População e Sociedade
tema B

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
STATISTICS PORTUGAL

ISSN 1645-5657

Revista de Estudos Demográficos

nº 45

Ano de edição 2009

FICHA TÉCNICA:

Título
Revista de Estudos Demográficos

Editor
Instituto Nacional de Estatística, I.P.
Av. António José de Almeida
1000-043 LISBOA
Portugal
Telefone: 21 842 61 00
Fax: 21 844 04 01

Presidente do Conselho Directivo
Alda de Caetano Carvalho

Design, Composição e Impressão
Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Tiragem
450 exemplares

ISSN 1645-5657

Depósito legal nº: 185856/02

Periodicidade Semestral

Preço
€ 15,00 (IVA incluído)

DIRECÇÃO EDITORIAL:

Editor Chefe:
Maria José Carrilho - Instituto Nacional de Estatística

Editores Adjuntos:
Fernando Casimiro - Instituto Nacional de Estatística
Maria Filomena Mendes - Universidade de Évora

Conselho Editorial:
Alfredo Bruto da Costa - Universidade Católica, Lisboa
Ana Nunes de Almeida - Instituto de Ciências Sociais (ICS), Lisboa
António Barreto - Instituto de Ciências Sociais (ICS), Lisboa
Fernando Casimiro - Instituto Nacional de Estatística
Gilberta Rocha - Universidade dos Açores
Joaquim Manuel Nazareth - Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação (ISEGI), Lisboa
Jorge Arroteia - Universidade de Aveiro
Karin Wall - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), Lisboa
Leston Bandeira - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Emprego (ISCTE), Lisboa
Maria Filomena Mendes - Universidade de Évora
Maria Ioannis Baganha - Universidade de Coimbra
Maria José Carrilho - Instituto Nacional de Estatística

Secretária:
Liliana Martins - Instituto Nacional de Estatística

Os pontos de vista expressos nesta publicação são da responsabilidade dos autores e não reflectem necessariamente a opinião do Instituto Nacional de Estatística.

Por questões de arredondamento, os totais de alguns quadros podem não corresponder à soma das parcelas.

Apoio | ao cliente
808 201 808

O INE, I.P. na Internet
www.ine.pt

© INE, I.P., Lisboa · Portugal, 2009 *
A reprodução de quaisquer páginas desta obra é autorizada, excepto para fins comerciais, desde que mencionando o INE, I.P., como autor, o título da obra, o ano de edição, e a referência Lisboa-Portugal.

Apresentação

Em 2009, assinala-se o 15º aniversário da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD) realizada entre 5-13 de Setembro de 1994, no Cairo. A ICPD, organizada pelas Nações Unidas é considerada um marco histórico nas questões de população e desenvolvimento, bem como no campo dos direitos humanos.

A Conferência do Cairo adoptou um Programa de Acção (PoA) que reúne recomendações, para um período de 20 anos, que pretendem melhorar o bem-estar dos indivíduos e promover o desenvolvimento sustentável. A resolução 49/128 de 19 de Dezembro 1994 da Assembleia-geral das Nações Unidas atribuíu à Comissão de População e Desenvolvimento (CPD) a tarefa de acompanhar e avaliar os progressos da sua implementação. Com este objectivo a CPD debate anualmente um tema do Programa e faz cada cinco anos a avaliação das metas traçadas.

Apesar da situação demográfica mundial se ter alterado, nos últimos quinze anos, e o crescimento populacional não ser tão forte como o previsto, os princípios adoptados no Cairo, por consenso, mantêm-se válidos.

O presente número da RED inicia-se com uma análise das migrações internacionais, especificando os direitos humanos das pessoas migrantes e o direito ao reagrupamento familiar., bem como da transversalização da igualdade de género nas políticas públicas relativas às migrações internacionais. Segue-se uma abordagem do contributo da privação sociomaterial nos níveis de saúde. Este estudo, que dá continuidade ao divulgado na RED 43, conclui que a melhoria dos níveis de saúde é possível, através de políticas integrativas, direccionadas para os indivíduos e para os espaços de vida, e que passam entre outras por medidas que permitam reduzir a pobreza e a privação dos lugares. Procura-se, ainda, evidenciar alguns dos objectivos traçados no Programa de Acção do Cairo, ressaltar o avanço comparativamente às recomendações das conferências anteriores e caracterizar, de forma sintética, a evolução demográfica observada no Mundo e em Portugal, bem como algumas iniciativas nacionais no campo da saúde reprodutiva, após o Cairo.

Os nossos agradecimentos endereçam-se aos autores dos artigos que integram este número da revista, estendem-se aos membros do Conselho Editorial e a outros especialistas que connosco colaboraram, dando sugestões que permitiram melhorar os trabalhos divulgados.

Maria José Carrilho

Editora Chefe

Junho 2009

Índice

Artigo 1º

Pessoas Migrantes 5
Migrants Persons

Maria do Céu da Cunha Rêgo

Artigo 2º

Pessoas pobres, lugares pobres, saúde pobre. Territórios amplificadores do risco na Área Metropolitana de Lisboa 29
Poor people, poor places, poor health. Territories of risk amplification in the Lisbon Metropolitan Area

Helena Nogueira

Artigo 3º

A População 15 anos após o Cairo 49
Population: 15 years after Cairo

Maria José Carrilho

Autora: Maria do Céu da Cunha Rêgo

Jurista; Membro da Delegação Portuguesa à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo, 1994

mccunharego@.hotmail.com

Resumo:

O artigo parte de duas mensagens da Conferência do Cairo no domínio das migrações internacionais em que a delegação portuguesa se envolveu particularmente - os direitos humanos de todas as pessoas migrantes e o direito ao reagrupamento familiar - para dar visibilidade a textos relevantes entretanto produzidos e objecto de recomendação institucional, acordo intergovernamental ou vinculação jurídica, no âmbito de organizações internacionais e da União Europeia.

Com a mesma metodologia se dá conta da transversalização da igualdade de homens e mulheres nas políticas públicas relativas às migrações internacionais, dado que as Nações Unidas celebram o Cairo à luz dos Objectivos do Milénio e a Igualdade de Género é o 3º desses objectivos.

Conclui-se com a posição relativa de Portugal sobre a matéria e com uma reflexão sobre o contributo das pessoas migrantes para a paz universal.

Palavras Chave: Migrações internacionais; Conferência do Cairo; Direitos Humanos de pessoas migrantes; reagrupamento familiar; igualdade de género; Portugal; diálogo intercultural; cidadania global; paz universal.

Abstract

Two key messages from Cairo on international migration particularly important for the Portuguese delegation – human rights of all migrants and the right to family reunification – are the starting point to a review of relevant texts and instruments produced at international and EU levels on the issue.

With the same methodology, visibility is given to gender mainstreaming on international migration, due the UN choice to celebrate the 15th anniversary of ICPD linked to the fulfilment of the Millennium Development Goals and to the 3rd goal on Gender Equality.

The relative position of Portugal on international migration and an opinion on the contribution of migrants to universal peace conclude the paper.

Key words: International migration; ICPD; Human Rights of migrants; family reunification; gender equality; Portugal; intercultural dialogue; global citizenship; universal peace.

1 – Duas mensagens do Cairo

Da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada em 1994, no Cairo, no que a migrantesrespeita, recordo a intensidade de dois momentos, quer pelo debate geral que suscitaram, quer pela participação activa da delegação portuguesa nos trabalhos:

- o reconhecimento explícito por parte da comunidade internacional de que as pessoas migrantes, incluindo as que se encontram em situação irregular num Pais estrangeiro, são seres humanos;

- a recusa implícita de aceitação consensual do reagrupamento familiar como um direito das pessoas migrantes em situação regular.

Com efeito,

- o 12º Princípio do Programa de Acção da Conferência refere que

  Os Países devem garantir a <u>todos</u> os migrantes, <u>todos</u>[1] os direitos humanos fundamentais tal como se encontram na Declaração Universal dos Direitos Humanos[2];

- foi reconhecido como um objectivo neste domínio

  prevenir a exploração de migrantes não documentados[3] e assegurar que os seus direitos humanos fundamentais são protegidos[4];

- os governos dos países de origem e dos países de acolhimento são instados a cooperar para a redução das causas da migração irregular, salvaguardando os direitos humanos fundamentais dos migrantes não documentados - incluindo o direito de asilo em outros países por perseguição - e prevenindo a sua exploração[5].

Por outro lado, o reagrupamento familiar não foi além do seguinte:

- o reagrupamento familiar dos migrantes documentados[6] é um factor importante nas migrações internacionais[7];

- em conformidade com o artigo 10º da Convenção dos Direitos da Criança e com todos os outros instrumentos relevantes de direitos humanos internacionalmente reconhecidos, todos os governos, em particular os dos países que recebem, devem <u>reconhecer a importância vital do reagrupamento familiar</u> e promover a sua integração na respectiva legislação nacional para assegurar a protecção da unidade das famílias dos migrantes documentados[8];

- os governos são instados a promover, através do reagrupamento familiar, a normalização da vida familiar dos migrantes em situação regular que tenham direito a residência de longo prazo[9].

---

[1] Sublinhados da autora

[2] Uma redacção mais forte do que a do Programa de Acção de Viena (1993):

A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos apela a todos os Estados para que garantam a protecção dos Direitos Humanos de todos os trabalhadores migrantes e suas famílias (§33)

[3] **Migrantes indocumentados ou em situação irregular** são pessoas que não preenchem os requisitos estabelecidos pelo país de destino em matéria de entrada, permanência ou exercício de uma actividade económica (Programa de Acção §10.15)

[4] Programa de Acção §10.16 b)

[5] Programa de Acção §10.17

[6] **Migrantes documentados** são os que satisfazem todos os requisitos legais em matéria de entrada, permanência e, se aplicável, acesso ao emprego no pais de destino (Programa de Acção §10.9)

[7] Programa de Acção §10.9

[8] Programa de Acção §10.12

[9] Programa de Acção §10.13

Assim, quando me foi proposto que contribuísse com um artigo para o número temático da Revista de Estudos Demográficos do INE que iria comemorar os 15 anos da Conferência, considerei preferível a qualquer opinião avaliativa, a recolha de evidência através de textos relevantes entretanto produzidos e objecto de publicação, recomendação institucional, acordo intergovernamental ou vinculação jurídica, no âmbito de organizações internacionais e da União Europeia.

Espero que, para além de facilitar o acesso mais rápido às fontes, a presente recolha sistematizada e em língua portuguesa, constitua um reforço quer do apoio técnico para quem directa ou indirectamente trabalha nesta área ou por ela se interessa, quer do empoderamento das pessoas migrantes, das suas famílias e das organizações que defendem os seus direitos.

No nosso Estado de direito democrático, neste ano de 2009, em que além dos 15 anos do Cairo, se celebram também os 90 anos da Organização Internacional do Trabalho, os 60 anos do Conselho da Europa, os 20 anos da deliberação que trouxe para Lisboa o Centro Norte Sul, e, a nível interno, os 30 anos da Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, é importante ter presente o direito ou o consenso internacional relevante aplicáveis ao quotidiano das pessoas migrantes, sejam elas nacionais no estrangeiro ou estrangeiras em território nacional.

Porque, na síntese lapidar de Lacordaire, a lembrar particularmente em tempos que demonstram as insuficiências da auto-regulação para o bem estar individual e colectivo, "entre o forte e o fraco, entre o rico e o pobre, entre o senhor e o servo é a liberdade que oprime e a lei que liberta." [10]

Porque se me afigura prioritário ultrapassar a actual generalizada crise financeira e económica também com opções que demonstrem o reconhecimento do seu nexo de causalidade necessário com a persistente generalizada crise de cumprimento dos Direitos Humanos Fundamentais. Com opções coerentes, inovadoras, consistentes e desassombradas reparadoras da persistente generalizada falta de investimento na cidadania global. Ou seja, na qualidade - própria de qualquer ser humano enquanto sujeito de direitos e deveres integrado num espaço de relacionamento interpessoal - que, apoiada no conhecimento e em competências, permite ao indivíduo viver consciente e harmoniosamente com as outras pessoas e participar activa e criticamente na sustentabilidade do desenvolvimento, da liberdade, da justiça e da paz, na família, no trabalho e na sociedade, a nível local, nacional e mundial[11]. Uma qualidade sem a qual se mantém e reproduz o desequilíbrio entre quem não tem auto-estima nem poderes efectivos e quem não têm limites nem pudor na respectiva apropriação e no seu exercício. Situação afinal incompatível com o respeito devido por toda a humanidade e pelas suas instituições à consagração universal de que todos os seres humanos são livres e iguais em dignidade e direitos[12].

2 - Quinze anos depois, quais são os compromissos da comunidade internacional, em particular na Europa?

2.1 – Sobre os Direitos Humanos de todas pessoas migrantes

A elencagem que se segue não obedece a critério de cronologia, mas de importância relativa dos compromissos[13], com início no sistema internacional (ONU e as suas agências), no sistema regional europeu (Conselho da Europa) e na União Europeia.

[10] Leia-se também o direito ou o consenso internacional relevante

[11] Cidadania Global é uma conceito inspirado na doutrina do Conselho da Europa e adoptado designadamente no âmbito do Projecto EQUAL "Migrações e Desenvolvimento" (www.mobilidadecidadania.com) e das Recomendações do "Fórum Educação para a Cidadania" (http://sitio.dgidc.min-edu.pt/cidadania/Documents/FECidadaniaSP.pdf)

[12] Artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos

[13] O mesmo critério é seguido nas elencagens subsequentes

2.1.1 - No âmbito das Nações Unidas

- Em 2006 foi criado um mecanismo de Revisão Periódica Universal, que é um processo que, de 4 em 4 anos, avalia o cumprimento por cada Estado do conjunto das suas obrigações no domínio dos Direitos Humanos. Em 2011, concluir-se-á a apreciação relativamente a todos os Estados membros das Nações Unidas. A situação actual de cada um está disponível no Portal do Alto-Comissário dos Direitos Humanos da ONU[14]. Portugal[15] será avaliado no final deste ano de 2009.

  É também possível a apresentação de queixas individuais[16], depois de esgotados os mecanismos de recurso internos.

  Como se lê no Portal,

  > *O objectivo último deste mecanismo é melhorar a situação dos direitos humanos em todos os Países e abordar as violações dos direitos humanos onde quer que ocorram.*

- Em 2003, e após 13 anos a aguardar pelas 20 ratificações necessárias, entrou em vigor a Convenção Internacional para Protecção de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros das Suas Famílias, que actualmente conta com 40 Estados Parte (5 da Europa Oriental, 9 da Ásia, 24 de África e 16 da América Central e da América do Sul) distribuídos do seguinte modo:

Quadro 1

Estados Parte da Convenção Internacional para Protecção de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros das Suas Famílias

Europa	Ásia	África	América
Albânia	Azerbeijão	Algéria	Argentina
Bósnia e Herzegovina	Bangladesh	Benin	Belize
Montenegro	Cambodja	Cabo Verde	Bolívia
Sérvia	Indonésia	Comores	Chile
Turquia	Kirgizstão	Congo	Colômbia
	Filipinas	Egipto	Equador
	Sri Lanka	Burkina Faso	Salvador
	Tajikistão	Gabão	Guatemala
	Timor-Leste	Gana	Guiana
		Guiné	Honduras
		Guiné-Bissau	Jamaica
		Lesoto	México
		Libéria	Nicarágua
		Líbia	Paraguai
		Máli	Peru
		Mauritânia	Uruguai
		Marrocos	
		Nigéria	
		Ruanda	
		São Tomé e Príncipe	
		Senegal	
		República Árabe da Síria	
		Togo	
		Uganda	

[14] www.ohchr.org/EN/Pages/WelcomePage.aspx

[15] www.ohchr.org/EN/countries/ENACARegion/Pages/PTIndex.aspx

[16] Cumpridos os requisitos indicados em www2.ohchr.org/english/bodies/chr/complaints.htm a queixa pode ser enviada para: Human Rights Council and Treaties Division Complaint Procedure OHCHR-UNOG 1211 Geneva 10, Switzerland Fax: (41 22) 917 90 11 E-mail: CP@ohchr.org

- O Portal atrás indicado refere:

A Convenção visa desempenhar um papel na prevenção e eliminação da exploração de trabalhadores migrantes ao longo de todo o processo migratório. Procura, em particular, acabar com o recrutamento ilegal ou clandestino e com o tráfico de trabalhadores migrantes, bem como desencorajar o emprego de trabalhadores migrantes indocumentados ou em situação irregular. Disponibiliza um conjunto de normas internacionais para abordar o tratamento, bem-estar e direitos humanos dos migrantes, quer documentados, quer indocumentados, bem como as obrigações e responsabilidades por parte de países de origem e de acolhimento.

O cumprimento pelos Estados das obrigações decorrentes da Convenção é monitorizado por um Comité de Peritos independentes. Os Estados parte podem reconhecer a este Comité competência para receber e considerar queixas por violação da Convenção, por parte de pessoas que se encontrem na respectiva área de jurisdição.

- Em 1999, foi criada a função de Relator/a Especial da Comissão dos Direitos Humanos sobre os Direitos Humanos das Pessoas Migrantes[17], cuja missão é a de *procurar caminhos e meios para ultrapassar obstáculos à completa e efectiva protecção dos direitos humanos das pessoas migrantes, incluindo as dificuldades de regresso dos "indocumentados". O mandato do/a Relator/a Especial da Comissão dos Direitos Humanos sobre os Direitos Humanos das Pessoas Migrantes cobre todos os países, independentemente de o Estado ter ou não ratificado a Convenção Internacional para Protecção de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros das Suas Famílias.*

- Em 2001, teve lugar em Durban a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e a Intolerância relativa[18], cuja Declaração final designadamente afirma *que o racismo, a discriminação racial, a xenofobia e a intolerância relativa, constituem sérias violações e obstáculos para o gozo completo de todos os direitos humanos e negam a evidência de que todos os seres humanos nasceram livres e iguais em igualdade e direitos, são um obstáculo para as relações amigáveis e pacíficas entre povos e nações, e encontram-se na base de muitos conflitos internos e internacionais, incluindo conflitos armados, e a consequente deslocação forçada da população.*

- Em 2006, teve lugar o Diálogo de Alto Nível sobre Migrações Internacionais e Desenvolvimento[19] que, nas palavras de encerramento do Presidente da Assembleia-Geral das Nações Unidas, *sublinhou que o respeito pelos direitos humanos é a base necessária para acrescentar os efeitos benéficos das migrações ao desenvolvimento.*

- Em 2005 foi criada, sob os auspícios das Nações Unidas, a Aliança das Civilizações[20] *com o objectivo de promover a compreensão e as relações de cooperação entre as nações e os povos através das culturas e das religiões, e de ajudar a contrariar as forças que alimentam a polarização e o extremismo.*

As migrações são um dos temas de trabalho prioritários da Aliança.
O Alto Representante da Aliança é o ex-Presidente Jorge Sampaio.

- Em 2008, aquando da celebração dos 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Grupo das Migrações Globais[21] -

[17] http://www2.ohchr.org/english/issues/migration/rapporteur/

[18] http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/215/43/PDF/N0221543.pdf?OpenElement

[19] www.un.org/esa/population/migration/index.html

[20] www.unaoc.org/content/view/39/187/lang,english

[21] htwww.un.org/esa/population/migration/gmg/index.htm

um grupo inter-agências que reúne as respectivas direcções visando promover uma mais ampla aplicação de todos os instrumentos e normas relevantes a nível internacional e regional relativos às migrações e encorajar a adopção de abordagens coordenadas mais coerentes, compreensivas e melhores em matéria de migrações internacionais - disponibilizou um relatório sobre As Migrações Internacionais e os Direitos Humanos[22].

2.1.2 - No âmbito da Organização Internacional do Trabalho (OIT)

- A OIT passou dispõe agora de um Portal para os Trabalhadores Migrantes[23] no qual se recorda que é a única agência das Nações Unidas com o mandato constitucional de protecção dos trabalhadores migrantes, mandato reafirmado pela Declaração de Filadélfia de 1944 e pela Declaração sobre os Princípios e Direitos Fundamentais do Trabalho – 1998[24]. Nos termos desta Declaração, qualquer Estado membro da OIT fica vinculado pelas 8 Convenções Fundamentais que a seguir se indicam, quer as tenha ratificado ou não:

  · Trabalho forçado: Convenções nº s 29 e105

  · Liberdade sindical: Convenções nº s 87 e 98

  · Discriminação: Convenções nº s 100 e 111

  · Trabalho infantil: Convenções nº s 138 e 182

- Em 2004, a Conferência Internacional do Trabalho aprovou a Resolução sobre o tratamento justo para os trabalhadores migrantes na economia global[25] que inclui um Plano de Acção, *com enquadramento multilateral não vinculativo, para a aplicação mais ampla das normas relevantes, formação e uma base global de conhecimento sobre o assunto.*

- O Relatório *Igualdade no trabalho: Enfrentar os desafios*[26] apresentado pela OIT em 2007 aborda diversos aspectos da discriminação a que estão sujeitas as pessoas trabalhadoras migrantes.

