grande sucesso (A1: P7) (A2: P10). O enfermeiro, que nunca tinha estado perante esta situação, só quer entender como pode ajudar este utente. É aí que, não sabendo outra língua além da portuguesa (A2: P4; P5) e já com pouca esperança, pede ajuda à Dr.^a Sandra, uma colega médica que ia a passar (A2: P7), perguntando-lhe qual é o procedimento oficial para estas situações de barreiras comunicativas. Sem grande hesitação, a Dr.^a Sandra responde que *não existe procedimento* (A2: P7), mas que Ricardo pode tentar ligar para o Serviço de Tradução Telefónica para Migrantes, apesar da médica nunca o ter usado (A2: P9). O número de telefone está impresso numa folha A4 que se mistura com o amontoar de todas as outras folhas penduradas no pequeno quadro de informações. No entanto, o que o enfermeiro ainda não sabe é que, muitas das vezes, é necessário fazer uma marcação prévia à consulta (Cap.2, pp 38). O enfermeiro pega no telefone de serviço e liga para o número indicado pela sua colega, mas sem sucesso algum – não existem intérpretes disponíveis e o serviço terá de ser marcado para mais tarde, o que impossibilita a conclusão da consulta da forma mais clara. Ricardo volta a pedir ajuda à Dr.^a Sandra.

Mais acostumada com a mudança demográfica dos últimos anos no hospital, Sandra tenta *encontrar língua em comum*, passando prontamente para o idioma inglês, na hipótese de o bangladechiano entender melhor. O bangladechiano esboça um sorriso de orelha a orelha e agradece a troca de idioma, tem mais destreza com a língua inglesa do que com a língua portuguesa (A1: P3). A médica questiona porque é que o utente não pediu logo para falar em inglês. Ravi explica que ficou com medo da reação, uma vez que tinha ficado perturbadíssimo com a receção dos funcionários ao pedido. Ficaram *muito irritados* porque queriam falar em português (A1: P8), recusando-se a falar com quem não fala português (A1: P8), mesmo que saibam falar inglês (A1: P8).

Ravi tem a opinião de que, *pelo menos, deviam falar em inglês, não tendo de ser alguém falante nativo da sua língua nativa* (A1: P8). Ao contrário da sua opinião, conhece quem acredita que deviam *ser tomadas providências para falar em língua*

bengali em todos os consultórios médicos (A1: P8). Ravi pensa: Como pode um recém chegado conhecer a língua? Mas reconhece que, ainda que não saiba a língua, ele tem o direito de acesso à saúde (A1: P8). Sente que muitos funcionários não levam os doentes a sério (A1: P8) e que este é um comportamento discriminatório por parte dos funcionários (A1: P8).

4.3. NARRATIVA III

Faltam dois dias para Sadia e a sua filha completarem o primeiro ano fora da sua terra natal. A bangladechiana veio com a filha para Lisboa, onde o seu marido se encontra a trabalhar há cerca de 6 anos. Na generalidade, Sadia sente-se muito bem a viver em Portugal, mas já há um par de meses que se sente estranha, com mudanças de humor repentinas e faltando-lhe energia para as habituais atividades diárias, algo que não acontecia no início da sua chegada ao país.

Durante um dos seus passeios matinais com a sua filha pelo centro da cidade, Sadia passa por um hospital e recorda as queixas sentidas, no entanto e apesar de não querer ignorá-las, lembra-se novamente dos episódios que lhe tinham contado. Apesar de todos os elogios feitos a Portugal, Sadia tinha ouvido algumas histórias assustadoras de amigas bangladechianas a viver há mais tempo no país.

Uma das suas amigas contou-lhe um episódio inusitado de quando foi ao médico no centro de saúde com o intuito de fazer um exame para verificar a sua tensão. Uma consulta que costumava ser de rotina no Bangladeche, tornou-se num núcleo de ansiedade no seu novo país de residência. Não só sentia que as perguntas eram, muitas das vezes, confusas e pouco claras, como as suas respostas não estavam a chegar com o esclarecimento pretendido, mesmo com apoio da aplicação de tradução (A1: P6; P7). Mas o pior estava para vir. A médica disse-lhe que não tinha a tensão alta. No entanto, era impossível que a doutora assim o tivesse determinado, pois, além da utente ser hipertensa, não haviam sido feitos os exames específicos para medir a tensão (A1: P8).

