

CADERNOS DE GEOGRAFIA

NÚMERO ESPECIAL

INSTITUTO DE ESTUDOS GEOGRÁFICOS
com a colaboração do Centro de Estudos Geográficos

FACULDADE DE LETRAS • UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ACTAS DO TERCEIRO COLÓQUIO DE GEOGRAFIA DE COIMBRA
COIMBRA 2001



MOBILIDADE POPULACIONAL. BOAS PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO DO VIH JUNTO DE POPULAÇÃO MIGRANTE

Paulo Nuno Nossa*

INTRODUÇÃO

O aumento significativo da capacidade de deslocação de pessoas e bens, as alterações verificadas no equilíbrio geopolítico mundial na década de 90, a par da liberalização dos mercados e a emergência de "novas patologias infecciosas", estão entre os fenómenos mais relevantes deste novo milénio.

Para além dos Estados, a comunidade científica e as Organizações Internacionais têm dedicado muita da sua atenção e investigação ao crescente número de deslocados por causas económicas e humanitárias, bem como às condições em que tal mobilidade ocorre entre as áreas de partida e os países de destino.

Neste artigo procuraremos equacionar um conjunto de factores Geográficos, Económicos e Sociais susceptíveis de enquadrarem estes grupos, relacionando-os particularmente com a exposição ao risco de infecção por VIH, em contraponto com estratégias preventivas recomendadas por organismos de referência como a UNAIDS/OMS, UNHCR, com o objectivo de diminuir a vulnerabilidade subjacente a processos massivos de deslocação, particularmente em cenários de caos político e grave depreciação económica.

A actualidade da discussão releva da dualidade vivida pela Europa, espaço de acesso controlado a cidadãos de países terceiros, por via do acordo Schengen e, simultaneamente, pela pressão exercida sobre o velho continente, também por causa da sua estrutura demográfica envelhecida, carenciada por esta via de mão-de-obra jovem, para além da abertura politicamente concertada por motivos humanitários, face às convulsões vividas a Leste e nos Balcãs.

É pois incontornável que a Europa retornou ao recrutamento oficial de mão-de-obra externa ao espaço comunitário. A confirmá-lo estão não só os Relatórios dos Serviços de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) de diversos países, mas também os sucessivos processos de Regulari-

zação Extraordinária de Imigrantes, coordenados pelos Estados e exigidas por ONG's e grupos de pressão cívica e religiosos.

Entre a reconhecida carência de trabalhadores para os sectores de mão-de-obra intensiva das economias europeias e a inusitada pressão externa de uma oferta ilegal e clandestina, muito para além dos contingentes fixados pelos Estados, fica um número indeterminado, mas sempre volumoso, de indivíduos afastados de uma cobertura social e sanitária minimamente eficiente e digna, alguns dos quais portadores de patologias de certo modo atípicas para o actual padrão sanitário europeu, expostos a um conjunto de insuficiências e arbitrariedades facilitadoras da exposição a situações de elevada vulnerabilidade, particularmente pela infecção por VIH.

NOVA ROUPAGEM DE VELHOS MOTIVOS

De acordo com o *World Migration Report* (2000), 150 milhões de emigrantes trabalham e residem em permanência fora do seu país de origem, acrescentando-se a este número 2 a 4 milhões de novos candidatos por cada ano que passa. A esta cifra devem juntar-se 15 milhões de refugiados em busca de asilo (1999) e 20 a 30 milhões de deslocados por perseguição política, étnica, religiosa, guerra declarada ou guerrilha. Cerca de 90% dos migrantes do mundo vivem em 55 países, pelo que, em média, na década de 90, 4,6% da população dos países desenvolvidos era composta por emigrantes, contra 1,6% nos países em desenvolvimento (CASTLES, 2000). Do total destes emigrantes, 46% são compostos por mulheres e adolescentes, podendo mesmo ser o grupo maioritário em algumas regiões asiáticas (UNAIDS, 2000)¹.

¹ Ex.: Sri Lanka. 60% dos emigrantes deste país são, presentemente, mulheres cujo destino fundamental é o trabalho doméstico.

* Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho.