- A Declaração sobre Justiça Social para uma Globalização Equilibrada[27] de 2008 *é uma forte reafirmação dos valores da OIT. Recorda que esta organização tem o mandato constitucional de prosseguir a aspiração universal à justiça social através das suas actividades no mundo de hoje; reconhece a particular responsabilidade da OIT na promoção de uma globalização justa para melhor alcançar os fins visados com a criação da organização; institucionaliza a Agenda do Trabalho Digno como política-chave e conceito operacional para atingir os objectivos constitucionais da OIT, bem como para servir de forma eficiente e eficaz os seus constituintes.*

2.1.3 - No âmbito da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO)

- A Declaração Universal da UNESCO sobre a Diversidade Cultural[28] de 2001 sublinha no seu artigo 4º que os Direitos Humanos são garantes da diversidade cultural: *A defesa da diversidade cultural é um imperativo ético, inseparável do respeito da dignidade da pessoa humana. Implica o compromisso de respeitar os direitos humanos e as liberdades fundamentais... Ninguém pode invocar a diversidade cultural para violar os direitos humanos ou limitar o seu alcance.*

[22] www.globalmigrationgroup.org/pdf/Int_Migration_Human_Rights.pdf

[23] www.ilo.org/public/english/protection/migrant/equality/index.htm

[24] www.ilo.org/declaration/lang—en/index.htm

[25] www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/ilcmig_res-eng.pdf

[26] http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/igualdade_07.pdf

[27] www.ilo.org/public/english/bureau/dgo/download/dg_announce_en.pdf

[28] http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160m.pdf

- A Assembleia-Geral das Nações Unidas proclamou o ano de 2000 como o Ano Internacional para uma Cultura de Paz[29] e a UNESCO promoveu diversas iniciativas, designadamente apoiando o ensino de línguas, para prosseguir aquele objectivo.

2.1.4 - No âmbito do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

- Dos Relatórios sobre o Desenvolvimento Humano[30] são particularmente relevantes para o aprofundamento dos direitos das pessoas migrantes o de 1999, sobre *A globalização com rosto humano*, o de 2000, sobre *Direitos Humanos,* o de 2002 sobre o *Aprofundamento da Democracia,* e o de 2004, sobre *A Liberdade Cultural.*

- O tema do Relatório de 2009, a lançar em Outubro, será dedicado às migrações internacionais e intitulado: *A Mobilidade Humana.*

2.1.5 - No âmbito do Conselho da Europa

- O Comissário para os Direitos Humanos[31] é uma instituição independente, mandatada para promover o conhecimento e o respeito pelos Direitos Humanos nos 47 Estados membros do Conselho da Europa.

- A Plataforma Política sobre as Migrações[32], criada em 2002, *constitui uma estrutura formal que visa estabelecer um diálogo regional regular sobre os assuntos das migrações. Reúne os Estados membros do Conselho da Europa e os Países interessados de África e da Ásia para promover o diálogo e a parceria entre países de origem, trânsito e destino. ... Proporciona um Fórum onde representantes de governos, parlamentos, autoridades locais e ONG, bem como outras organizações internacionais podem debater o desenvolvimento de políticas e de normas relativas a migrações no respeito pelos Direitos Humanos. A Plataforma reúne no quadro do Comité Director das Migrações (CGMG)[33].*

- A 8ª Conferência dos Ministros Responsáveis pelos Assuntos das Migrações – Kiev 2008 - subordinada ao tema "Para uma abordagem integrada das migrações económicas, da coesão social e do desenvolvimento", concluiu, designadamente, pelos seguintes compromissos:

- *Promover e proteger os direitos humanos de pessoas migrantes e de origem estrangeira e garantir os seus direitos a igual tratamento e iguais oportunidades, prestando especial atenção à igualdade de género e aos direitos das mulheres.*

- *Continuar a desenvolver medidas para promover e proteger os direitos humanos de pessoas migrantes e de origem estrangeira especialmente vulneráveis, tendo em conta as suas necessidades específicas e os desafios com que são confrontadas. Em particular:*

  a) Combater a xenofobia, o racismo e a violência contra migrantes e suas famílias;

  b) Assegurar assistência humanitária apropriada a migrantes que sofrem danos ou traumas quando atravessam fronteiras ou no mar;

  c) Assegurar a prestação rápida de cuidados apropriados a crianças migrantes não acompanhadas, por exemplo, através de um serviço de reacção rápida;

[29] www.unesco.org/education/ecp/index.htm

[30] http://hdr.undp.org/en/reports/

[31] www.coe.int/t/commissioner/default_en.asp

[32] www.coe.int/t/dg3/migration/Political_platform/default_en.asp

[33] www.coe.int/t/dg3/migration/Welcome_en.asp

d) Desenvolver medidas preventivas e apoiar serviços para pessoas migrantes idosas e mulheres migrantes isoladas para evitar, em particular, situações de vulnerabilidade e de abuso;

e) Proteger migrantes irregulares, incluindo vítimas de tráfico, de qualquer abuso decorrente da sua situação, e reforçar a cooperação entre países de destino, de trânsito e de origem no combate à imigração irregular.

- A Comissão Europeia contra o Racismo e a Intolerância[34] – ECRI –

prossegue, desde a criação em 1993, a sua missão *no Conselho da Europa para a avaliação independente do cumprimento dos Direitos Humanos, enquanto entidade especializada no combate ao racismo, à discriminação racial, à xenofobia, ao anti-semitismo e à intolerância. A acção da ECRI abrange as medidas necessárias para combater a violência, a discriminação e os preconceitos contra pessoas ou grupos de pessoas por motivos de raça, cor, língua, religião, nacionalidade ou origem nacional ou étnica.*

- O Livro Branco sobre o Diálogo Intercultural "Vivendo juntos como iguais em dignidade"[35] apresentado em 2008, *defende, em nome dos governos dos 47 Estados membros do Conselho de Europa, que o nosso futuro comum depende da nossa capacidade para salvaguardar os direitos humanos, tal como os consagra a Convenção Europeia sobre Direitos Humanos, a democracia e o Estado de direito, e para promover a compreensão mútua. Mais defende que a abordagem intercultural oferece um modelo de gestão voltado para o futuro. Propõe uma concepção baseada na dignidade humana individual (abraçando a nossa humanidade e o nosso destino comuns). Se há uma identidade europeia a realizar, será baseada em valores fundamentais partilhados, no respeito pela herança comum e pela diversidade cultural, bem como pela igual dignidade de cada pessoa. O diálogo intercultural tem um papel importante a desempenhar neste contexto. Permite-nos prevenir divisões étnicas, religiosas, linguísticas e culturais, bem como avançar em conjunto para lidar construtiva e democraticamente com as nossas diferentes identidades com base em valores universais partilhados.*

O diálogo intercultural apenas pode prosperar se estiverem reunidas alguns requisitos. Para progredir no diálogo intercultural, o Livro Branco defende que a governança democrática da diversidade cultural deve ser adaptada em muitos aspectos; a cidadania democrática e a participação devem ser reforçadas; as competências interculturais devem ser ensinadas e aprendidas; devem ser criados e alargados espaços para o diálogo intercultural; e o diálogo intercultural deve ser levado a nível internacional.

2.1.6 - No âmbito da União Europeia

- O Tratado da União Europeia (1997), o Tratado que institui a Comunidade Europeia (1997) e a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000) promovem o respeito pelos direitos e liberdades fundamentais, proibindo a discriminação[36], dimensões largamente desenvolvidas nos trabalhos da União e dos seus Estados membros[37].

---

[34] www.coe.int/t/e/human_rights/ecri/

[35] www.coe.int/t/dg4/intercultural/Source/Pub_White_Paper/White%20Paper_final_revised_EN.pdf

[36] Tratado da União Europeia – artigo 6º; Tratado que institui a Comunidade Europeia – artigos 2º, 13º, 137º nº 1-i), 141º; a totalidade da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, em especial o artigo 21º

[37] - Anti-discriminação e Relações com a Sociedade Cível

http://ec.europa.eu/employment_social/fundamental_rights/index_pt.htm

- Programa de Acção anti-discriminatório –

http://ec.europa.eu/employment_social/fundamental_rights/policy/prog_pt.htm

- São de 2002 as Directivas sobre igualdade racial[38], que proíbe a discriminação com base na raça ou na origem étnica, e sobre a igualdade no emprego[39] que proíbe a discriminação com base na religião ou credo, incapacidade, idade ou orientação sexual.

- Os nacionais de países terceiros residentes de longa duração têm o seu estatuto fixado em directiva desde 2003[40].

- 2006 foi o Ano Europeu da Mobilidade dos Trabalhadores e Trabalhadoras[41], 2007, o Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todas as Pessoas, 2008, o Ano Europeu do Diálogo Intercultural.

- A Resolução do Conselho relativa às competências e à mobilidade (2002)[42], *deixa claro que é necessário continuar a progredir no aperfeiçoamento da qualidade e da mobilidade dos recursos humanos na União Europeia, bem como oferecer oportunidades de emprego e formação aos (seus) cidadãos, utilizando para o efeito os meios e recursos necessários, especialmente em matéria de comunicação electrónica, para facilitar uma informação permanente e de qualidade sobre a existência de postos de trabalho disponíveis e de acções de formação.*

- É de 2006 a Carta Europeia da Qualidade da Mobilidade[43] para fins de educação e formação de nacionais de Estados membros.

- 2010 será o Ano Europeu para Combater a Pobreza e a Exclusão Social[44], *a fim de que se reconheça que:*

  · *todas as pessoas têm direito a viver dignamente e a participar na sociedade*

  · *os sectores público e privado partilham a responsabilidade de combater a pobreza e a exclusão social*

  · *erradicar a pobreza e construir uma sociedade mais coesa é benéfico para todos*

  · *é necessário o empenhamento de todos os níveis da sociedade para atingir este objectivo.*

2.2 – Sobre o reagrupamento familiar

2.2.1 - No âmbito das Nações Unidas

- A Resolução de 2002 da Comissão dos Direitos Humanos sobre a Protecção dos Migrantes e suas Famílias[45] *apela aos Estados para facilitarem o reagrupamento familiar de modo expedito e efectivo, no respeito devido à lei aplicável, uma vez que tal reagrupamento tem um efeito positivo na integração dos migrantes.*

---

[38] 2000/43/CE - http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0043:pt:HTML

[39] 2000/78/CE - http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0078:pt:HTML

[40] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003L0109:PT:NOT

[41] http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=24
http://ec.europa.eu/employment_social/workersmobility_2006/index.cfm?language=PT
http://ec.europa.eu/eures/home.jsp?lang=pt

[42] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2002:162:0001:0003:PT:PDF

[43] Recomendação (CE) n.º 2006/961 Jornal Oficial L 394 de 30.12.2006
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:394:0005:0009:PT:PDF

[44] http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=pt&catId=637

[45] http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/4e90b00ae133eec4c1256bab0033e85c?Opendocument

2.2.2 – No âmbito da Organização Internacional do Trabalho

- A campanha da OIT "Igualdade e Homens e Mulheres no Coração do Trabalho Digno" foi dedicada, nos finais de 2008, às mulheres e homens migrantes. Na brochura respectiva[46], *a OIT recomenda que o reagrupamento familiar seja, tanto quanto possível, facilitado. O direito ao reagrupamento familiar é reconhecido principalmente em países de imigração tradicionais, mas não na maioria dos países que oferecem aos migrantes contratos de trabalho temporários, daí resultando difíceis e longas separações dos membros da família. Em algumas situações, as autorizações de residência e de trabalho proporcionadas no âmbito de procedimentos de regularização em benefício de grande número de mulheres migrantes, não facilita o reagrupamento familiar: ganhando habitualmente salários mais baixos e concentradas no sector doméstico, as mulheres migrantes têm muitas vezes dificuldades para acumular o rendimento e o alojamento necessários a provar que podem responsabilizar-se por familiares.*

2.2.3 – No âmbito do Conselho da Europa

- A Recomendação de 2002 sobre o Estatuto legal das pessoas admitidas por motivo de reagrupamento familiar[47] *apoia o reagrupamento familiar, em primeiro lugar pelo direito à salvaguarda da unidade familiar, enquanto direito universalmente reconhecido e consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, e em segundo lugar pelo seu contributo para uma integração bem sucedida. Aos membros da família admitidos por motivo de reagrupamento familiar deve ser garantido o mesmo estatuto de residência que detenha o/a migrante principal; após quatro anos, aos membros adultos da família devem ser asseguradas autorizações independentes. Em caso de divórcio, separação ou morte do/a migrante principal, apela-se aos Estados membros para que considerem garantir autorizações de residência autónomas para os membros da família que tenham residido legalmente pelo menos um ano. Também se apela ao reconhecimento de um direito de recurso para os membros da família cujas autorizações não tenham sido renovadas e/ou que estejam ameaçados de expulsão.*

  Recomenda-se igualdade de tratamento face ao migrante principal no acesso ao mercado de trabalho, à educação e aos direitos sociais, bem como à participação politica (capacidade eleitoral activa e passiva).

2.2.4 – No âmbito da União Europeia

- Em 2003 entrou em vigor a Directiva 2003/86/CE, relativa ao direito ao reagrupamento familiar[48], nos termos da qual *as medidas relativas ao reagrupamento familiar deveriam ser adoptadas em conformidade com a obrigação de protecção da família e de respeito da vida familiar, consagrada em numerosos instrumentos do direito internacional. A directiva respeita os direitos fundamentais e observa os princípios que são reconhecidos, nomeadamente pelo artigo 8. ° da Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais e pela Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia.*

[46] *Women and men migrant workers: Moving towards equal rights and opportunities* - http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—dgreports/—gender/documents/publication/wcms_101118.pdf

[47] http://www.coe.int/t/dg3/migration/Source/Recommendations/Recommendation%20Rec_2002_4_en.pdf

[48] http://europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/l33118.htm

A directiva destina-se a estabelecer no direito comunitário regras comuns em matéria de direito ao reagrupamento familiar de que dispõem os cidadãos dos países terceiros que residam legalmente no território dos Estados-Membros. De momento, este direito apenas é reconhecido por instrumentos jurídicos internacionais, nomeadamente a Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais de 1950. A nível nacional, as situações são muito heterogéneas. Ora, o reagrupamento familiar permite proteger a unidade familiar e facilita a integração dos cidadãos de países terceiros nos Estados-Membros. Deve, por conseguinte, constituir um direito reconhecido em toda a União.

Os cidadãos de países terceiros na posse de um título de estada, de pelo menos um ano num dos Estados-Membros e com verdadeiras possibilidades de aí permanecerem, poderão solicitar o agrupamento familiar.

A directiva é aplicável sem prejuízo das eventuais condições mais favoráveis reconhecidas pelas legislações nacionais.

Poderão beneficiar do reagrupamento familiar:

a) O cônjuge do requerente do reagrupamento.

b) Os filhos menores do casal, incluindo os filhos adoptados (entende-se por filho menor, o filho com idade inferior à da maioridade legal do Estado-Membro em causa e que não seja casado).

Os Estados-Membros serão livres de adoptar disposições que permitam o reagrupamento familiar:

a) Dos ascendentes em linha directa e em primeiro grau;

b) Dos filhos maiores solteiros;

c) Da pessoa que mantém com o requerente uma união de facto.

O casamento polígamo não é reconhecido: uma só mulher pode beneficiar do direito ao reagrupamento. Do mesmo modo, os filhos das esposas não admitidas não beneficiam do direito ao reagrupamento, excepto se o interesse superior do filho assim o exigir (em conformidade com a Convenção dos Direitos da Criança de 1989).

Poderá ser pedido ao requerente que disponha de um alojamento que observe as normas gerais de segurança e salubridade, um seguro de doença e recursos estáveis e suficientes para a sua própria subsistência e para a dos seus familiares, sem recorrer ao sistema de assistência social do Estado-Membro em causa, e que respeite as medidas de integração em conformidade com o direito nacional. Poderá ser também exigida a residência no Estado-Membro durante um período não inferior a dois anos antes de os membros da sua família se lhe poderem juntar.

Para além de uma autorização de residência com a mesma duração que a do requerente, os seus familiares terão direito de acesso à educação, a um emprego e à formação profissional, nos mesmos termos que o requerente. O mais tardar após cinco anos de residência, o cônjuge do requerente, ou a pessoa que com este mantém uma união de facto, bem como os filhos que tenham atingido a maioridade, terão direito a um título de residência autónomo.

3 – A celebração dos 15 anos do Cairo à luz dos Objectivos do Milénio: Migrações internacionais e Promoção da Igualdade de Género

Para celebrar os 15 anos do Cairo, as Nações Unidas entenderam avaliar os efeitos da Conferência Internacional da População e Desenvolvimento no cumprimento dos Objectivos do Milénio[49]. Como é sabido, o 3º desses objectivos é a "Igualdade de género e o empoderamento das mulheres". Daí que, na linha do que me propus, refira agora alguns aspectos do que, em minha opinião, foi e é o impacto directo ou indirecto da Conferência na situação das mulheres migrantes e na igualdade de género das pessoas migrantes.

3.1 – No âmbito da Organização das Nações Unidas

- A Plataforma de Acção de Pequim[50] resultante da IV Conferencia Mundial sobre as Mulheres que teve lugar em 1995, sublinha que

> *As trabalhadoras migrantes, incluindo as domésticas, contribuem com as suas remessas para a economia do país de origem e também contribuem para a economia do país de acolhimento, através da sua participação na força e trabalho. Contudo, em muitos países de acolhimento, as mulheres são vítimas de altos níveis de desemprego em comparação com os homens tanto não migrantes como migrantes (§ 154).*

- No quadro do Diálogo de Alto Nível sobre Migrações Internacionais e Desenvolvimento em 2006 foi reconhecido que

> *para muitas mulheres, a migração abre portas para um novo mundo de maior igualdade, alívio da opressão e da discriminação que limita a liberdade e o potencial. A contribuição das mulheres migrantes pode literalmente transformar a qualidade de vida tanto nos países de origem como nos de acolhimento.*

- O Comité de Aplicação da Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres[51] emitiu em 2008 a Recomendação Geral (nº 26) sobre Mulheres Migrantes que, designadamente, refere o seguinte:

13 - Qualquer que seja a respectiva situação, as mulheres migrantes enfrentam dificuldades adicionais em comparação com os homens porque os ambientes não sensíveis ao género não permitem a mobilidade das mulheres, o que lhes confere acesso reduzido à informação relevante sobre os seus direitos e possibilidades.

14. As mulheres migrantes experimentam muitas vezes formas de discriminação transversal, suportando não só discriminação em função do sexo e do género, mas também xenofobia e racismo.

15. As mulheres não migrantes têm mais mobilidade face ao emprego. Ainda que limitada, elas têm mais escolha para abandonar uma situação de emprego opressiva e para obter outro emprego, enquanto, em alguns países, uma trabalhadora migrante pode ficar indocumentada se abandonar o seu emprego. Além disso, as mulheres não migrantes se ficarem desempregadas podem obter alguma protecção económica através da ajuda da família, mas as mulheres migrantes podem não obter essa protecção. Assim, as mulheres migrantes enfrentam situações prejudiciais não só com base no sexo e no género, mas também no seu estatuto de migrantes.

[49] http://www.unfpa.org/icpd/docs/financial_flows.pdf
http://www.un.org/millenniumgoals/

[50] http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/index.html

[51] http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/

16. As mulheres trabalhadoras migrantes podem ficar impossibilitadas de poupar ou de transferir poupanças com segurança através dos canais regulares devido ao isolamento (no que se refere a trabalhadoras domésticas), à estranheza dos procedimentos, às barreiras linguísticas ou aos custos elevados das transacções. Isto é um grande problema porque, em geral, elas ganham menos do que os homens. As mulheres podem além disto enfrentar como obrigação familiar o envio de muito mais remessas para as famílias do que se espera que os homens enviem. Por exemplo, é possível esperar que as mulheres solteiras sustentem mesmo membros da família alargada no país de origem.