Já a sua amiga mais chegada, que já fala português, tinha assistido discretamente a uma conversa em português entre dois funcionários da maternidade em que um dizia recusar-se a falar outra língua que não aquela do país em que se encontrava a trabalhar e que, *infelizmente, a maioria dos utentes são de origem asiática e não aprendem português porque não querem* (A2: P11). Concordando, a outra funcionária acrescenta que o ideal era *que as mulheres migrantes/imigrantes fossem obrigadas a aprender a falar português* (A2: P11).

Estas histórias perturbam Sadia de uma maneira que a impedem há meses de dar razão aos sintomas e pedir ajuda médica. Quer ganhar coragem para enfrentar esses monstros de que tanto ouviu falar, no entanto tem evitado ao máximo esse confronto, não querendo passar pelas mesmas situações que as amigas. Considera: *Será que é assim tão comum? É rapidamente invadida pelo comum enxame de pensamentos que por norma culminam no derradeiro: Se eu der a informação errada, posso morrer* (A1: P8).

Está determinada, pelo menos, hoje não vai entrar no hospital. Precisaria do apoio da melhor amiga ou do marido para a acompanharem ao hospital ou ao centro de saúde, não se sente capaz de ir sozinha. Se ao menos houvesse *alguém que pudesse ser mediador* (A1: P8). *É claro que, se todos os grandes hospitais tiverem um intérprete, isso é benéfico para as pessoas em muitas partes* (A1: P8). Mas será isso possível?

5. CONCLUSÕES

Serviu o presente estudo para dar o primeiro passo (‘Ouvir’) do processo de Design Centrado no Humano (DCH), onde as populações de interesse, imigrantes e funcionários dos serviços de saúde em Portugal, foram ouvidas de forma a serem criadas uma série de narrativas que ajudam a definir a problemática das barreiras comunicacionais nos serviços de saúde em Portugal e a informar soluções para estas.

Com o objetivo de compreender melhor a problemática e definir os temas centrais que a constituem, foi feita uma revisão de literatura para aprofundar os conhecimentos na área do design, da imigração e teorias da consequente integração das comunidades imigrantes, tratando de forma mais aprofundada meios, indicadores e facilitadores da mesma, mais propriamente o acesso aos serviços de saúde e o conhecimento da língua.

Este estado da arte, juntamente com a compilação das soluções, serviços, ferramentas e iniciativas já postas em prática para ultrapassar barreiras linguísticas no acesso aos serviços de saúde, serviram de base para a criação de questionários que pretendiam reunir evidências primárias dos meios usados pelos dois grupos para ultrapassar estas barreiras, além da sua satisfação com esses mesmos meios. Todas essas evidências tinham em vista fundamentar as narrativas tipificadoras posteriormente criadas que viriam a ilustrar o resultado final da investigação.

PRINCIPAIS DESCOBERTAS

Esta investigação constata que, de facto, existe uma barreira linguística entre os utentes que falam bengali e os funcionários de serviços de saúde em Portugal, verificando-se um número significativo de indivíduos falantes de bengali sem conhecimento de português, quer pelo tempo de permanência no país, quer pela distância linguística, quer pelas condições socioeconómicas desta população (Cap.2.4.1).

Ainda que algumas das barreiras comunicacionais sejam resolvidas com a troca para o idioma inglês, o nível de conhecimento desta língua para transmitir informações específicas sobre a saúde não é suficiente para um número substancial de inquiridos, o

que torna a comunicação num tema tão vital como a prestação de cuidados de saúde, altamente ineficaz e até indutora de riscos desnecessários.

É, também, negativo o cenário da satisfação com a generalidade dos procedimentos e ferramentas mencionadas nos questionários, apontando para limitações significativas na capacidade de mitigar os entraves linguísticos enfrentados nos serviços de saúde em Portugal. Nota-se, ainda, um desencontro, entre as duas populações, de expectativas e noções de satisfação com algumas ferramentas, que evidenciam uma necessidade urgente de diálogo por parte da gestão do SNS com as partes interessadas nestes processos. Adicionalmente, parece não existir um procedimento formal e sistemático, que inclua estratégias de apoio eficaz aos funcionários dos serviços de saúde que necessitem de atender utentes estrangeiros.

