



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Integração de migrantes curdos nos cuidados de saúde em Portugal e na Escócia: uma análise comparativa**

Lara Alexandra Rodrigues Azevedo

Mestrado em Ação Humanitária,

Orientador(a):

Doutora Ana Raquel Matias, Professora Auxiliar e Investigadora,  
CIES- ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientador(a):

Doutora Inês Espírito Santo Aydin, Investigadora Associada,  
CIES- ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024



**iscte**

SOCIOLOGIA  
E POLÍTICAS PÚBLICAS

**iscte**

BUSINESS  
SCHOOL

---

Departamento de Sociologia

**Integração de migrantes curdos nos cuidados de saúde em Portugal e na Escócia: uma análise comparativa**

Lara Alexandra Rodrigues Azevedo

Mestrado em Ação Humanitária,

Orientadora:

Doutora Ana Raquel Matias, Professora Auxiliar e Investigadora,  
CIES- ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientadora:

Doutora Inês Espírito Santo Aydin, Investigadora Associada,  
CIES- ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024

*A todos os migrantes que lutam por uma vida melhor, e  
a todos os curdos que resistem*

## **Agradecimentos**

Gostaria de começar por agradecer a todos aqueles que participaram neste estudo, e que dedicaram um pouco do seu tempo para partilharem as suas experiências. Agradeço tudo aquilo que aprendi com os seus contributos, que foram de grande valor.

Importa agradecer também a todos aqueles que me facultaram contactos, pois sem estes não teria sido possível a dimensão deste estudo.

Um agradecimento especial à minha orientadora, Professora Doutora Raquel Matias, e co-orientadora, Professora Inês Aydın, por toda a dedicação e apoio ao longo deste período, e por me terem sempre orientado no melhor caminho.

Não pode faltar um agradecimento aos meus pais e à minha irmã, por todo o apoio incondicional ao longo de todo o meu percurso académico, e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Gostaria de agradecer aos meus colegas de mestrado, em especial às colegas mais próximas, por todo o apoio mútuo nos últimos dois anos.

Por fim, agradeço a todos os meus amigos que me apoiam sempre e, em especial, me ajudaram a derrobar as barreiras enfrentadas ao longo deste percurso.

## Resumo

O Curdistão, região situada no Médio Oriente e com territórios ocupados por 4 países diferentes, representa a maior nação sem um estado reconhecido. Desde há um século que os vários desenvolvimentos no Curdistão têm levado a que os curdos migrem, sendo que, atualmente, existe uma diáspora significativa na Europa. A preocupação com a integração de migrantes tem estado cada vez mais presente nos diálogos internacionais e nacionais. Ao longo dos últimos anos, têm sido criadas medidas que procuram fazer face aos desafios apresentados por migrações desreguladas. São vários os fatores determinantes de integração, como acesso a empregabilidade, habitação, educação e cuidados de saúde. Esta dissertação procurou compreender as experiências dos migrantes curdos nos momentos de acesso aos cuidados de saúde, quer em Portugal, quer na Escócia, onde, contrariamente a Portugal, existe uma comunidade curda significativa. Vários estudos comprovam a existência de uma correlação entre migração e estado de saúde, pelo que o acesso a estes cuidados deve ser garantido. Adicionalmente, procurou-se analisar se houve acesso a aprendizagem de língua, sendo este um fator que influencia todas as outras dimensões de integração. Optou-se por uma metodologia qualitativa, e foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 16 curdos. Os resultados revelam que o fator linguístico pode de facto influenciar o acesso aos cuidados de saúde, assim como a redes de sociabilidade, o apoio institucional, e ainda o estatuto do migrante. Adicionalmente, provou-se essencial investir na divulgação de informação, no uso de intérpretes, e na capacitação dos profissionais de saúde para trabalhar com migrantes, apostando na sensibilização para questões culturais e particularidades específicas a determinadas populações.

**Palavras-Chave:** Curdistão; Migrantes; Integração; Acesso a Saúde; Aprendizagem de Língua



## **Abstract**

Kurdistan, a region situated in the Middle East and with territories occupied by 4 different countries, represents the biggest nation without a recognized state. Over the past century the various developments in Kurdistan have led the Kurdish people to migrate, and there is currently a significant diaspora in Europe. The concern with migrant integration has been increasingly present on international and national dialogues. In recent years, measures have been created to address the challenges posed by irregular migrations. There are many factors that could determine integration, such as access to employability, housing, education and healthcare. This dissertation aimed at understanding the experiences of Kurdish migrants when accessing the healthcare services, both in Portugal and in Scotland, where, contrary to Portugal, there is a significant Kurdish community. Numerous studies show a correlation between migration and health state, so this access must be granted. Additionally, the researched aimed to analyse if there was access to language learning, this being an influencing factor for all the other dimensions of integration. A qualitative methodology was opted for, and semi structured interviews were conducted with 16 Kurdish people. The results reveal that the linguistic factor can indeed influence access to healthcare, as well as social networks, institutional support and the migration status. Furthermore, investing on the information dissemination, interpreter services and capacitation of health professionals working with migrants, focusing on awareness raising for cultural matters and specific particularities of determined populations proved to be essential.

**Key Words:** Kurdistan; Migrants; Integration; Access to Healthcare; Language Learning

# Índice

Agradecimento	iii
Resumo	v
Abstract	vi
Glossário de Siglas	xi
<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. Enquadramento Teórico</b>	<b>4</b>
1.1. Migração	4
1.2. Diferentes tipos de migração	4
1.3. Integração e Indicadores de Integração	8
1.4. Acesso a cuidados de saúde e a aprendizagem de língua	10
<b>Capítulo 2. Curdistão e a Questão Curda</b>	<b>12</b>
2.1. Curdistão	12
2.2. A Questão Curda	13
2.3. Os Curdos na diáspora	17
<b>Capítulo 3. Integração em Portugal e na Escócia</b>	<b>19</b>
3.1. Acesso a cuidados de saúde por migrantes	19
3.1.1. Acesso a cuidados de saúde por migrantes no plano internacional	19
3.1.2. Acesso a cuidados de saúde pela população migrante em Portugal	21
3.1.3. Acesso a cuidados de saúde pela população migrante na Escócia	23
3.1.4. Barreiras e desafios no acesso a cuidados de saúde	26
3.2. Acesso a aprendizagem das línguas oficiais dos países de residência	27
<b>Capítulo 4. Metodologia</b>	<b>29</b>
4.1. Metodologia Qualitativa	29
4.2. Métodos de Recolha de Dados	29
4.3. Considerações Éticas	30
4.4. Amostra da população	31
4.5. Análise das entrevistas	32
4.6. Limitações	33

<b>Capítulo 5. Análise e discussão de dados</b>	34
5.1. Caracterização sociodemográfica da população	34
5.2. Processo de regularização	35
5.3. Acesso a aprendizagem de língua	36
5.4. Acesso e acessibilidade dos cuidados de saúde	37
5.5. Avaliação do tratamento	40
5.6. Avaliação global dos cuidados de saúde	45
5.7. Discussão dos resultados	48
<b>Conclusão</b>	57
Referências Bibliográficas	61
Fontes	67
<b>Anexos</b>	
Anexo A. Mapa do Curdistão	71
Anexo B. Guião de entrevista	72
Anexo C. Formulário de Consentimento Informado	74
Anexo D. Amostra da população abordada	75
Anexo E. Grelha de Análise das entrevistas	76

## **Glossário de siglas**

ACM- Alto Comissariado para as Migrações

ACNUR- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

AIMA- Agência para a Integração, Migrações e Asilo

CLAIM- Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes

CNAIM- Centros Nacionais de Apoio à Integração de Migrantes

EAL- *English as an Additional Language* (Inglês como Língua Adicional)

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

ESOL- *English for Speakers of Other Languages* (Inglês para Falantes de Outras Línguas)

HDP- Partido Democrático dos Povos

IEFP- Instituto do Emprego e Formação Profissional

INE- Instituto Nacional de Estatística

ISIS- Estado Islâmico do Iraque e da Síria

JRS- Serviço Jesuíta aos Refugiados

KDP- Partido Democrático do Curdistão

KDPS- Partido Democrático do Curdistão Sírio

KNC- Conselho Nacional Curdo

KRG- Governo Regional do Curdistão

LBS- Lei de Bases de Saúde

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

NHS- *National Health Service* (Serviço Nacional de Saúde)

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OIM- Organização Internacional das Migrações

ONU- Organização das Nações Unidas

PFOL- Português para Falantes de Outras Línguas

PGM- Pacto Global para as Migrações Seguras, Ordenadas e Regulares

PJAK- Partido da Vida Livre do Curdistão

PKK- Partido dos Trabalhadores do Curdistão

PLA- Português Língua de Acolhimento

PLNM- Português Língua Não Materna

PNIPGM- Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações

PUK- União Patriota do Curdistão

PYD- Partido de União Democrática

SNS- Serviço Nacional de Saúde

YPG- Unidades de Proteção Popular

YPJ- Unidades de Proteção das Mulheres

## INTRODUÇÃO

A migração é um tema que tem estado presente em várias discussões sociais e políticas, e nas agendas mediáticas, já que vivemos na “Era das Migrações”, como percebido por de Haas, Castles e Miller (2020), que definem “migração” como uma mobilidade humana. Contudo, este fenómeno não é novo. É, na verdade, natural, inerente ao ser humano, que data desde há sessenta mil anos atrás, e “*a distribuição global de seres humanos é o resultado de milhares de anos de migração*” (King, Black, Collyer, Fielding & Skeldon, 2010. p.20). O número de migrantes internacionais, pessoas que atravessam fronteiras estatais, tem vindo a aumentar ao longo dos últimos 50 anos (McAuliffe & Oucho, 2024). Em 2020, de acordo com a Organização Internacional para as Migrações [OIM] (2024), havia 281 milhões de migrantes internacionais, representando 3.6% da população<sup>1</sup>. Ora, é provável que esta tendência se mantenha, devido a fatores como “*crescentes níveis de educação, (...) complexidade de mercados laborais (...); desigualdades em riqueza e oportunidades de emprego vão continuar a motivar as pessoas a movimentarem-se (...); enquanto conflito violento e opressão política em alguns países irá provavelmente alimentar futuros movimentos de refugiados*” (de Haas, Castles & Miller, 2020.p.3-4).

Uma das populações que apresenta um grande número de emigração são os curdos. O Curdistão, que significa “*povo da montanha*” (Öcalan, 2012. p.9), é uma região que se encontra dividida entre quatro países (Turquia, Síria, Iraque e Irão), ocupada pelos seus governos, representando a maior Nação sem um Estado (Radpey, 2022). Conforme será analisado, desde a dissolução do Império Otomano que este território tem sido palco de várias tensões, restrições, censuras e conflito militar. Estes desenvolvimentos têm levado a que os curdos migrem. A maior comunidade curda em diáspora (conceito que será abordado) encontra-se precisamente na Europa (Leduc, 2015). É devido à história curda, à sua grande presença na Europa, e ao desconhecimento da sua realidade, nomeadamente no contexto português, que esta dissertação se foca nesta população. O objeto de estudo desta dissertação é precisamente a população curda em Portugal e na Escócia (país onde, ainda que não se saiba o número exato, estima-se uma população curda significativa).

Quando se discute migração, deve-se de igual modo discutir a sua integração. Não há um consenso universal sobre uma definição para este conceito, que será também ele analisado. Pode, brevemente, ser entendido como uma adaptação mútua, entre a sociedade que acolhe e o

---

<sup>1</sup> <https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024-interactive/> (Consultado a 09/09/2024)

migrante (Berry, 1997; Dimitrov & Angelov, 2017). De acordo com o *Home Office* (Ministério do Interior britânico), um processo de integração tem sucesso quando os migrantes atingem o seu potencial, contribuem para a comunidade e têm acesso aos serviços (Home Office, 2005. Como citado em Kearns & Whitley, 2015. p.2106). No entanto, isto só é possível acontecer, de acordo com Berry (1997), quando o país acolhedor é aberto e inclusivo. A integração pode assumir dimensões culturais, sociais, económicas e políticas (Dimitrov & Angelov, 2017). Dentro da dimensão social encontra-se o acesso aos serviços de saúde, foco da análise desta dissertação. Adicionalmente, como o acesso à saúde (e tantas outras dimensões de integração) podem ser dificultados ou facilitados por conhecimentos linguísticos (ou falta destes), será também analisado o acesso a aprendizagem de língua portuguesa (em Portugal) e inglesa (na Escócia).

A opção pela temática do acesso à saúde por parte desta população tão específica (os curdos), surge por três motivos. O primeiro prende-se com o facto de que, conforme mencionado, frequentemente esta população e a sua história não são conhecidas, e ficam fora dos meios de comunicação social. O segundo motivo está relacionado com uma experiência pessoal, devido a um ano de voluntariado na Escócia, com uma organização que, entre outros serviços, se dedicava ao apoio a refugiados. Ora, uma grande percentagem dos refugiados e requerentes de asilo apoiados eram de origem curda. Acresce que, no serviço prestado, era prática questionar os beneficiários se necessitariam de apoio adicional, e duas questões frequentemente mencionadas eram precisamente o acesso a cuidados de saúde e a aulas de língua. Importa mencionar que, devido ao facto de ter sido esta organização a apoiar no acesso às pessoas curdas entrevistadas na Escócia, optou-se por que esta se mantivesse anónima, de modo a garantir a anonimidade dos participantes.

O terceiro motivo pelo qual este tema é pertinente, trata-se da própria relação entre migração e saúde. Ora, alguns dos motivos que levam à migração são condições como pobreza, fome, violência, conflito e fracos serviços de saúde (Drozdek & Wenzel, 2018; WHO, 2018. Como citados em Asif e Kienzler, 2022. p.2). Adicionalmente, também os percursos migratórios, nomeadamente daqueles que chegam por rotas irregulares, são frequentemente palco de condições adversas, como desnutrição, insolação, hipotermia e tráfico. Por fim, também nos países de acolhimento os migrantes podem enfrentar desafios, sofrer discriminação e encontrar-se em situações precárias. Estes fatores naturalmente podem ter consequências na saúde da população migrante, e inclusive resultar num agravar de condições pré-existentes, tanto do foro físico como mental (Asif & Kienzler, 2022).

Assim, o foco desta dissertação é o acesso a cuidados de saúde da população curda em Portugal e na Escócia, abordando também, ainda que de modo breve, o acesso a aprendizagem de língua. Parte da pergunta de partida “*De que modo os migrantes curdos experienciam o acesso aos cuidados de saúde em Portugal e na Escócia?*”, priorizando as suas experiências. O objetivo principal é então compreender as experiências dos migrantes curdos, nos dois países, nos momentos de acesso aos cuidados de saúde. Por sua vez, são 4 os objetivos secundários: compreender de que modo o estatuto do migrante, os conhecimentos linguísticos, a cultura e as redes de apoio ou sociabilidade afetam o acesso aos cuidados de saúde (1); perceber quais as principais barreiras enfrentadas pelos migrantes no acesso aos serviços (2); perceber se as experiências vão de encontro ao que está estipulado na legislação (3); e, por fim, compreender se houve acesso a aprendizagem de língua de modo gratuito e como esta decorreu (4).

Para que estes objetivos pudessem ser atingidos, foi utilizada uma metodologia qualitativa, recorrendo a entrevistas semiestruturadas com um total de 16 migrantes curdos, 8 em cada país. Para além de permitir uma visão do mundo através dos olhos da população estudada, algo que, como mencionado, prendeu-se como prioridade neste estudo, é frequente que investigadores que optem por metodologias qualitativas procurem também promover justiça e mudança social (Bryman & Bell, 2019). Assim, esta dissertação procurou também ressaltar o papel que o Estado deve ter na garantia de direitos essenciais à população migrante, incluindo no acesso a aprendizagem de língua oficial e a cuidados de saúde, bem como chamar a atenção para os desafios que estes enfrentam, apelando à sua resolução. Adicionalmente, serve ainda para dar visibilidade à existência desta população, que, como mencionado, está pouco presente no espaço mediático no contexto português.

Esta dissertação encontra-se dividida em 5 capítulos. O primeiro capítulo aborda os principais conceitos relevantes para um estudo sobre a integração de migrantes, permitindo uma maior compreensão do objeto de estudo. O segundo e terceiro capítulos servem como contextualização. O segundo descreve brevemente a questão curda e a situação vivida nas 4 regiões do Curdistão, permitindo uma visão geral do motivo pelo qual os curdos migram, mencionando ainda a presença curda e a sua resistência na Europa. Já o terceiro aborda os direitos e normas de acesso a cuidados de saúde e a cursos de língua em Portugal e na Escócia, após uma breve referência aos direitos de acesso a cuidados de saúde, por parte da população migrante, no plano internacional. Já o quarto capítulo analisa a metodologia utilizada, bem como o método de recolha e análise de dados. Por fim, o quinto (e último) capítulo serve para análise e discussão dos resultados.

## CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo inicial, pretende-se abordar os principais conceitos inerentes a um estudo sobre migrantes e sua integração. Procura-se definir de que se trata a migração, bem como quais as suas tipologias. Tal é importante se se pretende falar da sua integração, conceito que será posteriormente abordado, tal como de que modos esta pode surgir. A definição destes conceitos irá possibilitar um melhor entendimento sobre o objeto de estudo desta dissertação.

### 1.1. Migração

Rui Pires (2003) remete para definições de migração como “*uma mudança permanente ou semipermanente de residência*” (Lee, 1969, como citado em Pires, 2003. p. 57), ou “*um movimento (no espaço) entre sistemas de interação*” (Mangalam, 1968, como citado em Pires, 2003. p. 58). O autor opta por a definir como uma mobilidade espacial ou deslocação entre sistemas sociais, ou sistemas de ordem. Os sistemas de interação de Mangalam e Morgan (1968) referem-se a sistemas de organização social e às suas componentes: culturais (crenças, tradições, língua), sociais (incluindo redes de sociabilidade, estratificação social, sentido de comunidade) e de personalidade (atributos, experiências e objetivos individuais) (Mangalam & Morgan, 1968). Também de Haas, Castles e Miller (2020), definem migração como uma mobilidade humana que inclui todos os tipos de movimentação para fora do local de residência ou ambiente social, passando fronteiras administrativas. Dependendo da tipologia de fronteira, as migrações podem ser internas ou internacionais, implicando as internacionais uma travessia de fronteiras nacionais. Geralmente, significa custos mais elevados, mudanças mais significativas a nível social e cultural e um maior transtorno psicológico. Contudo, nem sempre isto é verificado uma vez que devido ao elevado nível de diversidade presente em alguns países, mobilidade de uma certa região para outra dentro destes pode apresentar grandes dificuldades (de Haas, Castles & Miller, 2020).

### 1.2. Diferentes tipos de Migração:

Para Pires (2003) deve-se atender a quatro critérios para classificar diferentes tipos de migração: características do fluxo migratório; origens da migração; características socioeconómicas dos migrantes; e método de inclusão na sociedade de destino. Estes critérios ajudam a determinar de que modo serão integrados. Já de Haas, Castles e Miller (2020) distinguem entre migrações voluntárias e forçadas, quando permanecer no país de origem não é uma opção. Nesta categoria

encontram-se grupos de pessoas que se encontrem a fugir de violência, opressão, ou outro tipo de perigos, posteriormente mencionados.

Frequentemente, o termo “migração forçada” remete para refugiados. De acordo com a Convenção das Nações Unidas relativa ao estatuto dos Refugiados (1951), no artigo I, A(2), um refugiado é alguém que “(...)devido a medo fundamentado de ser perseguido por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertença a um determinado grupo social ou opinião política, encontra-se fora do seu país de nacionalidade e não pode, ou, devido a tal medo, não pretende valer-se da proteção desse país; (...) ou alguém que, não tendo nacionalidade e estando fora do seu país de mudança habitual anterior, não pode ou, devido a tal medo, não pretende regressar”. A convenção, apesar de vinculativa, não prevê instrumentos de monitorização da atribuição do estatuto, resultando em taxas de aceitação variadas, fruto da legislação em vigor em cada país. Importa aqui mencionar outro tipo de migração forçada, os requerentes de asilo, que realizaram pedido para obter estatuto de refugiado, mas ainda aguardam decisão. O estatuto é geralmente reconhecido pelos Estados, mas também o pode ser por organizações como o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) (de Haas, Castles & Miller, 2020). De acordo com o ACNUR, em 2023 havia mais de 36 milhões de refugiados<sup>2</sup>. Estes dados incluem aqueles não previstos pela Convenção, já que esta não faz menção a guerra ou conflito armado. É o exemplo dos refugiados ucranianos: em Portugal (e na Europa), beneficiam de proteção temporária em consequência do conflito no país<sup>3</sup>. Nestes casos, quando não se enquadram na definição, mas ainda assim não podem regressar ao seu país por risco de danos significativos, é concedida proteção subsidiária<sup>4</sup>. Também são migrantes forçados os deslocados internos, “*pessoas ou grupos de pessoas (...) forçados (...) a fugir ou deixar os seus lares ou locais de residência habitual (...) e que não atravessaram uma fronteira Estatal internacionalmente reconhecida*” (Global Protection Cluster Working Group, 2010. pp. 508)

Por sua vez, migração voluntária é comumente associada a migração laboral ou económica, mas também a estudantes, procura de tratamentos de saúde, reunião familiar, entre outros. Um migrante laboral é frequentemente entendido como aquele que vai para um novo país por motivos de emprego, com expectativa de encontrar um mercado com mais e melhores ofertas. Esta definição tende a desvalorizar a situação vivida por muitos. Apesar de não viverem

---

<sup>2</sup> <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/> (Consultado a 13/05/2024)

<sup>3</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 29-A/2022 <https://t.ly/vTZHq> (Consultado a 13/05/2024)

<sup>4</sup> Diretiva 2011/95/UE <https://t.ly/BwJCO> (Consultado a 25/05/2024)

situações de emergência, muitos vivem situações como pobreza extrema, fome, crises climáticas, em situação de apátrida que não permite aceder a cuidados de saúde, violência generalizada, entre outros, levando a que estes se vejam, na verdade, obrigados a migrar. Ora, “*não se pode dizer que alguém cujas únicas alternativas à migração envolvam “fome, destituição, dano corporal ou pobreza incapacitante” esteja a migrar voluntariamente*” (Blake, 2023. p. 429). Esta distinção linear entre migração forçada e voluntária apresenta fragilidades: como já referido, é comum estes migrantes tipicamente entendidos como voluntários verem os contextos de origem desvalorizados. Adicionalmente, as tipologias que se associam a migrações involuntárias, nomeadamente refugiados e requerentes de asilo, apesar de relevantes atendendo à urgência de proteção internacional, são tipologias meramente legais, como afirma Blake (2023). Para o autor, as definições presentes no direito internacional não bastam para distinguir uma migração forçada de uma voluntária, já que um migrante pode ser forçado, mesmo não constando nas definições legais. Alguém que fuja de formas opressivas de pobreza não será definido como refugiado; não obstante, viu-se obrigado a migrar devido à falta de alternativas. Contudo, estas definições legais existem, e assim como os meios e caminhos migratórios utilizados, determinam como as pessoas vivem nos países de acolhimento, incluindo de que modo podem usufruir dos serviços públicos, como de saúde e educação (Vertovec, 2007). Tal reforça a ideia de Pires (2003) de que as categorias de migração determinam o processo de integração.

A globalização levou ao crescimento do transnacionalismo, tradicionalmente entendido como um conjunto de laços entre pessoas que migram e as comunidades que permanecem no país de origem. Contudo, para Carling, Erdal e Talleraas (2021), a atualidade requer um entendimento mais aprofundado, recorrendo ao conceito de “*transnational living*”<sup>5</sup>, definido como a manutenção de “*ligações, interações e presenças (...) em duas ou mais sociedades separadas por fronteiras nacionais*” (Carling, Erdal & Talleraas. 2021. P. 2). *Transnational living* é um fenómeno vivido por migrantes e “não migrantes”, como estudantes universitários ou expatriados, que para os autores desafiam o conceito de migração como tendo um “antes” e um “depois” definitivo. Contudo, os autores alegam que não devem ser considerados não migrantes, devido ao seu modo de vida transnacional. Já O’Reilly (2012) percebe o transnacionalismo como um conceito que permite observar as conexões entre pessoas e lugares, perceber as ligações das pessoas fora do seu local de origem, e analisar os impactos que tal pode

---

<sup>5</sup> Aqui, sugere-se como tradução “viver transnacionalmente”

ter nas suas identidades. É esta questão de identidade que torna o transnacionalismo central a outro tipo de migração: as diásporas, definidas por Wahlbeck (2018) como *“comunidades expatriadas caracterizadas pela sua relação com uma pátria real ou imaginada. (...) a “pátria” deve ser entendida como uma ideia; é na verdade a deslocação (...) em relação a uma ideia de uma pátria que caracteriza a diáspora. (...) o conceito de diáspora tem servido para descrever (...) relações transnacionais e formação de comunidades ligadas à deslocação (...)”* (Safran, 1991; Alinia et al., 2014; e Wahlbeck, 2002. Como citados em Wahlbeck, 2018. p. 2). Alguns requisitos para que um povo constitua uma diáspora são: memória coletiva da terra natal, dispersão geográfica, e consciência étnica de grupo por um longo período (Cohen, 1997, como citado em de Haas et al. 2020. p.83).