Quadro I – Indicadores de migrações internacionais para alguns países europeus (1996)

	População estrangeira no total nacional (%)	Efectivos de mão-de-obra estrangeira (milhares)	Chegadas e pedidos de asilo (milhares)
Alemanha	8,9	2077,7	116,4
Áustria	9,0	319,7	7,0
Bélgica	8,9	343,8	12,4
Espanha	1,4	161,9	4,7
Luxemburgo	33,4	117,8	0,3
Portugal	1,7	86,8	0,3
Suíça	19,6	709,1	18

Fonte: Eurostat, OCDE/CASTLES (2000)

Nesta vertigem de incessante mobilidade, entroncam múltiplos factores, alguns dos quais prodigamente reconhecidos: transportes progressivamente mais rápidos, busca de novas oportunidades económicas, acesso à informação, fortemente coadjuvada pela difusão dos *media* e pelo acesso à *internet*, fortalecendo o já famoso *cliché* de “aldeia global”, estimulando e construindo percepções, por vezes distorcidas, de sucesso económico e promoção social além fronteiras.

O fluxo migratório em direcção ao centro da Europa não é um fenómeno novo. Ciclicamente reveste-se de novos contornos, acompanhando ciclos demográficos e económicos, condicionados por directrizes de política externa, agora de cariz supranacional, bem como por convulsões político-militares ocorridas nas periferias das regiões receptoras.

A porta da Europa abastada tem sido constantemente procurada, sendo que a área de atracção estende-se agora até aos países do sul, antigos emissores de mão-de-obra emigrante. Após a II Guerra Mundial, o processo de reconstrução e modernização do centro da Europa, também estimulada pelo plano Marshall², estabeleceu um fluxo das periferias para o centro. Atraiu-se mão-de-obra pouco qualificada, cujo destino era fundamentalmente a construção civil e a indústria, para além de alguns servi-

² Deve notar-se que a formulação e qualificação do plano Marshall (1947-1949), é iminentemente marcada por objectivos político-estratégicos de contenção da esfera de influência comunista, à época protagonizada por Estaline, que poderia estender-se até ao centro da Europa, perturbando em definitivo a doutrina Truman para a Europa. Por esta via a América (EUA) ajudaria a Europa a recompor-se, para evitar «*distúrbios políticos e desespero*», com o objectivo politicamente assumido de «*retomar a economia mundial e para criar instituições livres*» (KISSINGER, 1996, pp. 389-411).

ços de baixa qualificação, atenuando a falta de oportunidades e o marasmo económico vivido por alguns Estados, entre os quais Portugal, cujo *take-off* industrial ocorre tardiamente, onde o produto da agricultura só é ultrapassado pela indústria no início da década de 60.

Concomitantemente, os acordos de “cooperação e desenvolvimento” estabelecidos com antigas possessões coloniais, especialmente em África e na Indo-china, que a partir de 1959 emergem sob a forma de Novos Estados, são também eles vias de deslocação de população, cuja grandeza e significado estão bem patentes na miscigenação da cultura e demografia continental. KRITZ (1992) aponta este aspecto na sua «*teoria de sistemas migratórios*» ao sublinhar a necessidade de se examinar nos dois extremos do fluxo a totalidade das conexões económicas, políticas, militares e culturais, porquanto « *muitas das rotas de migração são materializadas sobre antigas relações coloniais, militares e comerciais, ou por herança cultural ainda presente*».

Mais recentemente, o processo político e histórico ensaiado por GORBATCHEV (1985) na sua famosa *perestroika* [reforma], estiveram na génese de uma nova ordem mundial, fazedora de uma nova geografia de fronteiras e de oportunidades, que culminou em 1989 com a queda do muro de Berlim, símbolo máximo daquilo que Churchill, após 1945, havia denominado de «*cortina de ferro*».

A União Europeia assiste à falência de um *modus operandi* político que confinava grandes massas populacionais a territórios ideologicamente marcados e autorizados, de onde emergem um conjunto de Novos Estados Independentes, transformando em migrações internacionais um conjunto de mobilidades até aqui tidas e classificadas como migrações internas.

O processo de convergência crescente das economias, a par da mundialização dos movimentos de capitais, gerou um pulsar de fluxos irregulares, agudizados em períodos de recessão, aumentando o caudal de deslocações por razões económicas que, de uma forma legal ou clandestina, procuram espaços onde a expectativa de emprego, ainda que auferindo baixíssima retribuição, é condição suficiente para a sua deslocação. CASTLES (2000) corrobora de certa forma a ideia expressa por HUGO (1994) a propósito de «*uma nova economia das migrações de mão-de-obra*», onde a decisão de emigrar não é, na actualidade, produto exclusivo de uma avaliação individual, mas antes a definição clara e assumida de uma *estratégia familiar* visando a implementação dos rendimentos, corporizando um processo de sobrevivência. Neste plano, não podemos esquecer o aumento paulatino do número de países considerados como *absolutamente pobres* pela ONU, num alastrar de mosaicos regionais, onde uma significativa fatia da população auferem menos de 250\$00