Todos estes entraves comprometem não só o trabalho dos funcionários dos serviços de saúde, como o pleno acesso aos serviços de saúde por parte dos utentes imigrantes que não dominam a língua portuguesa.

REVISITANDO A LITERATURA

Analisando os resultados dos questionários, observam-se convergências e divergências significativas com as discussões apresentadas na revisão de literatura. A autoavaliação negativa em relação ao domínio da língua portuguesa, relatada na análise do Questionário BNG (cap. 3.3), juntamente com as dificuldades na interação comunicadas pelos funcionários de saúde, confirma que a barreira linguística é um entrave crucial à integração dos migrantes no sistema de saúde. Estes resultados reforçam as conclusões da literatura, que identificam a comunicação como elemento central para a eficiência e a acessibilidade dos cuidados de saúde, além de um facilitador essencial para a integração (Czaika & De Haas, 2013; Oliveira & Gomes, 2019; Dias et al., 2018; Comissão Europeia, 2020).

Apesar das estratégias apresentadas na literatura, como a implementação de ferramentas formais e integradas (cap. 2.4), os dados dos questionários indicam que, na prática, e no contexto específico analisado nesta investigação, as soluções são amplamente improvisadas e insatisfatórias. Tal indicia uma ampla disparidade entre as expectativas

teóricas e as práticas observadas. Os resultados obtidos demonstram a falta de apoio em situações de grande distância linguística, gerando frustração nas duas populações estudadas. A literatura destaca que a comunicação de qualidade é essencial para melhorar a confiança mútua, reduzir o stress e garantir a segurança no ambiente de saúde (cap. 2.3.1), mas os dados recolhidos apontam que essa necessidade ainda não está satisfatoriamente atendida no contexto português.

Por fim, enquanto a revisão de literatura sublinha a importância de políticas públicas bem estruturadas para abordar as barreiras linguísticas, os resultados dos questionários expõem uma desconexão entre essas políticas e a experiência real dos usuários. Essa disparidade evidencia a necessidade de uma melhor articulação entre as propostas teóricas e a sua implementação prática, de forma a assegurar que as ferramentas e estratégias sugeridas na literatura se traduzam em melhorias tangíveis no sistema de saúde.

LIMITAÇÕES

Este estudo enfrentou várias limitações. A primeira trata-se da tradução não profissional dos questionários de português para bangladechiano, se bem que efetuada por um nativo nesta última língua. A segunda, resultado da falta de formação estatística do autor, é o âmbito das análises efetuadas, o que pode ter comprometido uma mais ampla interpretação e a análise dos dados qualitativos e quantitativos recolhidos. Além disso, a investigação restringiu-se à fase inicial do processo de DCH, uma vez que a concretização das fases seguintes, exigem um investimento de tempo e recursos indisponíveis ao autor e a participação de equipas multidisciplinares.

PERSPETIVAS FUTURAS

Embora tenha sido limitada à fase de ‘Ouvir’, esta investigação representa um passo inicial fundamental para abordar o problema em causa. Recomenda-se que estudos futuros incidam sobre as fases de ‘Criar’ e ‘Implementar’, adotando metodologias de co-design que promovam a colaboração contínua e empática entre imigrantes, funcionários dos serviços de saúde e uma equipa multidisciplinar de especialistas. Além disso, investimentos na formação intercultural dos funcionários podem oferecer novas

abordagens para uma comunicação mais inclusiva e ajudar a melhorar as situações de barreiras linguísticas, mesmo quando elas ainda persistem. É através de projetos que unem a empatia, a colaboração e a determinação de ouvir e compreender o outro, apoiados em métodos de design, que é possível garantir que cada pessoa, independentemente da sua origem ou idioma, tenha acesso pleno a uma necessidade básica tão essencial quanto os cuidados de saúde. Só assim será possível transformar barreiras em pontes, garantindo que a língua nunca seja o obstáculo, mas sim o começo do diálogo para uma sociedade que fala *Freguês*.