Este entendimento da pátria como uma “ideia” ou “imaginada” é comum a vários autores. Anderson (2006) defendia que todas as nações são comunidades “imaginadas” por serem grandes demais para que todos os membros se conheçam; ainda assim, há um sentimento de camaradagem. Anderson relaciona o surgimento destas comunidades a vários fatores: o fim das comunidades religiosas, que uniam vários povos; o desenvolvimento da imprensa e consequente impressão em grande número que serviu para difundir ideias; e, a uniformização de línguas presentes nos territórios e suas variedades e, conseqüentemente, a imposição de uma destas variedades como língua nacional. O autor remete ainda para as raízes culturais do nacionalismo, como tradições, que permitiram reforçar o sentimento de identidade nacional, sendo este uma construção social e política (Anderson, 2006). O fim das comunidades religiosas, retratado como um dos fatores que levaram ao surgimento de comunidades imaginadas, é debatido: apesar da perda de poder político por parte de líderes religiosos, a religião é ainda parte significativa na vida de muitas pessoas e mantém a sua influência, inclusive em estados laicos (Asad, 2003; Casanova, 1994). Adicionalmente, são muitos os estados-nação nos quais a formação de uma identidade nacional está ligada a uma comunidade religiosa, como a Índia (Jaffrelot, 1999) e a Arménia (Herzig & Kurkchian, 2005). Para Baser (2011), os descendentes de imigrantes ou “migrantes de segunda geração” têm um forte papel na formação destas “pátrias imaginadas” e na intemporalidade da consciência étnica devido às experiências, relações com pessoas da mesma identidade e celebração de uma mesma cultura. Assim, cria-se a ideia de uma comunidade.

### 1.3. Integração e Indicadores de Integração:

Até aqui, analisou-se o conceito de migração e as suas tipologias. Nesta secção que se inicia, procura-se analisar a integração e as suas componentes. Ora, a definição de integração não é consensual. Uma simples definição seria “*quando há interesse em manter a cultura original, e ao mesmo tempo interagir diariamente com outros grupos, (...); aqui, é mantido um certo grau de integridade cultural, enquanto ao mesmo tempo se procura participar como parte integrante da rede de sociabilidade alargada*” (Berry, 1997. p.9). Contudo, requer um entendimento mais complexo. Bourhis, Moïse, Perreault e Senécal (1997) indicam cinco ideologias que podem resultar em diferentes políticas (e níveis) de integração. Na ideologia pluralista o Estado defende que os migrantes devem adotar os valores do país, mas manter na esfera privada direito à sua liberdade e aos seus valores individuais. O Estado pode financiar atividades que difundam valores de um certo grupo. A ideologia cívica partilha dos mesmos princípios, mas defende que o Estado não deve promover ou financiar tais atividades. Já a ideologia assimilacionista trata-se de quando um Estado procura que os migrantes abandonem os seus valores culturais e linguísticos, de modo que adotem os valores, língua e cultura do país onde residam. Alguns países chegam mesmo a desenvolver políticas que impõe esta assimilação. A ideologia republicana, variante do assimilacionismo, evoca o “homem universal”, defendendo que as diferenças culturais devem ser suprimidas, garantindo coesão. Também a ideologia etnocêntrica partilha valores como o assimilacionismo, defendendo que os migrantes adotem os valores da sociedade anfitriã e que os Estados interfiram em certos aspetos da esfera privada, como na limitação de certos valores. Contudo, em alguns casos, não interessa a estes países que os migrantes abandonem os valores privados, pois não tencionam aceitá-los como membros da sociedade (Bourhis et al., 1997).

A definição de integração no início do parágrafo anterior refere-se ao ponto de vista do migrante. No entanto, conforme mencionado, esta só é possível quando a sociedade que acolhe é aberta a diversidade cultural (Berry, 1997). Ora, integração é também entendida como um processo de adaptação mútua entre a sociedade que acolhe e o migrante. A este processo de mudança quando dois grupos entram em contato, antropólogos denominam de aculturação. A integração é precisamente um dos modelos de aculturação que pode resultar não apenas das ideologias políticas acima apresentadas, mas também das crenças individuais dos migrantes e da sociedade que acolhe. O Modelo de Aculturação Interativa, apresentado por Bourhis et al. (1997), permite perceber que, após resposta às questões “*Acha aceitável que os migrantes*

*mantenham a identidade cultural?” e “Acha aceitável que os imigrantes adotem a identidade cultural da comunidade anfitriã?”* (Bourhis et al., 1997. p.380), obtém-se comportamentos de integração, assimilação, segregação/ separação, exclusão/ anonimidade, ou individualismo. Concluem que, salvo exceções, políticas que reflitam ideologias pluralistas e cívicas tendem mais a resultar em relações harmoniosas do que políticas de uma ideologia assimilacionista.

A integração pode ocorrer a vários níveis. A integração económica inclui aspetos como acesso ao mercado de trabalho, reconhecimento de qualificações obtidas no estrangeiro e criação de programas de formação. A dimensão política define os direitos políticos dos migrantes, como o direito ao voto, a participar em eleições, a mobilizar-se politicamente, e à possibilidade de criação de grupos políticos. Trata-se, portanto, de um direito de acesso à cidadania e de aquisição de nacionalidade. Já a integração social inclui uma boa relação entre todos os habitantes de um território e acesso a direitos sociais, como a saúde, habitação, educação, serviços públicos, entre outros (Hepburn. 2020). A autora não distingue integração no sentido cultural, que pode ser entendido como todo o direito que os migrantes têm de celebrar a sua cultura e religião, e falar a sua língua materna, sem sofrer discriminação.

Os relatórios da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e da Comissão Europeia permitem, através de alguns indicadores, comparar a integração em países membros. O relatório de 2023 avalia a integração a nível político, económico e social, apesar desta distinção não ser feita. A nível económico, são analisados a participação no mercado de trabalho, reconhecimento de graus obtidos no estrangeiro, tipo de emprego e rendimento por agregado. Para analisar a integração política, estudaram o direito a voto e a obtenção de nacionalidade. Por fim, são vários os indicadores de integração social: acesso à educação, nível de ensino adquirido por filhos de migrantes, tipo de habitação, acesso a cuidados de saúde, necessidades médicas atendidas e a interação entre migrantes e autóctones, por exemplo, se realizam atividades em conjunto (OCDE, 2023).

Apesar da utilidade destes indicadores, a integração dependerá também das características da população migrante e da sociedade de acolhimento, pelo que os dados apresentados não devem servir como base exclusiva para avaliação das políticas de integração. De facto, não é fácil medir integração. No entanto, o MIPEX<sup>6</sup> (Índice de Políticas de Integração de Migrantes) propõe-se a medir as políticas de integração em 56 países, através da análise de

---

<sup>6</sup> <https://mipex.eu/what-is-mipex> (Consultado a 25/05/2024)

dados multidimensionais das oportunidades dos migrantes em participar na sociedade. Engloba 8 áreas de estudo, incluindo educação, acesso a nacionalidade, saúde, e medidas antidiscriminação. Uma crítica que se coloca é a falta de avaliação de políticas de acesso a habitação, problemática com que muitos migrantes se deparam. Através da análise de políticas, os países são categorizados em 10 grupos, definidos através de um sistema de atribuição de pontos que engloba a abordagem à integração<sup>7</sup>, e o quão desenvolvidas estão as políticas. Os países podem-se apresentar mais favoráveis em algumas áreas do que noutras.

Conforme mencionado, a integração pode depender do tipo de migração. Frequentemente, como afirma Robila (2018), a integração de refugiados apresenta particular complexidade, já que muitos passaram por situações traumáticas, resultando em estados psicológicos mais frágeis. A autora refere-se a refugiados, mas adequa-se a todos os migrantes forçados. As experiências vividas nos países de origem e no percurso migratório, as redes de sociabilidade, a disponibilidade de informação sobre o sistema, direitos no país de acolhimento, e o acolhimento por parte da sociedade são determinantes (Robila, 2018).

#### **1.4. Acesso a cuidados de saúde e a aprendizagem de língua**

Neste trabalho analisa-se um aspeto de integração particular - o acesso aos cuidados de saúde - uma vez que estas experiências vividas por migrantes forçados resultam em problemáticas de saúde particulares. Asif e Kienzler (2022) afirmam que a violência, discriminação e precariedade que muitos enfrentam no país de origem, no trajeto migratório e no país de acolhimento pode levar a uma deterioração das condições de saúde física e mental. Tal é corroborado por Isaacs, Burns, Macdonald e O'Donnell (2020), que alertam ainda para o impacto de sistemas de asilo burocráticos. A experiência individual de cada pessoa deve ser considerada pelos profissionais de saúde, que devem ser dotados de sensibilidade cultural e entender as características do perfil sociodemográfico em que o migrante se encontra.

As condições socioeconómicas são fator determinante de saúde da população em geral. Há relação, por exemplo, entre condições habitacionais e risco de asma, obesidade e doenças cardiovasculares (Perelman, 2022). As desigualdades sociais pré-existentes traduzem-se numa maior dificuldade de acesso a cuidados de saúde por parte dos mais vulneráveis, algo que a crise

---

<sup>7</sup> Há quatro abordagens possíveis: integração abrangente; igualdade em papel; integração temporária; ou migração sem integração: <https://mipex.eu/key-findings> (Consultado a 21/07/2024)

da Covid19 veio agudizar. Aqueles com maior dificuldade socioeconómica encontravam-se em maior risco de infeção por apresentarem mais dificuldades em cumprir normas de isolamento (Perelman & Santinha, 2022). Frequentemente, a população migrante encontra-se precisamente nestas situações mais precárias, nomeadamente os falantes de, como afirma Matias (2020), línguas “menorizadas”, às quais a sociedade atribui menor estatuto social (Matias, 2017, como citado em Matias, 2020). Ora, muitos falantes destas línguas encontram-se sobrerrepresentados em profissões caracterizadas por relações laborais precárias, como na agricultura, transportes e construção civil, que aumentam os riscos para a saúde (Matias, 2020).

Como afirmam Wickramage, Vearey, Zwi, Robinson e Knipper (2018), a migração não representa por si só um risco à saúde, mas sim as condições a ela associadas que podem ser prejudiciais. Apesar destes possíveis efeitos negativos, deve-se considerar também os impactos positivos, como a quantidade e qualidade de serviços, que poderá ser superior às do país de origem, resultando em maior atenção às necessidades médicas.

Por fim, outro elemento de integração analisado é o acesso à aprendizagem de língua, que influencia outras componentes, incluindo o acesso a cuidados de saúde. De facto, Nowak, Namer e Hornberg (2022) comentam como desafios linguísticos são vistos como uma das principais barreiras no acesso a cuidados de saúde, incluindo a dependência de intérpretes, e as pausas nos cuidados por falta destes. Aqui, importa relembrar também o argumento de Matias (2020), que mostra como os falantes de línguas “menorizadas” encontram-se frequentemente em condições, nomeadamente laborais, que poderão apresentar mais riscos para a saúde.

Como afirma Robila (2018), a falta de conhecimento da língua (dominante ou oficial) do país de acolhimento contribui para um maior isolamento e menos oportunidades. O relatório da OCDE e da Comissão Europeia (2023) demonstra que a proficiência linguística na língua do país de acolhimento é um dos atributos mais importantes, por permitir a participação na sociedade e no mercado de trabalho. Por estes motivos, é importante a aprendizagem da língua “dominante”. O relatório indica que os países que apresentam maior taxa de proficiência por parte de migrantes são os países de língua oficial inglesa e os países com uma grande população originária de países onde se fala a mesma língua, como Portugal, onde em 2021 90% dos migrantes falavam português (OCDE & Comissão Europeia, 2023).

## CAPÍTULO 2: O CURDISTÃO E A QUESTÃO CURDA

Considerando que a presente dissertação se foca na população curda, importa perceber os desenvolvimentos políticos no Curdistão, sendo este o objetivo deste capítulo. Após uma curta introdução, será abordada a questão curda e acontecimentos que têm levado a que os curdos migrem. Por fim, será feita uma breve análise da presença curda na Europa.

### 2.1. Curdistão

O Curdistão é uma região habitada por uma população unida historicamente, apesar de apresentar diversidades, nomeadamente a nível linguístico<sup>8</sup> e religioso<sup>9</sup>. Abrange territórios ocupados pela Turquia, Iraque, Irão e Síria, e representam a maior nação sem um Estado reconhecido (Radpey, 2022). Estima-se que o número de curdos ronde entre os 36 e 45 milhões, sendo que a sua maioria, habita os territórios do Curdistão<sup>10</sup>. Um mapa da região Curda pode ser consultado no anexo A.

Em 1514, os curdos acordaram com o Sultão Otomano (o imperador), que apoiariam os turcos nas guerras, em troca da preservação de independência dos principados curdos. Contudo, o Império Otomano (1299-1922) acabou por impor uma monarquia absoluta e procurava eliminar qualquer oposição, resultando num crescimento da consciência nacional curda (Radpey, 2022). Ainda assim, durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), os curdos lutaram ao lado dos turcos contra os países Aliados. Após a guerra, o futuro do Curdistão era incerto, devido à indecisão dos aliados sobre a divisão dos territórios otomanos (Radpey, 2022). Em 1920, o Tratado de Sèvres, acordo de paz entre os Aliados e a Turquia que obrigava a Turquia a renunciar a certos territórios, reconhecia uma autonomia para a região curda: “*Uma Comissão em Constantinopla deve desenhar dentro de seis meses (...) um esquema de autonomia local para as áreas predominantemente curdas*” (Tratado de Sèvres, 1920. Art. 62). O tratado previa ainda que, no espaço de um ano, os curdos deveriam obter independência, sendo essa a sua vontade. Mustafa Kemal Atatürk, primeiro presidente turco (1923), rejeitava o tratado, que acabou por ser abortado (Radpey, 2022).

---

<sup>8</sup> As principais línguas são o curdo kurmanji (no Curdistão ocupado pela Turquia e Síria) e o curdo sorani (no Curdistão ocupado pelo Iraque e Irão). <https://t.ly/Thp1h> (Consultado a 03/08/2024)

<sup>9</sup> A maioria identifica-se como muçulmano sunita, mas há também muçulmanos xiitas, cristãos, judeus e iazidis <https://t.ly/H2SB1> (Consultado a 03/08/2024)

<sup>10</sup> A população curda (Instituto Curdo de Paris) <https://t.ly/NQqFO> (Consultado a 13/05/2024)

## 2.2. Questão Curda:

A repartição do Curdistão deu início a uma batalha que dura até hoje. A resistência popular era suprimida, e “*um compromisso aberto com a sua origem e cultura resultava em exclusão de todas as relações económicas e sociais. Por este motivo, muitos curdos negavam a sua ascendência étnica*” (Öcalan, 2012. p. 19). A questão curda apresenta particularidades nas diferentes regiões: *Bakur* (Curdistão ocupado pela Turquia), *Bashur* (Curdistão ocupado pelo Iraque), *Rojava* (Curdistão ocupado pela Síria), e *Rojhelat* (Curdistão ocupado pelo Irão).

Em *Bakur*, região curda na Turquia, a situação piora quando Atatürk implementa em 1923 o Tratado de Lausanne, que reconheceu as atuais fronteiras turcas sem referir autonomia curda (Elphinston, 1946). A Turquia rejeitava a existência desta população e o uso das línguas e qualquer demonstração de cultura, como a celebração do Newroz<sup>11</sup>, ou a existência de partidos curdos, eram proibidos. Em 1938, o turco foi declarado a única língua oficial e o ensino ou publicações em qualquer outra língua foram proibidos (Baser, 2011). A repressão levou ao surgimento do Partido dos Trabalhadores do Curdistão (PKK) em 1978 e à sua luta armada, levando a Turquia a considerar o partido como um grupo terrorista. Iniciou-se assim um conflito que resultou em inúmeros desaparecimentos e entre 35.000 e 50.000 mortes (Baser, 2011. p. 6). O PKK adotou uma posição mais política quando seu líder, Abdullah Öcalan, “*em 1988, declarou que a independência não era alcançável, e que a organização era a favor de uma transformação do Estado turco numa federação curdo-turca*” (Galletti, 1999. p. 125).

Em 2003, o partido voltou à resistência (Baser, 2011). Desde então, tem sido contínua a repressão que os curdos enfrentam, embora em momentos de intensidade variável. A situação deteriorou em 2015, quando as eleições parlamentares resultaram em 13,7% para o Partido Democrático dos Povos (HDP<sup>12</sup>), partido que defende a resolução da questão curda a partir de uma transição democrática verso à autonomia num governo federal. Tal originou descontentamento para Erdoğan, presidente turco desde 2014 e líder do Partido da Justiça e Desenvolvimento. Foram lançadas novas políticas de repressão: detenções de membros do HDP, execuções extrajudiciais, censura de comunicação social, e novamente criminalização da cultura e língua (Burç, 2022). A título de exemplo, foi possível testemunhar recentemente como a restrição linguística pode afetar o acesso aos cuidados de saúde, quando não foi realizado um

---

<sup>11</sup> Celebração de passagem de ano do calendário persa <https://t.ly/whokA> (Consultado a 01/06/2024)

<sup>12</sup> Entretanto mudou de nome para o Partido DEM <https://t.ly/wfjN8> (Consultado a 08/06/2024)

exame médico a uma paciente curda por esta não saber falar turco. Tal aconteceu em Siirt, cidade predominantemente curda (BIA News Desk, 2024).

Destaca-se agora a região de *Bashur*, que ficou sobre legislação iraquiana em 1932, cujo ano o Iraque declarou, na sua admissão à Sociedade das Nações, que nas zonas predominantemente curdas, o curdo seria reconhecido como língua oficial (Elphinston, 1946). Em 1946 é criado o Partido Democrático do Curdistão (KDP), reivindicando uma certa autonomia territorial, acordada com o governo iraquiano em 1970. Contudo, o território acordado não incluía Kirkuk, levando a que as *Peshmerga*<sup>13</sup>, forças militares do KDP, iniciassem uma rebelião (O’Leary, 2002). Entre 1987 e 1989, o regime do partido Baath Iraquiano lançou uma campanha, *Anfal*<sup>14</sup>, para limpeza étnica da população curda, que incluía ordens para erradicar toda a resistência. Uma evidência da crueldade da *Anfal*, cujo número de vítimas mortais ronda entre as 50.000 e 100.000, foi o ataque químico em Halabja em março de 1988, resultando na morte imediata de 5.000 pessoas (Kfir, 2021). Em 1991, os Estados Unidos e o Reino Unido criaram uma zona segura e de exclusão aérea sobre *Bashur*, impedindo que o Iraque continuasse a sua campanha genocida, e permitindo que em 1992 se formasse o Governo Regional do Curdistão (KRG)<sup>15</sup>.

O duplo embargo na região (por parte das Nações Unidas ao Iraque e do regime de Saddam Hussein, líder do partido Baath, à região curda), levou a que o KDP e a União Patriota do Curdistão (PUK<sup>16</sup>) entrassem em conflito pelos escassos recursos. Contudo, com mediação por parte dos Estados Unidos, juntos derrotaram Hussein em 2003 (Barkey & Laipson, 2005). A nova Constituição Iraquiana (2005) reconhece: “Art. 4: As línguas árabe e curda são as duas línguas oficiais do Iraque; Art. 17: (...) deve reconhecer a região do Curdistão (...) como uma região federal; Art. 121: O governo regional deve ser responsável pelos requisitos administrativos (...) estabelecimento e organização de forças internas de segurança”. Apesar deste avanço, a situação mantém-se frágil. As bases militares turcas presentes na região para combate ao PKK, que se refugiou em *Bashur*, são uma constante ameaça. De notar igualmente que o Irão tem atacado grupos de *Rojhelat* sedeados também em *Bashur* (Hadad, 2023).

---

<sup>13</sup> Em curdo, “aqueles que enfrentam a morte” <https://t.ly/XILdQ> (Consultado a 06/07/2024)

<sup>14</sup> Al Alfal é o título do oitavo capítulo do Qurão, e significa “despojos de guerra”.

<sup>15</sup> <https://t.ly/8KHwD> (Consultado a 21/08/2024)

<sup>16</sup> União Patriota do Curdistão, partido fundado em 1975 (O’Leary, 2002)

Analisa-se agora os desenvolvimentos na região curda na Síria. Em *Rojava*, criou-se em 1927 a Liga *Khoybun*<sup>17</sup>, com o objetivo de unir a população curda (Schøtt, 2017). Em 1946, aquando da independência da França, os curdos passam a ser vistos como a maior ameaça e em 1958, o Partido Baath Sírio, criado em 1947, implementou um nacionalismo árabe: os curdos não tinham representação política, sofriam de fracos serviços sociais, não podiam ocupar cargos como medicina ou jornalismo, e não podiam falar curdo nas escolas ou realizar eventos culturais (Ziadeh, 2009). Em 1960 foram detidos líderes do Partido Democrático do Curdistão Sírio (KDPS), criado em 1957, e em 1962 foi retirada a nacionalidade de 120.000 curdos de Jazira, um dos três cantões de *Rojava* (Schøtt, 2017).

As relações curdas com o regime pioraram com a morte de Hafez Al-Assad (líder do partido Baath) em 2000, e com o descontentamento curdo devido à sua situação em comparação com *Bashur* (Ziadeh, 2009). Em 2011 os partidos formaram o Conselho Nacional Curdo (KNC), que com a retirada das forças sírias do norte do país em 2012, entrou em confronto com as Unidades de Proteção Popular (YPG)- fração militar do Partido de União Democrática (PYD)<sup>18</sup>- que controlavam as áreas curdas e declararam, em 2013, autonomia para Jazira, Afrin e Kobani (Schøtt, 2017). Em 2014 dá-se o maior desenvolvimento da questão curda na região, a proclamação do Contrato Social de *Rojava*, que definia as condições para um sistema político federal assente na autogovernança de unidades administrativas. Contudo, mantêm-se os conflitos entre o KNC e o PYD. Acrescenta-se que o sucesso do contrato é uma ameaça para a Turquia (Schøtt, 2017), que em 2019 lançou uma ofensiva sobre *Rojava*, resultando em cerca de 100.000 deslocados (Burç, 2019).

Por fim, é agora analisada a região curda no Irão. A constituição de 1906 declarava o persa a língua oficial de todos os iranianos e Reza Xá<sup>19</sup>, que subiu ao poder em 1925, implementou políticas de assimilação, proibindo o uso de qualquer língua que não persa na educação, serviços administrativos e comunicação social (Sheyholislami, 2012). Contudo, em 1979, os curdos foram parte-ativa na revolução iraniana, que instalou a república de Khomeni. A população curda reivindicava um governo autónomo dentro das fronteiras iranianas, mas em 1985 mantinham-se as tensões entre os curdos e o governo (Sheyholislami, 2012).

---

<sup>17</sup> De acordo com Elphinston (1946), *Khoybun* é a palavra Curda para Independência

<sup>18</sup> Este partido havia sido criado em 2003, como sucessor da fração síria do PKK (Schøtt, 2017)

<sup>19</sup> Xá era o título dos monarcas da antiga Pérsia

Já em 1997, o novo presidente Mohammad Khatami pretendia união e igualdade para todos, independentemente de etnia ou religião. Aumentou a autonomia das zonas curdas e a liberdade cultural (Akbarzadeh, Ahmed, Laoutides, & Gourlay. 2019). Contudo, a criação do Partido da Vida Livre do Curdistão (PJAK) em 2004, com afiliações ao PKK, assim como o início do governo de Ahmadinejad em 2005, mudaram a situação. Nos meios de comunicação social e nos contextos informais, o uso de línguas minoritárias era permitido, mas o conteúdo fortemente monitorizado (Sheyholislami, 2012). O surgimento do PJAK aumentou também a insegurança, pois apesar do seu líder defender a mobilização política por um Irão federal e democrático, conduzia operações contra as forças militares, levando a uma forte resposta militar por parte de Teerão, mesmo após 2013, quando Rouhani, que como Khatami pretendia um país igualitário, sobe ao poder (Akbarzadeh, Ahmed, Laoutides, & Gourlay. 2019).

Esta secção permite um entendimento geral sobre os desenvolvimentos no Curdistão, servindo ainda para mostrar por que motivo a população curda tem vindo a migrar. Nas quatro regiões, têm sido inúmeros os desafios e atrocidades enfrentados, incluindo campanhas genocidas, censura cultural e proibição de falarem as suas línguas. Face a isto, têm surgido inúmeros grupos, partidos e milícias dentro dos 4 países, lutando contra os governos dos Estados-nação onde estão inseridos, incluindo aquelas onde agora têm mais autonomia: as regiões ocupadas pelo Iraque e pela Síria, as mais pequenas do Curdistão (enquanto que em *Bakur* a população curda eleva-se a cerca de 18 milhões, a de *Bashur* estima-se a 5 milhões e a de *Rojava* a 2 milhões<sup>20</sup>). Aqui, importa mencionar um outro fator que contribuiu para esta migração: o surgimento do autoproclamado Estado Islâmico do Iraque e da Síria (ISIS), que resultou em graves desastres humanitários para os curdos em *Bashur* e *Rojava* (Dalay, 2018).

Na verdade, apesar dos curdos lutarem as suas próprias batalhas contra os governos dos países que ocupam os seus territórios, encontraram na luta com o ISIS uma esfera de ação comum. Por exemplo, o PKK e o KDP colocaram de parte as suas rivalidades, e o PKK auxiliou o KRG na defesa de regiões em *Bashur*, e em retorno o KRG e KDP enviaram *peshmergas* para Kobani, para auxiliar o PYD na luta contra o ISIS. Esta contribuição das várias forças curdas para derrotar o ISIS veio trazer um prestígio e uma legitimidade internacional numa antes visto para a questão curda e para as suas políticas. (Dalay, 2018).