18 – As trabalhadoras migrantes podem estar sujeitas a testes de gravidez obrigatórios seguidos de deportação, se forem positivos; aborto coercivo ou dificuldade de acesso a serviços de saúde reprodutiva ou a serviços de aborto quando a saúde da mãe está em risco, ou na sequência de violação; a ausência ou inadequação de licença por maternidade e inerentes benefícios e ausência de cuidados de obstetrícia acessíveis de que resultam riscos sérios. As trabalhadoras migrantes podem também enfrentar o despedimento na sequência de gravidez, de que pode resultar um estatuto irregular de imigração e a deportação.

19 – As trabalhadoras migrantes podem estar sujeitas a situações particularmente desvantajosas relativamente à permanência no país. Por vezes não podem beneficiar de esquemas de reagrupamento familiar, os quais podem não ser extensíveis a sectores muito feminizados, tais como o do trabalho doméstico. ... A autorização de permanência no país de emprego pode ser severamente restringida especialmente para trabalhadoras migrantes no trabalho doméstico quando os seus contratos a termo acabam ou são feitos cessar arbitrariamente pela entidade empregadora. Se perdem o seu estatuto de imigrantes, podem ser mais vulneráveis à violência da entidade empregadora ou de outras pessoas que pretendam abusar da situação. Se são detidas, podem ser sujeitas a violência perpetrada por funcionários dos centros de detenção.

20 - Trabalhadoras que migraram no âmbito do reagrupamento familiar enfrentam riscos acrescidos de violência doméstica por parte dos seus cônjuges ou parentes, se provierem de culturas que valorizem os papéis submissos das mulheres na família.

21 – Às trabalhadoras migrantes pode faltar mobilidade porque podem ficar confinadas pelas entidades empregadoras aos locais onde vivem e trabalham, ser proibidas de usar telefones ou impedidas de se juntar a grupos ou associações. Muitas vezes desconhecem as suas embaixadas ou os serviços disponíveis, uma vez que dependem da entidade empregadora ou do cônjuge para essas informações. Por exemplo, é muito difícil para migrantes trabalhadoras domésticas que dificilmente escapam ao controle dos seus empregadores sequer registar-se ou apresentar queixas junto das embaixadas. Assim, as mulheres podem não ter contactos no exterior nem meios para apresentar queixa, e podem sofrer violência ou abuso por largos períodos antes de a situação ser exposta.

22 – As trabalhadoras migrantes indocumentadas são particularmente vulneráveis a exploração e abuso, dado o seu estatuto irregular enquanto imigrantes e uma vez que este exacerba a sua exclusão e risco de exploração. Podem ser exploradas com trabalho forçado, e o seu acesso aos direitos básicos do trabalho pode ser limitado por medo de serem denunciadas. Também podem enfrentar assédio por parte da polícia. Se são apanhadas, são habitualmente acusadas de violação das leis de imigração e colocadas em centros de detenção - onde estão vulneráveis a abusos sexuais - e deportadas.

26. Os Estados parte onde trabalham mulheres migrantes devem tomar as medidas apropriadas para assegurar a não discriminação e os direitos iguais das mulheres migrantes, incluindo nas suas próprias comunidades. As medidas que podem ser exigíveis incluem o seguinte:

b) Devem assegurar que as ocupações dominadas por mulheres migrantes, tais como o trabalho doméstico... estejam protegidas pelas leis do trabalho, incluindo a regulamentação sobre salários e horários, saúde e segurança, feriados, férias e licenças. A legislação deve assegurar mecanismos de acompanhamento das condições dos locais de trabalho para trabalhadoras migrantes, especialmente nos sectores em que são dominantes;

(c) Os Estados parte devem assegurar que as trabalhadoras migrantes tenham possibilidade de aceder a mecanismos de contestação quando os seus direitos sejam violados;

(d) Os Estados parte devem assegurar que os empregadores e recrutadores não confisquem ou destruam os documentos de viagem ou de identidade pertencentes a mulheres migrantes.

Os Estados parte devem também dar passos para acabar com a reclusão forçada ou com o encerramento em casa das trabalhadoras migrantes, especialmente as do serviço doméstico. Os oficiais de polícia devem ser formados para proteger destes abusos os direitos das trabalhadoras migrantes.

e) Os Estados parte devem assegurar que os esquemas de reagrupamento familiar para os trabalhadores migrantes não são directa ou indirectamente discriminatórios com base no sexo;

f) Quando as autorizações de residência das mulheres migrantes são emitidas à responsabilidade do empregador ou do cônjuge, os Estados parte devem editar medidas relacionadas com o estatuto de residência independente. Deve haver regulamentação para permitir a estada legal de uma mulher que fuja ao seu empregador abusador ou que seja despedida por se queixar relativamente ao abuso.

h) Os Estados parte devem adoptar regulamentação e desenhar sistemas de monitorização para assegurar que os agentes recrutadores e os empregadores respeitem os direitos de todas as trabalhadoras migrantes. Os Estados parte devem monitorizar as agências de recrutamento e sancioná-las por actos de violência, coacção ou exploração

k) Os Estados parte devem adoptar políticas e programas com o objectivo de permitir a integração das trabalhadoras migrantes na nova sociedade. Tais esforços devem respeitar a identidade cultural das trabalhadoras migrantes e proteger os seus direitos humanos.

l) Protecção das trabalhadoras indocumentadas:

A situação das mulheres indocumentadas carece de especial atenção. Independentemente da ausência de estatuto regular por parte das trabalhadoras migrantes indocumentadas, os Estados parte têm a obrigação de proteger os seus direitos humanos. As trabalhadoras migrantes indocumentadas devem ter acesso a protecção legal e à justiça em casos de risco de vida e de tratamento cruel e degradante, se forem coagidas a trabalho forçado, se forem privadas da satisfação das necessidades básicas, incluindo em períodos de emergência por motivos de saúde, gravidez e maternidade, ou se forem abusadas física ou sexualmente pelos empregadores ou outras pessoas.

Se forem presas ou detidas, os Estados Parte devem assegurar que as mulheres migrantes indocumentadas recebem tratamento humano e têm acesso à justiça, incluindo através de apoio judiciário. Os Estados Parte devem, em conformidade, revogar ou alterar a legislação e as práticas que impedem as trabalhadoras migrantes indocumentadas de recorrer aos tribunais ou outros sistemas de apoio. Se a deportação não puder ser evitada, os Estados Parte têm que tratar cada caso individualmente, tomando adequadamente em conta as circunstâncias conexas com o género e os riscos de violações dos direitos humanos no país de origem [artigos 2º alíneas c), e) e f)].

3.2 - No âmbito da Organização Internacional do Trabalho

Independentemente das Convenções e Recomendações susceptíveis de aplicação a trabalhadoras migrantes, a Organização Internacional do Trabalho disponibiliza, em linha, informação relevante para apoio em situações concretas:

- o *Guia Informativo – Prevenir a discriminação, a exploração o abuso das Mulheres Trabalhadoras Migrantes* [52]

- a brochura *Trabalhadores e Trabalhadoras Migrantes: A caminho da igualdade de direitos e de oportunidades*[53], anteriormente referida a propósito do reagrupamento familiar.

3.3 - No âmbito do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a as Mulheres – UNIFEM

- Refere o Relatório de 2008 do UNIFEM sobre a Situação das Mulheres[54] que

> *excepto na América do Norte, a taxa média de emigração de mulheres com o ensino superior é mais elevada do que a dos homens, em especial na África e na Oceânia, onde a diferença chega a ser de 8% e 10%, respectivamente. Isto tem implicações preocupantes para a presença das mulheres em cargos de liderança económica nos países em desenvolvimento.*

3.4 - No âmbito do Fundo das Nações Unidas para a População – FNUAP

- O Fundo das Nações Unidas para a População dedicou o Relatório sobre o Estado da População Mundial de 2006 ao tema "Mulheres e migrações"[55]. Eis alguns dos factos a que dá visibilidade:

· *As mulheres migrantes no mundo correspondem a 95 milhões de pessoas.*

· *As trabalhadoras migrantes são muitas vezes as únicas ou principais sustentadoras das famílias que deixaram no país de origem.*

· *Contribuem para a qualidade de vida e a produtividade dos países de acolhimento. Pagam impostos e segurança social. Enquanto operárias sustentam alguns sectores económicos. Enquanto empregadas domésticas permitem às mulheres trabalhadoras e aos pais equilibrar as responsabilidades da vida familiar e profissional. Ajudam os seus empregadores a sustentar um nível de vida mais elevado; mantêm as casas limpas e organizadas; atendem doentes e pessoas idosas; cuidam de crianças pequenas enquanto os pais ganham a vida. Migram enfermeiras para preencher lacunas em países mais ricos, muitos com populações idosas que cada vez mais necessitam dos seus serviços.*

[52] http://www.ilo.org/global/Themes/Equality_and_Discrimination/GenderEquality/lang—en/index.htm

[53] http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—dgreports/—gender/documents/publication/wcms_101118.pdf

[54] http://www.unifem.org/progress/2008/

[55] http://www.unfpa.org/swp/2006/

· *As mulheres migrantes projectam nas suas comunidades de origem uma nova imagem sobre o que é ser mulher. Tornam-se o sustento das suas famílias, adquirem novas atitudes sobre os papéis de género e os direitos das mulheres e ganham mais respeito e autoridade. Também se tornam modelos para os seus filhos e filhas. Contribuem assim para promover a igualdade entre homens e mulheres – uma pedra angular para a redução da pobreza e para o desenvolvimento.*

· *Muitas mulheres migrantes, especialmente as pouco qualificadas ou indocumentadas, estão particularmente sujeitas a violência, a exploração sexual, a piores condições de trabalho e salários baixos, e a piores condições relativamente a saúde reprodutiva e exposição ao HIV. Estes custos pesados da migração podem ser evitados através do reforço de medidas para empoderar as mulheres migrantes e proteger os seus direitos humanos.*

· *Mulheres casadas cuja situação de visto dependa dos seus maridos abusadores ficam presas na armadilha da dependência: receiam que o facto de se queixarem possa resultar na perda do visto ou do poder parental, se houver crianças envolvidas. São injustamente forçadas a escolher entre a sua própria segurança e o risco de deportação ou perda das crianças.*

· *Por motivo de acesso limitado a informação e serviços de planeamento familiar, as mulheres migrantes muitas vezes enfrentam gravidezes não planeadas de que podem resultar abortos.*

· *Em algumas situações, as mulheres migrantes são forçadas a realizar testes de gravidez e de HIV, cujos resultados positivos as podem levar a enfrentar o despedimento e a deportação.*

· *Muitas mulheres emigram por razões de discriminação no país de origem – enfrentam acesso desigual a empregos e salários, têm necessidade de escapar de maus casamentos, sofrem controlos excessivos relativamente à sua liberdade e às suas aspirações. Mas muitas também encontram barreiras discriminatórias no caminho.*

· *As leis do trabalho tendem a ignorar sectores nos quais as mulheres migrantes predominam, tais como o trabalho doméstico e o entretenimento. O que as torna vulneráveis a abusos.*

· *A escravatura de mulheres e crianças, sob forma de tráfico, servidão sexual e elevada exploração de trabalhadoras domésticas são abominações que não deviam acontecer no século XXI.*

· *Mais de 800 mil pessoas são traficadas nas fronteiras todos os anos: 80% são mulheres e raparigas. A grande maioria é vítima de servidão sexual.*

· *As trabalhadoras indocumentadas ou aquelas cujos vistos estão dependentes dos seus empregadores são vulneráveis a todas as formas de abuso, de que receiam queixar-se para não perderem os seus empregos e serem deportadas. Algumas fogem e perdem o seu estatuto regular. Outras vêem no suicídio a única saída para escapar a um tratamento intolerável e cruel.*

Seguem-se algumas das Conclusões-chave e Recomendações deste Relatório:

Reforma das Políticas

- *Importa rever as políticas relativas às migrações internacionais numa perspectiva de direitos humanos e de igualdade de género. As que ignorem a distinção fundamental entre a experiência migratória dos homens e das mulheres estão destinadas ao insucesso.*

- *O aumento do esforço para reduzir a pobreza e a desigualdade de género é fundamental para prevenir a exploração e o tráfico de mulheres e raparigas.*

Autonomia e Violência de Género

- A violência de género contra as mulheres migrantes é um problema sério. Os países de acolhimento deviam adoptar políticas que respondessem aos interesses e necessidades dessas mulheres e dos seus filhos e filhas, designadamente concedendo-lhes um estatuto independente, autorizações de trabalho, acesso aos serviços sociais e de saúde e apoio à educação e à formação profissional.

- A pobreza e as oportunidades limitadas induzem muitas mulheres a procurar maridos mais ricos no estrangeiro, como evidencia o comércio global de noivas. Outras são vendidas ou forçadas a casar com estrangeiros. As políticas e a legislação deviam protegê-las de armadilhas, tais como de relações abusadoras e de casamentos forçados.

Acesso a serviços de saúde reprodutiva, incluindo os relativos a HIV/SIDA:

- Tanto as mulheres migrantes e as suas famílias como as sociedades de acolhimento ganham com o reforço do acesso a serviços de saúde sensíveis à diversidade cultural: aumenta o controlo da natalidade; melhora a saúde materna e infantil; previne a disseminação do HIV e outras infecções sexualmente transmitidas; contribui para a integração de migrantes e oferece melhores perspectivas à geração seguinte.

- Milhões de trabalhadoras migrantes têm necessidades desconhecidas em matéria de saúde reprodutiva, com repercussões no respectivo estado de saúde geral, bem-estar, produtividade e capacidade de continuar a contribuir para a economia dos países de acolhimento.

- Testes obrigatórios de gravidez e HIV violam os direitos reprodutivos e deviam ser banidos. A protecção dos direitos reprodutivos das mulheres migrantes exige o seu acesso voluntário a serviços de qualidade e que assegurem confidencialidade, quer no domínio do planeamento familiar, quer no domínio do HIV, quer no da prevenção e tratamento de outras infecções sexualmente transmitidas.

Remessas e acesso a serviços financeiros para as mulheres migrantes:

- Promover a igualdade de género na economia - tanto nos países de origem como nos de acolhimento – pode maximizar o potencial das remessas das mulheres migrantes para a redução da pobreza e para o desenvolvimento, o que inclui disponibilizar-lhes literacia financeira, bancária e de investimento, bem com reconhecer-lhes direitos de propriedade.

Trabalhadoras domésticas:

- São urgentemente necessárias políticas e programas para proteger os direitos humanos e laborais das migrantes trabalhadoras domésticas, incluindo: a revisão das legislação nacional do trabalho para assegurar a cobertura do serviço doméstico; sensibilização para os direitos das trabalhadoras domésticas e para as obrigações das entidades empregadoras, incluindo através de formação antes da partida; acordos bilaterais entre países de origem e de acolhimento que estabeleçam contratos-tipo e assegurem os mínimos em matéria de normas laborais; reforço do papel das embaixadas na apresentação de queixas e na obtenção de abrigo em casos de abuso nos países de destino; criação de linhas verdes e apoio a organizações que trabalhem para a protecção dos direitos das mulheres migrantes; regulação das agências de recrutamento e colocação, incluindo o estabelecimento de sistemas oficiais de acreditação; e perseguindo as entidades empregadoras e as agências abusadoras.

- A nível regional, devem ser estabelecidas normas mínimas para a protecção dos direitos das mulheres migrantes através da colaboração intergovernamental.

O papel da sociedade civil e dos grupos para os 'Direitos das Mulheres'

- *O envolvimento de representantes das mulheres migrantes nos debates e nas reformas políticas pode melhorar as respostas à feminização das migrações. As mulheres migrantes podem informar sobre a efectivação das políticas.*

- *As associações de mulheres migrantes têm sido instrumentais para o aprofundamento dos direitos humanos e devem ser apoiadas.*

- *Transversalizar estas questões nas organizações de migrantes e nos sindicatos empenhados na igualdade de género é outro modo de responder às preocupações específicas das mulheres migrantes. O que implica centros de investigação no domínio das migrações e organizações de defesa dos direitos humanos.*

3.5 - No âmbito do Banco Mundial

- Em finais de 2007, o Banco Mundial reuniu numa edição - *The International Migration of Women*[56] - um conjunto de *seis novos estudos sobre o nexo entre género, migrações internacionais e desenvolvimento económico*, uma vez que, *apesar do elevado número de mulheres migrantes, houve até há pouco uma flagrante ausência de análise relativa à igualdade de género, na literatura económica sobre as migrações internacionais e o desenvolvimento.*

3.6 - No âmbito da Organização Internacional das Migrações – OIM

- A Organização Internacional das Migrações integra a dimensão da igualdade de género nas suas políticas e programas, promove a sensibilização sobre o tema e apoia o desenvolvimento de iniciativas dirigidas às necessidades dos homens e das mulheres migrantes[57].

3.7 - No âmbito do Conselho da Europa

- Um grupo de especialistas no tema das migrações internacionais apresentou um relatório, em 1999, sobre migrações, diversidade cultural e igualdade entre mulheres e homens[58].

- Em 2006, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa aprovou a Recomendação 1732 (2006)[59] sobre a integração das mulheres imigrantes na Europa, apelando ao Comité de Ministros no sentido de que

  - *transversalize a dimensão da igualdade e género em todo o trabalho que desenvolve no âmbito das migrações na Europa (5.1);*

[56] http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTGENDER/0,,contentMDK:21542651~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:336868,00.html

[57] http://www.iom.int/jahia/Jahia/pid/782

[58] http://www.coe.int/t/e/human_rights/equality/09._other_activities/100_EG-MG(1996)02rev.asp#TopOfPage

[59] http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta06/EREC1732.htm

- *Assegure que qualquer norma de legislação estrangeira relacionada com mulheres migrantes nos Estados-membros que seja contrária à Convenção Europeia sobre Direitos Humanos, ao seu Protocolo nº 7* [60] *ou ao princípio fundamental da igualdade entre homens e mulheres é identificada e não é aplicada, e/ou que quaisquer disposições de acordos bilaterais e regras de direito internacional privado que violem os princípios fundamentais de direitos humanos, em particular no que respeita ao estatuto pessoal, especialmente em material de divórcio ou regulação do poder parental são renegociadas, rejeitadas ou denunciadas (5.2.3);*

- *Seja promovida a integração das mulheres imigrantes baseada em dados e estudos rigorosos realizados numa perspectiva de igualdade de género, colocando particular ênfase na participação dos homens no processo, tendo em conta a necessidade de promover a igualdade de oportunidades para homens e mulheres imigrantes (5.3.1);*

- *Se inicie um diálogo com os países de origem dos/as migrantes, para que incluam a igualdade entre homens e mulheres no processo migratório nas actividades da Plataforma Política sobre as Migrações do Conselho da Europa – diálogo Norte-Sul, Este-Oeste – para exercer pressão sobre os países de origem encorajando-os a promover a igualdade entre homens e mulheres como um princípio de direitos humanos e para os exortar a proibir práticas contrárias aos direitos humanos, tais como poligamia, repúdio, casamentos forçados, divórcios forçados e entrega automática da custódia dos filhos ao pai (5.3.3.).*

3.8 - No âmbito da União Europeia

- As trabalhadoras migrantes beneficiam do disposto na Directiva 2006/54/CE, 5-7-2006, relativa à aplicação do princípio da igualdade de oportunidades e igualdade de tratamento entre homens e mulheres em domínios ligados ao emprego e à actividade profissional[61].

- Os Relatórios de 2005 e de 2006 da Comissão Europeia sobre Igualdade de Género referem, a propósito da imigração de nacionais de Países Terceiros, [62] que

  · *A inserção eficaz e responsável dos imigrantes no mercado de trabalho e na sociedade é um dos factores essenciais para o sucesso na consecução das metas de Lisboa. As políticas de inserção carecem em grande medida de uma perspectiva de género, o que dificulta as possibilidades de utilizar plenamente o potencial das mulheres imigrantes no mercado de trabalho.*

  · *As situações e condições diversas das mulheres e dos homens imigrados devem ser tomadas em conta na elaboração futura das políticas de integração.*

  · *Convirá atacar em particular a dupla discriminação sexista e racista com que muitas vezes (as mulheres imigrantes) são confrontadas, nomeadamente no mercado de trabalho…*

  · *Para se conseguir a integração dos imigrantes, em particular das mulheres, na vida económica e social, convém ter presente as práticas e expectativas culturais relativas ao papel das mulheres e dos homens, não apenas no país de acolhimento, mas também no país de origem*

  · *A necessidade de atender à perspectiva de género nas políticas de imigração encontrou eco na agenda comum para a integração de cidadãos de países terceiros, aprovada pela Comissão. Nela se sublinha, em especial, a importância da utilização plena do potencial das mulheres imigrantes no mercado de trabalho.*

[60] Designadamente sobre expulsão de pessoas estrangeiras

[61] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:204:0023:01:PT:HTML

[62] http://ec.europa.eu/employment_social/gender_equality/gender_mainstreaming/migrant/migrant_en.html

4 – E Portugal?