dia, atingindo esperanças médias de vida que, em alguns casos, apenas conseguem atingir os 50 anos. Nestes espaços, adverte CASTLES (2000), pode não existir uma relação linear entre a pobreza extrema e o processo migratório, apresentando-se mesmo como um processo irregular ou fortemente mitigado, uma vez que estes indivíduos não têm nem os recursos financeiros necessários para a sua deslocação, nem o capital de informação e saber que lhes possibilite a saída e acesso ao trabalho noutros espaços. Excepção feita quando, por processos violentos de guerra declarada ou guerra de baixa intensidade, populações ou etnias são obrigadas a assumir o papel de deslocados, mas não de emigrantes segundo a concepção clássica do termo.

Deste modo, as migrações internacionais são a outra face de um processo integrante de *mundialização*, que pode ser definido como *alargamento, aprofundamento e aceleração da interconexão* mundial presente em todos os aspectos da vida social contemporânea (CASTLES, 2000). Neste sentido urge perceber que, na actualidade, todas as regiões, e a maior parte dos Estados são, simultaneamente pólos geradores e receptores de migrantes, variando nas condições de emissão, acolhimento e integração.

Perante a elevada pressão de fluxos migratórios, e por via de um entendimento político supranacional a que se obrigaram os Estados da União Europeia, o espaço Schengen (1990), surge como instrumento político detido pelos governos, fundamental à concretização do ideal europeu de um espaço de liberdade, segurança e justiça actuando, simultaneamente, como processo de controlo migratório para este espaço, no âmbito de convenção internacional de que Portugal é Estado signatário.

Por esta via, os emigrantes³ por causa económica, oriundos de países terceiros, estão sujeitos às regras estabelecidas pela convenção supra mencionada, regulamentada pela legislação nacional de cada Estado membro.

³ (E) *Migrante* pode ser definido todo aquele que, pelas razões a seguir expressas ou outras, voluntariamente deixa o seu país com o objectivo de estabelecer residência noutro lugar. Pode ser movido pelo desejo de mudança, aventura, por motivos familiares ou pessoais. Todavia, se a sua mobilidade tem causas exclusivamente económicas, ele será sempre reconhecido pelos Estados como migrante por causa económica e nunca como refugiado. Todavia existem situações em que a distinção de migrante por causa económica e refugiado encontram ténues diferenças, especialmente quando os Estados ou comunidades tomam determinadas atitudes ou decisões que privam os indivíduos de acesso em condições normais à vida económica, por motivo da sua ideologia política, sexo, raça, religião ou grupo social. Nestes casos, o impedimento ao exercício de uma vida económica activa, a aplicação de taxas excessivas pelos motivos atrás expostos poderá, em certas circunstâncias, autorizar a designação de refugiado (UNHCR, Handbook, 1998).

Situação diferente rege aqueles que, ao abrigo da Convenção de Genebra de 1951 e do protocolo de Nova Iorque de 1967, reclamam o estatuto de *Refugiado*, ou ainda aqueles que solicitam *Asilo*⁴, atravessando fronteiras com o intuito de obter protecção, cujas condições e motivos podem não corresponder aos critérios fixos e restritos da Convenção de 1951.

As restrições à mobilidade migrante impostas pelos Estados, a sobreoferta de mão-de-obra, em alguns casos patrocinada pelo crime organizado, o distender de tensões regionais, coadjuvadas por recessões económicas, a falência de modelos políticos a par do nacionalismo, da intolerância étnica e religiosa, todas elas, actuam como catalisadores de vulnerabilidade para aqueles que, legal ou ilegalmente, cruzam fronteiras em busca de sustento e protecção.

Quer os indivíduos que têm a sua situação legalizada, sejam eles imigrantes [excepção feita às elites qualificadas], refugiados ou asilados, quer os ilegais e clandestinos, suportam com diferentes níveis de severidade o ónus da sua deslocação, da diferença linguística e cultural, da sua deficitária integração social.