---

<sup>20</sup> <https://thekurdishproject.org/kurdistan-map/> (Consultado a 21/08/2024)

Importa mencionar a presença feminina, uma preocupação do PKK desde a década de 90, quando a igualdade de género passou a constar na ideologia do partido e as mulheres a participarem em igualdade (Novellis, 2018). Em *Bashur*, um número significativo de mulheres juntou-se às *Peshmerga* para impedir o avanço da ISIS sobre a cidade de Kirkuk (Bagheri, 2022). Há décadas que as mulheres servem nas *Peshmerga*, mas o surgimento da ISIS levou a que assumissem um papel mais ativo a nível de combate (Marouf, 2018). Também em *Rojava* desempenharam um papel significativo. As Unidades de Proteção das Mulheres (YPJ) são a brigada feminina do YPG<sup>21</sup>, e também se destacavam na linha da frente, tendo inclusive sido as primeiras a defender as margens do rio Eufrates, para libertar a cidade de Manbij (Labott, 2021).

## **2.2. Os curdos na diáspora:**

Conforme mencionado na secção anterior, estes desenvolvimentos políticos têm levado a que os curdos procurem abrigo noutros países. Entre as décadas de 1950 e 1970, um grande número deslocou-se para a Europa por emprego ou estudos. Contudo, com o agravar da situação levou a que a partir dos anos 1980 migrassem em busca de asilo (Wahlbeck, 2018). Em 2017, estimava-se que a população curda na Europa rondasse o milhão e meio<sup>22</sup>. Para Wahlbeck (2018), os curdos na Europa são um bom exemplo de transnacionalismo, encontrando-se envolvidos nas sociedades que os acolhe, mas mantendo laços com as terras de origem. Atendendo à relação com as regiões do Curdistão como terra natal, às relações transnacionais e à mobilização política, pode-se dizer que os curdos constituem uma diáspora.

Baser (2011) analisa duas gerações da diáspora curda na Europa. Era comum que os imigrantes laborais, que chegavam nomeadamente nas décadas de 1950, 1960 e 1970, se tornassem na Europa politicamente ativos, fruto das oportunidades de mobilização e da segurança para se expressarem. Aqueles que chegavam como requerentes de asilo, particularmente nas décadas de 80 e 90, eram já politizados. Por sua vez, os filhos de migrantes apresentam maior interesse na identidade e política curda, conforme sugerem alguns estudos (Curtis, 2005; van Bruinessen, 1999; e van Bruinessen, 2000. Como citados em Baser, 2011). O autor observou, na pesquisa de terreno na Alemanha e Suécia entre 2010 e 2011, um interesse particularmente elevado nos filhos dos migrantes politicamente ativos.

---

<sup>21</sup> <https://thekurdishproject.org/history-and-culture/kurdish-women/ypj/> (Consultado a 21/08/2024)

<sup>22</sup> Instituto Curdo de Paris: <https://t.ly/1m0g> (Consultado a 14/05/2024)

Têm vindo a surgir inúmeras organizações curdas na Europa, nomeadamente após a década de 1980 (Baser, 2011). Algumas tinham carácter cultural, promovendo eventos como o *Newroz*, aulas de línguas e dança e outros momentos de convívio. Outras têm um forte elemento político e de mobilização, pretendendo chamar a atenção de políticos e do público, melhorar a situação no Curdistão e na diáspora e promover os seus direitos. Fazem-no através de seminários, campanhas para a libertação de presos políticos, entre outros. Em 1983 foi criado o Instituto Curdo de Paris, que incentiva o uso das línguas curdas, organiza conferências e publica jornais. Já na Suécia foi aberta uma biblioteca curda<sup>23</sup>. Outras grandes organizações curdas na diáspora incluem o KON-KURD (na Bélgica)<sup>24</sup> e o KOMKAR<sup>25</sup>, bem como o Congresso Nacional do Curdistão<sup>26</sup>, que engloba vários grupos e partidos curdos.

Também no Reino Unido se testemunhou o surgimento de várias organizações e associações, como o Centro de Aconselhamento Curdo<sup>27</sup>. Contudo, os anos 2000 viram um aumento de discriminação, consequência dos ataques do 11 de setembro de 2001, e da colocação, em 2002, do PKK na lista de vigilância para terrorismo da União Europeia (UE), levando ao encerramento de organizações curdas (Baser, 2011). Também o discurso político islamofóbico terá fomentado discriminação- Crul et al. (2012) remetem para a maior popularidade de partidos que têm colocado a “ameaça do Islão” na agenda política. Ainda assim, a população curda mobiliza-se: *“Recusando-se ficar em silêncio, os curdos interrompem a ordem das coisas na Europa através de demonstrações públicas (...) e questionam o silêncio da Europa sobre a violência e opressão que os curdos enfrentam”* (Demir, 2017. P. 63).

---

<sup>23</sup> Funciona em Estocolmo desde 1997. <http://kurdlib.org/about/> (Consultado a 14/05/2024)

<sup>24</sup> Kon-Kurd, o Congresso Europeu de Sociedades Democráticas Curdas, surgiu na Bélgica em 2005, servindo como organização-mãe para vários grupos curdos (Baser, 2011)

<sup>25</sup> Associação para os trabalhadores Curdos para o Curdistão. Foca-se na melhoria das condições dos trabalhadores. Existem vários KOMKAR, como na Alemanha, Dinamarca e França. Fonte: Baser, B. (2015). Komkar: the unheard voice in the Kurdish Diaspora. In A. Christou, & E. Mavroudi (Eds.), *Dismantling Diasporas: Rethinking the Geographies of Diasporic Identity, Connection and Development* (pp. 113-128). Ashgate. <https://www.ashgate.com/isbn/9781472430342>

<sup>26</sup> Fundado em 1999. Tem sede em Bruxelas e escritórios noutras cidades. <https://t.ly/Bbo75> (Consultado a 04/08/2024). O último encontro deu-se em abril de 2024 <https://t.ly/hwcHE> (Consultado a 04/08/2024)

<sup>27</sup> Criado em 1997: <https://t.ly/23ayo> (Consultado a 14/05/2024). Promovem atividades e aconselhamento especializado. <https://www.kurdishadvicecentre.org.uk> (Consultado a 14/05/2024)

## CAPÍTULO 3: INTEGRAÇÃO EM PORTUGAL E NA ESCÓCIA

Neste capítulo, serão analisados os dois aspetos de integração abordados nesta dissertação: o acesso a cuidados de saúde e a aprendizagem de língua. Inicialmente, aborda-se medidas que defendem, no leque internacional, o acesso por parte da população migrante aos cuidados de saúde. Posteriormente, analisa-se os desenvolvimentos neste sentido em Portugal e na Escócia. Por fim, aborda-se o direito à aprendizagem de língua nos dois países, sendo esta uma componente essencial de integração, com impacto também nos cuidados de saúde.

### 3.1. Acesso a Cuidados de Saúde por Migrantes

Todo o ser humano tem direito a assegurar para si, e para a sua família, acesso a cuidados de saúde (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948). Os migrantes não devem ser exceção, e o seu acesso a estes serviços nos países de acolhimento é um indicador de integração que deve ser analisado. Neste sentido, a comunidade internacional tem procurado melhorar os instrumentos de resposta comuns.

#### 3.1.1. O acesso à saúde por migrantes no plano internacional

Em 2016, foi adotada em Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) a Declaração de Nova Iorque para Refugiados e Migrantes. Esta menciona o direito pela população migrante aos cuidados de saúde:

*“Art.39. (...)melhorar a sua integração e inclusão, conforme apropriado, e com referência particular ao acesso a educação, cuidados de saúde, (...)”; “Art.80. Estamos comprometidos (...) de modo a garantir apoio essencial em setores (...) chave, como acesso a cuidados de saúde”; “Art.83. Vamos trabalhar para garantir que as necessidades de saúde básica das comunidades refugiadas são cumpridas, e que mulheres e meninas têm acesso a serviços de cuidados de saúde essenciais.”* (Declaração de Nova Iorque para Refugiados e Migrantes, 2016).

Já em dezembro de 2018 foi acordado, também em Assembleia Geral da ONU, o Pacto Global para as Migrações Seguras, Ordenadas e Regulares (Pacto Global para as Migrações, encurtado), adotado por 164 países<sup>28</sup>. Este pacto vinha a ser pensado desde a Declaração de

---

<sup>28</sup> UN NEWS. (2018). Governments adopt UN global migration pact to help ‘prevent suffering and chaos.’ *UN NEWS*. Retrieved August 10, 2024, from <https://news.un.org/en/story/2018/12/1028041>.

Nova Iorque (2016) e serve para fortalecer a cooperação internacional para enfrentar os desafios apresentados pelas migrações. Procura promover uma migração que melhor salvaguarde os direitos dos migrantes e dos países de acolhimento, reduzindo ainda os fatores que levam à migração, e os perigos relacionados com a migração irregular. Importa mencionar que este pacto não é vinculativo, permitindo que os Estados tenham a liberdade de o implementar com base nas suas realidades migratórias e capacidades de resposta. Define 23 objetivos neste sentido, e para o propósito desta dissertação, destacam-se os seguintes:

*“Objetivo 3: Providenciar informação rigorosa e atualizada em todas as etapas da migração”* (PGM, 2018): Os países devem garantir informação precisa, oportuna, acessível e transparente para os migrantes sobre os seus direitos e obrigações, incluindo sobre acesso a cuidados de saúde;

*“Objetivo 4: Assegurar que todos os migrantes dispõem de prova de identidade legal e documentação adequada”* (PGM, 2018): A relevância deste objetivo prende-se com o facto de que a documentação pode ser determinante, como nos momentos de acesso a cuidados de saúde;

*“Objetivo 7: Enfrentar e reduzir as vulnerabilidades na migração”* (PGM, 2018): Os Estados devem responder às necessidades dos migrantes que enfrentem vulnerabilidade, estabelecendo, por exemplo, parcerias que lhes garantam o apoio necessário, em diversos setores;

*“Objetivo 15: Providenciar o acesso aos serviços básicos para os migrantes”* (PGM 2018): Aqui, inclui-se o acesso a cuidados de saúde, e prevê-se que as necessidades médicas dos migrantes sejam incluídas em políticas e planos, como reforço das capacidades, redução das barreiras de comunicação, capacitar os profissionais em sensibilidade cultural, facilitar acesso não discriminatório, entre outros;

*“Objetivo 17: Erradicar todas as formas de discriminação e promover discurso público baseado em evidências na construção de perceções acerca da migração”* (PGM, 2018): Este objetivo representa importância no campo da saúde uma vez que a discriminação pode afastar migrantes de procurar ou continuar acompanhamento médico.

Apesar de países assumirem um compromisso com o acesso a cuidados de saúde, têm leis que resultam em direitos variados. Ainda que algumas leis sejam favoráveis, são várias as barreiras que os migrantes podem enfrentar, resultando num aproveitamento reduzido dos serviços. De acordo com o MIPEX, que analisa a definição de políticas e não a sua implementação, a diferença de direitos de acesso a cuidados de saúde é acentuada, variando entre 85 pontos (de 100) da Irlanda, e 12 da Índia, sendo este o país com políticas menos favoráveis neste sentido. Os aspetos analisados incluem direito de acesso, disponibilidade de intérpretes, informação disponível e envolvimento da população migrante no desenvolver de informação<sup>29</sup>. Informa-se que os dados do MIPEX mencionados ao longo deste capítulo referem-se ao relatório de 2020, cuja recolha de dados se deu em 2019.

### **3.1.2. Acesso a cuidados de saúde pela população migrante em Portugal**

Percebendo a pouca informação sobre direitos de acesso à saúde pela população migrante em Portugal, em 2015, a Entidade Reguladora de Saúde (ERS) lançou um manual esclarecedor neste sentido<sup>30</sup>. Analisando-o, é possível compreender qual a legislação e medidas que se aplicam. Refere a Constituição da República Portuguesa, que no artigo 64<sup>o31</sup> defende o direito social à proteção de saúde de todos os cidadãos. Já de acordo com a lei 21 da Lei de Bases de Saúde (LBS), de 2019, pode-se ler: “São igualmente beneficiários do SNS [Serviço Nacional de Saúde] os cidadãos, (...) migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável.” (LBS, 2019). As normas de aplicação do direito ao acesso à saúde difere consoante o estatuto e origem do migrante (ERS, 2015).

Todos os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal com autorização de residência, podem aceder, em igualdade com os cidadãos portugueses, aos serviços do SNS. Por sua vez, os cidadãos sem autorização de residência ou visto de trabalho, mas que se encontram em Portugal há mais de 90 dias, para aceder aos serviços de saúde na sua área de residência devem apresentar documento comprovativo de morada, emitido pelas juntas de freguesia<sup>32</sup>. Neste caso, aquando a utilização do SNS, podem ser cobrados valores distintos das taxas moderadoras, a

---

<sup>29</sup> <https://mipex.eu/health> (Consultado a 08/07/2024)

<sup>30</sup> Manual da ERS <https://t.ly/KqqXC> (Consultado a 06/06/2024)

<sup>31</sup> Constituição da República Portuguesa <https://t.ly/TUCGR> (Consultado a 25/05/2024)

<sup>32</sup> Para a emissão deste comprovativo é necessário “(...)que qualquer dos membros (...)da assembleia de freguesia tenha conhecimento direto(...), ou quando a sua prova seja feita por testemunho (...) de dois cidadãos eleitores recenseados na freguesia” <https://t.ly/B49qq> (Consultado a 06/06/2024)

título das normas em vigor, à exceção de casos que representem perigo de saúde pública ou cuidados urgentes ou vitais (ERS, 2015). De acordo com a Circular Informativa da Direção Geral da Saúde nº12/DQS/DMD de 2009<sup>33</sup>, quem não tem autorização de residência nem documento comprovativo de morada, deve ser reencaminhado para um Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAIM) ou Centro Local de Apoio à Integração dos Imigrantes (CLAIM), que deverão proceder à regularização da sua situação<sup>34</sup>. Contudo, podem aceder nos mesmos termos da população geral a cuidados de saúde quando se trata de cuidados vitais e urgentes, apresentam sinais de doenças com risco para a saúde pública, e no âmbito de cuidados com saúde materno-infantil ou de saúde reprodutiva. Os menores de 16 anos, independentemente do estatuto, bem como requerentes de asilo e pessoas com estatuto de refugiado/ proteção subsidiária e seus cônjuges e filhos, têm o mesmo direito de acesso ao SNS que os cidadãos nacionais (ERS, 2015). Importa referir que, aquando destas normas, vigorava o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e o Alto Comissariado para as Migrações (ACM), substituídos pela Agência de Integração, Migrações e Asilo (AIMA I.P.), em 2023<sup>35</sup>. Esta mudança é relevante na medida em que, encontrando-se em fase de transição, pode resultar numa maior instabilidade, atrasos e incerteza por parte dos próprios profissionais, e consequentemente ter impacto na prestação de serviços<sup>36</sup>.

Em agosto de 2019 surge o Plano Nacional de Implementação do Pacto Global para as Migrações (PNIGM)<sup>37</sup> com os 23 objetivos do PGM. Para cada objetivo definia medidas a serem tomadas. Destaca-se o objetivo 15, que tem como medida a incorporação das “*necessidades de saúde dos migrantes nas políticas e planos de saúde,...*” (PNIGM, 2019).

Este plano conta já com dois relatórios de progresso, em 2020 e 2022. O relatório de 2022 permite uma informação atualizada sobre os avanços. Relativamente ao objetivo 3, destaca-se a criação do Guia de Acolhimento para Migrantes<sup>38</sup>, e a disponibilização de informação em português e inglês, no website ePortugal<sup>39</sup>. No âmbito do objetivo 7, destaca-se

---

<sup>33</sup> Circular Informativa DGS nº12/DQS/DMD <https://t.ly/BDvcd> (Consultado a 29/05/2024)

<sup>34</sup> A rede CLAIM foi criada em 2003, e a CNAIM em 2004. Surgiram para dar resposta às dificuldades sentidas no momento de integração. <https://t.ly/7WktC> (Consultado a 10/08/2024)

<sup>35</sup> Portaria nº324-A/2023 <https://t.ly/aniwA> (Consultado a 15/05/2024)

<sup>36</sup> Importa mencionar que, à data das experiências da população entrevistada, vigorava ainda o SEF

<sup>37</sup> Resolução do Conselho de Ministros nº141/2019 <https://t.ly/WxT6C> (Consultado a 27/05/2024)

<sup>38</sup> Guia de Acolhimento para Migrantes, do ACM <https://t.ly/YbX08> (Consultado a 13/07/2024)

<sup>39</sup> Website ePortugal: informação para migrantges <https://t.ly/G0lnl> (Consultado a 25/05/2024)

a existência de 4 CNAIMs e 145 CLAIMs, mais 40% que em 2020, significando uma maior rede de apoio com a qual os migrantes podem contar quando precisem de apoio no acesso a cuidados de saúde<sup>40</sup>. Face ao objetivo 15 (referido acima), foi criado o Plano Nacional de Saúde 2021-2030<sup>41</sup>, que prevê um combate às desigualdades em saúde. Nos CLAIM, entre 2019 e 2021 foram realizados mais de 5000 atendimentos na área da saúde e 631 atendimentos pelo Serviço de Tradução Telefónica do ACM para instituições de saúde. Para cumprir o objetivo 17, o relatório remete para o Plano Nacional de Combate ao Racismo e à Discriminação 2021-2025 (República Portuguesa, 2022). O Plano prevê a garantia da universalidade de acesso aos cuidados de saúde, promoção de literacia em saúde junto de comunidades vulneráveis, incluindo migrantes em situação irregular, a colocação de mediadores culturais e serviços de tradução nos serviços de saúde, entre outros<sup>42</sup>.

De acordo com o MIPEX, Portugal encontra-se na 3º posição quando se analisam políticas de integração, tendo 81 pontos e uma abordagem abrangente à integração, garantindo igualdade direitos e oportunidades aos migrantes. Contudo, a área da saúde apresenta um desempenho menos favorável, marcando apenas 65 pontos, significando que Portugal situa-se como ligeiramente favorável<sup>43</sup>. Deste modo, apesar de uma abordagem abrangente, as políticas podem não encorajar que os cidadãos vejam os migrantes como estando em pé de igualdade e sendo potenciais futuros cidadãos.

### **3.1.3. Acesso a cuidados de saúde pela população migrante na Escócia**

Também o Reino Unido adotou o PGM e os seus 23 objetivos. No entanto, após o Brexit<sup>44</sup>, foi adotada uma política migratória independente, e em 2023, uma nova lei, a “*Illegal Migration Act*”<sup>45</sup>, que causou preocupações em organizações como os Médicos Sem Fronteiras, que assinaram uma carta conjunta a alertar para as possíveis consequências médicas desta nova lei<sup>46</sup>. Não obstante, progressos foram feitos na implementação do PGM, e, tal como Portugal, conta com relatórios de implementação de 2020 e 2022.

---

<sup>40</sup> Atualmente podem também frequentar as lojas AIMA <https://t.ly/7af-z> (Consultado a 13/07/2024)

<sup>41</sup> Plano Nacional de Saúde <https://t.ly/1Nnvj> (Consultado a 25/05/2024)

<sup>42</sup> Plano de Combate ao Racismo e à Discriminação <https://t.ly/ibVdy> (Consultado a 25/05/2024)

<sup>43</sup> <https://mipex.eu/health> (Consultado a 25/05/2024)

<sup>44</sup> Nome dado à saída do Reino Unido da União Europeia, junção das palavras “*Britain*” e “*Exit*”.

<sup>45</sup> Illegal Migration Act <https://t.ly/DAJju> (Consultado a 28/05/2024)

<sup>46</sup> Carta Conjunta assinada pelos Médicos Sem Fronteiras [https://t.ly/\\_oL7f](https://t.ly/_oL7f) (Consultado a 28/05/2024)

O país, em linha com o objetivo 3, tem apostado em investigação e no aproveitamento de informação recolhida para desenho de políticas que passam posteriormente por processos de monitorização e avaliação, contando com retorno dos beneficiários, para garantir que respondem às suas necessidades. Apesar de não constar no relatório, é possível que esta medida inclua o acesso a cuidados médicos. Cumprindo o objetivo 4, os migrantes em situação regular recebem prova de identidade legal, garantido o acesso a todos os serviços, incluindo cuidados de saúde (Home Office, 2020). Face ao objetivo 15, o acesso a serviços dependerá do estatuto. Contudo, serviços primários e consultas de medicina familiar são gratuitos, incluindo para migrantes temporários e irregulares, apesar destes poderem ser cobrados por cuidados secundários, como consultas de especialidade (Home Office, 2022).

No MIPEX, o Reino Unido apresenta uma pontuação global inferior à de Portugal, registando apenas 56 pontos. Situa-se no grupo de países classificados como tendo uma Integração Temporária, significando que apesar de os migrantes terem direitos básicos e de igualdade, não lhes é garantido um futuro no país. As políticas encorajam os cidadãos a ver os migrantes como vizinhos, mas também como estrangeiros e não potenciais cidadãos<sup>47</sup>. No entanto, na área da saúde, situa-se 10 pontos acima de Portugal (tendo 75 pontos). Apesar de restrições legais que possam limitar o acesso ao *National Health Service* (NHS)<sup>48</sup>, os migrantes têm acesso a informação e a intérpretes. A saúde é, das áreas analisadas referidas no Capítulo 1, a área onde o Reino Unido tem o segundo melhor desempenho<sup>49</sup>.

O Reino Unido adota um sistema no qual algumas matérias são de responsabilidade do governo britânico, as “*resolved matters*”, ao passo que a responsabilidade de outros assuntos é descentralizada e devolvida aos governos dos quatro países que compõem o reino, as “*devolved matters*”<sup>50</sup>. As migrações, incluindo decisões sobre pedidos de asilo, são reservados ao governo britânico, ao passo que matérias de integração são devolvidas ao governo escocês<sup>51</sup>. O *Home Office*<sup>52</sup> gere os pedidos de asilo e as questões de alojamento, enquanto as restantes componentes de integração cabem aos governos locais e aos municípios (Morris, Mort & Smith,

---

<sup>47</sup> <https://mipex.eu/key-findings> (Consultado a 13/07/2024)

<sup>48</sup> Equivalente ao SNS

<sup>49</sup> <https://mipex.eu/united-kingdom> (Consultado a 30/05/2024)

<sup>50</sup> Devolved e Resolved Matters <https://t.ly/ruoSz> (Consultado a 08/06/2024)

<sup>51</sup> Devolved Matters do governo escocês <https://t.ly/SZDF0> (Consultado a 30/05/2024)

<sup>52</sup> Ministério do Interior

2023). Foi neste âmbito que a Escócia desenvolveu, em 2014, um plano de integração designado *New Scots Strategy*, contando já com duas edições (2014-2017 e 2018-2022). “*New Scots*” significa “novos escoceses”. Importa referir que esta estratégia se refere a refugiados e requerentes de asilo, e que a Escócia não tem um quadro estratégico específico para integração de outra tipologia de migrantes (Hepburn, 2020).

A *New Scots Strategy* (2018-2022) indica que o governo escocês tem afirmado que todos os residentes têm igual direito de acesso a cuidados de saúde. Tal é corroborado por Morris, Mort e Smith (2023), que afirmam que também aqueles que viram os pedidos de asilo rejeitados podem aceder gratuitamente a cuidados de saúde secundários, e não apenas primários. A estratégia remete-nos para programas como o plano de literacia em saúde “*Making It Easier*”<sup>53</sup> (2017-2025), que apoia na compreensão do sistema de saúde, e para o quadro de *National Health and Wellbeing Outcomes*<sup>54</sup> (2015), que pretendia uma melhoria dos serviços. Referem ainda o “*National Trauma Training Programme*”<sup>55</sup> (2018) que reconhecem os impactos que as experiências dos refugiados e requerentes de asilo podem ter na saúde física e mental, e capacitam os profissionais que contactam com vítimas de trauma (Scottish Government, COSLA & Scottish Refugee Council, 2018).

Um relatório de 2023 sobre a complexidade de integração de *New Scots* indica que 74% dos respondentes acreditam que a estratégia teve impactos positivos ou muito positivos. No campo da saúde, as principais dificuldades relatadas estão relacionadas com as *resolved matters*, como fraco apoio monetário e baixas condições da habitação, que têm impactos na saúde. No entanto, algumas dificuldades relacionam-se com competências do governo escocês, como as dificuldades linguísticas. Como recomendações, ficam a capacitação em aspetos culturais para os profissionais de saúde, uma abordagem que considere aspetos de trauma, intérpretes com maior informação sobre importância de confidencialidade, e consideração das problemáticas de género (Phipps, Aldegheri & Fisher, 2023).

---

<sup>53</sup> *Making it Easier* <https://t.ly/Ax9u3> (Consultado a 30/05/2024)

<sup>54</sup> *National Health and Wellbeing Outcomes* <https://t.ly/apLfO> (Consultado a 30/05/2024)

<sup>55</sup> *National Trauma Training Programme* <https://t.ly/v4gAn> (Consultado a 30/05/2024)

### 3.1.4. Barreiras e desafios no acesso a cuidados de saúde

Apesar do direito de acesso à saúde pelos migrantes estar presente nos diplomas mencionados no início deste capítulo, são ainda muitos os desafios enfrentados pela população migrante neste âmbito, não apenas em Portugal e na Escócia, mas de modo geral. Num estudo realizado entre 2018 e 2019 em 10 países europeus<sup>56</sup>, Gil-Salmerón, Katsas, Riza, Karnaki e Linos (2021) percebem que um grande obstáculo prende-se com a questão linguística, e com a falta de serviços de tradução gratuitos. Nowak, Namer e Hornberg (2022), após revisão de 44 estudos, apontam ainda para barreiras administrativas, financeiras e de informação. Referem ainda a necessidade de intérpretes qualificados, com conhecimento de terminologia médica, e capacitado para trabalhar com pessoas vulneráveis. Também Santinho (2012) remete para a importância de profissionais com competências culturais e sensibilizados para a diversidade e para as experiências traumáticas enfrentadas por alguns migrantes.