Como resulta do quadro 2, Portugal é o Estado-membro da União Europeia com a maior comunidade nacional a residir no estrangeiro face à população total. A proporção é de 11,68%. Relativamente aos Países da OCDE, é o segundo, a seguir à Nova Zelândia, a que correnpondem 11,83%. O México, só aparece em 3º lugar, com 10,4%.

Quadro 2

Relação entre a População Total e as Comunidades no Estrangeiro - Países da OCDE

País de Origem	População Total 2005		Dimensão Comunidades no Estrangeiro		% Face à População Total		Total Trabalhadores no Estrangeiro	
México	107 029 000	1º	11.132.100	3º	10,40%	1º	7.150.600
Reino Unido	59 668 000	2º	3.104.600	5º (3º U.E.)	5,20 %	2º	1.635.500
Alemanha	82 689 000	3º	2.110.200	14º (9º U.E.)	2,55 %	4º	1.048.200
Turquia	73 193 000	4º	2.098.906	10º	2,86 %	3º	1.062.000
Itália	58 093 000	5º	1.813.500	9º (6º U.E)	3,12 %	5º	965.900
Coreia	47 817 000	6º	1.500.402	8º	3,13 %	7º	578.200
Portugal	10 495 000	7º	1.226.709	2º (1º U.E.)	11,68 %	6º	694.300
Polónia	38 530 000	8º	1.008.000	13º (8º U.E.)	2,61 %	10º	413.400
Roménia	22 329 977	9º	969.100	6º (4º UE)	4,33%	9º	428.400
Canadá	32 268 000	10º	863.600	12º	2,67 %	8º	477.800
EUA	298 213 000	11º	661.500	17º	0,22 %	11º	344.800
França	60 496 000	12º	553.100	16º (11º U.E.)	0,91 %	12º	335.600
N. Zelândia	4 028 000	13º	476.700	1º	11,83 %	13º	275.700
Países Baixos	16 299 000	14º	464.400	11º (7º U.E.)	2,84%	15º	228.600
Grécia	11 120 000	15º	454.400	7º (5º U.E.)	4,08 %	14º	240.700
Espanha	43 064 000	16º	424.638	15º (10º U.E.)	0,98 %	16º	214.900
Irlanda	4 148 000	17º	336.100	4º (2º U.E.)	8,10 %	17º	152.500

Fontes: ONU (2005) e OCDE (2008)

Em contrapartida - e como o quadro 3, directamente transposto da nova base de dados sobre as migrações internacionais (2008) do Portal da OCDE[63] evidencia – Portugal, com 4,1%, é apenas o 12º de entre os Estados-membros da União Europeia na percentagem de pessoas estrangeiras face à sua população total.

[63] http://www.oecd.org/document/10/0,3343,fr_2649_33931_42288650_1_1_1_37415,00.html

(Tradução não oficial do quadro para língua portuguesa)

Quadro 3

Efectivos de pessoas estrangeiras em alguns países da OCDE (Milhares)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alemanha	7 365,8	7 319,6	7 343,6	7 296,8	7 318,6	7 335,6	7 334,8	6 738,7	6 755,8	6 755,8
% do total da população	9,0	8,9	8,9	8,9	8,9	8,9	8,9	8,2	8,2	8,2
Áustria	683,4	686,5	694,0	701,8	718,3	743,3	759,6	776,1	801,6	817,5
% do total da população	8,6	8,6	8,7	8,8	8,9	9,2	9,4	9,5	9,7	9,9
Bélgica	903,1	892,0	897,1	861,7	846,7	850,1	860,3	870,9	900,5	932,2
% do total da população	8,9	8,7	8,8	8,4	8,2	8,2	8,3	8,4	8,6	8,8
Coreia	176,9	147,9	169,0	210,2	229,6	271,7	460,3	491,4	510,5	660,6
% do total da população	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	1,0	1,0	1,1	1,4
Dinamarca	249,6	256,3	259,4	258,6	266,7	265,4	271,2	267,6	270,1	278,1
% do total da população	4,7	4,8	4,9	4,8	5,0	4,9	5,0	4,9	5,0	5,1
Espanha	637,1	749,0	923,9	1 370,7	1 977,9	2 664,2	3 034,3	3 730,6	4 144,2	4 519,6
% do total da população	1,6	1,9	2,3	3,4	4,9	6,4	7,2	8,7	9,5	10,3
Finlândia	80,6	85,1	87,7	91,1	98,6	103,7	107,0	108,3	113,9	121,7
% do total da população	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3
Frnaça	..	..	3 258,5	..	..	..	..	..	3 506,5	..
% do total da população	..	..	5,6	..	..	..	..	..	5,6	..
Grécia	..	292,0	273,9	304,6	355,8	436,8	472,8	533,4	553,1	570,6
% do total da população	..	2,8	2,6	2,9	3,4	4,1	4,5	5,0	5,2	5,3
Hungria	148,3	150,2	153,1	110,0	116,4	115,9	130,1	142,2	154,4	166,0
% do total da população	1,4	1,4	1,5	1,1	1,1	1,1	1,3	1,4	1,5	1,6
Irlanda	114,4	110,8	117,8	126,3	155,0	187,7	222,2	222,8	259,4	..
% do total da população	3,1	3,0	3,1	3,3	4,0	4,8	5,6	5,5	6,3	..
Itália	1 022,9	1 090,8	1 340,7	1 379,7	1 448,4	1 503,3	2 227,6	2 402,2	2 670,5	2 938,9
% do total da população	2,1	2,1	2,2	2,4	2,5	2,6	3,9	4,2	4,6	5,0
Japão	1 482,7	1 510,0	1 556,1	1 686,4	1 778,5	1 851,8	1 915,0	1 973,7	2 011,6	2 083,2
% do total da população	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6
Luxemburgo	147,7	152,9	159,4	164,7	166,7	170,7	174,2	177,8	183,7	191,3
% do total da população	34,9	35,6	36,0	37,3	37,5	38,1	38,6	39,3	40,4	41,6
Noruega	158,0	165,1	178,7	184,3	185,9	197,7	204,7	213,3	222,3	238,3
% do total da população	3,6	3,6	3,7	4,0	4,1	4,1	4,3	4,6	4,8	5,1
Países Baixos	678,1	662,4	651,5	667,8	690,4	700,0	702,2	699,4	691,4	681,9
% do total da população	4,3	4,2	4,1	4,2	4,3	4,3	4,3	4,3	4,2	4,2
Polónia	..	..	..	..	..	49,2	..	..	..	54,9
% do total da população	..	..	..	..	..	0,1	..	..	..	0,1
Portugal	175,3	177,8	190,9	207,6	360,8	423,8	444,6	469,1	432,0	434,9
% do total da população	1,8	1,8	1,9	2,1	3,5	4,1	4,3	4,5	4,1	4,1
República Eslovaca	24,8	28,4	29,5	28,8	29,4	29,5	29,2	22,3	25,6	32,1
% do total da população	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,6
República Checa	209,8	219,8	228,9	201,0	210,8	231,6	240,4	254,3	278,3	321,5
% do total da população	2,0	2,1	2,2	1,9	2,0	2,3	2,4	2,5	2,7	3,1
Reino Unido	2 066,0	2 207,0	2 208,0	2 342,0	2 587,0	2 584,0	2 742,0	2 857,0	3 035,0	3 392,0
% do total da população	3,6	3,8	3,8	4,0	4,4	4,5	4,7	4,9	5,2	5,8
Suécia	522,0	499,9	487,2	477,3	476,0	474,1	476,1	481,1	479,9	492,0
% do total da população	5,9	5,6	5,5	5,4	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,4
Suiça	1 340,8	1 347,9	1 368,7	1 384,4	1 419,1	1 447,3	1 471,0	1 495,0	1 511,9	1 523,6
% do total da população	19,0	19,0	19,2	19,3	19,7	19,9	20,0	20,2	20,3	20,3

Fonte: Perspectivas das migrações internationais: SOPEMI (Sistema de Observação Permanente das Migrações) - Edição 2008 - OCDE © 2008 - ISBN 9789264045699

Uma tal posição relativa do nosso País impõe-lhe, quanto a mim, particulares responsabilidades, a nível interno e externo, no domínio das políticas públicas sobre migrações internacionais. Pelo que, uma vez mais, subscrevo as conclusões sobre a matéria do Relatório que Portugal apresentou, em 1994, à Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento:

Defendendo nas relações externas o valor da tolerância e do respeito pelos Direitos Humanos, conhecendo de uma larga experiências de apoio aos portugueses no estrangeiro, o papel dos migrantes nas boas relações entre Estados, na acção das organizações internacionais, na evolução do pensamento, no progresso das ciências humanas e na melhoria da compreensão entre os povos, Portugal, no respeito pelas suas obrigações e deveres como Estado membro da União Europeia, reconhece a dimensão humana das migrações internacionais e sublinha a importância de uma abordagem construtiva e global sobre a matéria.

Daí que Portugal enfatize que muitos dos aspectos que, eventualmente, se considerem problemáticos na área das migrações, se possam atenuar, se os Estados assumirem com clareza, que é também do seu interesse público,

- *Garantir nos respectivos territórios níveis elevados de respeito pelos Direitos Humanos e pelas Liberdades Fundamentais de qualquer pessoa;*

- *Encontrar, nos vários eixos das relações e das trocas internacionais, meios eficazes de evitar êxodos quase inelutáveis;*

- *Atalhar com medidas enérgicas, a falta de informação, de formação e de rigor em que se fundam e persistem muitos temores, muitos preconceitos e muitos conflitos;*

- *Encontrar, nas migrações e nos migrantes, pontes de entendimento – recíproca e equilibradamente proveitoso – com outros povos e regiões do mundo, capacidades de mediação, de relativização e de aprendizagem, solidamente indutoras de segurança e bem-estar generalizados.*

Foi este espírito que presidiu à concretização em Portugal de um Projecto apoiado pela Iniciativa Comunitária EQUAL, designado *Migrações e Desenvolvimento*, que construiu e aplicou uma solução inovadora para o relacionamento intercultural de qualidade, entendido como uma forma superior de integração democrática das comunidades de pessoas estrangeiras: os Pactos Territoriais para o Diálogo Intercultural, assentes na cooperação voluntária de todas as entidades públicas e privadas que queiram participar. E para que se atinjam os fins a partir de denominadores comuns de intervenção, que queiram beneficiar de uma formação centrada nos direitos humanos, na igualdade de homens e mulheres, nas migrações internacionais, na cidadania global e na coesão social, conforme o Referencial "Cidadania e Diversidade Cultural nas Práticas Profissionais" que desenvolvido pelo Projecto.

5 - Conclusões

Quinze anos depois, muito se deve à Conferência do Cairo no domínio da transversalização da abordagem dos Direitos Humanos nas migrações internacionais. Pelo que desde logo concretizou e pelo que inspirou na tomada de consciência da comunidade internacional de que as pessoas migrantes não eram só mão-de-obra útil directa ou indirectamente problemática.

Que os próximos 15 anos venham demonstrar que as pessoas, os povos e os Estados tiveram a inteligência de reflectir sobre o Preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos[64]. Será sinal de que, com toda a diversidade em diálogo – a grande riqueza cultural do mundo[65] - souberam construir a paz assente na linguagem universal da Humanidade[66] e no seu património imaterial comum.

[64] http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh.html

[65] Declaração Universal da UNESCO sobre Diversidade Cultural http://portal.unesco.org/culture/en/ev.php-URL_ID=2977&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

[66] *"Os Direitos Humanos são a linguagem comum da humanidade" Boutros-Ghali, Secretário-Geral da ONU. Discurso de abertura da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos - Viena 1993*

http://www.unhchr.ch/huricane/huricane.nsf/view01/F4F9573477975320C12570210077FC48?opendocument

Pessoas pobres, lugares pobres, saúde pobre. Territórios amplificadores do risco na Área Metropolitana de Lisboa

Poor people, poor places, poor health. Territories of risk amplification in the Lisbon Metropolitan Area

Autora: Helena Nogueira

Professora Auxiliar. Departamento de Geografia, Universidade de Coimbra,

CEGOT

helenamarquesnogueira@hotmail.com

Resumo:

As variações em saúde têm sido recorrentemente estudadas e debatidas pela comunidade científica e política, sobretudo quando se concluiu pela tendência de manutenção ou até aumento dessas variações. Vários factores têm sido apontados como fulcrais na génese e manutenção das variações em saúde, identificando-se diferentes níveis de factores – individuais e contextuais – e diferentes formas de acção – directa e indirecta. Entre eles, a privação sociomaterial, e o seu efeito de degradação dos níveis de saúde, tem sido um dos mais e melhor estudados. Pessoas pobres têm mais probabilidade de residir em áreas de privação e a interacção entre pobreza individual e privação da área resulta numa saúde mais pobre, em comportamentos menos saudáveis e num aumento das desigualdades em saúde. A privação sociomaterial dos lugares é, pois, um factor de amplificação do risco individual que urge "descodificar", identificando as condições de vida quotidiana responsáveis pela pior saúde dos residentes nos lugares mais pobres.

Este estudo promove uma abordagem dinâmica e inclusiva das determinantes da saúde na Área Metropolitana de Lisboa, integrando determinantes de níveis distintos (individuais e contextuais), que actuam por diferentes mecanismos (directos e indirectos). Para além da identificação dos principais factores de risco para a saúde, previamente divulgados num número anterior desta revista, revelam-se agora as áreas de maior risco. Os resultados mostram que é possível identificar iniquidades nas condições de vida quotidianas, que possuem um impacte negativo na saúde, e que estão, muitas vezes, subjacentes

à privação socioeconómica. Mas mostram também que os espaços do quotidiano podem emergir como territórios de risco para a saúde, amplificando o efeito debilitador de alguns atributos individuais. Conclui-se que é possível identificar as determinantes sociais da saúde e o modo como estas se agrupam formando territórios de vulnerabilidade e risco para a saúde. Conclui-se ainda que a melhoria dos níveis de saúde é possível através de políticas integrativas, intersectorias e estratégicas, direccionadas não apenas aos indivíduos mas também aos seus espaços de vida: reduzir a pobreza individual, reduzir a privação dos lugares; reduzir as iniquidades no acesso e na utilização dos recursos, promover a coesão territorial e social; transformar territórios de risco em territórios promotores de saúde.

Palavras Chave: Área Metropolitana de Lisboa; variações em saúde; privação dos lugares; condições de vida quotidianas; amplificação do risco; territórios de risco.

Abstract

Health variations have been often studied and debated by the academic and political communities, chiefly when the maintenance or even increasing trends of those variations are evident. Several factors have been pointed out as central in the genesis and maintenance of health variations, identifying different levels of factors - individual and contextual ones - and different ways of action - direct and indirect ones. Among them, sociomaterial deprivation, and its degrading effect on health, has been one of the most and best studied. Poor people are more likely to live in deprived areas and, as a result of interactions between individual poverty and area deprivation, health becomes poorer, behaviours become unhealthier and health inequalities increase. Area deprivation is, therefore, a factor of individual risk amplification which is urgent to disclose, identifying the conditions of daily life responsible for the poorer health of those living in poorer places.

This study promotes a dynamic, inclusive approach of health determinants in the Lisbon Metropolitan Area, integrating distinct levels of determinants (individual and contextual ones), which act through different mechanisms (direct and indirect ones). Besides identifying the main health risk factors, previously revealed in a former number of this journal, we show now the main risk areas. The results show that it is possible to identify iniquities in daily living conditions, which have a negative impact on health and are often underlying socioeconomic deprivation. However, they also show that daily spaces can emerge as territories of health risk, amplifying the degrading effect of some individual attributes. We conclude that it is possible to identify the social determinants of health and the way how they cluster together, forming territories of health vulnerability and risk. We also conclude that health improvement is possible through integrative, intersectorial and strategic policies, addressing not only the individuals but also their daily spaces: decreasing individual poverty, decreasing area deprivation; decreasing iniquities in resources access and utilization, promoting social and territorial cohesion; changing risk territories into territories of health promotion.

Key words: Lisbon Metropolitan Area; health variations; area deprivation; daily living conditions; risk amplification; territories of risk.

Introdução

As variações em saúde, entendidas como uma questão de injustiça social, têm conhecido uma tendência de aumento a nível mundial. Há diferenças na esperança de vida entre países superiores a 30 anos (OMS, 2008); dentro de cada país, há também diferenças dramáticas, com os pobres e os residentes em áreas pobres a apresentarem pior saúde e níveis mais elevados de doença e morte prematura (Nogueira, 2007). Mesmo nos países mais desenvolvidos, de elevado rendimento, a saúde apresenta um gradiente social: quando mais baixo é o estatuto socioeconómico, pior é a saúde (Marmot, 2004). Para além deste gradiente social, verifica-se que os resultados em saúde são piores nas áreas mais pobres (Sundquist, Malmstrom, e Johansson, 2004; Macintyre, McKay e Ellaway, 2005), mesmo quando se controla a variabilidade de nível individual. As diferenças não podem, pois, ser atribuídas unicamente às variáveis individuais, ou ao efeito agregado dessas variáveis (efeito composicional); elas resultam necessariamente de uma diferença ambiental.

Num relatório de 2008, a Comissão da OMS para as Determinantes Sociais da Saúde atribui as iniquidades em saúde e a falta de saúde a um "ambiente tóxico", para o qual contribuem diferentes determinantes da saúde – determinantes estruturais e circunstâncias concretas de vida (OMS, 2008). "Ambientes tóxicos" são ambientes promotores de iniquidades a diferentes níveis: iniquidades na distribuição de poder, rendimento, bens e serviços; iniquidades nas circunstâncias de vida quotidianas, em termos de condições de crescimento saudável das crianças, escolaridade, acesso a serviços de saúde, condições de trabalho e de lazer, habitação e transporte e experiências psicossociais, entre outras. Acresce que determinantes estruturais e condições de vida quotidiana interagem, modelando ambientes de declínio e risco para a saúde ou, inversamente, ambientes de crescimento e promoção da saúde (McCulloch, 2003).

Determinantes sociais da saúde: interacção e amplificação do risco

Van Lenthe, Brug e Mackenbach (2005) apresentam um modelo explicativo do empobrecimento conjunto dos lugares e da saúde. Segundo os autores, o processo é despoletado pelo agravamento do ambiente socioeconómico dos lugares, seguindo-se uma série de modificações ambientais com impactes negativos na saúde. Macintyre, Macdonald e Ellaway (2008) referem-se ao processo de degradação estrutural e social que conduz à emergência de ambientes muitidimensionais de risco em áreas pobres, designando-o por "modelo de amplificação da privação". As conclusões dos diferentes autores são concordantes: há um círculo vicioso de degradação dos lugares que amplifica a vulnerabilidade individual, no qual a privação tem um papel-chave. Áreas pobres são palco de migrações selectivas, caracterizadas pela entrada de indivíduos carenciados e saída dos mais abastados (Norman, Boyle, e Rees 2005). Uma vez que os novos habitantes têm dificuldades em manter as suas propriedades, a habitação degrada-se; o apelo a investimentos privados diminui e é natural que parte do comércio e serviços existentes possam desaparecer, rareando a abertura de novas facilidades; a violência pode aumentar, aumentando os níveis de crime, os comportamentos anti-sociais e a insegurança percepcionada; os níveis de interacção e de participação social diminuem (Wilkinson, 2005). A saúde debilita-se. O ambiente socioeconómico, enquanto determinante estrutural da saúde, tem capacidade de condicionar o comportamento das condições concretas de vida (OMS, 2008).

Ao processo de degradação das condições ambientais, juntam-se os comportamentos e estilos de vida individuais, também eles influenciados pela privação dos lugares e mediados pelas condições do ambiente social. Por exemplo, alguns estudos apontam a maior densidade de "fast foods" em áreas de privação, concluindo que essa prevalência se relaciona com uma dieta mais pobre (Morland, Wing, Diez-Roux e Poole, 2002; Cummins, Mckay e Macintyre, 2005); outros referem-se à relação significativa entre a prática de exercício físico e a densidade de equipamentos desportivos, menor em áreas de maior privação (Powell e outros, 2006). Refira-se ainda que alguns estudos concluem que em áreas de maior coesão e participação social parece haver maior controlo sobre os comportamentos nocivos à saúde, como o consumo de tabaco e de álcool e, em simultâneo, um incremento dos comportamentos saudáveis, como a prática de exercício físico (Parkes e Kearns, 2001).