6. REFERÊNCIAS

- Ager, A., & Strang, A. (2008). Understanding Integration: a Conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 166–191. <https://doi.org/10.1093/jrs/fen016>
- Ali, S. (2007). ‘Go West Young Man’: The culture of migration among Muslims in Hyderabad, India. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 33(1), 37–58. <https://doi.org/10.1080/13691830601043489>
- Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update* (33). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/46214232_Accessing_Hidden_and_Hard-to-Reach_Populations_Snowball_Research_Strategies
- Bakewell, O., Engbersen, G., Fonseca, M. L., & Horst, C. (2016). Beyond networks. *Palgrave Macmillan UK eBooks*. <https://doi.org/10.1057/9781137539212>
- Barros, R. (2024, Setembro 3). Interactivo. O que sabemos (e não sabemos) sobre os imigrantes em Portugal? *PÚBLICO*. <https://www.publico.pt/interactivos/o-que-sabemos-e-nao-sabemos-sobre-imigrantes-em-portugal/>
- Campos 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. <https://doi.org/10.20344/amp.5583>
- Cantle, T. (2012). *Interculturalism: The new era of cohesion and diversity*. Palgrave Macmillan eBooks. <https://doi.org/10.1057/9781137027474>

Casquilho-Martins, I., & Ferreira, S. (2022). Migrants' health policies and access to health care in Portugal within the European framework. *Societies*, 12(2), 55.

<https://doi.org/10.3390/soc12020055>

Carling, J. (2024). Why do people migrate? Fresh takes on the foundational question of migration studies. *International Migration Review*.

<https://doi.org/10.1177/01979183241269445>

Chiswick, B. R., & Miller, P. W. (2001). A model of destination-language acquisition: Application to male immigrants in Canada. *Demography*, 38(3), 391–409.

<https://doi.org/10.1353/dem.2001.0025>

Chumky, T., Basu, M., Onitsuka, K., & Hoshino, S. (2022). The current research landscape of disaster-induced migration: A systematic review and bibliometric analysis. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 74, 102931. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2022.102931>

CML - Câmara Municipal de Lisboa. (n.d.). *Interculturalidade*. Consultado a 04 de dezembro de 2023 <https://cidadania.lisboa.pt/acoes-comunitarias/interculturalidade>

Comissão Europeia. (2016). *Plano de ação sobre a integração dos nacionais de países terceiros* (COM(2016) 377 final) [PDF]. Estrasburgo: Comissão Europeia. eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016DC0377

Comissão Europeia. (2020). *Plano de ação para a integração e inclusão 2021-2027* (COM(2020) 758 final) [PDF]. Comissão Europeia. https://home-affairs.ec.europa.eu/system/files_en?file=2020-11/action_plan_on_integration_and_inclusion_2021-2027.pdf

Conselho da Europa. (2020). *A cidade intercultural: passo a passo: Guia prático para aplicação do modelo urbano de inclusão intercultural* (Edição revista). Conselho da Europa.

Crul, M. (2015). Super-diversity vs. assimilation: how complex diversity in majority–minority cities challenges the assumptions of assimilation. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 42(1), 54–68. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2015.1061425>

Czaika, M., & de Haas, H. (2013). The Effectiveness of Immigration Policies. *Population and Development Review*, 39(3), 487–508. <http://www.jstor.org/stable/23655336>

Czaika, M., & Reinprecht, C. (2022). Migration Drivers: Why do people migrate? In *IMISCOE research series* (pp. 49–82). https://doi.org/10.1007/978-3-030-92377-8_3

Deniz-Zaragoza, M., Casimiro Vieyra, E., & Ayón, C. (2024). Latinx Immigrant Health: Does Immigrants’ Perceptions of Integration Protect their Health? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 46(1), 3-27. <https://doi.org/10.1177/07399863241274168>

Design Council. (2005). *The Double Diamond design process model*. Design Council. <https://www.designcouncil.org.uk/>

Design Council (2006). *Red paper 02: Transformation Design*. <https://www.designcouncil.org.uk/>

Design Council. (2019). *The evolved Double Diamond: A model for innovation*. Design Council. <https://www.designcouncil.org.uk/>

DGERT (2023). *Cidadãos estrangeiros – Serviço de Tradução Telefónica*. <https://www.dgert.gov.pt/cidadaos-estrangeiros-servico-de-traducao-telefonica>

Dias, S., Gama, A. F. D. M. D., Silva, AC., Cargaleiro, H., Horta, R. ., Lemos, M., & Martins, MR. (2018). *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes*. Observatório das Migrações.