Contudo, dados sobre este acesso e experiências nos serviços são escassos. Sabe-se, através do relatório de integração da OCDE de 2023, que na União Europeia, apenas 77% dos migrantes usaram os serviços de saúde (OCDE & Comissão Europeia, 2023). Sabe-se também que no Reino Unido, em 2020, os relatos de necessidades médicas não atendidas era menor na população imigrante (8,1%, face a 8,3% da população nacional<sup>57</sup>). Asif e Kienzler (2022), num estudo em 2017 com os Médicos do Mundo no Reino Unido, verificaram que algumas das principais dificuldades eram a compreensão dos direitos, o estatuto legal e os custos associados para aqueles com pedidos de asilo rejeitados. Oliveira (2023), com o Relatório Estatístico Anual do Observatório das Migrações, mostra que em 2022, em Portugal, 6.6% dos migrantes declaravam necessidades médicas não satisfeitas, inferior aos 4.4% da população nacional. Os dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) no Inquérito Nacional de Saúde de 2019 evidenciam que os imigrantes procuram menos os serviços: 69.6% dos migrantes foram a uma consulta de medicina geral, menor percentagem que nos portugueses (75.7%) (Oliveira, 2023). Adicionalmente, de acordo com o Inquérito às Condições, Origens e trajetórias da População Residente em Portugal de 2023 (do INE), mais de um milhão relatavam discriminação, 24.8% em instituições de saúde<sup>58</sup>.

---

<sup>56</sup> Áustria, Bulgária, Chipre, França, Alemanha, Grécia, Itália, Malta, Espanha e Suécia

<sup>57</sup> <https://stat.link/9c2idg> (Consultado a 01/06/2024)

<sup>58</sup> Inquérito às Condições, Origens e Trajetórias <https://t.ly/WH6gY> (Consultado a 25/05/2024)

### 3.2. Acesso à aprendizagem das línguas oficiais dos países de residência

Como já referido, o conhecimento das línguas oficiais dos países de residência (ou falta dele) influencia o acesso da população migrante aos cuidados de saúde. Ora, também a aprendizagem destas línguas está presente no PGM, concretamente nos objetivos 15, art.31.f: “*Prover educação inclusiva (...) para crianças e jovens migrantes, tal como facilitar acesso a oportunidades de aprendizagem incluindo (...) aprendizagem de língua*”, e 16, art. 32.b: “*Estabelecer (...) programas que podem incluir (...) aprendizagem linguística*” (PGM, 2018).

Em Portugal, o relatório de progresso de 2020 do PNIPGM, informa em 2019 eram 5000 os migrantes inscritos em programas de aprendizagem de língua portuguesa, incluindo as crianças e jovens com acesso a aulas de Português Língua Não Materna (PLNM), unidade curricular oferecida (desde 2005<sup>59</sup>) no ensino básico e secundário que pretende integrar os alunos imigrantes no sistema educativo (República Portuguesa, 2020). Já o relatório de 2022 refere o aumento da oferta formativa de cursos de português para adultos imigrantes fora do sistema de ensino, com a criação de cursos de Português Língua de Acolhimento (PLA) em 2020<sup>60</sup> (República Portuguesa, 2022). Tem como base o Português para Falantes de Outras Línguas (PFOL), criado em 2009 por se acreditar que o conhecimento da língua do país é necessário para garantir autonomia<sup>61</sup>. As normas de acesso e funcionamento dos cursos de PLNM e PLA, gratuitos e promovidos por estabelecimentos de ensino da rede pública, pela rede de Centros Qualifica e pelo Instituto do Emprego e da Formação Profissional (IEFP), estão definidas no guia de acolhimento previamente mencionado. Em 2024 foi lançado o Plano Estratégico para a Aprendizagem de Português como Língua Estrangeira, que inclui PLA e PLNM<sup>62</sup>.

Também na Escócia os migrantes beneficiam de aprendizagem de língua gratuita. A aprendizagem de *English for Speakers of Other Languages* (ESOL) no Reino Unido conta com uma história com mais de 100 anos, começando a estar mais consolidada a partir de 1980 (Zhilong, 2020). Contudo, educação e formação são *devolved matters*, pelo que cada governo adota as suas estratégias. A primeira estratégia de ESOL na Escócia surgiu em 2007, estando

---

<sup>59</sup> Documento Orientador PLNM <https://t.ly/gz-5Y> (Consultado a 10/08/2024)

<sup>60</sup> Portaria nº183/ 2020 [https://t.ly/a\\_8jF](https://t.ly/a_8jF) (Consultado a 08/06/2024)

<sup>61</sup> Portaria nº1262/2009 <https://t.ly/9DBIO> (Consultado a 10/08/2024)

<sup>62</sup> Plano Estratégico <https://t.ly/5XrjU> (Consultado a 08/06/2024)

mais tarde definida na Scotland's ESOL Strategy 2015–2020<sup>63</sup>. Os cursos são promovidos por entidades como escolas, universidades e organizações. Também o Conselho Escocês para os Refugiados implementou em 2017 um projeto denominado *Sharing Lives, Sharing Languages*<sup>64</sup>, que permitia o intercâmbio de línguas entre migrantes e membros da comunidade. Existe nas escolas a oferta de *English as an Additional Language (EAL)*, que através do programa *Learning in 2+ Languages*<sup>65</sup> reconhece a importância do desenvolvimento contínuo da língua materna, por facilitar a aquisição de uma segunda língua (Scottish Government, COSLA & Scottish Refugee Council, 2018). Não foi possível verificar uma data específica para o início de EAL na Escócia, mas sabe-se que começou a esturar-se com o *Additional Support for Learning Act (2004)*<sup>66</sup> e o *Curriculum for Excellence* em 2010<sup>67</sup>.

A New Scots Strategy (2018-2022) reconhece a pouca disponibilidade de aulas ESOL, bem como a indisponibilidade de serviços de assistência à infância ou meios de transporte que permitam a frequência das aulas. Adicionalmente, são poucos os meios informais que permitam um desenvolvimento das competências em língua inglesa de modo célere (Scottish Government, COSLA & Scottish Refugee Council, 2018). O relatório de 2023 reforça a ideia de que o financiamento é insuficiente, considerando a crescente procura: em Glasgow há quem espere um ano para ter acesso (Phipps, Aldegheri & Fisher, 2023).

Este capítulo permitiu um entendimento dos direitos dos diferentes migrantes a aceder a cuidados de saúde e a aulas de aprendizagem de língua em Portugal e na Escócia. Permite constatar que em ambos os países existem medidas que procuram garantir que todos tenham acesso à saúde, ainda que variando consoante o estatuto e o contexto. Ainda assim, mesmo com estas políticas, e com os variados diplomas internacionais a defender a integração neste sentido, os migrantes enfrentam várias barreiras. O capítulo permitiu ainda perceber que os dois países têm procurado desenvolver a provisão de ensino da língua oficial, já que esta influencia outras componentes de integração. Contudo, também esta apresenta desafios. A informação aqui recolhida irá auxiliar na análise de resultados, e permitirá uma comparação entre o que está definido e o que é efetivamente vivenciado pelos migrantes curdos.

---

<sup>63</sup> Estratégia ESOL 2015-2020 <https://t.ly/cDq45> (Consultado a 10/06/2024)

<sup>64</sup> Sharing Lives, Sharing Languages <https://t.ly/Lw1lh> (Consultado a 10/06/2024)

<sup>65</sup> Learning in 2+ Languages <https://t.ly/eD8XQ> (Consultado a 14/08/2024)

<sup>66</sup> Education (Additional Support for Learning) Act <https://t.ly/ybSWP> (Consultado a 14/08/2024)

<sup>67</sup> Curriculum for Excellence <https://t.ly/QdKRp> (Consultado a 14/08/2024)

## CAPÍTULO 4. METODOLOGIA

São várias as metodologias de investigação que podem ser adotadas, bem como os métodos de recolha e análise de dados que podem ser utilizados. Uma pesquisa pode ser quantitativa, qualitativa ou mista, sendo que a metodologia utilizada nesta dissertação é de carácter qualitativo. O capítulo que se apresenta permite justificar a escolha de metodologia e método de recolha de dados utilizados, evidenciando a sua utilidade.

### 4.1. Metodologia Qualitativa

A metodologia qualitativa permite, como mencionam Bryman e Bell (2019), um distanciamento “*dos factos brutos* [da metodologia quantitativa] *em direção à esfera de significados humanos*” (Bochner & Ellis, 2003. Como citados em Bryman & Bell, 2019. p.199). Um dos objetivos dos investigadores que aderem a estas metodologias é precisamente a compreensão do mundo social/ da problemática através da análise da interpretação/ significado que os participantes do estudo atribuem a tal mundo social/ problemática (Bryman, 2012; Creswell, 2009). O investigador usa estes significados e perspectivas construtivas para criar teorias e gerar novo conhecimento (Creswell, 2003). De facto, “*deve participar na mente de outro ser humano (...) de modo a adquirir conhecimento social*” (Lofland & Lofland, 1995. Como citado em Bryman & Bell, 2019. p. 207). Ora, com esta dissertação procurou-se perceber a experiência individual de cada nos momentos de acesso aos cuidados de saúde em Portugal e na Escócia, e não apenas as políticas em vigor.

Outra característica que distingue a metodologia qualitativa da quantitativa é a flexibilidade. Os métodos de recolha de dados menos estruturados permitem uma maior probabilidade de obter respostas que revelem as perceções reais dos participantes. Adicionalmente, permite que aspetos nos quais o investigador não tenha pensado sejam revelados por participantes e passem a ser considerados (Bryman, 2012).

### 4.2. Métodos de recolha de dados

Numa pesquisa qualitativa, são vários os métodos de recolha de dados que podem ser utilizados, como etnografias ou observações participativas, grupos focais, análise de discurso, análise de documentos, e entrevistas qualitativas. Entrevistas qualitativas integram vários tipos de entrevistas, incluindo semi-estruturadas e abertas (Bryman, 2012).

Para a recolha de dados ao longo desta dissertação, para além de uma análise da legislação em vigor em Portugal e na Escócia, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a migrantes de origem curda nos dois países. Este método tende a apresentar perguntas mais abertas, e permite mais facilmente que se vão modificando e adicionando ideias de pesquisa ao

longo da investigação. Adicionalmente, o investigador tem a liberdade de variar a ordem das perguntas, utilizar expressões diferentes (desde que com o mesmo significado), e adicionar questões que não estavam previamente estipuladas. Permite ainda questionar sobre tópicos mencionados por participantes entrevistados anteriormente. Estas entrevistas, assim como as entrevistas abertas, têm sido o método mais frequente de recolha de dados em pesquisas qualitativas, e permitem uma boa perceção da interpretação do entrevistado face a um determinado problema (Bryman & Bell, 2019). Adicionalmente, as entrevistas estruturadas permitem acesso a uma amostra mais alargada, uma boa reconstrução de eventos, e é menos intrusiva em comparação com a observação participativa (Bryman, 2012).

Foi criado pela autora um guião de entrevista a ser aplicado (Anexo B). Este guião baseava-se bibliografia revista e encontrava-se organizado por tópicos, contendo perguntas abertas e fechadas. Procurou-se que fosse seguido ao máximo, adaptando as questões ao contexto, realidade, e vivências mencionadas. Também a ordem das questões foi sendo alterada consoante as respostas e a direção para onde os participantes levavam as entrevistas. Acrescenta-se que, por motivos de desconforto de participantes face a questões relacionadas com percursos migratórios, e por este tema não ser determinante para este estudo apesar dos efeitos do processo migratório na saúde, optou-se por retirar do guião tais questões.

No total, foram realizadas 8 entrevistas em cada país. Por impossibilidade de deslocação à Escócia, todas as entrevistas nesse país foram realizadas através da plataforma de videoconferência Zoom. Já em Portugal, 4 das entrevistas ocorreram em modo presencial (uma num café, duas numa esplanada e uma numa mesa de jardim). As restantes 4 ocorreram também por Zoom, por distância geográfica ou por indisponibilidade de deslocação por outros motivos. Estas plataformas permitem entrevistas tão eficazes como entrevistas presenciais, e apresentam a vantagem de poderem facilmente ser remarcadas, e de permitir que o participante fique na segurança da sua casa (Hanna, 2012. Como citado em Bryman e Bell, 2019. p.259) Duas das entrevistas em Portugal decorreram em língua portuguesa. Todas as restantes ocorreram em inglês, nunca tendo sido necessário recorrer a intérpretes.

### **4.3. Considerações éticas**

Uma das preocupações éticas dos estudos em ciências sociais é o respeito pelas pessoas que participam no mesmo, e pela sua integridade. Um dos passos que aqui importa mencionar é o consentimento, que deve ser “*livre, informado e recorrente*” (Bryman & Bell, 2019. p. 52). Antes do começo das entrevistas, foi dado a conhecer aos participantes os objetivos do estudo, o que era pretendido com a sua participação, e foi-lhes ainda garantido anonimato e

confidencialidade durante todo o processo. Foi-lhes pedido consentimento para que as entrevistas fossem gravadas, e explicado o propósito dessas gravações- para transcrição e análise da informação. Todos consentiram que a informação dada fosse tratada, a entrevista gravada, entenderam o propósito do estudo e perceberam que seria garantida a sua anonimidade. Compreenderam ainda que a qualquer momento poderiam desistir do estudo, ou não responder a algo que não quisessem responder. O consentimento foi dado por todos de forma verbal. Adicionalmente, foi criado um formulário de consentimento informado. Estes formulários devem conter: identificação do investigador e seu contacto; identificação da instituição; objetivo da investigação; identificação do envolvimento e papel do participante; garantia de confidencialidade e de que pode desistir do estudo a qualquer momento (Bryman & Bell, 2019; Creswell, 2009). Estes tópicos estavam cobertos no formulário apresentado, que pode ser consultado no Anexo C (encontra-se a versão portuguesa, mas foi providenciada versão inglesa). Estes formulários, nas entrevistas presenciais, foram apresentados no início, aquando a explicação inicial. Já nas entrevistas que decorreram por Zoom, foi mencionado no final, e partilhado com os participantes que manifestaram interesse em assinar o mesmo. Cinco dos participantes em cada país devolveram este formulário assinado.

#### **4.4. Amostra da população**

Inicialmente, pretendia-se que neste estudo fossem incluídas apenas pessoas com os seguintes critérios: tivessem chegado a Portugal ou à Escócia como requerentes de asilo ou refugiados; que à chegada tivessem entre 18 e 35 anos; e que se encontrassem no país há pelo menos 5 anos. Contudo, de modo a que o objetivo de entrevistar 8 pessoas por país fosse concretizado, nem sempre foi possível seguir estes critérios, nomeadamente em Portugal. Tal deve-se à pouca população curda presente no país (não é possível saber ao certo o número de curdos, mas estima-se que seja reduzido). Efetivamente, dados sobre o tamanho da população curda em cada país não são de fácil obtenção, uma vez que a maioria dos países registam apenas a nacionalidade dos migrantes que chegam às suas fronteiras, não registando identidades étnicas (Wahlbeck, 2018). Ora, devido ao facto de não haver uma nacionalidade curda oficialmente reconhecida, a dimensão da população que se identifica como curda em Portugal não é conhecida, uma vez que estes migrantes estarão frequentemente registados no país onde se encontram como sendo de nacionalidade turca, síria, iraquiana ou iraniana.

Já o Reino Unido contabiliza esta entidade étnica. Os seus censos de 2021 indicavam a presença de 76.000 curdos<sup>68</sup>. Contudo, referem-se apenas à Inglaterra e País de Gales, não contendo informação sobre a Escócia, que tem censos independentes, sendo os mais recentes de 2022. Apesar de registar os grupos étnicos, os dados apresentam apenas os grupos com mais prevalência, pelo que os curdos estarão na categoria de “*other ethnic group*”, não havendo ainda informação sobre as etnias nesta categoria. Sabe-se, contudo, quantas pessoas de nacionalidade turca (4.348), iraquiana (3.683) e iraniana (4.803) estão presentes na Escócia. Não é conhecido o número de pessoas de nacionalidade síria, que estarão contabilizadas na categoria “*Middle East and Asia: Middle East: Other Middle East*”, que conta com 16.314 pessoas<sup>69</sup>. O mesmo se passa em Portugal, onde não se regista a identidade étnica, apenas as nacionalidades. Os dados mais recentes são do Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo de 2022, do SEF, que indica que em 2022 encontravam-se em Portugal 555 pessoas de nacionalidade iraquiana, 1.797 de nacionalidade iraniana, 1.193 com nacionalidade síria e 1.367 de nacionalidade turca<sup>70</sup>. Ora, nestes números poderão estar pessoas de origem curda, que se identifiquem como curdos e não com estas nacionalidades que lhes são atribuídas.

Para ter acesso à população, na Escócia foi realizado um contacto com a organização mencionada na introdução, que se mantém anónima. Duas colaboradoras são curdas, e facilitaram o contacto com outros participantes. Já em Portugal, após dois primeiros contactos facilitados por conhecimentos pessoais, os próprios participantes falavam sobre o estudo com conhecidos, que foram manifestando vontade de participar. Assim, foi possível chegar a 16 pessoas. A população abordada em ambos os países, que pode ser consultada no anexo D, apresenta características muito diferentes, algo que será analisado no capítulo seguinte.

#### **4.5. Análise das entrevistas**

Para que se pudesse proceder à análise das entrevistas, o primeiro passo foi a transcrição, utilizando a ferramenta de transcrição de áudio do microsoft word. Em seguida, todas estas transcrições automáticas foram revistas. Inicialmente, planeava-se analisar as entrevistas através da ferramenta MAXQDA, um software para análise de dados qualitativos. Contudo, devido ao tempo requerido para aprendizagem de manuseamento deste software, optou-se por uma análise manual, tendo sido criadas grelhas de análise, por país, no excel.

---

<sup>68</sup> Censos de 2021 do Reino Unido, grupo étnico: <https://t.ly/7ePAF> (Consultado a 20/08/2024)

<sup>69</sup> Censos de 2022, Escócia, país de nascimento: <https://t.ly/oNyOg> (Consultado a 20/08/2024)

<sup>70</sup> Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2022: <https://t.ly/a4r36> (Consultado a 20/08/2024)

Após leitura inicial de todas as transcrições, sugeridas por Creswell (2009), por permitirem uma noção inicial dos temas comuns e do mencionado por cada, foi possível criar categorias/ dimensões de análise. As dimensões de análise criadas foram 6, genéricas, para entendimento das experiências e vivências de cada. São estas o perfil; processo de regularização; acesso a aprendizagem de língua; acesso aos cuidados de saúde e acessibilidade dos mesmos; avaliação do tratamento; e avaliação global dos cuidados de saúde. Na grelha, é indicado o que se pretende com cada uma destas dimensões, bem como questões associadas no guião de entrevistas, às quais respostas serão dadas. Assim, visualizando lado a lado o que cada participante menciona sobre cada uma destas categorias, será possível obter uma boa análise das tendências e comparação entre os dois países. A grelha de análise criada pode ser consultada no anexo E.

#### **4.6. Limitações**

Ao longo deste estudo, houve três principais limitações que se fizeram sentir. A primeira prende-se com a questão do acesso à população. Conforme já mencionado, a população curda em Portugal será baixa, e inicialmente temia-se que não fosse possível entrevistar 8 pessoas. Contudo, após contacto com um primeiro participante e um outro contacto, foram surgindo pessoas com vontade de participar. Quando a organização na Escócia foi contactada, o que se pretendia na realidade era acesso aos seus beneficiários. No entanto, pela vulnerabilidade dos mesmos e pelo compromisso ético da organização, não foi possível. Contudo, as duas colaboradoras curdas conversaram com um grupo de mulheres curdas e familiares, que concordaram em participar no estudo. Acresce que, de modo a garantir o acesso, não foi possível cumprir a 100% os critérios de seleção pretendidos, resultando em perfis distintos, o que poderá representar uma oportunidade, mas também um desafio no momento de análise.

A segunda limitação está na questão linguística. Bryman e Bell (2019) recomendam o uso de linguagem compreensível para a população em estudo. Apesar de todos os entrevistados falarem inglês (e dois português), por vezes foram sentidas dificuldades, e linguagem teve de ser adaptada. Frequentemente, esta barreira era resolvida através de explicação do pretendido usando outras palavras. Contudo, nem sempre foi possível, e houve situações em que os entrevistados acabavam por não responder àquilo que era pretendido.

Por fim, a terceira dificuldade prende-se com a pouca informação disponível, a nível estatístico, sobre o acesso por migrantes aos cuidados de saúde em Portugal e na Escócia, bem como as suas experiências e percepções dos mesmos.

## CAPÍTULO 5. ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste último capítulo analisa-se os resultados obtidos com a presente pesquisa, bem como uma discussão dos mesmos. Inicialmente, é apresentada a caracterização sociodemográfica dos participantes nos dois países. De seguida, serão conhecidos os resultados obtidos nas dimensões analisadas, como o processo de regularização e o acesso a cursos de língua oficial do país, mas focando-se principalmente nas questões de acesso e experiências nos cuidados de saúde. Por fim, estes resultados serão discutidos, após verificação das tendências.

### 5.1. Caracterização sociodemográfica da população

Conforme mencionado, a população que participou neste estudo apresenta características muito distintas nos dois países. Começa-se por se olhar para Portugal. Aqui, foram entrevistados cinco homens e três mulheres, sendo que todos os participantes chegaram depois de 2016, e a chegada mais recente em 2022. Neste grupo, nenhum participante tem filhos.

A maioria dos participantes são de *Bakur* (5/8). Dois são de *Rojava*, e uma participante tem origens em *Rojava*, mas nasceu e cresceu na Turquia. Os dois participantes que vieram de *Rojava*, chegaram com regime de proteção subsidiária, através do programa de recolocação da União Europeia, mencionado no primeiro capítulo. Dos restantes participantes, 4 vieram com visto estudante. Um participante veio com visto turístico, mas já tinha estado em Portugal anteriormente. Por fim, a única participante que à chegada era menor de idade, veio com a família, através de um visto *gold*. Face ao estatuto atual, dois têm cidadania portuguesa, e a participante que chegou com visto *gold* encontra-se ainda com este, mas iniciou o processo de candidatura à cidadania. Um encontra-se com residência permanente, e outra participante com residência temporária de 5 anos, ambos casados com cidadãos portugueses. Três têm residência temporária, dois dos quais de 3 anos.

Em relação aos conhecimentos linguísticos à chegada, todos os participantes falavam inglês. Os seis participantes de *Bakur* falavam também turco, e os de *Rojava* falavam árabe. Um outro participante, apesar de natural de *Bakur*, tinha também conhecimentos de árabe. Em relação à língua curda, sete falavam esta língua, dos quais seis afirmaram falar curdo kurdmanji. Destes, uma participante, de *Bakur*, admite que percebe e fala, mas não fluentemente. Tal pode ser atribuído às restrições e proibição de língua curda impostas pela Turquia, mencionadas no capítulo 2 desta dissertação: “*o meu curdo não é muito forte devido à língua na Turquia*”; “*eu vivi numa situação curdo-turca. Afetou a minha relação com todas as línguas*” (EPT8,F, 34).

Por fim, a localização das experiências com os cuidados de saúde deu-se em vários pontos diferentes no país: quatro dos participantes tiveram os contactos com os serviços em

Lisboa, um em Évora, um em Aveiro, e uma no Porto. Por fim, uma outra participante teve contacto com os serviços de saúde tanto em Lisboa como na Margem Sul, concretamente no Montijo e no Seixal.

Analisa-se agora a caracterização demográfica dos participantes na Escócia. Contrariamente a Portugal, a maioria dos participantes eram mulheres (6/8). Em relação à origem, todos eram de *Bashur*, e apenas um participante não tinha filhos. Três chegaram ao país com os filhos, na maioria crianças. Três tiveram os filhos na Escócia, e uma chegou com o filho mais velho mas teve a filha mais nova na Escócia. Apenas um participante chegou ao país enquanto menor de idade.

Há uma diferença também significativa no estatuto, uma vez que a maioria chegou como requerente de asilo (7/8). A participante que não chegou como requerente de asilo, tinha já estatuto de refugiada. Todos se encontram na mesma cidade (Glasgow), onde terá decorrido o contacto com os serviços de saúde. Este grupo é muito heterogéneo na data de chegada: há datas muito antes da primeira chegada a Portugal, como 2004, 2005 e 2007. A chegada mais recente foi em 2018. Em relação ao estatuto atual, cinco adquiriram cidadania britânica, e duas encontram-se com estatuto de refugiado. Contudo, uma participante encontra-se ainda como requerente de asilo, apesar de estar no país há 7 anos.

Por fim, em relação à língua falada à chegada, seis falavam curdo sorani, e dois falavam curdo, não tendo especificado de kurmanji ou sorani. Uma participante falava também árabe, e outra falava farsi. Em relação a inglês, apenas duas participantes tinham conhecimentos básicos, e um era fluente (este participante havia já estado na Inglaterra por oito anos).