Para além do diferente papel das distintas determinantes, espera-se que o seu impacte na saúde se faça por diferentes mecanismos, directos e indirectos. A escassez de serviços de saúde, a falta de infra-estruturas desportivas, ou a degradação dos equipamentos escolares, que caracterizam áreas de grande privação, restringem oportunidades de vida, tendo um impacte directo na saúde. Porém, a privação relativa, a percepção da privação e das iniquidades e as condições psicossociais subjacentes a essa percepção, têm um impacte indirecto na saúde, via mecanismos relacionados com a falta de controlo, a baixa auto-estima, o stress, o isolamento social, a ansiedade.

Este artigo, que surge na sequência de um trabalho previamente publicado no nº 43 da Revista de Estudos Demográficos, procura revelar a forma como diferentes factores interagem, determinando os níveis de saúde da população residente na Área Metropolitana de Lisboa (AML). Mais do que identificar as determinantes individuais e contextuais da saúde, pretende-se agora conhecer a forma como estas se combinam, conduzindo à emergência de territórios amplificadores do risco para a saúde, ou inversamente, territórios promotores de saúde.

Dados e métodos

Foi possível fazer-se a avaliação das determinantes individuais e contextuais da saúde e a medição dos níveis individuais de saúde pela utilização de diferentes dados.

1. Determinantes individuais da saúde e resultado em saúde (estado de saúde auto-avaliado)

As determinantes individuais da saúde e o estado de saúde auto-avaliado foram recolhidos numa amostra constituída por 4 577 inquéritos realizados no âmbito do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1998/99. Retirou-se informação relativa a: sexo; idade; escolaridade; situação no trabalho; profissão; consumo de tabaco; actividade física; estado de saúde auto-avaliado (ver Nogueira 2008a, 2008b para informações mais detalhadas).

2. Determinantes contextuais da saúde

Foram avaliadas ao nível das freguesias e operacionalizadas por dados contextuais recolhidos em diferentes fontes: INE, Páginas Amarelas, Telelista, Instituto Português de Seguros, Ministério da Educação, Ministério da Administração Interna, Instituto Português do Sangue, Segurança Social de Lisboa e de Setúbal, Direcção Geral de Viação, Câmaras Municipais dos municípios pertencentes à Área Metropolitana de Lisboa (AML)[1], entre outras, tendo sido necessário um prévio trabalho de harmonização das bases geográficas e geocodificação de alguma informação. Com base na bibliografia consultada (Macintyre, Ellaway e Cummins, 2002; Cummins e outros, 2004, 2005), construiu-se um conjunto alargado de indicadores compósitos, por diferentes processos estatísticos e integrando numerosas variáveis:

2.1. Um indicador de privação múltipla (IPM), adequado à avaliação do ambiente socioeconómico dos lugares, considerado como determinante estrutural da saúde (OMS, 2008; Nogueira, 2009a). Este indicador foi calculado com base em três variáveis censitárias, recorrendo a um processo de normalização e cálculo da média das variáveis normalizadas.

2.2. Dezoito indicadores das condições de vida locais, representando a disponibilidade de um conjunto numeroso de recursos físicos e sociais. Estes indicadores foram obtidos por intermédio de Análises em Componentes Principais, realizadas a partir de um conjunto alargado de variáveis (245), organizadas em catorze dimensões ambientais consideradas como necessárias a uma vivência quotidiana saudável. O procedimento estatístico utilizado gerou dezoito indicadores e reteve 79 das 245 variáveis iniciais (quadro 1).

[1] A AML integrava, à data do início de realização deste estudo, 19 municípios: os 18 que inicialmente a constituíram (Lei nº 44/1991) (Alcochete, Almada, Amadora, Azambuja, Barreiro, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Moita, Montijo, Oeiras, Palmela, Sesimbra, Setúbal, Seixal, Sintra e Vila Franca de Xira), juntamente com Odivelas, que se constituiu município em 1998 (Lei nº 84/98). Nos termos da Lei nº 10/2003 de 13 de Maio, a AML passou a ser formada novamente por 18 municípios (a Azambuja deixou de integrar o território metropolitano).

Quadro 1

Dimensões do ambiente local na Área Metropolitana de Lisboa, indicadores e número de variáveis

Dimensões ambientais	Indicadores e número de variáveis
Qualidade do ambiente residencial ("indoor")	1. Condições básicas dos alojamentos (5 variáveis) 2. Conservação e conforto de alojamentos e edifícios (3 variáveis)
Qualidade do ambiente "outdoor"	1. Qualidade do ambiente "outdoor" (6 variáveis)
Emprego e condições sociais de trabalho	1. Emprego e condições sociais de trabalho (4 variáveis)
Serviços de saúde	1. Serviços de saúde preventiva (5 variáveis) 2. Recursos dos Cuidados de Saúde Primários (3 variáveis)
Educação	1. Disponibilidade de equipamentos escolares (5 variáveis)
Apoio social e familiar	1. Disponibilidade de equipamentos de apoio à família (5 variáveis)
Protecção e segurança	1. Ocorrência de crimes (6 variáveis)
Segurança rodoviária	1. Sinistralidade e vítimas (3 variáveis)
Transportes e acessibilidades	1. Disponibilidade de transporte privado (4 variáveis) 2. Acessibilidade ao transporte público (3 variáveis)
Acesso a produtos alimentares	1. Disponibilidade de lojas de alimentação (5 variáveis)
Desporto	1. Disponibilidade de equipamentos desportivos (5 variáveis)
Lazer e recreação	1. Disponibilidade de equipamentos / infra-estruturas de lazer e recreação (4 variáveis)
Outros recursos locais	1. Disponibilidade de recursos locais diversificados (7 variáveis)
Capital social e coesão social	1. Participação e inserção na comunidade (3 variáveis) 2. Participação política (3 variáveis)
Total: 14	Total: 18 indicadores (79 variáveis)

A consistência interna dos indicadores foi testada por coeficientes Alpha de Cronbach e Alpha Estandardizado (informações mais detalhadas sobre as dimensões, as variáveis, os indicadores e os métodos podem ser consultadas em Nogueira, 2008a, 2008b).

3. Inter-relação indivíduos, ambiente, saúde

A análise das inter-relações entre determinantes individuais, determinantes contextuais e resultado em saúde efectuou-se por intermédio de modelos de regressão logística ordenada; um dos modelos integrou as determinantes individuais e a determinante estrutural da saúde (privação socioeconómica), enquanto o outro foi desenvolvido com base nos atributos individuais e nas dezoito condições de vida quotidiana avaliadas. Os resultados foram interpretados recorrendo ao cálculo das probabilidades relativas (odds ratios) (Long, 1997).

4. Tipologia de áreas de risco

Com base nos indicadores contextuais que revelaram significância estatística nos modelos logísticos, construiu-se uma tipologia de áreas de risco para a saúde. Consideraram-se áreas de risco todas as freguesias que apresentaram um valor indicativo de grande fragilidade (valor do indicador pertencente ao quintil de maior vulnerabilidade) em, pelo menos, uma das características ambientais seleccionadas, variando a intensidade do risco com o número de indicadores que, em cada área, apresentou valor de risco.

Resultados

1. As determinantes biológicas influenciam fortemente o estado de saúde (Barros, 2003; Cummins e outros, 2004; Wilson e outros, 2004; Stafford e outros, 2005): as mulheres avaliam de forma mais negativa o estado de saúde (1,7 vezes); a saúde degrada-se com o aumento da idade (a probabilidade de reportar piores estados de saúde aumenta 51% por cada aumento de 10 anos de idade). Do conjunto dos atributos individuais, os factores socioeconómicos são os que revelam maior impacte no estado de saúde: a saúde piora para trabalhadores manuais (a probabilidade de auto-avaliações mais negativas é 47% maior para estes); piora também com a situação de desemprego (a probabilidade de avaliar positivamente o estado de saúde aumenta 68% para indivíduos empregados); piora sobretudo em função da baixa escolaridade (a probabilidade de avaliações mais negativas aumenta 97,4% para indivíduos com 4 ou menos anos de escolaridade). A análise dos comportamentos relacionados com a saúde revela a influência benéfica do exercício físico (a probabilidade de reportar melhores estados de saúde aumenta 73% com a prática de exercício físico) e o efeito nocivo do tabagismo (a probabilidade de reportar estados de saúde mais negativos aumenta 21% para fumadores).

2. Relativamente às determinantes contextuais, verificou-se uma influência significativa no estado de saúde individual de três indicadores relacionados com o ambiente socioeconómico e a disponibilidade de recursos físicos: privação socioeconómica (residentes em áreas de maior privação têm uma probabilidade 10% maior de avaliarem a saúde de forma mais negativa); disponibilidade de serviços de saúde preventiva (a probabilidade de avaliar positivamente a saúde aumenta 12% para residentes em áreas de maior oferta destes recursos); acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado (a probabilidade de avaliar mais negativamente o estado de saúde aumenta 9% para residentes em áreas de menor acessibilidade ao transporte público e maior utilização do transporte privado). Todavia, sublinha-se também o impacte dos recursos imateriais no estado de saúde: identidade, pertença, integração, compromisso e reciprocidade, avaliados pelos dois indicadores do capital social e da coesão social criados, revelaram significância estatística no modelo elaborado. O estado de saúde auto-avaliado varia em função da participação política (a probabilidade de uma auto-avaliação mais negativa do estado de saúde é 15,5% maior para residentes em áreas de maior abstenção nos actos eleitorais) e da participação e inserção na comunidade (a probabilidade de reportar estados de saúde mais negativos aumenta 11% para residentes em áreas de menor participação comunitária). Apresenta-se, no quadro 2, as variáveis constituintes das determinantes contextuais, cuja influência no estado de saúde revelou significância estatística.

Quadro 2

Determinantes ambientais com influência significativa no estado de saúde da população da Área Metropolitana de Lisboa

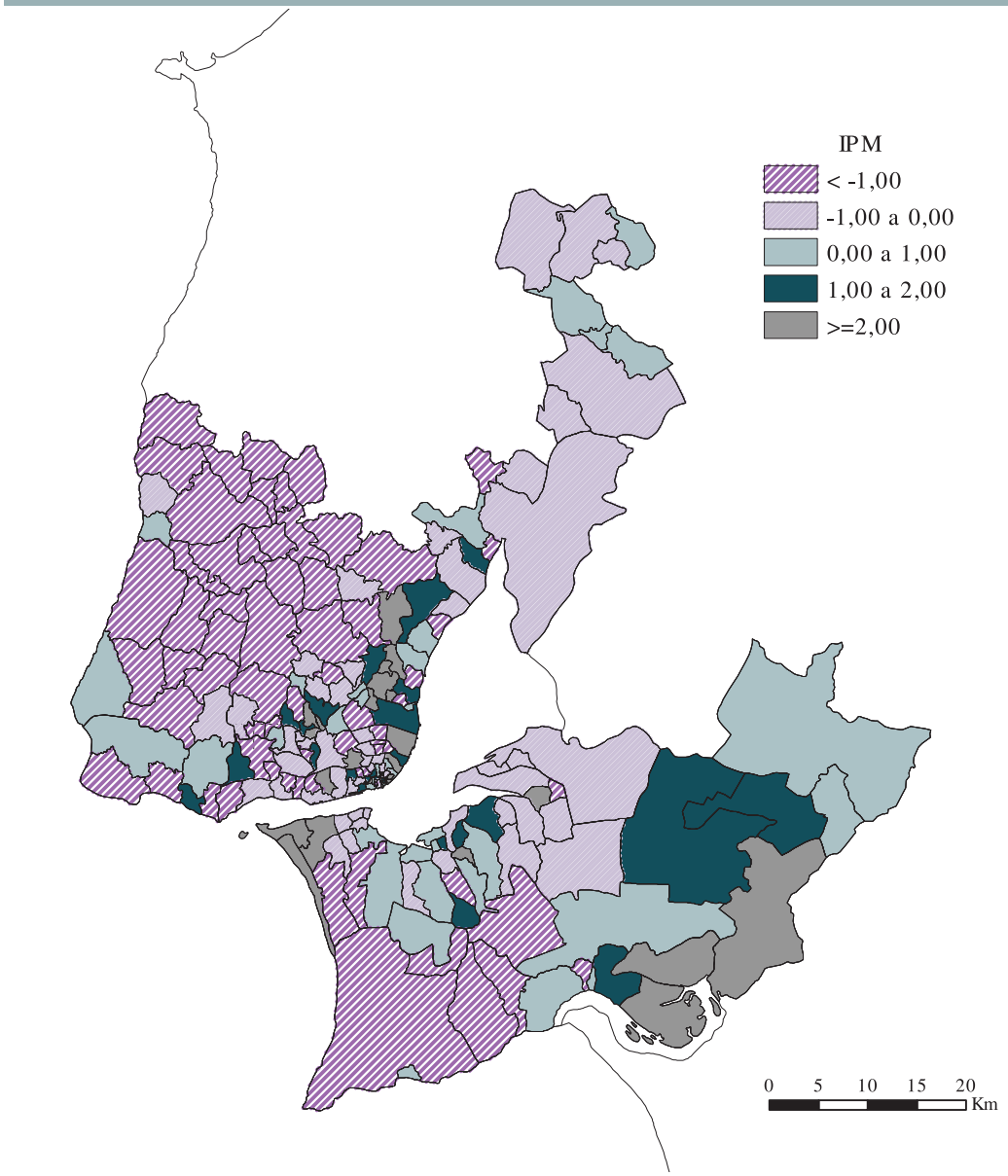
Determinantes ambientais	Variáveis constituintes da determinante	Método utilizado
Serviços de saúde preventiva	Laboratórios de análises clínicas Farmácias Laboratórios de radiologia Centros de ecografia Centros de TAC	Análise em Componentes Principais (ACP)
Acessibilidade ao transporte público	Distância (tempo) à sede do concelho em transporte colectivo Distância (tempo) à sede do distrito em transporte colectivo População empregada/estudante que usa transp. privado no trajecto para o local de trabalho ou estudo (%)	Análise em Componentes Principais (ACP)
Capital social: Participação Eleitoral	Abstenção nas Autárquicas 2001 (juntas de freguesia) (%) Abstenção nas Legislativas 2002 (%) Abstenção nas Autárquicas 2005 (%)	Análise em Componentes Principais (ACP)
Capital social: Participação Cívica	Clubes recreativos e Associações desportivas Número de jornais locais Tiragem anual dos jornais locais/hab.	Análise em Componentes Principais (ACP)
Privação socioeconómica	Desemprego masculino (%) População em alojamentos não clássicos (%) População não qualificada - grupo profissional 9 (%)	Normalização e média das variáveis

3. A procura de padrões espaciais relevantes efectuou-se com base na produção de cartografia relativa às determinantes contextuais do estado de saúde, que seguidamente se apresenta.

3.1. A distribuição espacial do Indicador de Privação Múltipla (IPM) nas freguesias da AML, efectuada na figura 1, destaca tanto o aumento da privação sociomaterial para leste, como os elevados valores que surgem em áreas de grande centralidade metropolitana: os valores máximos são atingidos em freguesias pertencentes a Lisboa (30% das freguesias e 25% da população concelhia), Amadora (55% das freguesias e 52% da população), Loures (33% das freguesias e 24% da população) e Almada (27% das freguesias e 23% da população). Na margem sul, destaque ainda para a mancha de valores elevados formada por freguesias de Setúbal (38% das freguesias e 55% da população) e Palmela (40% das freguesias e 15% da população), que se prolonga pelo município do Montijo, embora com valores mais moderados (13% das freguesias e 9% da população). No entanto, deve referir-se que algumas das freguesias distinguidas na margem sul pela sua grande privação sociomaterial são áreas classificadas como predominantemente rurais, ou medianamente urbanas, de baixa densidade populacional. Deste modo, algumas das manchas cartográficas indicativas de elevada privação material, visíveis nos municípios do Montijo e de Palmela, devem ser cautelosamente interpretadas, uma vez que podem ser consideradas "outliers" visuais. O Noroeste da AML caracteriza-se pelos baixos valores do IPM, correspondendo a situações de menor privação material, situação que se verifica também a sudoeste (sobretudo em Sesimbra).

Figura 1

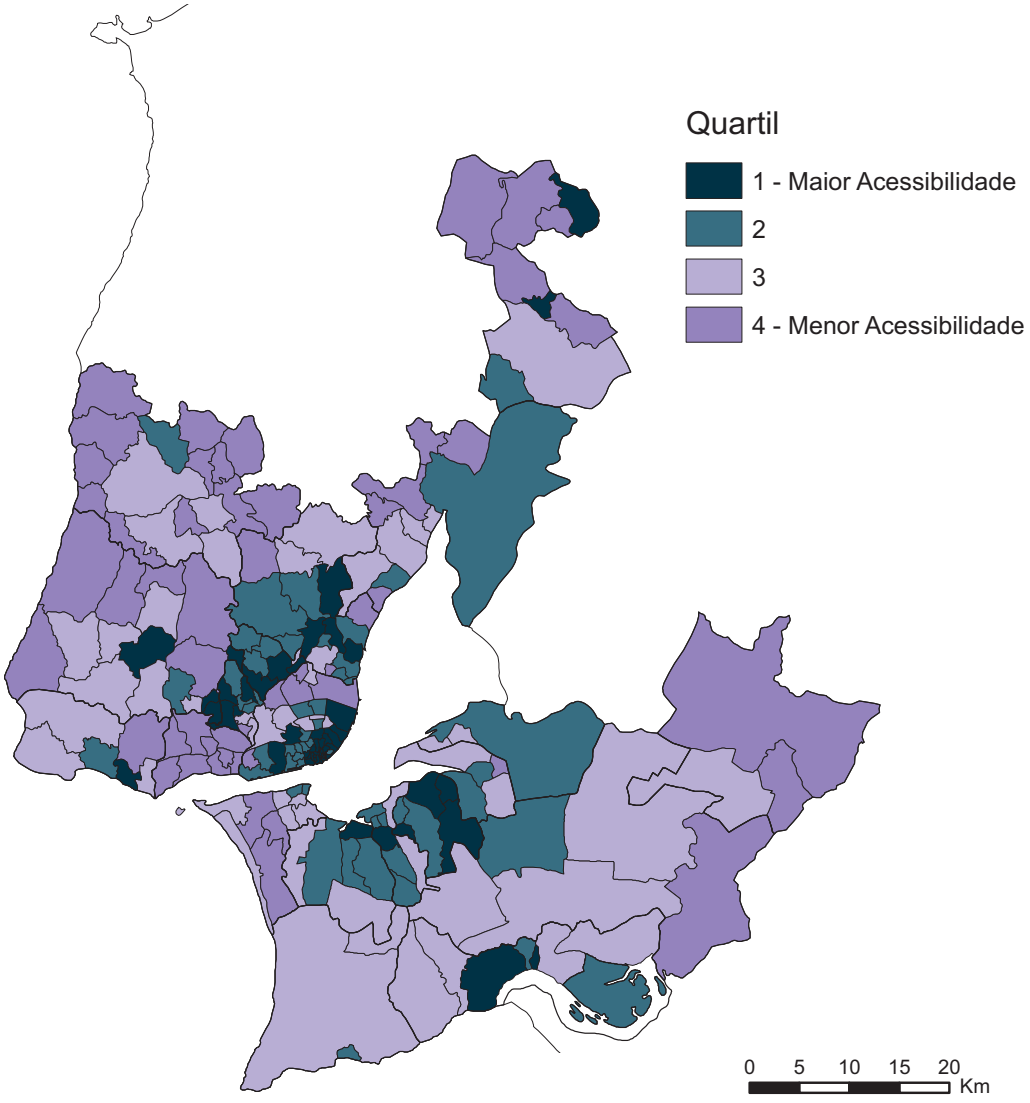
Indicador de Privação Múltipla na Área Metropolitana de Lisboa



3.2. A figura 2 apresenta a distribuição espacial do indicador relativo à acessibilidade ao transporte público e uso do transporte privado. A cartografia, efectuada por intermédio dos quartis[2], destaca a maior acessibilidade ao transporte público da maioria das freguesias de Lisboa, Odivelas, Amadora e Loures. A sul do Tejo, apenas algumas freguesias do Seixal, Setúbal, Barreiro e Moita apresentam valores indicativos de boa acessibilidade ao transporte público e uso restrito do transporte privado. Em oposição, áreas de reduzida acessibilidade ao transporte público e maior utilização do transporte privado são sobretudo visíveis nos municípios da Azambuja (56% das freguesias, englobando 55% da população), Mafra (71% das freguesias, englobando 62% da população), Sintra (35% das freguesias e 15% da população concelhia), Montijo (33% das freguesias, englobando 14% da população), Almada (27% das freguesias e 31% da população) e Oeiras.