No caso dos imigrantes em Portugal, tem-se verificado um fluxo exponencial e contínuo. A sua fixação ocorre, maioritariamente, nas periferias das áreas urbanas de maior dimensão, ocupando muitos dos espaços degradados, motivados por custos de acessibilidade e arrendamento, suportados por uma rede de conhecimentos, sentimentos de solidariedade, protecção e entreaajuda característicos das comunidades há mais tempo radicadas no território. Em Portugal, o total de residentes estrangeiros autorizados perfazia, no final de 1999, 190.896 indivíduos, pertencendo 55% ao espaço CPLP⁵, registando-se, entre 1980-1990, um crescimento de 250%.

⁴ No caso da lei portuguesa, o regime jurídico-legal de Asilo é suportado pela CRP, artigo 33.º e regulamentado pela Lei n.º 15/98 de 26 de Março onde se reconhece o direito à concessão de asilo a estrangeiros e apátridas que, receando com fundamento ser perseguidos em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, opiniões políticas ou integração em certo grupo social, não possam ou, em virtude desse receio, não queiram voltar ao Estado da sua nacionalidade quando os motivos referidos se verificarem relativamente a todos os Estados de que seja nacional.

⁵ CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa, constituída a 17 de Junho de 1996, comporta 200 milhões de pessoas, distribuídas por 7 países: Angola, Moçambique, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Brasil e Portugal. Na sua Declaração Constitutiva, como «*fórum multilateral privilegiado de amizade mútua, de concertação político-diplomática e de cooperação*», encontra-se como objectivo a «*promoção de medidas facilitadoras da circulação dos cidadãos dos Países Membros no espaço CPLP*».

Quadro 2 - Principais nacionalidades dos residentes estrangeiros regularizados em Portugal (1980-1998)

	1980	1990	1999
Cabo Verde	21022	28796	43797
Brasil	3608	11413	20887
Angola	1482	5306	17695
Guiné	678	3986	14140
Reino Unido	2684	8457	13344

Fonte: SEF, 2000

As barreiras linguísticas e culturais, o prolongar da situação de clandestinidade, a precariedade de habitação, baixos níveis de educação e insuficiência de rendimentos concorrem, todas elas, para traçar um quadro de vulnerabilidade sanitária e social reconhecido e alertado por diversos Organismos Internacionais como a UNAIDS/OMS e UNCHR.

INTEGRAÇÃO E BOAS PRÁTICAS

Desde a década de 70 que se reconhece, em termos sanitários, que a manutenção de níveis de saúde nos indivíduos, não depende exclusivamente de um conjunto de elementos exógenos, próprios do ambiente circundante, mas depende de um conjunto de factores capitalizados pelo indivíduo a que GROSSMAN (1972), no seu *modelo de produção de saúde* denominou de *inputs*, dos quais o acesso aos cuidados de saúde constitui apenas um dos múltiplos pilares, tido como necessário mas não suficiente para diminuir ou retardar a depreciação do *stock* de saúde e, consequentemente, manter bons níveis de capacidade produtiva.

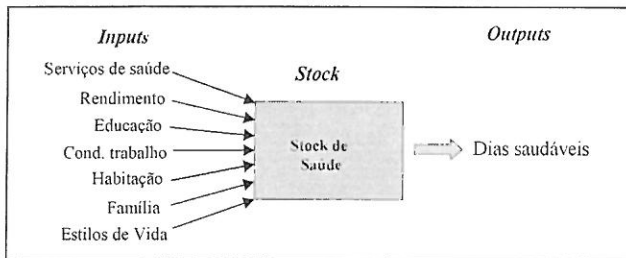


Fig. 1 – Modelo de produção de saúde – GROSSMAN (1972)

Fonte: GIRALDES, 1997

LE GRAND (1982) sublinhou que indivíduos com menores recursos económicos e educacionais fazem, naturalmente, menos investimentos em saúde, não só porque a utilização dos serviços de saúde, mesmo que gratuitos, envolve sensibilização, esforço e disponibilidade pessoal, mas também porque não possuem uma adequada percepção do risco e dos benefícios subjacentes a atitudes preventivas. O baixo nível educacional dificulta o acesso aos

meios rotineiros de informação escrita e coloca algumas barreiras de comunicação e inteligibilidade entre técnicos de saúde e utentes.