## **5.2. Processo de regularização**

Em Portugal, o processo de regularização foi, de um modo geral, positivo, com uma obtenção rápida de documentos. Foram, no entanto, relatados alguns problemas, nomeadamente com a quantidade de vezes que é necessária renovação da autorização de residência. O primeiro entrevistado renovou 4 vezes uma autorização de residência de 6 meses, até conseguir residência temporária de 3 anos. Houve também um participante que todos os anos, desde 2017, obteve autorização de residência de apenas um ano, e apenas em 2023 conseguiu uma autorização de três anos. Em relação à cidadania, um participante de *Rojava* afirma estar a tentar adquirir, mas tem sentido dificuldade por pedirem registo criminal e certidão de nascimento, algo que não consegue obter. Uma participante admite ter sido maltratada, incluindo por parte do SEF. Afirma que “*As pessoas que trabalham neste tipo de instituições não querem que lhes*

*causem problemas. Se não sabes algo, não te querem dizer, não te querem dar a informação. Não se querem incomodar a fazer nada. (...) Causaram-me depressão”* (EPT8, F, 34).

Já na Escócia, foi frequentemente mencionada dificuldade no processo de regularização. O participante que chegou com 10 anos diz que foi muito difícil para os pais, por não poderem trabalhar e terem apenas cerca de £35 por semana. Uma participante afirmava ser “*o pior na minha vida*” (EES6, F, 53), e outra que “*passei por muitos desafios na vida, mas posso dizer que o processo de asilo é um desafio grande, massivo*” (EES1, F, 52). Quatro esperaram mais de 4 anos para conseguir estatuto de refugiado, e uma ainda aguarda. Contrariamente, o participante que esteve na Inglaterra oito anos como requerente de asilo, conseguiu o estatuto quando chegou à Escócia e acredita que se ainda se encontrasse na Inglaterra, não teria estatuto. Afirma que “*A Escócia é a parte do Reino Unido mais fácil para se viver*” (EES5, M, 34). Em relação a documentos como o National Insurance Number<sup>71</sup>, geralmente o acesso foi rápido.

### **5.3. Acesso a aprendizagem de língua**

Devido à importância que o conhecimento da língua maioritária e oficial de um país representa para outros aspetos de integração, nomeadamente o acesso aos cuidados de saúde, este estudo procurou também perceber se os participantes tiveram acesso a aprendizagem de português e inglês, e como decorreram os cursos.

Em Portugal, um participante não teve aulas de português nem sabia da existência de cursos gratuitos. No entanto, agora fala português, tendo realizado a entrevista nesta língua. Tal terá sido facilitado pelo facto da esposa ser portuguesa, e de ter recorrido a aplicações de auto-ensino. Um outro participante realizou a entrevista em português, tendo aprendido inicialmente com um curso do Serviço Jesuíta aos Refugiados (JRS)<sup>72</sup>. Contudo, o curso apenas ia até ao nível A2<sup>73</sup>, e havia uma desadequada e desequilibrada separação por níveis. Posteriormente, obteve conhecimento dos cursos do IEFP, mas não conseguiu vaga, pelo que desenvolveu a língua quando começou a trabalhar e a falar com portugueses.

Estas mesmas críticas são apresentadas por outro participante que teve inicialmente aulas na JRS, tendo três meses depois ingressado num curso facilitado pela Câmara Municipal.

---

<sup>71</sup> Equivalente ao Número de Identificação de Segurança Social

<sup>72</sup> Organização Internacional da Igreja Católica, sob responsabilidade da Companhia de Jesus. Tem como missão apoiar migrantes com particulares vulnerabilidades, em especial refugiados.

<https://www.jrsportugal.pt/quem-somos/> (Consultado a 28/09/2024)

<sup>73</sup> O A2 é o segundo nível do Quadro Europeu Comum de Referências para as Línguas  
<https://t.ly/hC8vr> (Consultado a 27/09/2024)

Aqui, em dois anos não avançaram do A2. Critica também a desadequada separação de níveis, igualmente apontada aos cursos do IEFPP, por uma participante que desistiu após três aulas. Isto porque já havia tido português durante um semestre na universidade, mas não reconheceram o conhecimento prévio e colocaram-na no nível A1, onde *“havia também pessoas que não sabiam ler o alfabeto latim, então estávamos a começar pelas letras, como pronunciar uma a uma. Então era muito inconveniente para mim”* (EPT5, F, 27). O caso foi diferente para o participante que em Évora teve acesso a aulas de português numa escola secundária, e devido a conhecimento prévio ingressou no nível B1. O mesmo se passou com um participante que devido a um anterior curso intensivo, foi também colocado no nível B1. Este último ficou impressionado com o curso e a paciência da professora: *“dar esta educação gratuitamente, (...), sendo tão paciente, foi algo impressionante para mim”* (EPT6, M, 25). A única crítica é que as aulas deviam ter mais informação prática sobre o país.

A participante que chegou com 16 anos, inicialmente contou com um tutor particular, mas teve no ano letivo seguinte acesso a PLNM, avaliando de forma negativa: *“a professora era francesa (...) e era tão horrível que às vezes explicava as regras usando francês. (...) Nós não falamos francês”* (EPT7, F, 21). No 12º ano juntou-se às aulas regulares de português. Por fim, outra participante teve aulas na universidade (de “Português para Estrangeiros”). Admite que o curso foi bom, mas sente que a professora não acreditava nas capacidades dos alunos.

Na Escócia, o participante que tinha estado na Inglaterra não precisava de aulas de ESOL. Seis participantes tiveram acesso, apesar de algumas só terem conseguido vaga após sete meses, um ano ou até dois anos. Duas participantes classificaram o curso como sendo muito bom, outras três como razoável. Destas, uma considerou insuficiente, admitindo que *“Tentei fazer voluntariado e ir a comunidades só para melhorar o meu inglês. (...) Percebi que quando estou a falar com pessoas, o meu inglês melhora”* (EES4, F, 41). Uma participante deixou as aulas de ESOL por ter a oportunidade de aprender inglês numa igreja onde cuidariam do filho.

O participante que chegou como menor de idade teve aulas de inglês à parte, junto com outros alunos migrantes, não especificando se EAL. Considerava insuficiente (3 horas por semana), sendo que a maior parte do aprendido deveu-se às outras aulas, onde era necessário esforçar-se para entender: *“Nas outras aulas eu não tinha ideia do que se estava a passar. A falar do Hitler e história e coisas assim, eu percebia pelas fotografias, mas não fazia ideia do que estava a ser dito”* (EES8, M, 29). Afirma que as aulas deviam ser diárias, de modo a acelerar o processo de aprendizagem e facilitar a retenção de conhecimentos nas outras disciplinas.

#### 5.4. Acesso e acessibilidade dos cuidados de saúde

Analisa-se agora o acesso e acessibilidade dos cuidados de saúde. Importa mencionar que em Portugal três participantes usaram, para além do SNS, serviços privados. Uma participante apenas utilizou o serviço nacional uma vez, tendo-se deslocado ao centro de saúde para obter o número de utente, descrevendo a experiência como sendo caótica. Em relação à obtenção do número de utente, apenas dois participantes relataram dificuldades. Um destes casos terá sido particularmente complexo, pois a participante deslocou-se inicialmente às urgências hospitalares, onde por não ter número de utente de saúde queriam cobrar 300€. Então, foi ao centro de saúde registar-se, mas demorou cerca de um ano, porque *“eles dizem “precisas deste documento”, mas para ter este documento, precisas daquele documento”* (EPT8, F, 34). Os dois participantes que chegaram com proteção subsidiária contaram com apoio de organizações no momento de acesso aos cuidados, e dois contaram com contactos pessoais. Já na Escócia, onde todos relatam usar apenas o NHS, apenas uma participante sentiu dificuldade em obter o número de utente, pois na receção ter-lhe-á sido dito que teria de pagar. No entanto, após perceber que isto estava errado, deslocou-se novamente com um amigo ao centro de saúde, e conseguiu o número. Uma outra participante, para registo, teve o apoio de uma igreja perto de sua casa, que lhe indicava o que deveria fazer. Outras duas participantes contaram com assistentes sociais, que se deslocavam com elas ao centro de saúde para efetuarem o registo.

Analisa-se agora a acessibilidade. Procurou-se compreender se houve pagamentos realizados, a qualidade de informação disponível, e se houve acesso a intérpretes. Em Portugal, no centro de saúde, dois participantes afirmam terem pago entre 2€ e 3.50€. Tal terá sido possivelmente antes da isenção do pagamento de taxas moderadoras<sup>74</sup>. Nos hospitais, três participantes efetuaram pagamentos até 23€, nos serviços de urgência. Por fim, uma participante afirma ter pago apenas por um procedimento. Por sua vez, na Escócia, todos alegam nunca terem realizado nenhum pagamento por cuidados de saúde, apenas por medicina dentária.

Avaliando a qualidade de informação, foi possível constatar que os participantes em Portugal, tendencialmente, mencionavam falta desta. Um participante alega não saber, por exemplo, como marcar consultas. Dois participantes não sabem se existe informação disponível ou não, por contarem com contactos pessoais. Também uma participante conseguiu a informação através de um advogado. Dois participantes afirmam que só tiveram acesso a informação porque procuraram pela mesma. Destes, um apenas encontrou informação em

---

<sup>74</sup> <https://t.ly/I7JQu> (Consultado a 29/08/2024)

português; já outro afirma que havia informação em inglês no website ePortugal. No entanto, mostra-se preocupado com a dificuldade de acesso a informação para outras pessoas: “*eu tenho estudos, eu sei como encontrar informação online (...) mas nem toda a gente sabe encontrar, e até para mim foi difícil obter alguma informação*” (EPT6, M, 25). Uma participante afirma que para além de não haver informação, quando se pede informação em inglês, é-se mal tratado.

Aproveita-se esta crítica que envolve a questão linguística para se passar à análise do acesso a intérpretes. Apenas dois participantes tiveram acesso a intérpretes ou organizações que apoiavam na tradução, que um avalia de forma positiva: são estes os participantes que chegaram com proteção subsidiária. Os outros participantes não tiveram acesso a intérpretes, nem mencionam ser questionados se seria necessário. Um participante menciona que nunca precisou pois a esposa (portuguesa) acompanhava, e eventualmente aprendeu a língua. Outro afirma que quando o médico não falava inglês, persuadia-se a falar português, “*e ele entendeu sem problema (...) o que eu não estava à espera porque para além da Covilhã [onde havia tido breves aulas de português num Erasmus anterior] não tinha nenhum curso e estava só a aprender pelo duolingo<sup>75</sup>*” (EPT4, M, 28). Uma participante admite que os médicos não falam inglês mesmo que o saibam, o que leva a que tenha que se recorrer ao *google* tradutor. Um participante que terá também usado esta ferramenta afirma que não achava ter barreiras linguísticas, mas reconhece que apesar de estar confortável com português, há dois anos não era este o caso. Duas participantes contaram com o apoio de contactos pessoais na tradução.

Na Escócia, também a informação pública era escassa, mas muitos tiveram acesso a informações através de assistentes sociais ou de organizações, como igrejas ou a *Mears*, agência imobiliária com contrato com o *Home Office* para alojar requerentes de asilo e refugiados. Esta informação estava maioritariamente em inglês. Apenas uma participante, que terá chegado em 2017, relatou receber informação em curdo. Uma outra participante, que terá chegado em 2005, recebeu em curdo apenas informação com nome e morada do centro de saúde. O participante que havia estado na Inglaterra, assim como a participante cujo esposo se encontrava na Escócia há 3 anos, conheciam já os procedimentos ou tinham bastante informação, apesar de última recorrer, por vezes, a contactos pessoais ou à igreja. Tal terá também sido o modo de obtenção de informação (em farsi) de uma outra participante, que alega inicialmente ter “*dificuldade a perceber qual era o papel da NHS aqui. Não sabíamos muitas coisas (...)*”; e que obtinha

---

<sup>75</sup> Aplicativo para aprendizagem de línguas de modo autónomo

informação “*através da ajuda de outras pessoas, (...) mas amigos às vezes estão no nosso nível e não conseguiam ajudar, então íamos a sítios como a igreja ou organizações*” (EES3, F, 40).

Por fim, inicialmente todos tiveram acesso a intérpretes, à exceção do jovem que havia estado na Inglaterra, por este não necessitar. Posteriormente, à medida que iam aprendendo a língua, os participantes procuravam comunicar sem intérpretes, apesar de por vezes serem sentidas dificuldades neste sentido, e de precisarem de remarcar consultas: “*eu pedia ao médico para explicar isto e aquilo, e se o médico não consegue, diziam “vamos ter de marcar outra consulta com intérprete porque estavas presa”*” (EES2, F, 39). Três participantes mencionam dificuldades no momento de ligar para os centros de saúde para marcar consultas, por falta de intérprete. As técnicas usadas nestes momentos passavam por escrever previamente num papel o que queriam dizer, ou pedir aos filhos para falarem. Contudo, no contacto com os profissionais da receção, onde também não havia intérpretes, “*Se não percebessemos eles tentavam ajudar através de linguagem corporal*” (EES3, F, 40). Em relação à qualidade, quando questionada se achava que os intérpretes explicavam bem, uma participante afirmou que não: “*às vezes (...) é muito difícil para o intérprete usar palavras sobre saúde*” (EES6, F, 53). No entanto, precisamente por esta complexidade de termos médicos, quatro participantes salientam a importância de intérpretes: “*Quando tínhamos intérpretes e não conseguíamos perceber muito bem, pedíamos para repetir, porque a questão da saúde é muito importante. Se dizes algo errado, afeta-te*” (EES4, F, 41). Uma participante admite que os intérpretes são uma boa forma de transmitir sintomas, e outra afirma que apesar de para consultas simples não precisar, se for para algo sério, ainda pede intérprete.

### **5.5. Avaliação do tratamento**

O objetivo desta secção é avaliar as experiências nos momentos de acesso a cuidados de saúde, incluindo tempos de espera, se houve apoio psicológico, se eventuais diferenças culturais foram sentidas ou houve discriminação, a qualidade do tratamento e a satisfação das necessidades.

Começa-se por analisar as experiências em Portugal relativamente aos tempos de espera. Não houve, no geral, muitas críticas para marcação de consulta nos centros de saúde, à exceção de um participante que afirma que frequentemente aguarda-se meses. Seis participantes indicam que não têm experiência em marcação de consultas. Já no que se refere a tempos de espera para entrada no consultório, dois participantes indicam que se espera muito tempo, nomeadamente quando não existe marcação. Uma participante refere-se a um centro de saúde em específico como “*um sítio horrível para se esperar, porque há muitas pessoas, e ninguém consegue passar [para ser atendido] durante horas e horas*” (EPT8, F, 34). As críticas mais

frequentes são aos tempos de espera nas urgências hospitalares. Apenas dois participantes tiveram experiências rápidas nas urgências. Uma participante afirma esperar 3 ou 4 horas, e outra que é necessário cancelar um dia inteiro. Existem ainda três relatos de desistência do tratamento face à espera, incluindo por situações graves: “*Senti um peso no meu peito, e chamei a ambulância. Quando chegaram, sabiam que eu mal estava a respirar. Fui para o Hospital Santa Maria. Mas esperei cerca de 10 ou 11 horas (...) então saí do hospital, fui para o hospital da Cruz Vermelha*” (EPT4, M, 28). Também uma outra participante optou por serviços privados devido ao tempo de espera nas urgências: “*Tive uma situação urgente em que tinha pintas no meu corpo. (...) Eu ouvi muito sobre urgências, que tens de esperar 12 horas só para ver o médico. Mas eu não posso ir e esperar 12 horas para ver o médico*” (EPT7, F, 21). Um outro participante optou por abandonar o hospital após esperar várias horas, com dores de cabeça fortes, e com pulseira amarela. Apenas uma participante realizou um exame (endoscopia), e afirma esperar muito tempo para realização do mesmo.

Nenhum participante em Portugal terá recebido cuidados psicológicos. Um participante indica, contudo, ter comentado com o médico de família sobre um problema que estava a ter, e o médico associou ao *stress*, receitando alguns medicamentos. Contudo, eram muito caros, e causavam efeitos secundários indesejáveis, pelo que optou por deixar de tomar. Dois participantes afirmam não quererem apoio, nomeadamente por ser em inglês e não na língua materna. Destes, um afirma que se trata também de uma questão cultural, porque, mesmo falando com um amigo, “*as coisas que eu lhe digo, ele não entende o que significa para mim. (...) Aqui, por exemplo, é “isto é um problema?”. Sim, é um problema para nós. (...) E vice-versa. Quando ele diz algo, eu digo “Isto é um problema?”*” (EPT6, M, 25).

Aproveita-se esta questão cultural para se passar à análise do tratamento. Seis participantes afirmam existirem diferenças culturais, apenas uma indicando que são significativas. Um participante confirma que as questões culturais podem ter impacto nos momentos de acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente quando se trata de mulheres que podem sentir desconforto ao falar de certos assuntos com médicos homens. Indica que, pessoalmente, nunca teve uma situação desconfortável, mas que já testemunhou situações negativas enquanto intérprete. Afirma ainda que “*a equipa estava a preparar-nos para fazer esses papéis, não só tradução, também tentar ser mediador cultural (...), não só passar a palavra*” (EPT1, M, 30). Dois outros participantes defendem a utilidade de mediadores culturais. Três participantes afirmam não terem tido experiências negativas nas quais questões culturais tivessem impacto nos cuidados de saúde. Um menciona inclusive que até pode ser

melhor, por poder falar de questões que no Médio Oriente considera que seriam tabu. No entanto, uma participante reconhece uma diferença nomeadamente na atitude: “*É um ambiente muito prestável no geral, onde quer que vás [no Curdistão]. Mas em Portugal, como já mencionei, é mais como “eu não sou pago o suficiente para nada extra do que faço no dia a dia”*” (EPT7, F, 21). Duas participantes mencionam terem sentido discriminação, apesar de uma a atribuir ao facto de não falar português, e não a diferenças culturais. A outra participante, quando se terá deslocado a um hospital para levar uma vacina que necessitava, a médica recusou-se a administrar a mesma, afirmando que se quisesse, poderia tomar a vacina no seu país. Adicionalmente, sentiu que a médica estava a fazer questões desnecessárias. Também um outro participante mencionou que quando falava com médicos sentia-se desconfortável por parecer que estava a ser investigado, e apesar de não mencionar discriminação, afirmou que um médico disse “*para ficar afastado, porque a organização tinha dito que era refugiado e tinha vindo da Grécia, onde estive 6 meses*” (EPT4, M, 28).

Três participantes caracterizavam os profissionais como sendo cuidadosos. Contudo, um menciona sentir medo de fazer demasiadas perguntas: “*Não podes continuar a fazer perguntas porque quando fazes, tens medo. (...) Sinto-me realmente preocupado que as senhoras gritem comigo. (...) Não é algo fácil, fazer perguntas, mesmo que seja o teu direito*” (EPT6, M, 25). Uma participante que sentiu discriminação afirma que à exceção dessa ocasião (recusa da vacina), os profissionais eram neutros e agiam com profissionalismo, algo apontado também por um outro participante, que acrescenta que se esforçavam para entender o que ele queria dizer. Contudo, este afirma também que por vezes sentia que pareciam estar constantemente apressados e chateados, e fazem perguntas mas não querem saber da resposta. De igual modo, um participante afirmou que numa situação sentiu que o médico estava despreocupado, e uma participante afirma que os profissionais não são muito atenciosos: “*Eles só fazem aquilo que está escrito que eles devem fazer*” (EPT7, F, 21), inclusive nos serviços privados. Por fim, a participante que mencionou discriminação por não falar português indica que os profissionais não se esforçam para falar inglês, mesmo que o saibam.

Por fim, avalia-se agora a resposta às necessidades médicas. Três participantes relatam que as suas necessidades médicas foram respondidas. Contudo, um destes relata que não terá sido possível identificar a causa de um problema. Todos os outros participantes mencionam necessidades por responder. O participante que falou com o médico devido a um problema e lhe terá sido prescrita medicação para o *stress*, pensa que deveriam ter sido realizados mais exames: “*Ele só me deu os comprimidos, e isto não era o que eu esperava. E nem o meu corpo*

*aceitou: dormir por 36 horas não é normal*” (EPT3, M, 33). Também um paciente que realizou exames ao sangue e não obteve os resultados teme que o que conste lá o possa afetar no futuro. Já a participante que realizou a endoscopia, nunca chegou a discutir os resultados com o médico. A mesma, por ter seguro de saúde, passou a ser seguida em serviços privados, e também nestes declara necessidades não respondidas, e que *“num ano, três tratamentos foram adiados por falta de informação*” (EPT8, F, 34). Também outra participante declara que as necessidades médicas nos serviços privados não foram devidamente atendidas.

Analisa-se agora as experiências na Escócia. Para marcação de consultas com os médicos de família, não há muitos relatos de dificuldades, apesar de uma participante afirmar que desde a pandemia piorou. Dois outros participantes indicam conseguirem vagas para o mesmo dia, ou para dois ou três dias depois. Contudo, uma participante indica que se ligarem de manhã a pedir para serem vistos por uma questão urgente, pode-se ser atendido, mas se não for assim, só se consegue consulta para um ou dois meses depois, período mencionado por outra participante, que indica que *“quando te dão consulta, dão para um mês depois, ou vinte dias depois. O meu problema está resolvido. (...) Eu estava doente, mas quando te marcam uma consulta para 20 dias depois, já te sentes melhor*” (EES7, F, 42). As críticas aumentam quando se trata de cuidados urgentes ou consultas de especialidade. Nas urgências hospitalares, uma participante afirma ter esperado muito tempo para ser admitida quando estava em trabalho de parto. Uma outra participante relata inclusive ter sofrido consequências médicas devido ao atraso nos serviços de urgência. Uma participante afirma que deixou de ir às urgências, por preferir ficar em casa e tomar conta dos filhos. Também uma outra informa que *“se eu tenho de esperar oito horas, a minha casa é mais confortável do que o hospital, e às vezes não vamos às urgências*” (EES2, F, 39). Um participante nunca terá ido a urgências hospitalares, mas acompanhou a esposa quando as filhas nasceram, e o processo foi rápido. Surgem também muitas críticas a cuidados de saúde secundários e consultas de especialidade, com uma participante a indicar que se tem de esperar 5 ou 6 meses, e uma outra a informar que *“É um pesadelo*” (EES1, F, 52). Cinco meses foi o tempo de espera mais curto mencionado. A espera pode depender da especialidade, podendo-se esperar até um ano. Apenas uma participante mencionou longos tempos de espera também em consultas de pediatria e obstetrícia. Outro aspeto mencionado foi a marcação de análises ao sangue, que pode demorar duas semanas ou um mês, e há um relato que indica só receber os resultados após sete dias.

Em relação a cuidados com a saúde mental, dois participantes mencionam ter contado com o médico de família para apoio psicológico, sendo que num dos casos, foi inclusive

receitado medicação. Uma outra participante teve uma vez um contacto com um psicólogo. Os restantes 5 participantes indicaram nunca ter recebido ou precisado de apoio neste âmbito.

Avalia-se agora o tratamento por parte dos profissionais de saúde. Todos os participantes afirmam que existem diferenças culturais, 5 afirmando que estas são significativas. Apontam também para diferenças no sistema, afirmando que no Curdistão vão sempre a clínicas privadas para cuidados de especialidade, sem marcação, ao passo que na Escócia deve-se esperar. Contudo, duas participantes alegam que enquanto no Curdistão deves pagar por tudo, na Escócia não, uma afirmando inclusive que na Escócia é melhor. Apesar das diferenças culturais, apenas três participantes sentiam que tal poderia ter impacto nos serviços de saúde: *“Às vezes eu tinha um problema, mas o médico não me compreende. Às vezes penso que pode ser da minha barreira de inglês, outras vezes penso que é porque eu sou de uma cultura diferente (...). Talvez não compreendam o que estás a sentir”* (EES7, F, 42). Também uma outra participante afirma que devido à cultura e histórias diferentes, os profissionais não sentem o mesmo, dificultando na compreensão. Outras participantes mencionam flexibilidade e respeito: *“Uma altura disseram que me podiam arranjar consulta com um médico masculino, o que eu recusei porque estava lá para falar de coisas específicas para mulheres. Mas foram muito respeitadores e consideraram as necessidades culturais e religiosas, e foram muito flexíveis”* (EES1, F, 52). Quatro participantes afirmam que os intérpretes têm um papel positivo a este respeito. No entanto, por vezes há dificuldade a falar com estes: *“Mas por vezes as pessoas não se sentem relaxadas a falar com os intérpretes, como quando é algo pessoal. Às vezes não queres partilhar nem com o intérprete”; “Marcam sempre intérpretes diferentes, não te sentes relaxada para partilhar com toda a gente o teu problema (...) Mas por exemplo, se tens sempre o mesmo intérprete, conheces e confias na pessoa, e é mais fácil para o paciente partilhar sobre si mesmos”* (EES3, F, 40). Duas participantes admitem terem sentido discriminação. Contrariamente, um participante afirma que *“Fazem-te sentir como se tivesses nascido aqui”* (EES5, M, 34).

No geral, os profissionais são descritos de forma positiva. Uma participante informa inclusive que no geral os profissionais têm muito em atenção as necessidades dos requerentes de asilo e refugiados, e um outro participante que estes tornam tudo mais fácil. Há relatos de que procuram sempre compreender o que lhes é dito. No entanto, uma participante afirma que alguns profissionais não eram simpáticos, e conseguia ver na sua expressão o descontentamento ao perceber que não se tratava de alguém britânico. Ora, tal deixava-a nervosa, e esquecia-se do que dizer, podendo afetar o tratamento. Um participante, que tem o mesmo médico de família

desde 2006, apesar de se sentir bem com este, ficou descontente com o tratamento em duas ocasiões, inclusive quando, como resposta a um problema, apenas recomendou que não fizesse exercício: *“devia ter havido mais análise sobre o que é, em vez de simplesmente me dar o nome e dizer para não fazer exercício, porque isso não é bem uma solução”* (EES5, M, 34). Para terminar, importa ainda mencionar que a avaliação dos cuidados de obstetrícia e pediatria são avaliados de forma positiva pelos 7 participantes que têm filhos. Dois elogiaram especialmente o sistema de visitas domiciliárias.