Figura 2

Acessibilidade ao transporte público e uso do transporte individual na Área Metropolitana de Lisboa

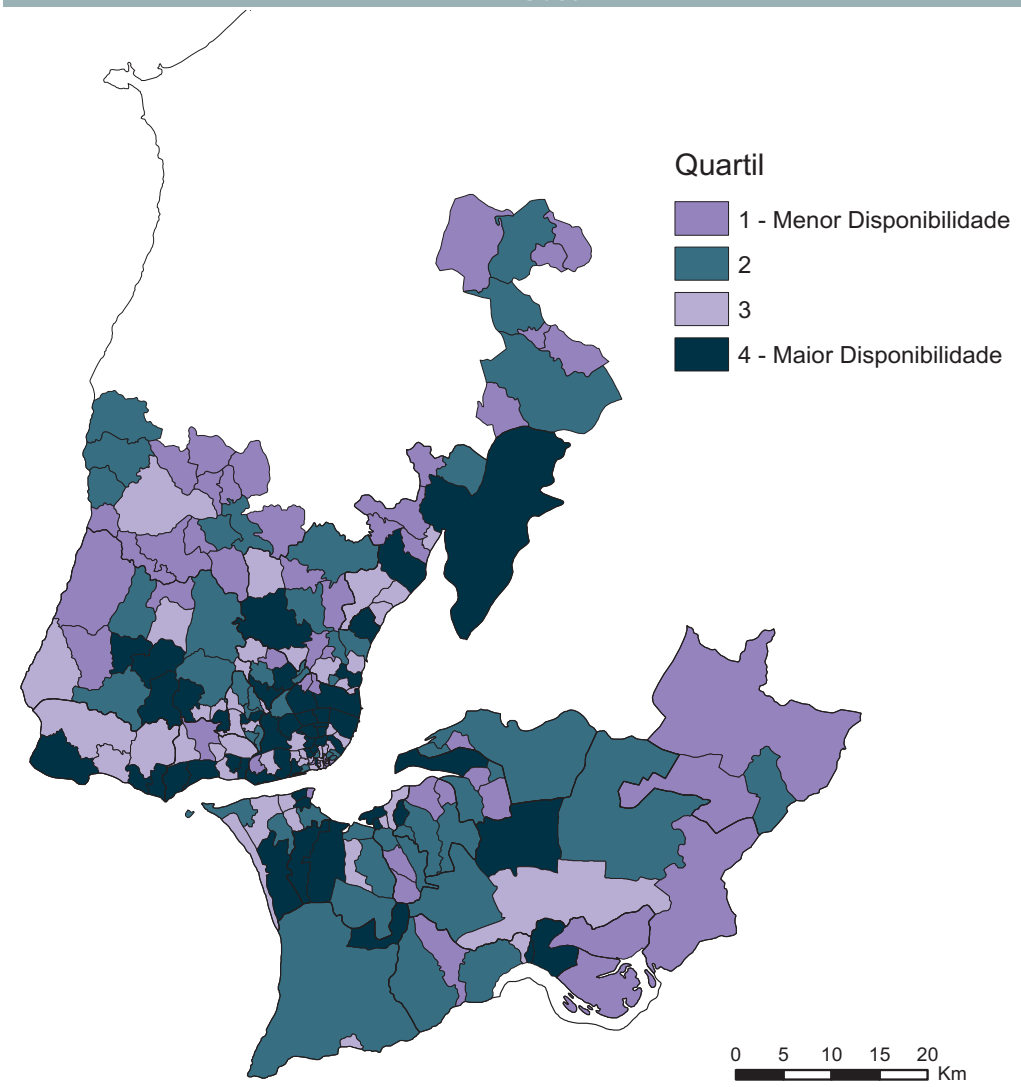


[2] Para a maioria dos cartogramas apresentados, o quartil inferior, de ordem 1, corresponde a áreas de maior expressividade dos indicadores, que vão perdendo relevância até ao quartil superior, de ordem 4, que destaca as áreas de menor expressividade. Todavia, na figura 3, a interpretação é inversa, uma vez que a expressividade do indicador aumenta do primeiro ao último quartil. Neste caso, por uma questão de congruência com os restantes cartogramas e facilidade na leitura, atribuiu-se aos quartis de menor expressividade os tons lilases, representando-se em tons azuis os quartis de maior expressividade.

3.3. A disponibilidade de serviços de saúde preventivos é maior em várias freguesias dos municípios de Lisboa e Oeiras, destacando-se ainda parte dos municípios de Sintra (Rio de Mouro, Algueirão-Mem Martins, Santa Maria e São Miguel e Agualva-Cacém, Queluz), Cascais (Cascais, Parede e Carcavelos), Almada (Almada, Cova da Piedade e Charneca da Caparica), Barreiro (Barreiro e Verderena) e Seixal (Amora e Corroios). Em oposição, sublinha-se a reduzida disponibilidade destes serviços em áreas de menor urbanização, pertencentes sobretudo aos municípios da Azambuja (fraca disponibilidade para 67% das freguesias, afectando 38% da população concelhia), Mafra (65% das freguesias e 38% da população), Sintra (18% das freguesias mas apenas 5% da população concelhia), Vila Franca de Xira (36% das freguesias e 8% da população), Montijo (50% das freguesias e 25% da população), mas também Barreiro (25% das freguesias, englobando somente 4% da população) e Setúbal (38% das freguesias e 12% da população). Observa-se ainda reduzida disponibilidade em freguesias de maior urbanização, nomeadamente do município de Lisboa (21% das freguesias e 7% da população com valores de baixa disponibilidade), devendo, porém, sublinhar-se quer a reduzida dimensão dessas freguesias, quer a sua proximidade geográfica a outras de maior oferta destes recursos.

Figura 3

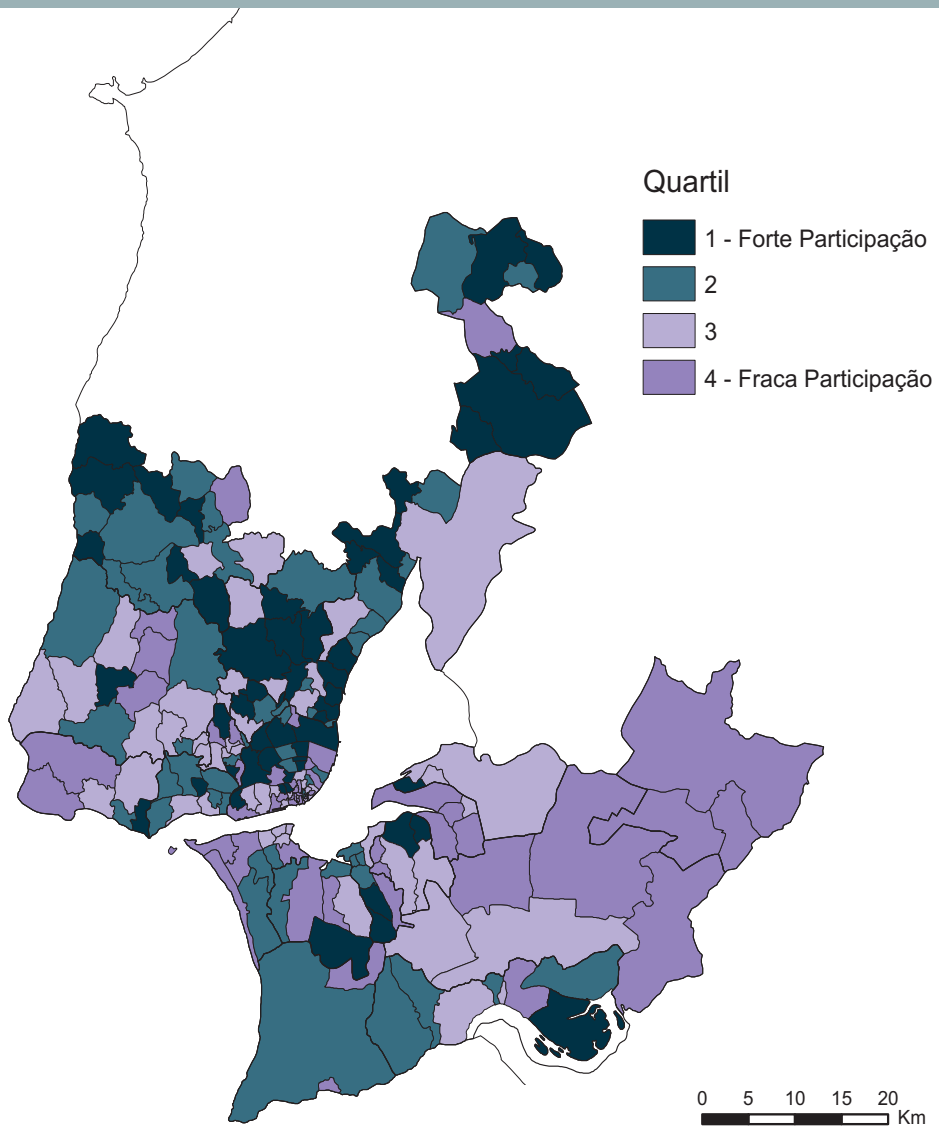
Disponibilidade de Serviços de Saúde Preventivos na Área Metropolitana de Lisboa



3.4. A figura 4, relativa à participação política da população, evidencia uma oposição norte-sul, sobressaindo a menor participação política dos residentes a sul do Tejo: Montijo (máximo de abstenção em sete das suas oito freguesias, correspondendo a 97% da população), Palmela (60% das freguesias e 54% da população) e ainda Almada (36% das freguesias e 36% da população). A norte, valores indicativos de menor participação política surgem apenas em algumas áreas pontuais, pertencentes a Cascais (Cascais e Alcabideche), Sintra (Algueirão-Mem Martins, Pêro Pinheiro e Montelavar), Mafra (Enxara do Bispo) e Azambuja (Aveiras de Cima), aumentando de importância em Lisboa (22% das freguesias e 28% da população) e Amadora (36% das freguesias e 35% da população). Em contraste com as áreas anteriores, verifica-se maior participação nos actos eleitorais nos municípios da Azambuja e Mafra e também em freguesias de Loures, Vila Franca de Xira e Lisboa; a sul, apenas algumas freguesias dos municípios do Seixal, Alcochete, Moita, Barreiro e Setúbal registaram forte participação política.

Figura 4

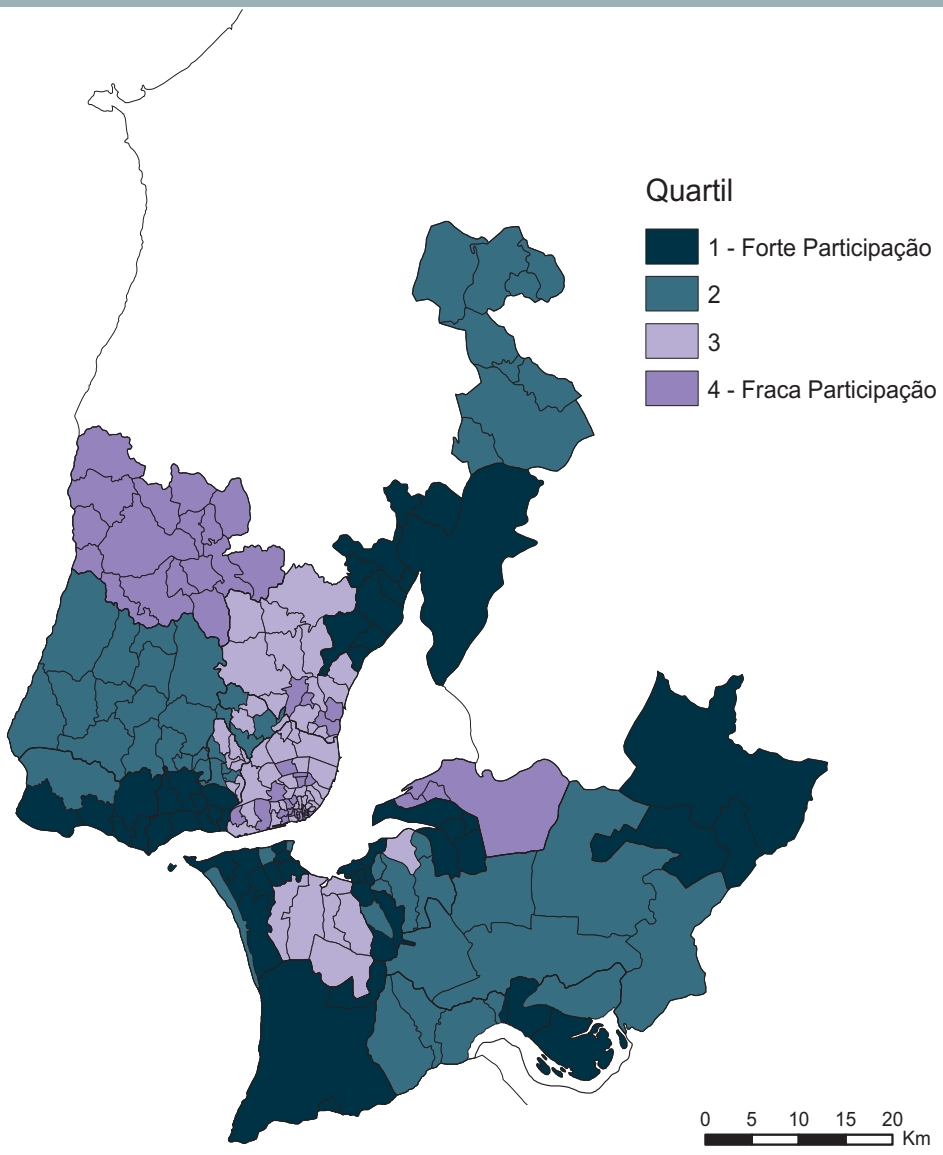
Participação política na Área Metropolitana de Lisboa



3.5. A figura 5 mostra a distribuição espacial do indicador relativo à participação cívica e inserção na comunidade, verificando-se tendencialmente maior participação e inserção comunitárias nas freguesias pertencentes aos municípios de Vila Franca de Xira, Oeiras e Cascais, a norte; Montijo, Sesimbra, Almada, Barreiro e Setúbal, na margem sul. O indicador revela maior fragilidade (menor participação e inserção comunitárias) a norte do Tejo, numa área extensa formada por todo o município de Mafra e parte das freguesias de Loures (22% das freguesias e 18% da população) e Lisboa (49% das freguesias e 23% da população), destacando-se ainda, a sul, todo o município de Alcochete.

Figura 5

Participação cívica e inserção na comunidade na Área Metropolitana de Lisboa



4. Tipologia de áreas de risco para a saúde

Partindo das determinantes ambientais referidas, elaborou-se uma tipologia de áreas de risco para a saúde (figura 6). Em cada freguesia, a intensidade do risco foi avaliada pelo número de determinantes ambientais que apresentavam valores no quintil de maior fragilidade: considerou-se risco mínimo a ausência de qualquer determinante com valor no quintil de maior fragilidade; o risco moderado foi atribuído à presença de uma determinante com valor no quintil de maior fragilidade; considerou-se risco elevado a presença de duas determinantes com valor no quintil de maior fragilidade; atribuiu-se risco máximo às freguesias que registaram três ou mais determinantes com valor no quintil de maior fragilidade. Considerou-se ainda informação relativa ao número de freguesias em que ocorre a situação de risco, evidenciada no gráfico da figura 7.

Figura 6

Tipologia de áreas de risco para a saúde na Área Metropolitana de Lisboa

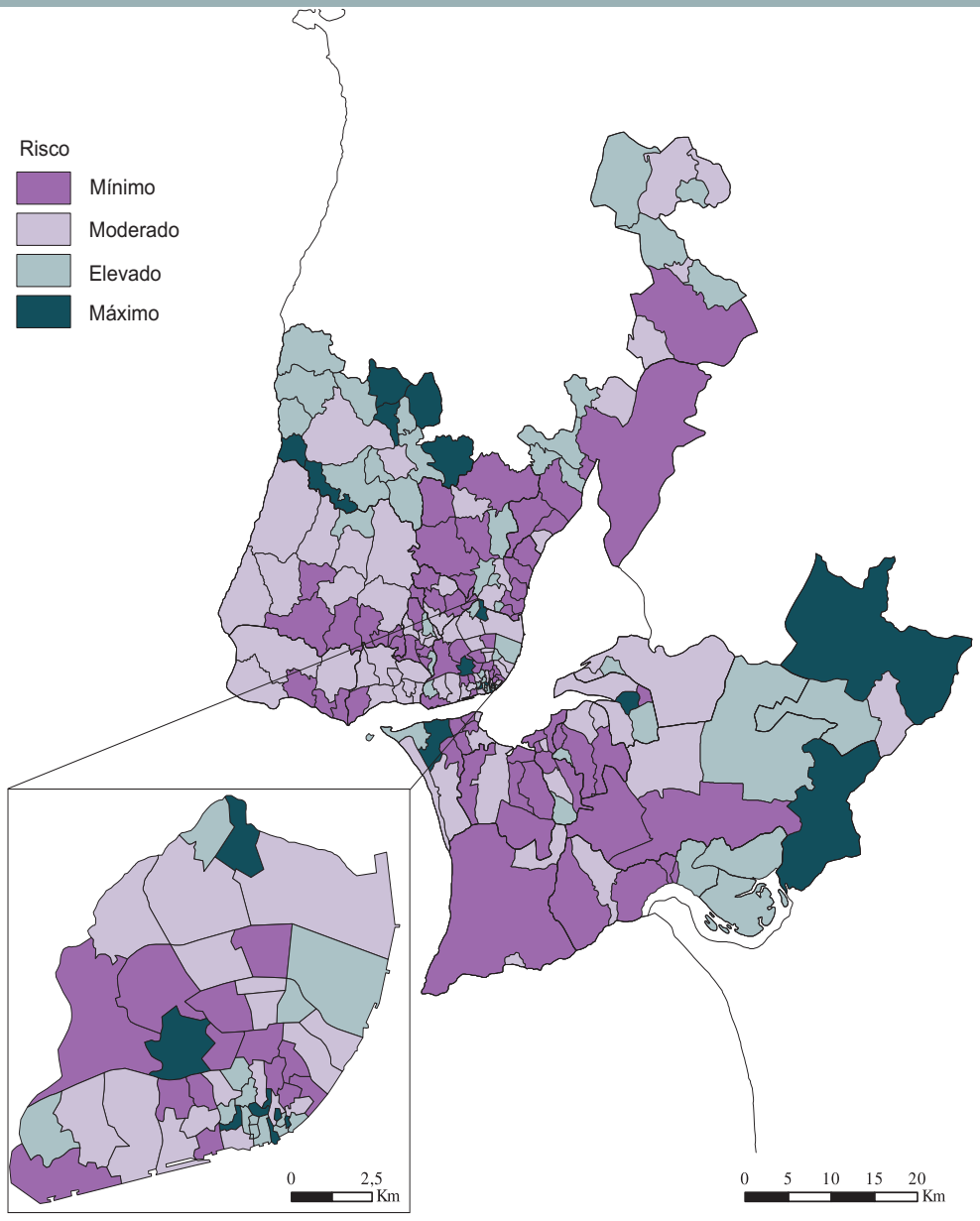
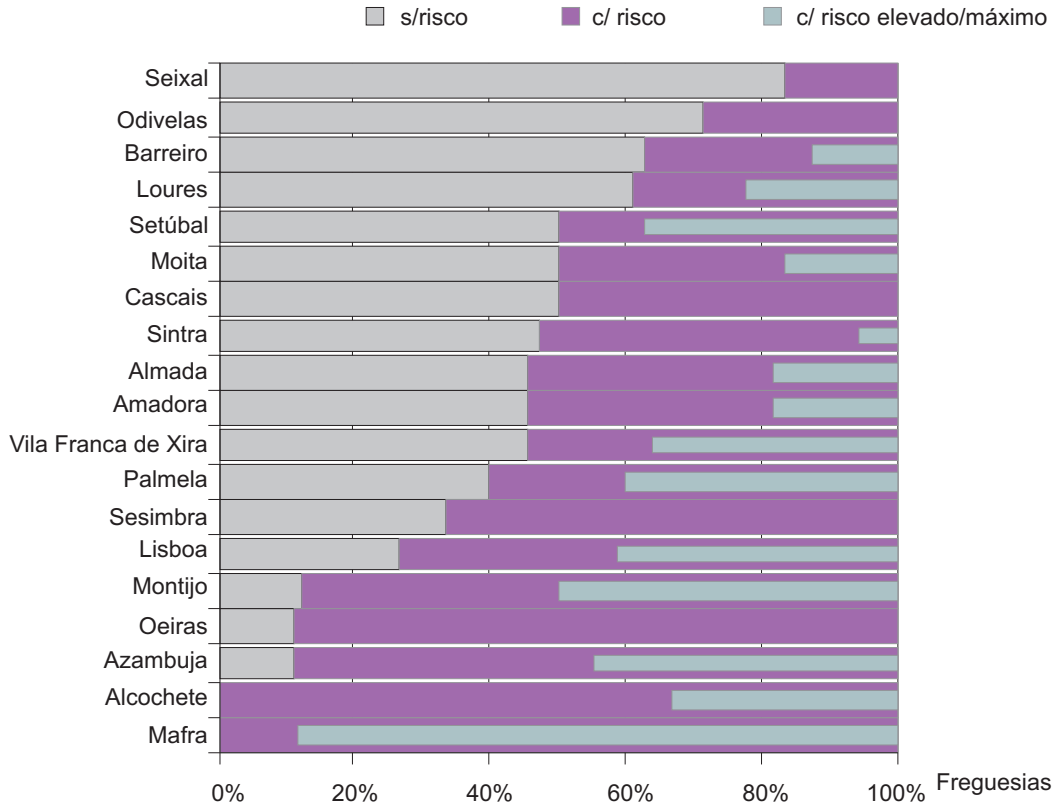