Düvell, F., & Preiss, C. (2022). Migration infrastructures: How do people migrate? In *IMISCOE research series* (pp. 83–98). https://doi.org/10.1007/978-3-030-92377-8_4

Embaixada do Bangladesh em Portugal. (n.d.). *Political relations*. Consultado a 12 de setembro de 2024 <https://lisbon.mofa.gov.bd/en/site/page/Political-Relations>

EU FRA - European Union Fundamental Rights Agency. (2017). Together in the EU - Promoting the participation of migrants and their descendants. www.academia.edu.

https://www.academia.edu/33155166/Together_in_the_EU_Promoting_the_participation_of_migrants_and_their_descendants

European Commission. (2023). *Indicators of immigrant integration 2023: Settling in*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/1d5020a6-en>

Eurydice. (2017). *Key data on teaching languages at school in Europe – 2017*. Eurydice Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://www.researchgate.net/publication/328602761>

Flynn, M. A., Carreón, T., Eggerth, D. E., & Johnson, A. I. (2014). *Immigration, Work, and Health: A Literature review of immigration between Mexico and the United States*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5334002/#R47>

Franco, H., & Gustavo, R. (2023, Novembro 3). Governo lança programa para ensinar português: “Os que vêm para cá não são apenas de origem de países de língua oficial portuguesa.” *Expresso*. <https://expresso.pt/sociedade/2023-11-03-Governo-lanca-programa->

[para-ensinar-portugues-Os-que-vem-para-ca-nao-sao- apenas-de-origem-de-paises-de-lingua-oficial-portuguesa-dab90240](#)

Franqueira, A. (2021). *Os atores da integração: Uma análise da organização coletiva dos imigrantes entre 1995 e 2002* [Tese de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Observatório das Migrações.

<https://www.researchgate.net/publication/351886121>

Galinsky, A. D., Todd, A. R., Homan, A. C., Phillips, K. W., Apfelbaum, E. P., Sasaki, S. J., Richeson, J. A., Olayon, J. B., & Maddux, W. W. (2015). Maximizing the gains and minimizing the pains of diversity. *Perspectives on Psychological Science*, 10(6), 742–748.

<https://doi.org/10.1177/1745691615598513>

Gorjão Henriques, F. (2024). *Mulheres refugiadas em Portugal: De casa para um lugar qualquer*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Gorjão Henriques, J. (2017, Março 22). Quase metade dos imigrantes vive em casas sobrelotadas. *PÚBLICO*. <https://www.publico.pt/2017/03/22/sociedade/noticia/quase-metade-dos-imigrantes-vive-em-casas-sobrelotadas-1766000>

Government Office for Science. (2011). *Migration and global environmental change: Future challenges and opportunities* [PDF]. Department for Business, Innovation & Skills. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/287717/11-1116-migration-and-global-environmental-change.pdf

Home Office. (2022). *Home Office Indicators of Integration framework 2019 third edition*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/home-office-indicators-of-integration-framework-2019>

Huddleston, T., Niessen, J., & Tjaden, J. D. (2013). *Using EU indicators of immigrant integration*. European Commission. https://migrant-integration.ec.europa.eu/library-document/using-eu-indicators-immigrant-integration_en

IDEO.org. (2015). *The Field Guide to Human-Centered Design*. IDEO. <https://www.ideo.org/>

Instituto Nacional de Estatística. (2022, agosto 2). *Informação à comunicação social: Estatísticas do turismo* [PDF]. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=570506300&att_display=n&att_download=y

Isphording, I. E. (2014). Disadvantages of linguistic origin – Evidence from immigrant literacy scores. *Economics Letters*, 123(2), 236–239. <https://doi.org/10.1016/j.econlet.2014.02.013>

Kearns, A., & Whitley, E. (2015). Getting there? The effects of functional factors, time and place on the social integration of migrants. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 41(13), 2105–2129. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2015.1030374>

Krosnick, J. A., & Presser, S. (2010). Question and questionnaire design. In J. D. Wright & P. V. Marsden (Eds.), *Handbook of survey research* (2nd ed.). Elsevier. https://www.researchgate.net/publication/228383338_Question_and_Questionnaire_Design

Landecker, W. S. (1951). Types of Integration and Their Measurement. *American Journal of Sociology*, 56, 332 - 340.