Por fim, analisam-se a resposta às necessidades médicas. Três participantes afirmam que todas as necessidades médicas foram atendidas, apesar de uma afirmar que há muito tempo sofre dores e o médico apenas receita medicação, sem ter reencaminhado para consulta de especialidade. Todos os outros 5 participantes mencionam questões por resolver, como uma participante que contacta frequentemente o hospital *“para perceber se reencaminharam [para cardiologista] ou se falaram com o médico de família sobre arranjar um monitor cardíaco. Até agora, não ouvi nada deles”* (EES1, F, 52). Uma participante alega que os medicamentos e cremes receitados não funcionam, e o jovem a quem foi dito para não fazer exercício admite que isso não é solução. Por fim, uma participante atribui uma possível falta de resposta a certas necessidades à barreira linguística: *“Eu tive um problema no meu corpo porque não sei descrever, (...), e eles ficam confusos, não conseguem encontrar o problema. Após alguns anos, conseguem descobrir o problema”* (EES3, F, 40).

## **5.6. Avaliação global dos cuidados de saúde**

Por fim, a última dimensão de análise foi a avaliação global dos cuidados de saúde. Aqui, pretendeu-se analisar brevemente a opinião global dos serviços e das suas experiências, quais os principais desafios e como sentem que as experiências teriam sido diferentes caso as suas realidades e os seus contextos fossem outros.

Em Portugal, todos admitem que as experiências poderiam ter sido diferentes caso os seus contextos face a conhecimentos linguísticos e/ ou apoio neste sentido fossem outros. Por exemplo, o participante que contou com o apoio da esposa admite que sem este seria muito difícil. Por sua vez, o participante que contou com intérpretes, admite que se não os tivesse, apesar da dificuldade, arranjaría forma de comunicar. Tal foi o caso com o outro participante que terá chegado com proteção subsidiária, que quando não ia acompanhado pela organização usava o google tradutor. Três participantes que falavam inglês admitem que se não falassem esta língua, seria impossível aceder aos cuidados, ou nem tentariam. Um destes três afirmou

que “às vezes penso que devia ir a um hospital e dizer que não falo português nem inglês, só falo curdo. Por favor tragam-me um intérprete curdo” (EPT6, M, 25).

Também em relação ao apoio que tiveram de contactos pessoais, acreditam que seria complicado sem este. Um participante admite inclusive que “os meus amigos foram mais prestativos que o sistema” (EPT3, M, 33), e que se estes não tivessem dado certas indicações, haveria ainda muitas coisas que não saberia. De igual modo, duas participantes salientam a importância do apoio para obtenção do número de utente de saúde. Uma outra participante indica que se não fossem os contactos pessoais teria evitado os serviços de saúde, e outro indica que, devido à falta de informação, os serviços de saúde são muito negativos para quem não tem esta rede. Um participante afirma que “Quando tens alguém ajuda-te a ter mais coragem de ir, porque se as coisas correrem mal, ele vai estar lá” (EPT4, M, 28).

No geral, três participantes avaliam de forma positiva os cuidados de saúde, três de forma razoável, e dois de forma negativa, sendo que uma participante que avalia de forma negativa indica mesmo que “Portugal pode ser um inferno em termos de saúde no público. É horrível até no privado” (EPT8, F, 34). Mesmo aqueles que avaliam o sistema de forma positiva, apontam desafios. O desafio mais frequentemente mencionado é a falta de informação, evidenciada em 4 participantes, e num quinto que refere que o tempo que demora a compreender o sistema é um dos maiores desafios (ora, tal poderá estar relacionado com falta de informação). O mesmo alerta ainda para as grandes diferenças com o sistema no Curdistão. Os tempos de espera longos foram mencionados por três participantes, sendo que um mencionou ainda a morosidade geral dos processos. Existem duas outras críticas apontadas. Um participante indica que apesar do sistema de saúde ser muito bom, sente que não é suficiente o papel dos centros de saúde e do médico de família: “Outra coisa, eu diria negativa, seria (...) o médico de família marca, passa medicamentos e essas coisas, mas eu não acho isso suficiente. Devia ter, não sei, mais coisas no centro de saúde porque é sempre ir lá e só falar com a médica e eu não acho suficiente” (EPT2, M, 34). Por fim, uma participante mencionou que os profissionais, quando em contacto com migrantes, “pressupõem, “se és estrangeiro, provavelmente não tens isto ou não sabes isto, e não tens direitos para isto”, este tipo de coisas insensíveis são difíceis de ultrapassar” (EPT5, F, 27).

Analisa-se agora de que modo a população entrevistada na Escócia avalia de forma global a NHS. À semelhança de Portugal, todos concordam que a situação poderia ter sido mais difícil se o contexto fosse diferente, ou seja, se não falassem inglês e/ ou não tivessem contado com intérpretes. O participante que falava inglês indica que caso não o soubesse, seria realmente

mais difícil, mas apenas se não conseguisse o intérprete certo, algo que afirma ser agora mais fácil. Uma outra participante afirma que a qualidade depende de intérprete para intérprete: “*Nem todos os intérpretes são bons, especialmente nas questões de saúde. Alguns são bons, (...). Às vezes o intérprete não te está a ajudar com a tradução (...). Porque às vezes até as pessoas inglesas não sabem algumas palavras médicas*” (EES3, F, 40). Defende que quem trabalhe como intérprete na área da saúde deve ter um certificado que reconheça a capacidade de trabalhar com estas terminologias. É precisamente por esta especificidade dos termos médicos que outra participante relembra a importância dos intérpretes: “*sem estes não será fácil expressar as tuas necessidades*” (EES1, F, 52). No entanto, esta participante indica que para seja mais confortável o intérprete deve ser garantido com base no género, ou seja, se for a tratar de assuntos femininos, deverá ter uma intérprete feminina. Uma participante reconhece que sem intérpretes, no início, ficaria mais desconfortável e tímida, e uma outra recomenda que “*se não tens nenhuma opção para intérprete, prefiro cancelar a consulta porque a questão da saúde é muito importante. Se dizes algo errado, o médico pode-te dar o medicamento errado e isso afeta-te. É o meu conselho para toda a gente, se não consegue perceber*” (EES4, F, 41).

Também o apoio por parte de organizações ou redes de sociabilidade são vistos como tendo um forte papel por 7 participantes. Estes acompanham nos momentos de acesso aos cuidados, ajudam a explicar o sistema, indicam onde se devem deslocar. Uma participante afirma que se não tivesse contado com o apoio da assistente social “*Demoraria muito tempo a registarmo-nos e seria muito difícil sem ela. Porque ela guiou-nos para sabermos tudo no hospital. (...) E foi muito prestável para nós.*” (EES2, F, 39). De igual modo, quando questionada como seria se não tivesse contado com o apoio da igreja, uma participante indica que seria muito desafiante psicologicamente. Uma outra participante informa que para quem chega e não conhece ninguém, acrescentando à falta de informação “*É mesmo muito difícil (...). Como podes começar a construir uma nova vida aqui? É muito difícil para eles*” (EES6, F, 53). O participante que chegou como menor de idade admite que “*Agora há todas estas caridades a ajudar requentes de asilo e assim. Mas na altura isso não existia, sabes. Estavas sozinho. Tinhas de descobrir este tipo de coisas. Mas agora as pessoas têm este tipo de apoio. Mas antes tínhamos de encontrar alguém para nos ajudar até a ir a lugares, porque não havia google maps*” (EES8, M, 29).

Por fim, de um modo global, quatro participantes avaliam de forma positiva as suas experiências nos cuidados de saúde, e dois de forma razoável. Contudo, com duas participantes não fica claro se a avaliação será razoável ou negativa. Uma destas afirma que “*a nível de*

*necessidades emocionais ou do seu comportamento, estão a fazer um trabalho muito bom. Não tenho nenhuns problemas com isso. (...) Mas quando se trata do tratamento em si, não estou de todo contente”* (EES1, F, 52). A participante crê ainda que deveria haver mais pesquisas sobre o sistema de saúde, contando com a participação de requerentes de asilo e refugiados, de modo a tornar o sistema mais fácil e acessível. A outra participante atribui uma nota razoável, mas informa que nunca viu informação em público sobre a NHS, que por vezes os profissionais não eram muito simpáticos, e a nível de tratamento não foi muito bom, não elaborando. Contrariamente, um dos participantes que avalia de forma positiva afirma que *“No geral, é tudo muito bom. E nós gostamos, adoramos a NHS”* (EES5, M, 34). Este terá sido o único participante que não apontou desafios. Um participante, que avalia de forma positiva, aponta apenas como crítica a falta de resposta a todos os seus problemas médicos. A falta de informação e clareza sobre o sistema é uma crítica apontada por duas participantes. Por fim, a crítica mais clara em 5 participantes prende-se com o longo tempo de espera. Duas participantes admitem inclusive que estes podem criar problemas adicionais, como problemas de cariz psicológico, e conseqüentemente físico: *“Porque se estás a viver em stress, é muito mau, cria outro problema para o teu corpo”* (EES7, F, 42). Já uma outra participante afirma que *“Na minha experiência tens de ser paciente com os serviços da NHS. Não sou a única com problemas de saúde. Tenho de pensar nas muitas outras pessoas com problemas de saúde. Tens de ser paciente”* (EES4, F, 41).

### **5.7. Discussão dos resultados**

Nesta última secção, serão discutidos os resultados obtidos com as entrevistas, até aqui analisados. Começa-se pelo processo de regularização. Nos dois países foram sentidas dificuldades, sendo em Portugal a maior crítica a quantidade de vezes que autorizações de residência precisam de ser renovadas, e ainda a dificuldade de obtenção de certos documentos, nomeadamente por uma participante que ainda não obteve número de segurança social, e o participante que não consegue obter nacionalidade portuguesa devido a falta de documentos provenientes da Síria. Já na Escócia o desafio é a espera para que seja reconhecido o estatuto de refugiado, apesar de que quando este é reconhecido, a obtenção de documentos necessário, e também de nacionalidade, parecer ser rápida. Ambos os casos poderão dever-se a processos burocráticos. No entanto, enquanto em Portugal apenas três participantes retratam sérias dificuldades neste processo, na Escócia são cinco. Tal poderá dever-se à incerteza que pode resultar da espera para saber se receberão ou não o estatuto de refugiado, e ao facto de, enquanto

se aguarda, apenas em algumas circunstâncias se pode trabalhar<sup>76</sup>, e o apoio monetário ser reduzido<sup>77</sup>. Aqui, importa relembrar que, como mencionado no capítulo 1, estes sistemas de asilo burocráticos podem ter efeitos negativos na saúde, como mencionado por Isaacs, Burns, Macdonald e O'Donnell (2020).

Discute-se agora as experiências de acesso a aprendizagem de língua. Como foi sendo referido ao longo desta dissertação, esta aprendizagem é fundamental para garantir uma boa integração, pois influencia vários outros aspetos. De facto, *“migrantes forçados chegam frequentemente a locais onde não têm contactos ou conhecimento da língua, o que contribui para um maior isolamento”* (Robila, 2020. pp. 3). O acesso aos cuidados de saúde é precisamente algo que pode ser negativamente afetado pela falta de conhecimento linguístico, nomeadamente devido à dependência de intérpretes que pode ocorrer (Nowak, Namer & Hornberg, 2022). Tal foi mencionado frequentemente também nas entrevistas, o quão diferentes teriam sido as suas experiências se não tivessem contado com apoio ou não falassem a mesma língua que os profissionais. Ora, em Portugal, cinco tiveram acesso a cursos de língua portuguesa através da rede pública. Um participante teve numa escola secundária, e um outro informa ter tido aulas na Câmara Municipal. Apesar de não especificar a Câmara, é residente em Lisboa, e a câmara deste município tem um Centro Qualifica. Contudo, à altura vigorava o PFOL, não o PLA. Ora, contrariamente ao PLA, que pode ser administrado pelos centros da Rede Qualifica, o PFOL apenas podia ser administrado pelos estabelecimentos de ensino da rede pública e pelo IEFP<sup>78</sup>. Não obstante, o participante teve um curso de português, de modo gratuito, podendo ter sido PFOL. Dos participantes que tiveram o curso através do IEFP, terá sido já PLA. Aqui, uma participante queixa-se da colocação num nível desadequado, o que vai contra o que está estipulado no Guia de Acolhimento ao Migrante, que indica que a integração num curso de PLA *“(…)pressupõe a realização de uma avaliação de diagnóstico, que consiste na verificação do nível de alfabetização e reportório linguístico dos/as candidatos/as, devendo o resultado permitir o seu posicionamento no nível de proficiência adequado às suas competências”* (ACM, 2022). Por fim, uma participante teve aulas de PLNM, que não avalia de modo muito positivo, destacando nomeadamente o facto de a professora explicar conteúdos numa outra língua (francês). Ora, de modo a combater situações em que há dificuldades a nível

---

<sup>76</sup> Situações nas quais requerentes de asilo podem trabalhar no Reino Unido <https://t.ly/qLysU> (Consultado a 01/09/2024)

<sup>77</sup> Apoio financeiro a requerentes de asilo <https://t.ly/7oOi> (Consultado a 01/09/2024)

<sup>78</sup> Portaria nº1262/2009 <https://t.ly/9DBIO> (Consultado a 10/08/2024)

de pedagogia por parte do corpo docente, o Plano Estratégico para Aprendizagem de Português como Língua Estrangeira, mencionado no final do capítulo 3, tem como medida a formação específica para professores e formadores de PLNM e PLA (República Portuguesa & AIMA, 2024. pp. 12).

Já na Escócia foram 7 os participantes com aulas de inglês. Um participante que era menor de idade teve EAL, acreditando ser insuficiente. Já seis participantes tiveram ESOL, sendo que duas consideravam o curso muito bom, e três como sendo razoável, das quais uma indica igualmente ser insuficiente. Aqui, uma crítica que foi possível apontar foi o tempo que algumas participantes esperaram até conseguir vaga. Ora, tal vai de acordo com a *New Scots Strategy* referida (2018-2022), que reconhece a pouca disponibilidade de ESOL, e o seu relatório aponta principalmente para as longas listas de espera em cidades como Glasgow, onde há cada vez mais procura (Phipps, Aldgheri & Fischer, 2023). A estratégia refletia ainda a falta de apoio à infância, algo que foi motivo de desistência de uma participante, por encontrar uma outra opção que apoiasse a tomar conta do filho. Tal reflete a necessidade de aumentar as oportunidades de aprendizagem por parte de migrantes, através de criações de serviços de apoio multidimensionais que diminuam os fatores que dificultem a frequência dos cursos.

Face ao acesso aos cuidados de saúde, em Portugal, dois participantes relataram dificuldade na obtenção deste número, ao passo que na Escócia, houve apenas um caso. Para o registo, houve 4 participantes em cada país a contar com apoio. Em Portugal, dois contaram com contactos pessoais e dois com organizações (tendo sido os dois que chegaram com proteção subsidiária). Efetivamente, e conforme referido por de Matos (2019), ao passo que refugiados e requerentes de asilo espontâneos, que tenham chegado ao país por seus próprios meios, são apoiados pelo Conselho Português para os Refugiados (CPR) na sua integração, aqueles que cheguem através do programa de recolocação da União Europeia, como é o caso dos dois participantes que chegaram com proteção subsidiária a Portugal, são apoiados por diferentes entidades e organizações, que se encarregarão da sua integração. Ora, uma das funções destas organizações é precisamente prestar apoio na área da saúde. Aqui, a falta de apoio organizacional por parte dos outros participantes estará, então, relacionada com o próprio estatuto com que chegam, já que quem não chegue como requerente de asilo, refugiado ou com proteção subsidiária deve-se deslocar às lojas AIMA I.P. para que possa obter apoio. Já na Escócia, uma participante contou com um contacto pessoal, dois com assistentes sociais e uma com uma igreja. Importa mencionar que as duas participantes que contaram com as assistentes sociais terão chegado em 2017 e 2018, sendo que aqueles que estão há mais tempo no país não

tiveram apoio organizacional no momento de aceder aos cuidados de saúde. No entanto, houve uma participante que chegou em 2017 e não teve apoio no acesso, apesar de ter recebido da Mears informação útil e suficiente para que se registasse. Ora, o estudo de Morris, Mort e Smith (2023) sobre o papel das autoridades locais na integração de refugiados e requerentes de asilo na Escócia revela que apesar destas apoiarem, frequentemente em parceria com organizações do terceiro setor e serviços sociais, no registo nos centros de saúde, existem ainda alguns desafios. Entre estes, estão os meios insuficientes (como financiamento) para garantir uma provisão de serviços eficaz e consistente.

Relativamente à acessibilidade, a nível de pagamentos em ambos os países parece ter tudo decorrido conforme o estipulado. Ora, na Escócia todos relatam nunca terem pago nada pelos cuidados de saúde primários e secundários. Efetivamente, conforme analisado, todos aqueles que se encontrem a residir na Escócia têm acesso em igualdade aos serviços de saúde, incluindo os migrantes com pedidos de asilo rejeitados, que continuam a ter acesso gratuito aos cuidados, quer primários, quer secundários (Morris, Mort & Smith, 2023). Já em Portugal, todos os pagamentos nas urgências hospitalares e nos centros de saúde decorreram em modo de igualdade para com os cidadãos nacionais, decorrendo conforme o estipulado nos diversos diplomas mencionados no capítulo 3. Ora, conforme mencionado, todos os migrantes com situação regular e autorização de residência devem aceder aos cuidados de saúde do SNS em igualdade com os cidadãos portugueses (ERS, 2015). Ora, os custos dos serviços de urgência são os mesmos pagos pelos cidadãos nacionais (salvo em casos de isenção), e os pagamentos pelas consultas no centro de saúde mencionados por participantes terão ocorrido antes da isenção do pagamento de taxas moderadoras, que se iniciou em 2022<sup>79</sup>. Também o pedido de pagamento de 300€, por a participante não ter número de utente de saúde, terá ocorrido em normalidade, uma vez que para que alguém sem número de utente possa aceder a cuidados hospitalares de urgência deve ser efetuado um registo transitório, e estes, salvo em certas ocasiões, devem ser responsáveis pelo pagamento dos custos totais do tratamento realizado.

Discute-se agora a informação, um dos principais desafios no acesso aos cuidados de saúde identificados por Nowak, Namer e Hornberg (2022). Lembra-se que a informação disponível e o facto de os migrantes receberem informação específica sobre o seu acesso é um dos elementos analisados pelo MIPEX para avaliação de políticas na área da saúde, área em que o Reino Unido se encontra melhor posicionado do que Portugal. Neste último, três

---

<sup>79</sup> Isenção das taxas moderadoras <https://t.ly/f0o7g> (Consultado a 30/08/2024)

participantes acreditam que não há informação em público sobre como aceder a cuidados de saúde, tendo contado com contactos pessoais. Dois participantes sabem onde ela está disponível mas apenas porque procuraram pela mesma, sendo que apenas um encontrou informação em inglês. Dos dois participantes que chegaram com proteção subsidiária, apenas um relata apoio de organizações para obtenção de informação. Acontece que, após uma breve pesquisa, foi possível, efetivamente, perceber que existe, no *website* ePortugal mencionado no capítulo 3 e no relatório de implementação de 2022 do PNIPGM, informação em português e em inglês sobre como a população migrante pode aceder aos serviços de saúde em Portugal, incluindo como obter o número de utente<sup>80</sup>. Contudo, poderá não ser do conhecimento geral da população migrante em Portugal a existência deste website, que deveria ser mais disseminado. Tal poderá vir a melhorar com o Plano Nacional de Combate ao Racismo (2021-2025), já que, como referido, este prevê um aumento da literacia em saúde junto das populações mais vulneráveis. Contrariamente, na Escócia, apesar de relatos de que não havia informação em público, foram cinco os participantes a receber informação de organizações, não apenas de assistentes sociais e organizações de apoio a migrantes, mas também de igrejas. Uma participante terá inicialmente recebido apenas informação muito breve com localização do posto médico, mas alguns meses mais tarde recebeu mais informação quando se mudou para um apartamento. Adicionalmente, apenas uma participante relatou receber toda a informação em curdo, e outra em farsi. Novamente, a diferença poderá estar no estatuto, já que quem chega como requerente de asilo ou refugiado parece ter mais apoio no acesso a informação por organizações que acompanhem. Contudo, também o ano de chegada pode ser um fator. Aqueles que chegaram, por exemplo, em 2004 e 2005, não tinham a facilidade de acesso a informação online como nos dias de hoje. De igual modo, também o próprio perfil e redes de sociabilidade podem influenciar o processo de integração, como afirma Robila (2018). Em Portugal, um participante admite nunca ter sequer procurado informação, por contar com a esposa. De igual modo, uma participante na Escócia, cujo esposo já se encontrava no país anteriormente, tinha por esse motivo já conhecimentos sobre muitos dos procedimentos. Já um outro participante em Portugal, que terá chegado com visto estudante admite ter uma facilidade que nem toda a gente tem para procurar e encontrar a informação que precise. Aqui, importa mencionar que não são conhecidas as habilitações dos participantes que chegaram como requerentes de asilo.

---

<sup>80</sup> Website ePortugal- informação acesso a cuidados de saúde <https://t.ly/93CSM> (Consultado a 22/09/2024)

Face ao acesso a intérpretes, em Portugal apenas dois participantes tiveram intérpretes ou membros da organização a traduzir, enquanto na Escócia os 7 que necessitavam contaram todos com esta presença. Tal, novamente, poderá dever-se ao estatuto, mas também ao baixo número de população curda em Portugal já mencionado, possivelmente resultando numa menor disponibilidade de intérpretes para as línguas curdas. Ora, conforme mencionado no final do capítulo 4, e confirmado por alguns participantes durante as entrevistas, a Escócia, nomeadamente Glasgow, tem vindo a acolher um número cada vez maior de curdos, resultando numa maior oferta de intérpretes. No entanto, todos os participantes que não receberam intérpretes falavam turco, língua que se encontrava disponível no Serviço de Tradução Telefónica do ACM<sup>81</sup>. Entende-se, contudo, que tal se possa dever também ao facto de que dois participantes contaram com a tradução de contactos pessoais, e os restantes falaram em inglês com os profissionais, ou com um português básico e apoio do google tradutor, pelo que não terá sido necessário, efetivamente, necessária a presença de um intérprete. No entanto, não se deve desvalorizar a complexidade dos termos médicos e a importância da clareza das informações, pelo que os migrantes deveriam ser sempre questionados se estariam mais confortáveis se um intérprete estivesse presente. Tal evitaria, como mencionado por uma participante na Escócia, que uma mensagem fosse mal transmitida e um problema fosse diagnosticado incorretamente.

Os tempos de espera, que em Portugal parece ser o segundo maior desafio (a seguir à falta de informação), na Escócia apresenta-se como a maior dificuldade. Ora, este será um problema que afeta toda a sociedade, não estando relacionado com o facto de se tratar de população migrante. Em Portugal, o maior desafio encontra-se nas urgências hospitalares, e na Escócia tanto estas como os cuidados de saúde secundários são criticados. Importa mencionar que em Portugal, no serviço público, nenhum participante teve uma consulta de especialidade, pelo que não é possível uma comparação entre os dois países. Acrescenta-se que os participantes na Escócia parecem, no geral, terem tido contactos mais frequentes com os cuidados de saúde, o que se pode dever ao facto de que 4 participantes, à chegada, tinham já mais de 30 anos, e algumas foram acompanhadas durante a gravidez, ou então chegaram com crianças, que requerem mais atenção. O estatuto, sendo na maioria requerentes de asilo, também indica que, apesar de não conhecido, poderão ter tido um percurso migratório mais desafiante. Como indicado no capítulo 1, apesar da migração, enquanto fenómeno isolado, não representa um fator prejudicial à saúde, as condições a ela associadas (incluindo percursos migratórios

---

<sup>81</sup> Lista de línguas disponibilizadas <https://t.ly/EyD9o> (Consultado a 22/09/2024).

adversos) podem, efetivamente ter consequências negativas, como afirmam Wickramage, Vearey, Zwi, Robinson e Knipper (2018). Os autores indicam ainda que a saúde pode de igual modo ser impactada pelos contextos de origem, o que se torna relevante mencionar, sendo que se tratam de requerentes de asilo, considerados migrantes forçados. Tal não significa que os participantes em Portugal que vieram com vistos de estudante, turismo, e gold, não tenham igualmente passado por situações e contextos adversos. Deve ser evitada a desvalorização dos contextos destes migrantes, e relembra-se as palavras de Blake (2023) sobre as fragilidades da distinção entre migrações forçadas e voluntárias, e sobre as tipologias meramente legais.