Figura 7

Ocorrência e gravidade do risco para a saúde na Área Metropolitana de Lisboa



A análise das figuras 6 e 7 destaca alguns municípios de baixo risco – Seixal, Odivelas, Cascais, Sesimbra e Oeiras – constituídos maioritariamente por freguesias consideradas de risco mínimo ou moderado, às quais se juntam algumas freguesias dos municípios de Sintra, Loures, Vila Franca de Xira e Moita. Os municípios referidos são constituídos por freguesias consideradas predominantemente urbanas[3], que surgem, na sua maioria, envolvendo as áreas de maior centralidade da AML: Lisboa e Almada, respectivamente a norte e a sul do Tejo. Estes municípios, localizados num espaço que parece fazer a transição entre o "coração" da AML – a área de maior centralidade metropolitana – e a área mais afastada desse centro, podem ser considerados espaços promotores da saúde, formando um território que parece ser inclusivo e capacitante, atendendo à sua capacidade de gerar saúde. Esta capacidade pode decorrer da concentração e acumulação de algumas vantagens características dos dois espaços que separa: 1. o de mais forte, antiga, consolidada urbanização, caracterizado pela elevada densidade humana, grande disponibilidade de serviços e equipamentos, e boa acessibilidade ao transporte público; 2. o de menor "urbanidade", mas possivelmente menor privação sociomaterial, e maior coesão e participação social.

[3] Apenas Fernão Ferro, no Seixal, surge classificada como AMU.

O espaço urbano mais saudável prolonga-se por uma área localizada também na transição entre o núcleo e a(s) área(s) de menor centralidade da AML, constituída, *grosso modo*, a norte do Tejo, por parte das freguesias de Sintra, Loures, Amadora e Vila Franca de Xira e, a sul, por freguesias do Barreiro, Moita e Setúbal. Este território caracteriza-se por possuir também algumas das características do espaço urbano mais saudável – note-se que várias das suas freguesias apresentam ainda um comportamento de baixo risco, prolongando assim as características do espaço promotor da saúde, não se verificando em qualquer delas um comportamento de risco máximo. No entanto, as vantagens cumulativas que concorriam para o carácter de promoção da saúde vão perdendo intensidade, evidenciando-se algumas situações de maior fragilidade. Estas surgem na Amadora e sobretudo em Vila Franca de Xira e Setúbal, municípios em que várias freguesias apresentam situações de risco para a saúde moderado e, por vezes, elevado[4].

À medida que o referido espaço urbano saudável dá lugar ao centro ou à(s) periferia(s), a capacidade de promover e proporcionar saúde vai diminuindo, aumentando, em contrapartida, o número e a gravidade das situações de maior risco. Azambuja e Alcochete não apresentam nenhuma situação de risco máximo, mas o risco, moderado ou elevado, surge na maioria ou até na totalidade da área concelhia. Situações de maior risco para a saúde, e de risco máximo, surgem no centro metropolitano, nos municípios de Lisboa e Almada (risco máximo em 15,1% e 9,1%, respectivamente, das suas freguesias), acentuando-se na coroa mais afastada desse centro. Esta área de menor centralidade é formada, a norte, pelo município de Mafra, onde se maximizam as situações de risco (35,3% das freguesias em risco máximo) e, a sul, pelos municípios de Palmela e Montijo (risco máximo em 20% e 25%, respectivamente, das suas freguesias). Este espaço periférico de risco prolonga-se, a norte, pelos municípios da Azambuja e de Vila Franca de Xira (risco elevado em 44,4% e 36,4%, respectivamente, da área concelhia, mas sem situações de risco máximo) e a sul por Alcochete (33,3% das freguesias com risco elevado). Trata-se de espaços que emergem como territórios de vulnerabilidade, talvez por terem perdido parte das suas características identitárias, ou talvez porque as vantagens dessas características identitárias sejam, pelo menos em parte, solapadas pelas suas desvantagens: em Lisboa as redes sociais e o suporte social revelam-se frágeis, verificando-se simultaneamente um aumento da privação sociomaterial; idêntica situação ocorre em Almada, verificando-se ainda insuficiência de transportes públicos em algumas freguesias; na Azambuja, Palmela e, em menor grau, em Vila Franca de Xira, são insuficientes os transportes públicos e os serviços de saúde; em Alcochete falha sobretudo a participação cívica da população; Mafra e Montijo apresentam uma situação particularmente frágil, determinada possivelmente por acumulação de desvantagens: à dispersão urbana e à fraca acessibilidade ao transporte público, junta-se a reduzida oferta de serviços de saúde e a baixa coesão social, expressa pelo desinteresse político da população e/ou pela ausência de participação comunitária.

Conclusões

Sexo, idade, estatuto socioeconómico e estilos de vida determinam variações no estado de saúde auto-avaliado da população residente na AML. Todavia, as variações persistem mesmo quando se controlam as características intrínsecas dos indivíduos, manifestando-se em função de diferenças no ambiente socioeconómico, na acessibilidade ao transporte público (isto é, na dispersão urbana e crescente utilização do transporte individual), na disponibilidade de equipamentos e serviços, no capital social e na coesão social.

A geografia das determinantes contextuais da saúde na AML evidencia um território caracterizado pela sua capacidade de promover saúde. Este espaço urbano saudável opõe-se social e geograficamente a outros territórios, localizando-se entre as áreas de maiores e menores centralidades. Curiosamente, este espaço intermédio tem sido considerado pouco qualificado e designado até como "corredor", ou passagem, entre as áreas centrais e as áreas menos centrais (Salgueiro, 2001). Todavia, os resultados obtidos neste estudo sugerem que este espaço pode funcionar não como "corredor", no sentido de passagem e esvaziamento, mas como "galeria", possibilitando acumulação e concentração de vantagens.

[4] Estes concelhos, apresentando ainda algumas características do espaço urbano saudável, devem ser considerados como áreas de transição, dada a ocorrência de situações de risco e de risco elevado: na Amadora o risco surge em 55% do território e o risco elevado em 18,2%; em Setúbal o risco surge em 50% das freguesias e o risco elevado em 37,5%; em Vila Franca de Xira o risco ocorre em 55% das freguesias e o risco elevado em 36,4%.

À semelhança de estudos elaborados noutros contextos (Cummins e outros, 2004, 2005; Roos e outros, 2004; Wilson e outros, 2004; Barry e Breen, 2005; Jaffe e outros, 2005; Stafford e outros, 2005, 2007; Van Lenthe, Brug e Mackenbach e outros, 2005), e também em Portugal (Nogueira, 2008a, 2008b, 2009a 2009b; Santana, Santos e Nogueira, 2009), a avaliação do impacte das determinantes ambientais no estado de saúde individual revelou que um ambiente depauperado e vulnerável – reduzindo a possibilidade de utilização de meios de transporte saudáveis e activos (diminuindo consequentemente as oportunidades de desenvolver uma vida mais activa), limitando o acesso a cuidados de prevenção e promoção da saúde e limitando os contactos e as interacções sociais – pode afectar a saúde.

O estudo das determinantes ambientais do estado de saúde auto-avaliado revelou a influência de factores do ambiente socioeconómico, nomeadamente, a privação socioeconómica, mas também de recursos imateriais, como a participação política e cívica da população, e físicos, relativos à disponibilidade de equipamentos e transporte. Em função dos resultados, parece ser possível destacar três dimensões do ambiente local, que podem ser consideradas como pilares de um urbanismo saudável:

- A dimensão material: lugares sub-infraestruturados, com défice de equipamentos e de recursos promotores de saúde, têm impacte negativo na saúde da população.

- A dimensão da acessibilidade e mobilidade: territórios fragmentados e segregados, fracamente conectados e com deficientes condições de mobilidade e acessibilidade, diminuem os níveis de saúde da população.

- A dimensão social: lugares caracterizados pela falta de factores distintivos e identitários constituem territórios desqualificados e sem capacidade de promover a saúde da sua população.

Os resultados permitem concluir que a melhoria dos níveis de saúde é possível através de políticas intersectoriais integradas, dirigidas quer aos indivíduos (sobretudo a indivíduos com determinado perfil), quer aos territórios (e a territórios específicos).

Nas áreas de menor centralidade, parece essencial assegurar o acesso e a utilização efectiva de recursos, quer aumentando a sua disponibilidade, quer melhorando a acessibilidade destas áreas a outras onde exista maior disponibilidade. É, pois, necessário densificar e diversificar, o que se relaciona com a necessidade de criar núcleos que reforcem o tecido urbano característico das áreas de menor centralidade, da cidade não central, extensiva e, muitas vezes, descontínua – a questão de desenvolver o policentrismo em rede. Por outro lado, a melhoria da acessibilidade e a redução da dependência do transporte individual, apelam tanto à pedonização dos lugares, como ao incremento da disponibilidade e eficiência do transporte público. Na AML, a acessibilidade ao transporte público determina o estado de saúde individual, o que reforça a necessidade de repensar as questões da mobilidade intermodal, nomeadamente da complementaridade entre diferentes tipos de transporte. Acresce que a actividade física, determinante individual da saúde, é condicionada pelas características dos territórios. Diversos estudos têm apontado o aumento dos níveis de actividade física em “comunidades caminháveis” (“walkable communities”), caracterizadas pela concentração e diversidade de oportunidades necessárias à vida quotidiana dos seus habitantes (incluindo espaços para contactos informais como, por exemplo, espaços verdes), pelos elevados níveis de interacção social, pela qualidade do ambiente construído, nomeadamente, ao nível da existência de redes pedonais, limpeza e manutenção dos patrimónios, iluminação, sinalização, estética e segurança (Doyle e outros; Frank e outros, 2006; Stafford e outros, 2007; Santana, Santos e Nogueira, 2009).

Nas áreas de maior centralidade da AML, a emergência do risco deve-se essencialmente aos elevados valores de privação sociomaterial e aos baixos níveis de suporte e coesão social. Áreas de privação, caracterizadas pela vulnerabilidade da sua população, devido ao desemprego, às baixas qualificações e à habitação precária, são o resultado de um conjunto de factores que contribuem para uma desigual e iníqua distribuição de poder e de vantagens. A OMS (2008) refere, concretamente, a conjugação de políticas e programas sociais pobres e de políticas e acordos económicos desajustados e injustos. Por outro lado, vários estudos têm sublinhado a relação entre privação sociomaterial e recursos sociais. Marmot e Wilkinson (2001), Corburn (2004) e Wilkinson (2005), entre outros, referem-se ao impacte negativo na saúde dos factores psicossociais subjacentes à privação relativa e às iniquidades socioeconómicas. Para além das restrições relacionadas com o acesso aos recursos materiais e, genericamente, às oportunidades que possibilitam uma vida saudável, a privação relativa e a iniquidade social reduzem os níveis de capital e de coesão social e fragilizam as relações sociais, aumentando o isolamento social, a falta de controlo, a insegurança, o stress, a ansiedade e a baixa auto-estima, condições que têm sido relacionadas com maus resultados em saúde (física e mental) (Cohen e outros, 2006; Sundquist e Yang, 2007; Yip e outros, 2007). Parece então essencial diminuir as desigualdades socioeconómicas existentes e incrementar a organização social, promovendo níveis de participação e de compromisso. Guerra (2001, 2003) refere que o sentido de pertença a um lugar decorre da sua identidade; a identidade decorre, em parte, da já referida existência de núcleos que estruturem e reforcem o tecido urbano.

Sugere-se que a proximidade, geográfica e social, se constitua como horizonte prioritário de políticas que visem a promoção da saúde. Esta proximidade concretiza-se através de intervenções no uso do solo, densificando, diversificando e aproximando áreas de residência, de trabalho, de compras e de lazer; no desenho urbano, criando lugares em que se possa e queira caminhar – investindo em redes pedonais e ciclovias, em manutenção, limpeza, iluminação, sinalização e estética do espaço público e em segurança; nos espaços colectivos, cuja função de integração e inclusão deve assegurar a questão fulcral da identidade na e da comunidade.

Os factores que determinam a saúde revelam que a promoção da saúde passa por políticas intersectoriais que extravasam o sector da saúde, e que são territorialmente desenhadas e concretizadas; se os territórios são construções humanas, ambientes intencionais, podem então ser transformados de modo a promover a saúde.

Agradecimentos

Esta investigação foi em parte financiada pelo projecto "Planeamento Urbano Saudável" (POCTI/GEO/45730/2002), da Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Bibliografia

Barros, P. (2003) - "Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da Função de Produção de Saúde", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, p.7-17.

Barry, J. e Breen, N. (2005) - "The importance of place of residence in predicting late-stage diagnosis of breast or cervical cancer", a:*Health & Place*, 11, p. 15-29.

Cohen, D.; Finch, B; Bower, A. e Sastry, N. (2006) - "Collective efficacy and obesity: the potential influence of social factors on health", *Social Science & Medicine,* 62, p. 769-778.

Coburn, D. (2004) - "Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities", *Social Science & Medicine*, 58, p. 41-46.

Cummins, S.; Macintyre, S.; Davidson, S. e Ellaway, A. (2005) -"Measuring neighbourhood social and material context: generation and interpretation of ecological data from routine and non-routine sources", *Health & Place*, 11, 3, p. 249-260.

Cummins, S.; Stafford, M.; Macintyre, S.; Marmot, M. e Ellaway, A. (2005) - "Neighbourhood environment and its association with self-rated health: evidence from Scotland & England", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 59, p. 207-213.

Cummins, S.; Mckay, L. e Macintyre, S. (2005) - "McDonald's restaurants and neighbourhood deprivation in Scotland and England", *American Journal of Preventive Medicine* 29, p. 308-310.

Doyle, S.; Kelly-Schawartz, A.; Scholossberg, M. e Stockard, J. (2006) - "Active community environments and health: the relationship of walkable and safe communities to individual health", *Journal of the American Planning Association,* I, p.19-31.

Frank, L. D.; Sallis, J. F.; Conway, T. L.; Chapman, J. E.; Saelens, B. E. e Bachman, W. (2006) - "Many pathways from land use of health: associations between neighborhood walkability and active transportation, body mass index, and air quality", *Journal of the American Planning Association,* I, 75-87.

Guerra, I. (2001) - "Intervenções face à exclusão social urbana", *Cidades - Comunidades e Territórios*, 2, p. 47-56.

Guerra, I. (2003) -"Tensões do urbanismo quotidiano". In: Políticas Urbanas. Tendências, Estratégias e Oportunidades. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.XXXPP

Jaffe, D.; Eisenbach, Z.; Neumark, Y. e Manor, O. (2005) - "Individual, household and neighborhood socioeconomic status and mortality: a study of absolute and relative deprivation", *Social Science & Medicine.*, 60, p. 989-997.

Long, J.S. (1997) - "*Regression models for categorical and limited dependent variables*". Thousand Oaks, SAGE Publications.

Macintyre, S.; Ellaway, A. e Cummins, S. (2002) - "Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?", *Social Science & Medicine,* 55, p. 125-139.

Macintyre, S.; Macdonald, L. e Ellaway, A. (2008) - "Do poorer people have poorer access to local resources and facilities? The distribution of local resources by area deprivation in Glasgow, Scotland", *Social Science & Medicine,* 67, p. 900-914.

Macintyre, S.; McKay, L. e Ellaway, A. (2005) - "Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in health", *Social Science & Medicine* , 60, p. 313-317.

Marmot, M. e Wilkinson, R. (2001) - "Psychological and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al", *B.M.J.*, 322, p. 1233-1236.

Marmot, M. (2004) - "Tackling health inequalities since the Acheson Inquiry", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58, p. 262-263.

McCulloch, A. (2003) -"An examination of social capital and social disorganisation in neighbourhoods in the British Household Panel Study", *Social Science & Medicine,* 56, p. 1425-1438.

Morland, K.; Wing, S.; Diez-Roux, A. e Poole, C. (2002) -" Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places", *American Journal of Preventive Medicine,* 22, p. 23-29.

Nogueira, H. (2007) -"Territórios de Privação Múltipla na Área Metropolitana de Lisboa". In: P. Santana, P. (coord.), *A Cidade e a Saúde*. Coimbra, Edições Almedina, p. 133-141.

Nogueira, H. (2008a) - "*Os Lugares e a Saúde. Investigação em Geografia da Saúde*". Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.

Nogueira, H. (2008b) -"Vulnerabilidades do ambiente local - impactes no estado de saúde auto-avaliado da população residente na Área Metropolitana de Lisboa", *Revista de Estudos Demográficos*, 43, p. 5-18.

Nogueira, H. (2009a) - "Local environment as a context of vulnerability or opportunity: assessing health inequalities in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal". In: C. Mager (coord.), Développement territorial: jeux d'échelles & enjeux méthodologiques. Lausanne, Universidade de Lausanne, p. 157-164.

Norman, P.; Boyle, P. e Rees, P. (2005) - "Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis", *Social Science & Medicine,* 60, p. 2755-2771.

Organização Mundial da Saúde (2008) - "*Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*". Geneva, World Health Organization.

Parkes, A., Kearns, A. (2006) - "The multi-dimensional neighbourhood and health: a cross-sectional analysis of the Scottish Household Survey, 2001", *Health & Place*, 112, p.1-18.

Powell, L.; Slater, S.; Chapoupka, F. e Harper, D. (2006) -"Availability of physical activity-related facilities and neighbourhood demographic and socioeconomic characteristics: a national study", *American Journal of Public Health*, 96, p. 1676-1680.

Roos, L.; Magoon, J.; Gupta, S.; Chateau, D. e Veugelers, P. (2004) - "Socioeconomic determinants of mortality in two Canadian provinces: multilevel modelling and neighborhood context", *Social Science & Medicine,* 59, p. 1435-1447.

Salgueiro, T.B. (2001) - "*Lisboa. Periferia e Centralidades*". Oeiras, Celta

Santana, P.; Santos, R. e Nogueira, H. (2009) - "The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal", *Social Science & Medicine,* 68, p. 601-609.

Stafford, M.; Cummins, S.; Macintyre, S.; Ellaway, A. e Marmot, M. (2005) - "Gender differences in the association between health and neighbourhood environment", È*Social Science & Medicine,* 60, p. 1681-1692.

Stafford, M.; Cummins, S.; Ellaway, A.; Sacker, A.; Wiggins, R. e Macintyre, S. (2007) -"Pathways to obesity: identifying local, modifiable determinants of physical activity and diet", *Social Science & Medicine,* 65, p.1882-1897.

Sundquist, K. e Yang, M. (2007) -"Linking social capital and self-rated health: a multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden", *Health & Place*, 13, p.324-334.

Sundquist, K.; Malmstrom, M. e Johansson, S.-E. (2004) - "Neigbourhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden", *Journal of Epidemiol. Commun. Health,* 58, p. 71-77.