No caso dos emigrantes, as situações atrás descritas e os *inputs* inumerados são, na maioria das vezes, objecto de elevada insuficiência e dependência. Regra geral as condições de trabalho e segurança são precárias, muitas vezes mais agressivas e inseguras do que as proporcionadas aos nacionais. A qualidade habitacional, por via dos baixos rendimentos ou da sua condição de clandestinidade, não é adequada, bem como é insuficiente ou inexistente a(s) rede(s) de apoio familiar, derivando da tentativa de maximizar a poupança ou, maioritariamente, resulta de um processo de reagrupamento familiar interdito ou dificultado por processos administrativos burocratizados pelos Estados receptores⁶. No que toca à procura e utilização de serviços de saúde, regra geral o SNS, estes indivíduos só o podem fazer mediante credenciação adequada, facto incompatível com situações de ilegalidade originando, muitas vezes, quadros de elevada debilidade física, motivados por um evitamento crónico da utilização de serviços oficiais por receio de denúncia, prisão e repatriamento.

Pelo que foi dito, é manifestamente consensual que a saúde é fortemente influenciada por situações económicas e sociais com forte impacto sobre determinantes do comportamento individual. Na actualidade, a generalidade das doenças sexualmente transmissíveis (DST), particularmente a infecção por VIH, faz parte do perfil da vida social das sociedades contemporâneas⁷. No passado ano, estimava-se que o total de indivíduos atingidos pelo VIH/SIDA atingisse, em todo o mundo, os 34 milhões, sendo que 95% dos seropositivos são contabilizados nos países em vias de desenvolvimento que apresentam as mais elevadas taxas de incidência entre os 20-45 anos. Estudos efectuados no continente Africano, na América Latina e em alguns países da Europa de Leste apontam as populações emigrantes, ou detentoras de elevada mobilidade (camionistas, marinheiros, militares, delegados comerciais, operários deslocados) como muito vulneráveis a situações de alto risco de infecção por VIH. Esta realidade, para além de afectar directamente aqueles que se deslocam, estende-se aos cônjuges que permanecem nos

⁶ Por exemplo, a lei de imigração Suíça só autoriza o reagrupamento familiar, oficialmente reconhecido, decorridos 7 anos de residência e trabalho legal, através de um pedido devidamente fundamentado, devendo o requerente demonstrar que possui condições de habitabilidade e rendimento condignas para acolher os seus familiares directos.

⁷ Em 1995 a OMS contabilizou 333 milhões de novos casos de DST's curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomonas), resultantes de contactos sexuais não protegidos. (LANCET, vol. 351, 1998)

locais de origem, vítimas silenciosas de comportamentos de risco em percursos de migração sazonal ou de média/longa duração. Tendo presente a realidade laboral em muitos dos locais de destino das populações deslocadas, às quais se juntam precárias condições de trabalho e residência, o *South Africa Medical Research Council* denunciou à UNAIDS (2001) as causas da elevada incidência de DST's observadas:

«Se quiser garantir a difusão de uma DST junte umas centenas de homens jovens, separados das suas famílias, coloque-os em dormitórios [ou áreas específicas], forneça-lhes álcool e sexo comercial. Para assegurar a difusão à escala nacional, desloque-os no território ou, devolva-os de regresso às suas esposas e namoradas».

Conscientes das elevadas condições de vulnerabilidade e da possibilidade de muitos dos deslocados em situações de elevado desfavorecimento funcionarem como transmissores de DST's ou, especificamente de VIH, mais de 60 países, entre os quais os EUA e a Suíça, restringiram os vistos de média e longa duração a não nacionais seropositivos e, muitos outros, executam rastreio não informado para este tipo de patologias, indeferindo por esta via a autorização de residência/permanência.

Todavia, deve acrescentar-se uma palavra de cautela acerca daqueles que são expostos a situações de vulnerabilidade, seja por baixa protecção social e sanitária, seja por discriminação rática ou xenófoba, por marginalização social, ou por insuficiente rendimento e acesso à informação, de modo a evitar-se um processo de generalização ou rotulagem social: «*ser ou estar deslocado, em si, não constitui factor de risco de VIH/SIDA, as alterações e pressões enfrentadas em todo o processo de migração, deslocação ou refúgio, aumentam a vulnerabilidade destes grupos*» UNAIDS (2001).

A situação verificada por diversas ONG's e Organizações Internacionais de elevada credibilidade, entre as quais a OMS, leva a que se equacionem e alistem muitas das vulnerabilidades associadas à migração, deslocação e refúgio:

Quadro de vulnerabilidade associado ao risco de infecção por VIH

- ♦ Restrição de direitos;
- ♦ Perda de rendimentos;
- ♦ Desagregação do núcleo familiar e implementação da procura de sexo comercial;
- ♦ Sentimento de anonimato e maior facilidade de transgressão de regras culturais e sociais;
- ♦ Pressão de grupo;
- ♦ Impossibilidade de acesso a serviços de saúde e/ou dificuldade de descodificação de mensagens preventivas e esquemas profiláticos específicos;
- ♦ Sexo coercivo em troca de protecção, alimento, refugio ou libertação de familiares.