Em relação à questão cultural, em Portugal dois participantes indicaram não haver diferenças, e dos 6 que informam que estas existem, apenas uma participante afirma serem significativas. Adicionalmente, apenas um acredita que tal pode ter impacto no acesso aos cuidados de saúde, algo que testemunhou não como paciente, mas como intérprete. Este, assim como outros dois participantes, acreditam que possa ser útil a presença de um mediador cultural, apesar de uma defender que o papel destes deve focar-se no apoio à compreensão do sistema. Aqui, duas participantes afirmam terem sentido discriminação, apesar de uma participante defender que será por não falar a língua e não por motivos culturais. Já na Escócia, onde também duas participantes afirmaram sentir discriminação, sete participantes admitem que há diferenças culturais, 4 dos quais significativas. Destas, 3 indicam que tal pode impactar os cuidados de saúde. Quatro participantes consideram que os intérpretes podem ter um bom papel enquanto mediadores culturais. É possível perceber que, havendo a presença de um intérprete, que tenha o mesmo contexto cultural, podem efetivamente servir o papel de mediadores, algo que, de acordo com o participante em Portugal que trabalha como intérprete, parece ser já um objetivo quando são formados. Gil-Salmerón, Katsas, Riza, Karnaki e Linos (2021) reconhecem a relevância do papel dos serviços de interpretação para a qualidade dos cuidados com a população migrante. Ora, o facto dos intérpretes estarem formados para assumirem o papel de mediadores culturais vem complementar a preocupação expressa por Santinho (2012), sobre a competência e sensibilização cultural dos profissionais de saúde. Por fim, em ambos os países, foram mencionadas diferenças no próprio sistema de saúde, sendo que um participante em cada país afirmou, inclusive, ser melhor- em Portugal, por exemplo, o participante afirma que pode falar de assuntos que não se sentiria à vontade para falar no Curdistão. Tal vem corroborar o mencionado no capítulo 1, sobre uma possível maior atenção médica, resultando da migração.

Discute-se agora o tratamento por parte dos profissionais. A nível comportamental, há uma tendência mais positiva entre os participantes na Escócia, onde sete avaliam de forma

positiva, e uma participante informa que nem todos são simpáticos. Importa aqui referir a flexibilidade mencionada por uma participante, que afirma que os profissionais respeitavam os seus desejos de ter presente apenas intérpretes femininas. Em Portugal, relembra-se que um participante, que trabalhou como intérprete, acredita que a cultura pode efetivamente ter um impacto, nomeadamente quando se trata de mulheres. Chegou, inclusive, a admitir que “*quando eu estava a fazer o serviço de tradução também tive muitas vezes de vergonha, às vezes de explicar coisas para os nossos beneficiários mulheres, (...) porque quando eu estava a falar sobre um assunto elas ficavam tipo envergonhadas porque eu sou uma pessoa desconhecida para elas e estou a explicar essas coisas*” (EPT1, M, 30). No geral, neste país, 5 avaliam os profissionais de um modo positivo, apesar de dois participantes mencionarem exceções. Duas participantes avaliam de modo negativo, mencionando desatenção e impaciência. Um outro participante, apesar de comparar algumas consultas a uma investigação, indica que nos hospitais os médicos são muito profissionais. Esta diferença na avaliação entre os dois países poderá-se dever ao facto de haver mais profissionais na Escócia a poderem falar a sua língua, por os participantes terem intérprete. De facto, em Portugal, uma participante afirma que os médicos não queriam falar inglês mesmo que consigam, por não ser a língua com a qual se sentem mais confortáveis. Remete-se aqui, também, para a necessidade de sensibilidade cultural por parte dos profissionais de saúde, bem como, como recomendam Nowak, Namer e Hornberg (2022), capacitação para trabalhar com pessoas vulneráveis. Por fim, uma outra hipótese é que se deva à longa tradição de migração de Glasgow, cidade onde os participantes acederam aos cuidados de saúde. Em 2024, Glasgow era a cidade do Reino Unido com mais requerentes de asilo a nível percentual (0,71%) (Paterson, 2024). No entanto, importa referir que há uma maior percentagem de migrantes em Portugal do que na Escócia. Já quando se trata das necessidades médicas atendidas, parece haver maior semelhança. Em ambos os países, são três os participantes que afirmam que todas as necessidades médicas foram atendidas, ou que não há necessidades por responder, apesar de um em cada país ter relatado, ao longo da entrevista, um problema que não terá chegado a ser resolvido. Aqui, importa mencionar novamente as estatísticas referidas no capítulo 3, que informam que no Reino Unido a população migrante a referir necessidades médicas por atender eram 8.1%, menos do que a população nacional. Contudo, apesar de a população migrante referir mais necessidades médicas do que a população nacional, o número de necessidades por atender é menor que no Reino Unido (6.6%). Como relatado por alguns participantes, é possível que a falta de resposta a alguns destes assuntos se possa dever a barreiras linguísticas. Novamente, relembra-se que

são vários os autores, mencionados ao longo desta dissertação, a reconhecer a questão linguística como uma grande dificuldade no acesso aos cuidados de saúde.

A nível de avaliação global, que de certo modo ajuda a resumir alguns principais pontos a reter, parece ser melhor na Escócia, onde 4 avaliam de modo positivo, ao passo que em Portugal são 3. Em ambos os países, os participantes reconhecem que a situação seria mais difícil se os contextos variassem. Ora, em Portugal, os participantes informam que se não falassem inglês ou não tivessem contado com contactos pessoais para tradução, ou com intérprete, seria difícil, até impossível. Contrariamente, os dois participantes que contaram com intérprete indicam que arranjariam como comunicar sem estes. Na Escócia, afirmam que sem intérpretes seria muito difícil, ainda que nem todos os intérpretes tenham a mesma qualidade. Aqui, fica clara a necessidade de investimento em intérpretes, e, nomeadamente em Portugal, deve-se estipular como boa prática questionar todos os migrantes que cheguem aos serviços se será necessário. Muitos migrantes podem não pedir por se sentirem desconfortáveis. De igual modo, nos dois países salientam a dificuldade que sentiriam se não contassem com organizações ou contactos pessoais, algo que dois participantes relacionam com falta de informação. A falta de informação foi a principal barreira relatada em Portugal, enquanto na Escócia o maior desafio parece ser o tempo de espera. Ora, enquanto a questão do tempo de espera é algo sistémico e difícil de contornar, a falta de informação deve ser resolvida e ultrapassada. Certo é, a informação existe, e é possível ser encontrada online. No entanto, deve ser garantido o acesso a toda a informação a todos os migrantes no momento de chegada, independentemente do estatuto. Como informa Robila (2018), a informação sobre o sistema é um elemento chave e determinante no processo de integração de um migrante.

## CONCLUSÃO

Os desenvolvimentos contemporâneos e a globalização têm resultado numa constante movimentação internacional, pelos mais variados motivos. São várias as tipologias de migração, como refugiados e requerentes de asilo, frequentemente referidos como migrantes forçados. Por outro lado, migrações por motivos económicos, trabalho ou estudos, são frequentemente consideradas migrações voluntárias. Tal distinção pode, muitas vezes, deduzir em erro e desvalorizar os contextos.

Uma população com uma elevada emigração e diáspora significativa são os curdos. Esta população representa a maior nação sem um Estado (Radpey, 2022). Após uma breve exploração dos desenvolvimentos no Curdistão, que diferem nas 4 regiões (*Bakur, Bashur, Rojava e Rojlehat*), foi possível compreender por que motivos esta população tem vindo a migrar. Através de 16 entrevistas semi-estruturadas com migrantes curdos em Portugal e na Escócia, foi possível compreender as suas experiências nestes dois países. A população entrevistada neste estudo detém vários estatutos- na Escócia foram entrevistados requerentes de asilo, enquanto em Portugal a maioria teria chegado com um visto de estudante. Tal vem comprovar como, frequentemente, a categorização destas pessoas como sendo migrantes voluntários desvaloriza os seus contextos de origem.

A presente dissertação focou-se então na integração de migrantes curdos em Portugal e na Escócia, concretamente no acesso aos cuidados de saúde. A integração acontece quando existe, por parte dos migrantes, uma manutenção das suas raízes culturais, ao mesmo tempo que interage e participa diariamente na sociedade que os acolhe, que, por sua vez, deve ser aberta a diversidade cultural (Berry, 1997). Países com ideologias pluralistas, como é o caso de Portugal e do Reino Unido, têm mais probabilidade de resultar em integração e harmonia (Bourhis et. al. 1997). São vários os tipos de integração, incluindo integração social, onde se insere o acesso em igualdade aos serviços, inclusive de saúde.

Um dos objetivos específicos desta dissertação era a compreensão do impacto de fatores como o estatuto, cultura, conhecimentos linguísticos e redes de apoio no acesso a cuidados de saúde. Foi possível perceber que, efetivamente, todos podem ter algum impacto. O estatuto influencia na medida em que, aqueles que chegam como requerentes de asilo, parecem contar com organizações ou serviços sociais, possivelmente devido a medidas de integração específicas para estas populações. Acresce que foi possível detetar um fator que não havia sido considerado: a data de chegada. Na Escócia, este fator provou-se relevante já que havia mais relato de apoio, por exemplo de organizações, daqueles que chegavam mais tarde. Também as

redes de sociabilidade desempenhavam um papel importante, por apoiarem em momentos cruciais, nomeadamente quando havia falta de informação ou de apoio organizacional. Por sua vez, as diferenças culturais e conhecimentos linguísticos podem também ter impacto, possivelmente resultando num tratamento inadequado ou até na não procura de tratamento. Contudo, conclui-se que estes podem depender dos intérpretes, caso estes sejam disponibilizados, já que podem eliminar possíveis barreiras linguísticas e possam, como defendido por alguns participantes, auxiliar numa mediação cultural. Percebe-se que a discriminação com base nesta questão cultural não se apresenta como problema para um número significativo de participantes.

Esta dissertação procurou ainda perceber se os processos decorreram no geral de acordo com o previsto na legislação. Tal se verificou em ambos os países, apesar de ainda haver um longo caminho a percorrer para que se atinja uma integração dos migrantes de acordo com o Pacto Global das Migrações, e de dificuldades terem sido sentidas. Perceber as principais barreiras enfrentadas pelos migrantes no acesso aos serviços de saúde era um outro objetivo. Conclui-se que os maiores desafios são os tempos de espera e a falta de informação, algo que Robila (2018) acredita ser um fator determinante de integração. Adicionalmente, devido à importância da aprendizagem da língua, algo que foi frequentemente mencionado ao longo da dissertação, e também evidenciado pelos participantes como uma questão central nos momentos de acesso aos cuidados de saúde, procurou-se perceber se os participantes tiveram acesso a esta aprendizagem. Conclui-se que no geral houve acesso gratuito a estes cursos, e que, apesar destes serem avaliados, de modo geral, positivamente, houve ainda críticas a ser apontadas, sendo as mais significativas a longa lista de espera, a insuficiência, e a má separação por níveis. Apesar de apenas mencionado por uma participante, importa mencionar que não havia opções para cuidar dos filhos enquanto os pais assistem às aulas.

Não foi possível, através desta análise, verificar se o sistema é mais positivo num país ou outro. Sabe-se que, de acordo com o Mipex, ambos os países têm políticas de acesso à saúde ligeiramente favoráveis, apesar do Reino Unido ter uma pontuação superior a Portugal na área da saúde. Contudo, relembra-se que esta ferramenta avalia apenas as políticas e não a sua implementação. De facto, a integração depende de vários factores e das características da sociedade de acolhimento e dos próprios migrantes (OCDE & Comissão Europeia, 2023).

Considerando os resultados obtidos, fazem-se recomendações para que se possa continuar, diariamente, a melhorar as condições facilitadoras da integração dos migrantes nestes

dois países. Começa-se por sugerir a continuação da boa implementação dos planos nacionais do PGM, apostando no reforço de medidas que permitam atingir os objetivos 3, 7 e 15.

De modo a cumprir com o objetivo 3, recomenda-se um maior investimento da quantidade e qualidade de informação que se disponibiliza aos migrantes. Esta informação existe, mas conclui-se que frequentemente os migrantes não chegam a ter acesso a ela. Sugere-se que todas as instituições a trabalhar no apoio a requerentes de asilo e refugiados se guiem por um mesmo manual, contendo todas as informações essenciais que devem, por sua vez, passar de modo claro aos seus beneficiários, fazendo uso de intérpretes, e traduzindo materiais como folhetos informativos. Acrescenta-se que, para aqueles que não são acompanhados por organizações, seria útil receber um kit de boas-vindas, que inclua um guia de acolhimento contendo todas as informações necessárias sobre como aceder aos serviços, os seus direitos e seus deveres. Tal deveria ser disponibilizado, por exemplo, nas primeiras consultas com a AIMA I.P. ou o *Home Office*. Adicionalmente, deve-se investir em informação em locais públicos e estratégicos, como paragens de autocarro, indicando onde pode ser consultada a informação.

Relativamente ao objetivo 7, uma das vulnerabilidades que se apresentam na migração é, frequentemente, o desconhecimento da língua oficial e maioritária. Em ambos os países deve haver um maior investimento na provisão de cursos de língua, de modo que seja possível uma maior resposta à crescente procura. Tal permitiria uma colocação mais rápida, e um maior número de professores, que por sua vez facilitaria a criação de mais turmas, permitindo uma melhor separação por níveis. Assim, seria garantido que todos teriam o apoio adequado para o seu nível, tornando o curso mais eficaz. Já as escolas deviam garantir aos menores em idade escolar um maior acompanhamento nas restantes disciplinas, já que devido à não fluência na língua pode haver maior dificuldade. Por fim, recomenda-se que sejam realizadas parcerias com entidades como jardins de infância, eliminando um fator dissuasor, já que é possível que muitos adultos não assistam a aulas por falta de opções para cuidar dos filhos.

Por fim, para cumprir com o objetivo 15, a recomendação passa por continuar a apostar na capacitação de todos os profissionais de saúde, e inclusive profissionais de secretaria, sobre os direitos dos migrantes em aceder aos cuidados de saúde, bem como os devidos procedimentos. Devem também passar por sessões de sensibilização regulares para a questão da migração e das vulnerabilidades particulares que possam surgir, estando capacitadas para trabalhar com vítimas de trauma, com pessoas de culturas diferentes, entre outros. Recomenda-se ainda que seja implementada como boa prática que se questione sempre se um migrante,

mesmo tendo conhecimentos da língua, necessitará de um intérprete, já que, como foi possível concluir, na área da saúde não existe margem para erro por desentendimento por motivos de barreira linguística. Ora, também estes intérpretes devem passar pelos mesmos processos de capacitação e sensibilização que os profissionais de saúde, já que serão estes com quem, possivelmente, os migrantes se sentirão mais confortáveis, e serão os mesmos que poderão ter também um papel de mediação cultural.

Para terminar, prova-se importante que as políticas que venham a surgir tenham em consideração as experiências dos próprios migrantes, inclusive dos migrantes curdos, assim como as suas necessidades. Estes devem ser questionados e envolvidos no processo de criação de políticas. Deste modo será garantida uma maior qualidade no acesso e integração nos serviços de saúde.

## Referências Bibliográficas

- Akbarzadeh, S., Ahmed, Z. S., Laoutides, C., & Gourlay, W. (2019). The Kurds in Iran: balancing national and ethnic identity in a securitised environment. *Third World Quarterly*, 40(6), 1145-1162. <https://doi.org/10.1080/01436597.2019.1592671>
- Anderson, B. (2006). *Imagined communities. Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*. (3<sup>rd</sup> ed.). Verso Books.
- ANF. (2024, 20 de abril). 22nd interim meeting of the knk starts. *ANF NEWS*. Retrieved August 4, 2024, from <https://anfenglishmobile.com/news/22nd-interim-meeting-of-the-knk-starts-72860>
- Asad, T. (2003). *Formations of the secular: Christianity, Islam, modernity*. Stanford University Press. <https://archive.org/details/TalalAsadFormationsOfTheSecularChristianityIslamModernityPdf/page/n19/mode/2up>
- Asif, Z., & Kienzler, H. (2022). Structural barriers to refugee, asylum seeker and undocumented migrant healthcare access. Perceptions of Doctors of the World caseworkers in the UK. *SSM-Mental Health*, 2, 100088. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100088>
- Bagheri, S. (2022). Gender equality in the decision-making processes of post-war societies: evidence from Iraqi Kurdistan. *Journal of Human Rights Practice*, 14(2), 622-647. <https://doi.org/10.1093/jhuman/huab029>
- Barkey, H. J., & Laipson, E. (2005). Iraqi Kurds and Iraq's future. *Middle East Policy*, 12(4), 66-76. DOI:10.1111/j.1475-4967.2005.00225.x
- Baser, B. (2011). Kurdish diaspora political activism in Europe with a particular focus on Great Britain: Diaspora dialogues for development and peace project. *Berghof Peace Support, Centre for Just Peace and Democracy*.
- Baser, B. (2015). Komkar: the unheard voice in the Kurdish Diaspora. Em A. Christou, & E. Mavroudi (Eds.), *Dismantling Diasporas: Rethinking the Geographies of Diasporic Identity, Connection and Development* (p. 113-128). Ashgate. <http://www.ashgate.com/isbn/9781472430342>
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied psychology*, 46(1), 5-34. <https://doi.org/10.1080/026999497378467>
- BIA News Desk (2024, 20 de setembro). Kurdish patient denied audiological test for not understanding Turkish. *Bianet*. Recuperado a 22 de setembro, 2024, de <https://bianet.org/haber/kurdish-patient-denied-audiological-test-for-not-understanding-turkish-299876>
- Blake, M. (2023). Voluntary and Involuntary Migrants: On Migration, Safe Third Countries, and the Collective Unfreedom of the Proletariat. *Ethics & International Affairs*, 37(4), 427-451. doi:10.1017/S0892679423000436

- Bourhis, R. Y., Moise, L. C., Perreault, S., & Senecal, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach. *International journal of psychology*, 32(6), 369-386.  
[http://old.psych.uoa.gr/~vpavlop/index.files/pdf/ddpms%20interactive%20acculturation%20model%20\(Burhis%20et%20al.\).pdf](http://old.psych.uoa.gr/~vpavlop/index.files/pdf/ddpms%20interactive%20acculturation%20model%20(Burhis%20et%20al.).pdf)
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. (4<sup>th</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press
- Bryman, A., & Bell, E. (2019). *Social Research Methods* (5<sup>th</sup> ed.). Oxford University Press Canada.
- Burc, R. (2019, 22 de outubro). The Long Kurdish Struggle. *The New York Times*.  
<https://www.nytimes.com/2019/10/22/opinion/erdogan-kurds-syria.html>
- Burç, R. (2022). Kurdish transformative politics in Turkey. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 12(1), 17-26. <https://doi.org/10.1086/719163>
- Carling, J., Erdal, M. B., & Talleraas, C. (2021). Living in two countries: Transnational living as an alternative to migration. *Population, Space and Place*, 27(5), e2471.  
<https://doi.org/10.1002/psp.2471>
- Casanova, J. (1994). *Public religions in the modern world*. University of Chicago press.
- Council of Europe [Conselho da Europa]. (1997). Measurement and indicators of integration. *COE: Strasbourg*.  
[https://www.coe.int/t/dg3/migration/archives/Documentation/Series\\_Community\\_Relations/Measurement\\_indicators\\_integration\\_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/migration/archives/Documentation/Series_Community_Relations/Measurement_indicators_integration_en.pdf)
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2<sup>nd</sup> ed.). Sage Publications, Inc.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3<sup>rd</sup> ed.). Sage Publications, Inc.
- Crul, M., Schneider, J., & Lelie, F. (2012). Introduction. Em M. Crul, J. Schneider, & F. Lelie (Eds.), *The European Second Generation Compared: Does the Integration Context Matter?* (p. 11–18). Amsterdam University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt46mz12.4>
- Dalay, G. (2018). The Kurdish fight against ISIS: Realizing the virtual Kurdistan through factionalized politics in a fragmented homeland. Em Yeşiltaş, M. e Kardaş, T. (Eds). *Non-state armed actors in the Middle East: Geopolitics, ideology, and strategy*, (p.77-95). Palgrave Macmillan. DOI 10.1007/978-3-319-55287-3
- de Haas, H., Castles, S., & Miller, M. J. (2020). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. (6<sup>th</sup> ed.). Macmillan International, Red Globe Press.
- de Matos, A. D. (2019). *Finding their way: The Integration of Refugees in Portugal*.  
 OECD. <https://doi.org/10.1787/d61fc5a7-en>

- Demir, I. (2017). The Global South as foreignization: The case of the Kurdish diaspora in Europe. *Global South*, 11(2), 54-70. <https://doi.org/10.2979/globalsouth.11.2.04>
- Dimitrov, A., & Angelov, G. (2017). Refugee integration in the EU: Challenges and economic impact. *Economic Alternatives*, 4, 584-600. [https://www.unwe.bg/uploads/Alternatives/6\\_EAlternativi\\_english\\_4\\_2017.pdf](https://www.unwe.bg/uploads/Alternatives/6_EAlternativi_english_4_2017.pdf)
- Elphinston, W. G. (1946). The Kurdish Question. *International Affairs (Royal Institute of International Affairs)*, 22(1), 91-103. <https://doi.org/10.2307/3017874>
- Galletti, M. (1999). The Kurdish Issue in Turkey. *The International Spectator*, 34(1), 123-134. <https://doi.org/10.1080/03932729908456852>
- Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to healthcare for migrant patients in Europe: healthcare discrimination and translation services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7901. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157901>
- Hadad, H. (2023, 25 de janeiro). Uncertainty hangs over iraqi kurdistan in 2023. *The Hill*. Recuperado a 13 de fevereiro de 2024, de <https://thehill.com/opinion/international/3821187-uncertainty-hangs-over-iraqi-kurdistan-in-2023/>.
- Hepburn, E. (2020). Migrant Integration in Scotland: Challenges and Opportunities. *Insight 54. Iriss*. [https://www.iriss.org.uk/sites/default/files/2020-06/insights-54\\_0.pdf](https://www.iriss.org.uk/sites/default/files/2020-06/insights-54_0.pdf)
- Herzig, E., & Kurkchian, M. (2005). *The Armenians: Past and present in the making of national identity*. (1<sup>st</sup> ed.). Routledge.
- Isaacs, A., Burns, N., Macdonald, S., & O'Donnell, C. A. (2022). 'I don't think there's anything I can do which can keep me healthy': how the UK immigration and asylum system shapes the health & wellbeing of refugees and asylum seekers in Scotland. *Critical public health*, 32(3), 422-432. <https://doi.org/10.1080/09581596.2020.1853058>
- Jaffrelot, C. (1999). *The Hindu nationalist movement and Indian politics: 1925 to the 1990s: strategies of identity-building, implantation and mobilisation (with special reference to Central India)*. Penguin Books India.
- Kang, C., Tomkow, L., & Farrington, R. (2019). Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. *British Journal of General Practice*, 69(685), 537-545. DOI: 10.3399/bjgp19X701309
- 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>
- King, R., Black, R., Collyer, M., Fielding, A. J., & Skeldon, R. (2010). *The Atlas of Human Migration: Global Patterns of People on the Move*. Earthscan.