Lee, E. S. (1966). A theory of migration. *Demography*, 3(1), 47–57. <https://doi.org/10.2307/2060063>

Lusa (2015, Junho 10). *Deputado do PS diz que PM “não consegue reescrever” palavras sobre emigração*. Deputado Do PS Diz Que PM “Não Consegue Reescrever” Palavras Sobre Emigração. Visitado a 10 outubro de 2024: https://www.rtp.pt/noticias/politica/deputado-do-ps-diz-que-pm-nao-consegue-reescrever-palavras-sobre-emigracao_n835638

Lusa. (2022, Junho 20). Língua portuguesa é a maior barreira entre os imigrantes e o emprego, diz Solidariedade Imigrante. *PÚBLICO*.
<https://www.publico.pt/2022/06/20/sociedade/noticia/lingua-portuguesa-maior-barreira-imigrantes-emprego-solidariedade-imigrante-2010627>

Malheiros, J., & Esteves, A. (2013). Diagnóstico da população imigrante em Portugal: Desafios e potencialidades. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI).
https://www.researchgate.net/publication/259965595_Diagnostico_da_populacao_imigrante_em_Portugal_Desafios_e_potencialidades

Manzini, E., & Rizzo, F. (2011). Small projects/large changes: Participatory design as an open participated process. *CoDesign*, 7(3-4), 199-215.

Martin, B., & Hanington, B. (2012). *Universal methods of design: 100 ways to research complex problems, develop innovative ideas, and design effective solutions*. Rockport Publishers. (p. 140).

Massey, D. S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., & Taylor, J. E. (1993). Theories of International Migration: A Review and Appraisal. *Population and Development Review*, 19(3), 431. <https://doi.org/10.2307/2938462>

Matthys, B., M. Ngaradoumadji, S. Dande, M Abakar, P. Delcroix, T Cherdron, Monnier, N., Manfred Zahorka, Sugimoto, K., DAllonnes Adrien Revault, Y. Lamoudi, Prytherch, H.,

- Raab, M. S., & Wyss, K. (2021). ECTMIH2021 Supplement. *Tropical Medicine & International Health*, 26(S1), 3–251. <https://doi.org/10.1111/tmi.13632>
- Meroni, A., & Sangiorgi, D. (2011). *Design for services*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315576657>
- Milanovic, B. (2014). Global inequality of opportunity: How much of our income is determined by where we live? *The Review of Economics and Statistics*, 97(2), 452–460. https://doi.org/10.1162/rest_a_00432
- Nai, J., Narayanan, J., Hernandez, I., & Savani, K. (2018). People in more racially diverse neighborhoods are more prosocial. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114(4), 497–515. <https://doi.org/10.1037/pspa0000103>
- Navarrete-Moreno, L., Díaz-Chorne, L., Lorenzo-Rodríguez, J., Díaz-Catalán, C., Thoneick, R., Breckner, I., Malchow, M., Marelli, C., Lore, V. P., Apers, H., Valenzuela-Vicente, S., Boll, C., García-Moran, E., Welsch, A., Wolf, A., Reymann, I., Cuenca-García, C., Ruiz-Vicente, P., Muñoz-Tamayo, P., . . . Zagorski, P. (2021). Migrant and refugee integration policies at local level: Antwerp, Bologna, Hamburg and Madrid. Migration Challenges for MICAdo. Deliverable D1.2. In *Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research)*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5746621>
- Norman, D. A. (2013). *The design of everyday things*. Basic Books.
- Nunes, A. F. (2024, Maio 21). *Um hospital de diversidade e inclusão: urgências do São José atendem pessoas de 189 nacionalidades*. SIC Notícias. <https://sicnoticias.pt/pais/2024-05-21-video-um-hospital-de-diversidade-e-inclusao-urgencias-do-sao-jose-atendem-pessoas-de-189-nacionalidades-e89a640b>
- Oliveira, C. R. (2023). *Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual 2023*. (1ª ed., Imigração em Números – Relatórios Anuais, Vol. 8).