Para além de se atender aos riscos e vulnerabilidades enunciadas, são os Estados receptores de mão-de-obra migrante, deslocados ou refugiados, convidados a implementarem um conjunto de *boas práticas* capazes de minimizarem os riscos e potenciarem processos de integração e protecção sanitária sustentada, digna e eficaz:

Quadro de boas práticas recomendadas aos Estados e organizações de saúde

- ♦ Inclusão de populações migrantes, deslocadas ou refugiadas em planos sanitários preventivos, incluindo informação e profilaxia de DST's;
- ♦ Compreensão de barreiras culturais e religiosas específicas destes grupos, por forma a evitar processos de rejeição absoluta de todas e quaisquer medidas propostas;
- ♦ Desenvolver programas de informação social e sanitária nos países de destino [devendo, se possível, ser alargados aos países de origem], de modo a permitirem escolhas informadas no âmbito da saúde, num contexto linguístico e cultural adequado para os diferentes grupos;
- ♦ Promover equipas de ambulatório compostas por técnicos de saúde e de intervenção social, podendo ser mediadas por líderes comunitários, facilitando a prestação de cuidados de saúde a populações específicas e "ocultas";
- ♦ Autorizar o uso de sistemas de saúde locais – "user-friendly" a populações migrantes, deslocadas ou refugiadas;
- ♦ Promover e incentivar o acesso a consultas de saúde reprodutiva para mulheres e adolescentes migrantes, deslocados ou refugiados;
- ♦ Permitir o acesso a cuidados de saúde diferenciados a portadores de VIH nos países de destino;
- ♦ Apoiar programas de investigação e monitorização de processos de inserção e mobilidade.

Só o reconhecimento de um conjunto de vulnerabilidades e necessidades, específicas por parte de grupos de população migrante, pode contribuir para minimizar o risco e a vulnerabilidade latente no processo de deslocamento populacional, ainda que voluntário. As práticas sugeridas não devem ser objecto de uma orientação caritativa, mas devem ser organizadas numa perspectiva humanista, promovendo o exercício de direitos e deveres, fornecendo um conjunto de instrumentos através dos quais os indivíduos possam tomar decisões informadas, apoiadas social e institucionalmente pelas autoridades locais.

O fornecimento de condições mínimas de dignidade de tratamento e acesso à informação, embora reconhecendo a limitação de alguns recursos, tende a facilitar e a acelerar os processos de integração e autonomia económica, maioritariamente almejados por estes grupos, alcançando, por via indirecta, um conjunto de condições absolutamente necessárias para que, do ponto de vista individual, o *stock de saúde* não seja drasticamente depreciado.

BIBLIOGRAFIA:

- CASTLES, Stephen (2000) – “Les migrations internationales au début de XXI^e siècle: tendances et problèmes mondiaux”. *Revue Internationale des Sciences Sociales*, Unesco, n.º 165, September 2000
- GIRALDES, Maria do Rosário (1997) – *Economia da Saúde, da teoria à prática*. Lisboa, Imprensa Universitária, n.º 107, Editorial Estampa
- KISSINGER, Henry (1996) – *Diplomacia*. Gradiva
- SEF (2000) – *Relatório Estatístico Anual - 1998*. htm
- TAPINOS, George (2000) – “Mondialisation, intégration régionale, migrations internationales”. *Revue Internationale des Sciences Sociales*, Unesco, n.º 165, September 2000
- TIMUR, Serim (2000) – “Évolution et enjeux majeurs des migrations internationales: une vue d’ensemble des programmes de l’Unesco”. *Revue Internationale des Sciences Sociales*, Unesco, n.º 165, September 2000
- UNAIDS (2001) – *Aids Poverty & Debt Relief*. N.º 2, Geneva, April, htm
- UNAIDS, (2001) – *Technical update: Population, Mobility and AIDS*. Geneva, February, htm
- UNHCR (1998) – *Handbook*. Geneva, htm
- UNHCR (2000) – *Who is a refugee?* Geneva, htm
- Lei n.º 15/98 de 26 de Março
- Decreto Regulamentar n.º 5-A/2000, 26 de Abril