- Kfir, I. (2021). Iraq and the Halabja “genocide”: The need for transformative justice. Em S. E. Brown & S. D. Smith (Eds.). *The Routledge Handbook of Religion, Mass Atrocity, and Genocide* (1<sup>st</sup> ed, pp. 343-356). Routledge.
- Labott, E. (2021, 15 de fevereiro). The Women Who Helped Topple the Caliphate. *Foreign Policy*. Recuperado a 21 de agosto, 2024, <https://foreignpolicy.com/2021/02/15/daughters-of-kobani-review-female-kurdish-fighters-isis/>
- Leduc, S. (2015, 30 de julho). The kurds: the world’s largest stateless nation. *France 24*. Recuperado a 9 de setembro, 2024, de <https://www.france24.com/en/20150730-who-are-kurds-turkey-syria-iraq-pkk-divided>.
- Mangalam, J. J. & Morgan, C. (1968). *Human migration: A guide to migration literature in English 1955–1962*. The University Press of Kentucky.
- Marouf, H. (2018, 10 de outubro). Peshmerga female fighters: from frontline to sideline. *Washington Institute*. Recuperado a 21 de Agosto, 2024, de <https://www.washingtoninstitute.org/policy-analysis/peshmerga-female-fighters-frontline-sideline>.
- Matias, A. R. (2020). O impacto da Crise da Covid-19 nas Desigualdades Sociolinguísticas e Étnico-raciais. Em R. M. Carmo, I. Tavares & A. F. Cândido (Eds.), *Um Olhar Sociológico sobre a Crise Covid-19* (p56-77). Lisboa, Observatório das Desigualdades, CIES-Iscte. DOI: 10.15847/CIESOD2020covid19
- McAuliffe, M. & Oucho, L. A. (2024). *World Migration Report 2020*. International Organization for Migration (IOM).
- Morris, M., Mort, L., & Smith, C. (2023, novembro). The Role of local authorities in refugee integration in Scotland. <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/research-and-analysis/2023/11/role-local-authorities-refugee-integration-scotland/documents/role-local-authorities-refugee-integration-scotland/role-local-authorities-refugee-integration-scotland/govscot%3Adocument/role-local-authorities-refugee-integration-scotland.pdf>
- Novellis, A. (2018). The Rise of Feminism in the PKK: Ideology or Strategy?. *Zanj: The Journal of Critical Global South Studies*, 2 (1), 115-133. <https://doi.org/10.13169/zanjglobsoutstud.2.1.0115>
- Nowak, A. C., Namer, Y., & Hornberg, C. (2022). Health care for refugees in Europe: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1278. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031278>
- Öcalan, A. (2012). *War and peace in Kurdistan: perspectives for a political solution of the Kurdish question*. (3<sup>rd</sup> ed.). International initiative "Freedom for Abdullah Öcalan - Peace in Kurdistan". <https://www.freeocalan.org/wp-content/uploads/2012/09/Ocalan-War-and-Peace-in-Kurdistan.pdf>

- O’Leary, C. A. (2002). The Kurds of Iraq: Recent history, future prospects. *Middle East Review of International Affairs*, 6(4), 17-29. [https://ciaotest.cc.columbia.edu/olj/meria/olc02\\_01.pdf](https://ciaotest.cc.columbia.edu/olj/meria/olc02_01.pdf)
- O’Reilly, K. (2012). Theories and Perspectives in Migration. Em K. O’Reilly, *International Migration and Social Theory* (p. 39-65). Palgrave Macmillan.
- Oliveira, C.R. (2023). Relatório de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico Anual. *Observatório das Migrações*. <https://migrant-integration.ec.europa.eu/system/files/2023-12/Relatorio%20Estatistico%20Anual%20-%20Indicadores%20de%20Integracao%20de%20Imigrantes%202023.pdf>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e Comissão Europeia (2023). *Indicators of Immigrant Integration 2023: Settling in*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1d5020a6-en>.
- Paterson, S. (2024, 23 de março). Glasgow is home to more asylum seekers than any other uk council area. *Glasgow Times*. Recuperado a 30 de agosto, 2024, de <https://www.glasgowtimes.co.uk/news/24202348.glasgow-asylum-seekers-uk-council/>.
- Perelman, J. (2022). Pandemia Sindémica em Portugal: Desigualdade Social nos Fatores de Risco Associados à Mortalidade por COVID-19. *Acta Médica Portuguesa*, 35(6), 443–449. <https://doi.org/10.20344/amp.16031>
- Petrie, G., Angus, K., & O'Donnell, R. (2024). A scoping review of academic and grey literature on migrant health research conducted in Scotland. *BMC public health*, 24(1), 1156. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18628-1>
- Phipps, A., Aldegheri, E., & Fisher, D. (2023). The New Scots Refugee Integration Strategy: A report on the local and international dimensions of integrating refugees in Scotland. *University of Glasgow*. [https://www.gla.ac.uk/media/Media\\_900243\\_smxx.pdf](https://www.gla.ac.uk/media/Media_900243_smxx.pdf)
- Pires, R. P. (2003). *Migrações e integração: teoria e aplicações à sociedade portuguesa*. (1ª ed.) Celta Editora.
- Radpey, L. (2022). Kurdistan on the Sèvres centenary: How a distinct people became the world’s largest stateless nation. *Nationalities Papers*, 50(6), 1187-1216. DOI 10.1017/nps.2021.32
- Rasul, A. (2023, 11 de dezembro). Pro-kurdish hedep changes acronym to dem party. *RUDAW*. Recuperado a 8 de junho, 2024, de <https://www.rudaw.net/english/middleeast/turkey/11122023>
- Robila, M. (2018). Refugees and Social Integration in Europe. *United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA) Division for Social Policy and Development*. [https://www.un.org/development/desa/family/wp-content/uploads/sites/23/2018/05/Robila\\_EGM\\_2018.pdf](https://www.un.org/development/desa/family/wp-content/uploads/sites/23/2018/05/Robila_EGM_2018.pdf)

- Santinha, G. & Perelman, J. (2022). Saúde. Em R. P. Mamede (Ed.) *Recuperação em tempos de Incerteza: O Estado da Nação e as Políticas Públicas* (IPPS-ISCTE, p. 9-14). [https://ipps.iscte-iul.pt/images/PDF/EstadoNacao/ENPP2022/Relatorio\\_ENPP\\_2022\\_IPPS.pdf](https://ipps.iscte-iul.pt/images/PDF/EstadoNacao/ENPP2022/Relatorio_ENPP_2022_IPPS.pdf)
- Santinho, C. (2012). A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. Em *Forum Sociológico*. Série II (No. 22, p. 73-81). CICS.NOVA. DOI: 10.4000/sociologico.594
- Sheyholislami, J. (2012). Kurdish in Iran: A case of restricted and controlled tolerance. *International Journal of the Sociology of Language*, 2012(217), 19-47. <https://doi.org/10.1515/ijsl-2012-0048>
- Schøtt, A. S. (2017). *From the forgotten people to world-stage actors: The Kurds of Syria*. Royal Danish Defence College.
- UN NEWS. (2018, 10 de dezembro). Governments adopt UN global migration pact to help ‘prevent suffering and chaos.’ *UN NEWS*. Recuperado a 20 de Agosto, 2024, de <https://news.un.org/en/story/2018/12/1028041>
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 1024–1054. <https://doi.org/10.1080/01419870701599465>
- Wahlbeck, Ö. (2018). The future of the Kurdish diaspora. Em *Routledge Handbook on the Kurds* (p. 413-424). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315627427>
- Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B., Robinson, C., & Knipper, M. (2018). Migration and health: a global public health research priority. *BMC public health*, 18(1), 987. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>
- Wolff, S. (2010). The relationships between states and non-state peoples: A comparative view of the Kurds in Iraq. Em R. Lowe & G. Stansfield (Eds.) *The Kurdish Policy Imperative*, London: Chatham House. <https://stefanwolff.com/wp-content/uploads/2010/09/A-comparative-view-of-the-Kurds-in-Iraq.pdf>
- Ziadeh, R. (2009). The Kurds in Syria: Fueling separatist movements in the region? *United States Institute of Peace*. Special Report 220. <https://www.usip.org/publications/2009/04/kurds-syria-fueling-separatist-movements-region>
- Zhilong, Z. (2020). An analysis of ESOL provision in the UK and its potential future development. *Studies in Literature and Language*, 21(1), 22-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.3968/11829>

## Fontes:

ACM. (2022, março). *Guia de Acolhimento para Migrantes*.

<https://www.acm.gov.pt/documents/10181/0/Guia+de+Acolhimento+para+Migrantes/> (Consultado a 13/07/2024)

Decreto-Lei 135/99, de 22 de abril (2024, abril)

[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2144&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2144&tabela=leis&so_miolo=)  
(Consultado a 06/06/2024)

Direção Geral da Saúde. (2009, maio). *Circular Informativa nº12/DQS/DMD*.

[https://www.spdc.pt/images/Acesso\\_dos\\_imigrantes\\_a\\_SSR\\_-\\_Cpia\\_1.pdf](https://www.spdc.pt/images/Acesso_dos_imigrantes_a_SSR_-_Cpia_1.pdf) (Consultado a 29/05/2024)

Education Scotland. (2020, julho). *Learning in 2+ Languages*.

[https://education.gov.scot/media/y5jfn5gg/learning\\_in\\_two\\_languages.pdf](https://education.gov.scot/media/y5jfn5gg/learning_in_two_languages.pdf) (Consultado a 14/08/2024)

Entidade Reguladora da Saúde. (2015, junho). *Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes*.

[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1480/Estudo\\_ERS\\_-\\_Acesso\\_a\\_Cuidados\\_de\\_Saude\\_por\\_Imigrantes\\_v2\\_.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes_v2_.pdf) (Consultado a 06/06/2024)

Global Protection Cluster Working Group. (2010, março). *Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons*

<https://emergency.unhcr.org/sites/default/files/Global%20Protection%20Cluster%2C%20Handbook%20for%20the%20Protection%20of%20Internally%20Displaced%20Persons%2C%202010.pdf.pdf> (Consultado a 27/06/2024)

HM Government. (2020). *The Global Compact for Migration. European Regional Review. Submission by the United Kingdom*.

[https://migrationnetwork.un.org/sites/g/files/tmzbdl416/files/docs/uk\\_submission\\_-\\_gcm\\_european\\_regional\\_review\\_.pdf](https://migrationnetwork.un.org/sites/g/files/tmzbdl416/files/docs/uk_submission_-_gcm_european_regional_review_.pdf) (Consultado a 01/06/2024)

HM Government. (2022). *The Global Compact for Migration- UK Voluntary National Review 2022*.

<https://migrationnetwork.un.org/system/files/docs/United%20Kingdom%20-%20Voluntary%20GCM%20Review.pdf> (Consultado a 01/06/2024)

Illegal Migration Act. (2023, julho). <https://www.gov.uk/government/collections/illegal-migration-bill>  
(Consultado a 28/05/2024)

Jornal Oficial da União Europeia. (2011, dezembro). *Diretiva 2011/95/UE do Parlamento Europeu e do Conselho*. [https://eur-](https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:337:0009:0026:pt:PDF)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:337:0009:0026:pt:PDF](https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:337:0009:0026:pt:PDF) (Consultado a 25/05/2024)

- Ministério da Educação & Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (2005, julho). *Documento Orientador de Português Língua Não Materna*.  
[https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Basico/Documentos/plnmdoc\\_orientador.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Basico/Documentos/plnmdoc_orientador.pdf)  
(Consultado a 10/08/2024)
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social & Ministério da Educação. (2009, outubro). *Portaria nº1262/2009*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1262-2009-483078>  
(Consultado a 10/08/2024)
- NHS Scotland. (2017, novembro). *Making it Easier 2017-2025*.  
<https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2017/11/making-easier-health-literacy-action-plan-scotland-2017-2025/documents/00528139-pdf/00528139-pdf/govscot%3Adocument/00528139.pdf> (Consultado a 30/05/2024)
- Organização das Nações Unidas. (2018, dezembro). *Pacto Global para as Migrações Seguras, Ordenadas e Regulares*.  
<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n18/451/99/pdf/n1845199.pdf?token=EDFCkuP3Qtv3oKRUIJb&fe=true> (Consultado a 01/06/2024)
- Organização das Nações Unidas. (1948, dezembro). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*.  
<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos> (Consultado a 01/06/2024)
- Organização das Nações Unidas. (1951, julho). *Convenção das Nações Unidas relativa ao estatuto dos Refugiados*. <https://www.unhcr.org/media/convention-and-protocol-relating-status-refugees>  
(Consultado a 01/06/2024)
- Organização das Nações Unidas. (2016, setembro). *Declaração de Nova Iorque para Refugiados e Migrantes*. <https://www.unhcr.org/media/new-york-declaration-refugees-and-migrants-0>  
(Consultado a 01/06/2024)
- Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (2019, outubro). <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx> (Consultado a 25/05/2024)
- Presidência do Conselho de Ministros. (2019, agosto). *Resolução do Conselho de Ministros nº141/2019*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15800/0004500054.pdf> (Consultado a 27/05/2024)
- Presidência do Conselho de Ministros e Finanças. (2023, outubro). *Portaria nº324-A/2023*  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/324-a-2023-223473624> (Consultado a 15/05/2024)
- Presidência do Conselho de Ministros, Educação e Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2020, agosto). *Portaria nº183/2020*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/183-2020-139563956>  
(Consultado a 08/06/2024)

- Republic of Iraq. (2005, outubro). *Constitution of Iraq*. <https://www.refworld.org/legal/legislation/natlegbod/2005/en/36563> (Consultado a 01/06/2024)
- República Portuguesa (1976, abril). *Constituição da República Portuguesa*. <https://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP1976.pdf> (Consultado a 25/05/2024)
- República Portuguesa (2020, outubro). *Portugal's contribution to the IOM Regional Review Report*. [https://migrationnetwork.un.org/sites/g/files/tmzbd1416/files/docs/oim-portugal-contribution\\_global\\_compact\\_migration-nv\\_400-2020.pdf](https://migrationnetwork.un.org/sites/g/files/tmzbd1416/files/docs/oim-portugal-contribution_global_compact_migration-nv_400-2020.pdf) (Consultado a 13/07/2024)
- República Portuguesa. (2022). *Voluntary national report on the implementation of the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration in Portugal*. <https://migrationnetwork.un.org/system/files/docs/Portugal%20-%20Voluntary%20GCM%20Review%20%28English%29.pdf> (Consultado a 01/06/2024)
- República Portuguesa & AIMA (2024, fevereiro). *Projeto de Plano Estratégico para a Aprendizagem de Português como Língua Estrangeira*. <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/74b1fa10b1-1708080680/projeto-plano-estrategico-ple-consulta-publica-fevereiro-2024.pdf> (Consultado a 08/06/2024)
- República Portuguesa & CICDR. (2021, julho). *Plano Nacional de Combate ao Racismo e à Discriminação 2021-2025*. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNDI3NgEakTS69AUAA%3d> (Consultado a 15/08/2024)
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 29-A/2022. (2022, março). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/resolucao-conselho-ministros/2022-180365457> (Consultado a 13/05/2024)
- Scottish Government. (2015, fevereiro). *National Health and Wellbeing Outcomes*. <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2015/02/national-health-wellbeing-outcomes-framework/documents/national-health-wellbeing-outcomes-framework-improving-planning-delivery-integrated-health-social-care-services/national-health-wellbeing-outcomes-framework-improving-planning-delivery-integrated-health-social-care-services/govscot%3Adocument/00470219.pdf> (Consultado a 30/05/2024)
- Scottish Government & Education Scotland. (2015). *Scotland's ESOL Strategy 2015-2020*. <https://education.gov.scot/media/luwaoezw/esolstrategy2015to2020.pdf> (Consultado a 10/06/2024)
- Scottish Government & Scottish Refugee Council. (2017, junho). *Sharing Lives, Sharing Languages: A Pilot Peer Education Project for New Scots' Social and Language Integration. Evaluation Report*. [https://www.scottishrefugeecouncil.org.uk/wp-content/uploads/2019/10/Sharing\\_Lives\\_Sharing\\_Languages\\_REPORT.pdf](https://www.scottishrefugeecouncil.org.uk/wp-content/uploads/2019/10/Sharing_Lives_Sharing_Languages_REPORT.pdf) (Consultado a 10/06/2024)

Scottish Government, COSLA & Scottish Refugee Council. (2018, janeiro). *New Scots Refugee Integration Strategy 2018-2022*.

<https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2018/01/new-scots-refugee-integration-strategy-2018-2022/documents/00530097-pdf/00530097-pdf/govscot%3Adocument/00530097.pdf> (Consultado a 01/06/2024)

Scottish Parliament. (1998, novembro). *Scotland Act 1998*.

<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1998/46/contents> (Consultado a 01/06/2024)

Scottish Parliament. (2004, maio). *Education (Additional Support for Learning) (Scotland) Act 2004*.

<https://www.legislation.gov.uk/asp/2004/4/section/1> (Consultado a 14/08/2024)

SEF (2023, maio). *Relatório da Imigração, Fronteiras e Asilo-2022*.

<https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2022%20vF2a.pdf> (Consultado a 20/08/2024)

Treaty of Sèvres (1920, agosto). <https://www.dipublico.org/100760/the-treaty-of-sevres-1920-the-treaty-of-peace-between-the-allied-and-associated-powers-and-turkey-signed-at-sevres-august-10-1920/> (Consultado a 01/06/2024)

## Anexos

### Anexo A: Mapa do Curdistão



Fonte: Enciclopédia Britannica, <https://www.britannica.com/place/Kurdistan> (Consultado a 29/09/2024)

## **Anexo B: Guião de Entrevista**

### **Caracterização sociodemográfica**

- Que idade tem?
- De onde vem?
- Tem filhos?
  - Se sim, nasceram no país? Se não, que idade tinham quando chegaram?
- Que línguas falava quando chegou?
  - Já tinha conhecimento de inglês/ português?
    - Se não: teve acesso a cursos da língua?
      - Se sim, sabe qual? Como descreve o processo? Teve apoio no registo? O curso foi proveitoso? Fala a língua?

### **Estatuto e Regularização**

- Qual era o seu estatuto quando chegou a Portugal/ Escócia?
- Há quanto tempo está no país?
- Qual é o seu estatuto agora?
- Como foi o processo de regularização no país?
- Conseguiu obter a documentação essencial? Quanto tempo demorou para a obter?

### **Acesso a cuidados de saúde**

- Nos momentos em que precisou de recorrer a serviços de saúde, recorreu ao SNS/NHS ou a serviços privados?
  - No momento de se registar, conseguiu obter logo o número de utente?
- Como descreve a informação que recebeu quando chegou a Portugal/ à Escócia sobre os seus direitos e deveres em relação ao acesso a cuidados de saúde e seus procedimentos?
- Quando é que se sentiu suficientemente informado sobre este assunto?
- A informação estava disponível numa língua que compreendesse?
  - Se não: obteve ajuda de alguém para compreender? Tinha contactos pessoais que o ajudassem a compreender/ traduzir a informação?

### **Experiências de utilização dos serviços de saúde**

- Percebendo que a sua língua nativa é diferente, como foi a sua experiência no acesso aos serviços de saúde?
  - Teve acesso a intérpretes caso tenha sido necessário, tanto nos consultórios como junto de rececionistas e balcões de atendimento?
    - Se teve: Como avalia a informação traduzida?
    - Se precisou, mas não teve acesso: Como conseguiu comunicar? Que ferramentas usou?
- Como caracteriza os tempos de espera?
  - Para uma consulta geral?
  - Para uma consulta de especialidade?
  - Nas urgências do hospital?
  - Para marcação de exames?
- Sente que alguma vez precisou de apoio psicológico? Se sim, conseguiu obter?

- Em relação a pagamentos, alguma vez lhe foi pedido a realização de um pagamento?
  - Se sim, em que situações teve de pagar taxas moderadoras?
  - Se possível, pode dizer quanto pagou, e em que tipo de serviços?

### **Relação médico-paciente**

- Na sua perceção, existem diferenças culturais acentuadas entre Portugal/ Escócia e o seu país?
- (Se sim):
- Percebendo que existem diferenças culturais, como avalia a sua experiência no consultório médico?
  - Sentia que os médicos compreendiam aquilo que lhes estava a explicar?
  - Sentiu que os médicos dispunham de sensibilidade cultural/ tinham competências culturais?
- Sentiu alguma vez que precisava de um mediador cultural?
  - Se sim: Teve acesso a um?
    - Se sim: como avalia o seu impacto?
    - Se não: sabia da existência desta possibilidade? E se tinha direito a acesso?
  - Caso tenha tido intérprete: Como avalia o papel dos intérpretes na mediação cultural?
- Como avalia o seu tratamento por parte dos profissionais de saúde?
  - Alguma vez sentiu algum tipo de discriminação por parte de um profissional de saúde?
- Como avalia a resposta dos serviços de saúde às suas necessidades médicas?
  - Sente que todas as suas necessidades médicas foram atendidas?

### **Últimos aspetos:**

- (se aplicável): De que modo avalia todo o seu processo de acesso aos cuidados de saúde, atendendo às suas barreiras linguísticas/ falta de conhecimento de português/ inglês?
  - de que modo este foi afetado?
- De que forma imagina que o processo teria sido diferente se tivesse contado/ se não tivesse contado (o aplicável) com a presença de intérpretes e/ ou mediadores culturais?
- Alguma vez teve apoio de contactos pessoais, familiares ou amigos?
  - Se sim, como vê o seu papel nos momentos de acesso à saúde?
  - Como imagina que seria diferente, se tivesse contado / não tivesse contado (o aplicável) com este apoio?
- No geral, como avalia todo o seu contacto/ experiência com os serviços de saúde?

## Anexo C: Formulário de Consentimento Informado



### CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de uma dissertação de mestrado a decorrer no ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. O estudo tem por objetivo compreender os sistemas de integração de migrantes em Portugal e na Escócia, com foco no acesso a cuidados de saúde, e na forma como a população curda nestes países experiencia este acesso.

O estudo é realizado por Lara Azevedo ([lara@iscte-iul.pt](mailto:lara@iscte-iul.pt)), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação no estudo, que será muito valorizada pois irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em estar presente em entrevista pela responsável pelo estudo, e falar sobre a sua experiência no acesso aos cuidados de saúde em Portugal/ na Escócia. Será uma entrevista única, com duração estimada de 45 minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

A participação no estudo é estritamente voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também anónima e confidencial. Os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo/a investigador/a, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, pelo que aceito nele participar.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data)

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Anexo D: Amostra de população abordada

Amostra da população em Portugal:

Portugal										
Entrevista	Gênero	Ano de Chegada	Idade à chegada	Tempo de Estadia (anos)	Cidade de residência	Origem	Línguas faladas à chegada	Estatuto à chegada	Estatuto agora	Tem filhos?
1	M	2017	23	7	Lisboa	Rojava	Árabe, Inglês, Curdo Kurmanji	Proteção subsidiária	Cidadania portuguesa	Não
2	M	2016	26	8	Aveiro	Bakur	Inglês, Curdo, Turco	Visto turístico	Residência Permanente	Não
3	M	2016	25	8	Évora/ Lisboa	Bakur	Inglês, Curdo Kurmanji, Turco	Visto estudante	Cidadania portuguesa	Não
4	M	2016	20	8	Lisboa	Rojava	Árabe, Inglês, Curdo Kurmanji	Proteção subsidiária	Residência Temporária	Não
5	F	2022	25	1 ano e meio	Porto	Rojava*	Inglês, Curdo Kurmanji, Turco	Visto estudante	Residência Temporária (3 anos)	Não
6	M	2020	21	4	Lisboa	Bakur	Inglês, Turco, Curdo Kurmanji, Árabe	Visto estudante	Residência Temporária (3 anos)	Não
7	F	2019	16	5	Lisboa	Bakur	Turco, Inglês, Chinês	Visto gold	Visto gold	Não
8	F	2019	29	5	Lisboa/ Margem Sul	Bakur	Inglês, Curdo Kurmanji, Turco	Visto estudante	Residência Temporária (5 anos)	Não

\*A família é de Rojava, mas ela nasceu na Turquia

Amostra da população na Escócia:

Escócia										
Entrevista	Gênero	Ano de Chegada	Idade à Chegada	Tempo de Estadia (anos)	Cidade de residência	Origem	Línguas faladas à chegada	Estatuto à chegada	Estatuto agora	Tem filhos?
1	F	2005	33	19	Glasgow	Bashur	Curdo Sorani, Árabe, Inglês básico	Requerente de Asilo	Cidadania britânica	Sim
2	F	2017	32	7	Glasgow	Bashur	Curdo Sorani	Requerente de Asilo	Residência por tempo indeterminado**	Sim
3	F	2007	23	17	Glasgow	Bashur	Curdo, Farsi	Refugiado	Cidadania britânica	Sim
4	F	2017	34	7	Glasgow	Bashur	Curdo Sorani, Inglês básico	Requerente de Asilo	Requerente de asilo	Sim
5*	M	2013	23	11	Glasgow	Bashur	Inglês, Curdo Sorani	Requerente de Asilo	Cidadania britânica	Sim
6	F	2017/ 2018	47	6	Glasgow	Bashur	Curdo Sorani	Requerente de Asilo	Refugiado	Sim
7	F	2004	22	20	Glasgow	Bashur	Curdo	Requerente de Asilo	Cidadania britânica	Sim
8	M	2005	10	19	Glasgow	Bashur	Curdo Sorani	Requerente de Asilo	Cidadania britânica	Não

\* Já tinha estado na Inglaterra durante 8 anos

\*\* Refugiados recebem indefinite leave to remain

## Anexo E: Grelha de Análise de Entrevistas

<b>Dimensão</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Questões Associadas</b>
<b>Perfil</b>	Perceber os dados sociodemográficos; Perceber o estatuto migratório à chegada e o atual; Compreender os conhecimentos linguísticos	De onde vem? Que idade tem? Há quanto tempo se encontra na Escócia/ em Portugal? Qual era o seu estatuto à chegada? Qual é o seu estatuto agora? Tem filhos? Se sim, nasceram em Portugal/ na Escócia ou no Curdistão?
<b>Regularização</b>	Perceber como decorreu o processo de regularização em Portugal/ na Escócia, a nível de estatuto e acesso a documentação	Qual é o seu estatuto agora? Como descreve o processo de regularização no país? Conseguiu obter a documentação essencial? Quanto tempo demorou?
<b>Acesso a Aprendizagem de Língua</b>	Perceber se teve acesso a aulas de português/ inglês; Perceber o tipo de curso, se era programa do Estado ou privado; Perceber como foi o curso, e se agora fala a língua	Teve acesso a aulas de português/inglês? O curso foi gratuito? Teve apoio no acesso ao curso? Como classifica o curso? Fala agora a língua?
<b>Acesso aos Cuidados de Saúde e Acessibilidade dos mesmos</b>	Perceber se teve acesso aos cuidados de saúde do SNS/ da NHS; Perceber como decorreu a obtenção do número de utente; Perceber se teve apoio neste acesso; Compreender a informação disponível sobre acesso a cuidados de saúde; Saber se houve pagamentos e em que situações; Perceber se houve acesso a intérpretes e como eram	Teve acesso a cuidados da NHS/ do SNS ou privados? No momento de registo, teve acesso imediato a número de utente? Como descreve a informação que recebeu sobre os seus direitos de acesso a cuidados de saúde? A informação estava disponível numa língua que compreendesse? Se não, como percebia? Alguma vez teve de realizar um pagamento? Em que situação? Teve acesso a intérpretes, caso necessário? Se sim, como avalia?
<b>Avaliação do Tratamento</b>	Perceber como foi o tratamento quando usava os serviços; Entender a relação entre o paciente e os profissionais de saúde; Perceber o papel de possível diferenças culturais; Compreender o possível auxílio de intérpretes neste sentido; Perceber se as necessidades médicas foram atendidas	Como classifica os tempos de espera? Alguma vez teve acesso a apoio psicológico? Sente que há diferenças significativas entre Portugal/ Escócia e o Curdistão? Se sim, sente que estas tinham impacto durante a consulta? Alguma vez considerou que seria útil um mediador cultural? Sente que os profissionais compreendiam o que estava a explicar? Como avalia o tratamento pelos profissionais de saúde? Alguma vez sentiu discriminação?

		Como avalia a resposta às suas necessidades médicas? Sente que foram atendidas?
<b>Avaliação global dos cuidados de saúde</b>	Perceber de que modo avaliam, de forma geral, o SNS/ a NHS; Entender como pensam que teria sido diferente caso as circunstâncias fossem outras; Perceber as principais dificuldades	Como avalia o acesso aos serviços de saúde, considerando que a sua língua materna é diferente? Como sente que teria sido diferente caso tivesse tido um intérprete/ não tivesse tido intérprete/ não falasse a língua? Como sente que teria sido diferente se tivesse contado/ não tivesse contado com apoio? De forma global, como avalia toda a sua experiência com os cuidados de saúde em Portugal/ na Escócia?