- Oliveira, C. R., & Gomes, N. (2019). *Indicadores de Integração de Imigrantes 2019: Relatório Estatístico Anual*. Observatório das Migrações, ACM, I.P.
- Padilla, B., & Ortiz, A. (2012). Fluxos migratórios em Portugal: do boom migratório à desaceleração no contexto de crise. Balanços e desafios. *REMHU Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana*, 20(39), 159–184. <https://doi.org/10.1590/s1980-8585201200020000>
- Parker, S. S., Zavaleta, E. S., & Klinger, R. (2018). Early successional vegetation provides ecosystem services for recovery following ecological disturbance. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(38), 9585–9590. <https://doi.org/10.1073/pnas.1808793115>
- Health and Migration Programme. (2022). World report on the health of refugees and migrants. Geneva: World Health Organization. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>
- Portela, V., Hamwi, S., & Martins, M. R. O. (2024). Exploring refugees' health care access in times of COVID-19: a quantitative study in the Lisbon region, Portugal. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1337299>
- Porto, R. G. (2019). *Processos de design e inovação social: Expetativas, êxitos e desvios em projetos financiados* (Tese de doutoramento). Faculdade de Arquitetura, Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/18169>
- Presidência do Conselho de Ministros do XXIV Governo Constitucional. (2024). Plano de ação para as migrações.
- Rauhut, D., & Laine, J. P. (2023). Theorising immigrant integration: a critical examination. In *Edward Elgar Publishing eBooks* (pp. 13–32). <https://doi.org/10.4337/9781803929828.00007>

- Ribeiro, R. G., & Rodrigues, S. (2012). Cidadania e imigração na União Europeia: A força das fronteiras nacionais. *Actas do VII Congresso Português de Sociologia – Sociedade, Crise e Reconfigurações*. Associação Portuguesa de Sociologia.
- Sanders, E. B. N., & Stappers, P. J. (2008). Co-creation and the new landscapes of design. *CoDesign*, 4(1), 5–18. <https://doi.org/10.1080/15710880701875068>
- Sassen, S. (2001). *The global city*. <http://dx.doi.org/10.2307/2152688>
- SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2023). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2022*. SEF/GEFP.
- Sjaastad, L. A. (1962). The costs and returns of human migration. *Journal of Political Economy*, 70(5, Part 2), 80–93. <https://doi.org/10.1086/258726>
- Social Determinants of Health. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
- Talleraas, C. (2022). Migration forms: What forms of migration can be distinguished? In *IMISCOE research series* (pp. 111–116). https://doi.org/10.1007/978-3-030-92377-8_6
- Tegegne, M. A. (2018). Linguistic Integration and Immigrant Health: The longitudinal effects of Interethnic Social Capital. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(2), 215–230. <https://doi.org/10.1177/0022146518757198>
- Teixeira, A, M, R. (2019). *Imigração em Portugal: cidadania e integração*. <https://hdl.handle.net/1822/65264>
- Tolentino, A.C., Rocha, C.M., & Tolentino, N.C. (2008). A importância e o impacto das remessas dos imigrantes em Portugal no desenvolvimento de Cabo Verde. ACM.

Valente, C. (2022, Março 7). Faltam apoios para alunos estrangeiros a estudar em Portugal. *Diário De Notícias*. <https://www.dn.pt/sociedade/faltam-apoios-para-alunos-estrangeiros-a-estudar-em-portugal-15955933.html/>

Van Hear, N., Bakewell, O., & Long, K. (2017). Push-pull plus: reconsidering the drivers of migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(6), 927–944.
<https://doi.org/10.1080/1369183x.2017.1384135>

Vertovec, S., Castles, S., Korac, M., & Vasta, E. (2003). *Integration: mapping the field*.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Integration:-mapping-the-field-Vertovec-Castles/1d58ab8d01f984a708ce52346932a8dc6f094a7d>

Kang, X., Du, M., Wang, S., & Du, H. (2022). Exploring the Effect of Health on Migrants' Social Integration in China. *International journal of environmental research and public health*, 19(8), 4729. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084729>

Young, I. M. (2001). Thoughts on multicultural dialogue [Review of *Rethinking Multiculturalism: Cultural Diversity and Political Theory*, by B. Parekh]. *Ethnicities*, 1(1), 116–122. <http://www.jstor.org/stable/23890384>

Zamenopoulos, T., & Alexiou, K. (2018). Co-design as collaborative research. In K. Facer & K. Dunleavy (Eds.), *Connected communities foundation series*. University of Bristol/AHRC Connected Communities Programme.

Zhang, Y., You, C., Pundir, P., & Meijering, L. (2023). Migrants' community participation and social integration in urban areas: A scoping review. *Cities*, 141, 104447.
<https://doi.org/10.1016/j.cities.2023.104447>