Van Lenthe, F.; Brug, J. e Mackenbach, J. (2005) - "Neighbourhood inequalities in physical inactivity: the role of neighbourhood attractiveness, proximity to local facilities and safety in the Netherlands", *Social Science & Medicine*, 60, p. 763-775.

Wilkinson, R. (2005) -"Social corrosion, inequality and health". In: A. Giddens e P. Diamond (eds.), *The New Egalitarianism*. - Cambridge, Polity Press, p. 183-199.

Wilson, K.; Elliot, S.; Law, M.; Eyles, J.; Jerret, M. e Keller-Olaman, S. (2004) -"Linking perceptions of neighbourhood to health in Hamilton, Canadá", *Journal of Epidemiol. Commun. Health*, 58*,* p. 192-198.

Yip, W., Subramanian, S.V., Mitchell, A., Lee, D., Wang, J. e Kawachi, I. (2007) - "Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China", *Social Science & Medicine,* 64, p. 35-49.

A População 15 anos após o Cairo

Population: 15 years after Cairo

Autoras:

Maria José Carrilho

Instituto Nacional de Estatística, I.P. / Gabinete de Estudos; Membro da Delegação Portuguesa à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo, 1994 e respectivos follow-up.

Email: mjose.carrilho@ine.pt

Resumo:

O Programa de Acção adoptado na Conferência do Cairo em 1994 inovou na abordagem às questões de população e desenvolvimento bem como no campo dos direitos humanos, em particular das mulheres.

O presente artigo evidencia alguns dos objectivos traçados, nomeadamente, o avanço comparativamente às recomendações das conferências anteriores e analisa alguns dos objectivos considerados prioritários para alcançar o desenvolvimento sustentável e o bem-estar dos homens e das mulheres: promover a igualdade de género; o acesso à educação; o acesso à saúde, incluindo a saúde reprodutiva.

Aborda-se, ainda, de forma sintética, a evolução demográfica observada no Mundo e em Portugal, bem como algumas iniciativas nacionais no campo da saúde reprodutiva, após o Cairo.

Palavras Chave: População, Desenvolvimento, Educação, Igualdade de Género, Saúde e Saúde Reprodutiva.

Abstract

The Programme of Action of the International Conference on Population and Development, held in Cairo, presented a new approach on population and development issues as well as in the of human rights field, particularly women rights.

This article shows the progress made from previous conferences and analyses some of the aims and goals defined as priorities to achieve sustainable development and a better quality of life for both men and women.

It also presents, a short description of the demographic situation in the World and in Portugal, over 15 years after Cairo, as well as some national actions related to reproductive health.

Key words: Population, Development, Gender equality, Education, Health, Reproductive Health.

Introdução

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), realizada no Cairo de 5 a 13 de Setembro de 1994, é um marco histórico nas questões de população e desenvolvimento, bem como no campo dos direitos humanos, em particular das mulheres. O Programa de Acção (PoA) então adoptado reúne recomendações para um período de 20 anos tendo a resolução 49/128 de 19 de Dezembro 1994 da Assembleia-geral das Nações Unidas atribuído à Comissão de População e Desenvolvimento (CPD) a tarefa de acompanhar e avaliar os progressos da sua implementação. Com este objectivo a CPD debate anualmente um tema do Programa e faz cada cinco anos a avaliação das metas traçadas.

1. As Nações Unidas e a População

As Nações Unidades ocupam-se do tema da população desde muito cedo e criaram em 1947, a Comissão de População, no seio do Conselho Económico e Social**.** As actividades das Nações Unidas centraram-se, inicialmente, na melhoria das Estatísticas Demográficas, procuraram suprimir a falta de dados em muitos países, situação que, em alguns casos se mantém, aplicar a informação estatística em análises e estudos e na elaboração de estimativas e projecções de população.

As grandes Conferências das Nações Unidas sobre População

1954 - Conferência Mundial sobre População, 31 de Agosto a 10 de Setembro, Roma

Primeira Conferência Mundial organizada pelas Nações Unidas, de natureza meramente académica.

Troca de informação científica sobre as variáveis demográficas, causas e efeitos.

1965 - Conferência Mundial sobre População, 30 de Agosto a 10 de Setembro, Belgrado

Organização conjunta da União Internacional para o Estudo Cientifico da População e das Nações Unidas.

A análise da fecundidade como parte da política de desenvolvimento do planeamento foi o tema chave.

1974 - Conferência Mundial sobre População, 19 a 30 de Agosto, Bucareste

A primeira conferência intergovernamental no campo da população.

O debate incidiu sobre as relações entre e população e desenvolvimento.

Produziu o Plano de Acção da População Mundial com recomendações no campo da investigação, recolha e análise de dados, formação e promoção de políticas de população.

1984 - Conferência Internacional sobre População, 6-14 de Agosto, México

Avaliou e endossou os acordos alcançados na Conferência de Bucareste.

Produziu uma Declaração que sublinhou os direitos humanos dos indivíduos e das famílias, as condições de saúde e bem-estar, emprego, educação e o reforço da cooperação internacional.

1994 - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 5-13 de Setembro, Cairo

Adoptou o Programa de Acção no Cairo (PoA).

Inovou, comparativamente às duas anteriores no reconhecimento do papel da mulher no processo de desenvolvimento e no conceito de saúde reprodutiva. E tomou como bandeira o combate à extrema pobreza.

Estima-se que cerca de 11 000 pessoas tenham participado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, entre delegações governamentais, entidades das Nações Unidas e organizações não governamentais conferindo-lhe o estatuto da maior conferência desde sempre realizada.

A Conferência do Cairo relativamente às duas anteriores realizadas no México em 1984 e em Bucareste em 1974 inovou no que se refere ao papel essencial atribuído à mulher no processo de desenvolvimento. É reconhecido à mulher o seu papel crucial no desenvolvimento, o poder de decidir sobre a sua fecundidade, educação e saúde. Os participantes negociaram um programa de acção global para vinte anos. A conferência reconheceu igualmente, aos casais e aos indivíduos o direito a decidir sobre o número de filhos e o seu espaçamento, não na perspectiva de um controle da fecundidade para alcançar metas demográficas, como as anteriores conferências, em que os programas de planeamento familiar se inseriam na óptica de políticas de população para controlar o seu volume. No Cairo o planeamento familiar deixou de ser um instrumento demográfico para controlar os níveis de fecundidade e é considerado como uma questão de saúde.

Estabeleceu – se um Plano de Acção na área da população e desenvolvimento para vinte anos, A estratégia adoptada sublinha a interrelação entre população e desenvolvimento, o que acontece pela primeira vez, e tem em conta as necessidades individuais tanto dos homens como das mulheres, o empoderamento das mulheres, o planeamento familiar universal, a redução da mortalidade infantil e materna; o acesso à educação universal, o direito à migração, o combate à violência de género, entre outros. Ou seja, a inclusão dos factores populacionais nas estratégias de desenvolvimento.

A Conferência do Cairo realizou-se num contexto de acentuado crescimento demográfico nos países em desenvolvimento, e marcada pela pobreza. Atribui aos casais a decisão de ter ou não filhos, e em caso afirmativo, quantos e consequentemente, de ter acesso a métodos de planeamento familiar seguros e eficazes. Reitera, contudo, que o aborto não pode de modo algum ser considerado como um meio de controlo da natalidade.

O vírus da imunodeficiência humana (VIH[1]) foi reconhecido como um problema sério para a saúde reprodutiva. Outro aspecto a destacar é o reconhecimento dos direitos reprodutivos, assumindo a educação um factor fundamental para alcançar o poder.

O Programa apresenta um conjunto de objectivos e princípios sendo de destacar o central: aplicação dos direitos humanos às mulheres e a liberdade de livre escolha sobre a reprodução e a igualdade de género.

O Programa de Acção, aprovado por 179 governos, assinalou um novo entendimento entre as entidades mundiais.

As recomendações do Cairo foram um importante contributo para outras grandes conferências internacionais organizadas pelas Nações Unidas, em especial, para a IV Conferência Mundial sobre Mulheres: Acção para a Igualdade, Desenvolvimento e Paz que ocorreu em Pequim, de 4 a 15 de Setembro de 1995.

Com o Programa do Cairo reconheceu-se, pela primeira vez, a nível intergovernamental o aborto não seguro como grave problema da saúde pública. (parágrafo 8.25). Em 1999, no processo de avaliação do Programa, conhecido como Cairo +5, o documento aprovado recomenda formação aos profissionais de saúde no caso do aborto legal, embora o texto final não tenha incluída a recomendação sobre a revisão das leis punitivas.

O tema da saúde reprodutiva, bastante controverso no processo Cairo, manteve-se no Cairo+5, Cairo+10 e Cairo+15.

A definição de saúde reprodutiva adoptada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é a que resultou das recomendações da Conferência de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994.

[1] HIV/AIDS, na designação em inglês.

Estrutura do Programa de Acção adoptado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, de 5 a 13 de Setembro de 1994

I – Preâmbulo

II – Princípios

III – Interrelações entre População, Crescimento Económico Sustentável e Desenvolvimento Sustentável

IV – Igualdade de Género, Equidade e Empoderamento[2] da Mulher

V – A Família, as suas funções, direitos, composição e estrutura

VI – Crescimento da População e estrutura

VII – Direitos Reprodutivos e Saúde Reprodutiva

VIII – Saúde, Morbilidade e Mortalidade

IX – População, Distribuição, Urbanização e Migrações Internas

X – Migrações Internacionais

XI – População, Desenvolvimento e Educação

XII – Tecnologia, Investigação e Desenvolvimento

XIII – Iniciativas Nacionais

XIV – Cooperação Internacional

XV – Parceria com o sector não governamental/ Colaboração

XVI – Seguimento[3] da Conferência

Em 1999, a 21ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas; 30 de Junho a 2 de Julho, Nova Iorque avalia o Programa de Acção do Cairo (Cairo+5) e adoptou um conjunto de arções para implementação do Programa do Cairo (Key Actions). A dificuldade em manter os acordos alcançados, em particular no campo da saúde reprodutiva e das migrações determinou que as Nações Unidades aplicassem uma resolução sobre o follow-up das grandes conferências de modo a não se reabrir o processo de negociação em matérias de difícil consenso.

[2] "Empowerment of Women", na versão original em inglês do Programa do Cairo editado pelas Nações Unidas. A publicação da CIDM (2005) Estratégias Internacionais Para a Igualdade de Género- A Plataforma de Acção de Pequim (1995-2005), Agenda Global nº6 na página 19 refere: "Empoderamento é um novo vocábulo que, pela sua pertinência, fará doravante parte do Dicionário das Ciências e que significa "emergência do poder das mulheres, processo que, conforme o contexto, poderá ser expresso através de expressões como obtenção do poder, aumento do poder, reforço do poder etc."

[3] "Follow-up" na versão em inglês

2. O Mundo após o Cairo

No final do período de vigência do Programa do Cairo, projecta-se que a população do Mundo atinja os 7,3 mil milhões de indivíduos[4] dois quais cerca de 83% vivem nas regiões menos desenvolvidas, conforme dados divulgados pela Divisão de População das Nações Unidas e extraídos da hipótese média. Este cenário, segundo a referida fonte, assume que os países convergem para um nível de fecundidade de 1,85 crianças por mulher no período de 2045-2050, embora admita que alguns possam apresentar níveis superiores ou inferiores.

Quadro 1

População Mundial, regiões (Milhões), Cenário Médio, 1990-2015

Anos	Mundo	Regiões Mais Desenvolvidas		Regiões Menos Desenvolvidas	
		Milhões	%	Milhões	%
1990	5290	1147	21,7	4143	78,3
1995	5713	1175	20,6	4538	79,4
2000	6115	1195	19,5	4920	80,5
2005	6512	1217	18,7	5296	81,3
2009	6829	1233	18,1	5596	81,9
2010	6909	1237	17,9	5671	82,1
2015	7302	1255	17,2	6047	82,8

Fonte: United Nations, World Population Prospects: The 2008 Revision

O acréscimo populacional não será tão forte, como o evidenciavam os dados disponíveis nas vésperas da realização da conferência e inseridos nos documentos de suporte da mesma. Entre o início e o final do período de vigência do PoA prevê-se que a população subirá em 1,6 mil milhões de habitantes, sendo o aumento mais fraco com o avanço do tempo, sendo expectável que as regiões mais desenvolvidas[5] mantenham um volume de população praticamente constante.

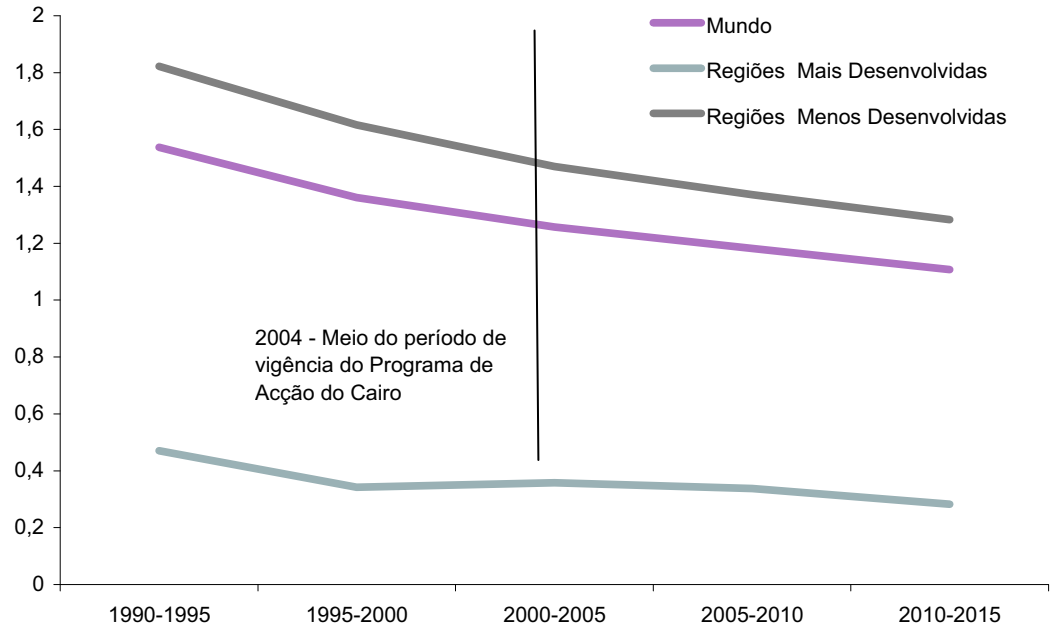
Apesar de as taxas médias anuais mostrarem uma tendência para atenuar, o ritmo de crescimento permanece forte, a nível mundial e nas regiões menos desenvolvidas as quais, de acordo com as previsões evoluem segundo uma média anual de 1,3 % contra 0,3% no último quinquénio do Programa do Cairo.

[4] United Nations, World Population Prospects: the 2008 Revision, Population Database, medium variant

[5] As Regiões mais desenvolvidas incluem toda a Europa, América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e Japão, de acordo com a fonte referida na nota 4.

Figura 1

Taxa média anual de crescimento da População Mundial (%), 1990-2015



Fonte: United Nations, World Population Prospects: The 2008 Revision

Prevê-se, igualmente, que o envelhecimento demográfico prossiga devido à baixa de fecundidade, com um ritmo mais acentuado entre os países que mantém, actualmente, níveis de fecundidade elevados. A transição demográfica, definida como a passagem de um modelo de níveis fecundidade e mortalidade elevados para valores baixos explica a extensão do fenómeno e os diferentes graus.

De acordo com a fonte das Nações Unidas, suporte da presente análise, prevê-se que os países menos desenvolvidos mais populosos e com níveis de fecundidade inferiores ao de substituição das gerações (2,1 crianças por mulher) sejam, em "2005-2010, por ordem (decrescente) da população: China, Brasil, Vietname, República Islâmica do Irão, Tailândia e república da Coreia".

O declínio da fecundidade, reduzindo a proporção de jovens dependentes da população em idade activa e o aumento da população em idade activa produz o designado " dividendo demográfico".O Relatório das Nações Unidas[6] divulgado na 42ª Sessão da Comissão de População e Desenvolvimento que monitorizou os 15 anos do Programa do Cairo" refere expressamente "A diminuição do índice de dependência de jovens tem contribuído para aumento crescimento económico de países como a China, Egipto, Irlanda, Japão, Suécia ou Estados Unidos"

[6] United Nations " World population monitoring, focusing on the Action of the International Conference on Population and Development to the Internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals"- Commission on Population and Development, Forty -second session 30 March-3 April 2009, page 81.

3. Portugal desde o Cairo

3.1. Evolução Demográfica

Desde 1994, que população residente em Portugal tem aumentado resultado da inversão do saldo migratório que se tornou fortemente positivo nos finais dos anos noventa, ou seja aquando da primeira avaliação do Programa do Cairo.

Paralelamente, o envelhecimento demográfico definido como o aumento da proporção das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos na população total acelerou o seu ritmo de crescimento devido aos fracos níveis de fecundidade (1.3 crianças por mulher em 2007, contra 1.4 em 1994) e aos ganhos de esperança de vida. Para o final do período de vigência do PoA prevê-se que a fecundidade retome o valor observado em 1994[7]. Estima-se que desde 1982, Portugal não assegure a substituição de gerações. Estima-se que o índice sintético em 1930 se situasse em 3,2 crianças por Mulher [8]

Quadro 2

Estimativas e Projecções de população residente, 31 de Dezembro, por sexo, Portugal, 1990-2014

Anos	População total (milhares)			População com 65 ou mais anos na população total (%)		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
1990	9970,4	4806,6	5163,9	13,6	11,7	15,4
1994	10017,6	4826,9	5190,7	14,7	12,7	16,3
1999	10195,0	4918,2	5276,8	16,0	13,9	18,1
2004	10529,3	5094,3	5434,9	17,0	14,7	14,8
2009	*10655,7*	*5150,3*	*5505,4*	*17,9*	*15,4*	*20,2*
2014	10749,8	5186,8	5563,0	19,2	16,6	23,1

Nota: 1990-1999 Estimativas Intercensitárias Definitivas

2009-2015, Projecções, cenário central

Fonte: INE, I.P. Estimativas intercensitárias da População, 1991-2000 e Projecções de População residente 2008-2060

Em 31 de Dezembro de 2004 a população residente em Portugal foi estimada em 10 017, 6 milhares de indivíduos, sendo 4 826, 9 homens e 5 190,7 mulheres. À data do 15 º aniversário do Cairo previa-se que a população se elevasse a 10 655,7 milhares de habitantes e a 10 749,8 milhares no ano em que termina a vigência do PoA.

No que se refere à estrutura da população por idades pode avançar-se que a população continuará a envelhecer subindo a proporção das pessoas com 65 ou mais anos na população total de 14, 7% em 2004 para 19,2 %, sendo o envelhecimento mais forte nas mulheres (16,3% contra 23,1% no mesmo período) do que nos homens (12,7% contra 16,6%.

Os ritmos de crescimento da população residente são, fracos e tendem a baixar ao longo do período em análise. Apenas no período 1999-2004 a população registou uma taxa média anual moderada de 0,65, e ligeiramente mais forte entre os homens. É neste espaço de tempo que os fluxos imigratórios, essencialmente masculinos, se intensificam.

[7] INE(2009) Projecções de População residente, 2008-2060.

[8] Relatório Nacional de Portugal aposentado à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5-13 de Setembro de 2004 – Documento não editado, da responsabilidade de diversos organismos públicos.

Quadro 3

Taxa média anual de crescimento (%), por sexo, Portugal, 1990-2015

Anos	Total	Homens	Mulheres
1990-1994	0,12	0,11	0,13
1994-1999	0,35	0,38	0,33
1999-2004	0,65	0,70	0,59
2004-2009	0,24	0,22	0,26
2009-2014	0,18	0,14	0,21
1994-2014	0,38	0,38	0,37

Nota: 1990-1999 Estimativas Intercensitárias Definitivas
2009-2015, Projecções, cenário central

Fonte: INE, I.P. Estimativas intercensitárias da População, 1991-2000 e Projecções de População residente 2008-2060

Sintetizando, o período de vigência do Programa do Cairo observa uma taxa média anual fraca de 0,38%, praticamente idêntica para homens e mulheres, saldos naturais quase nulos, com tendência para negativos, ganhos na esperança de vida à nascença, próximos dos cinco anos, mais acentuados nos homens (5,1 face a 4,6 anos nas mulheres) e saldos migratórios em forte redução, factores que justificam o agravar do envelhecimento demográfico previsto.

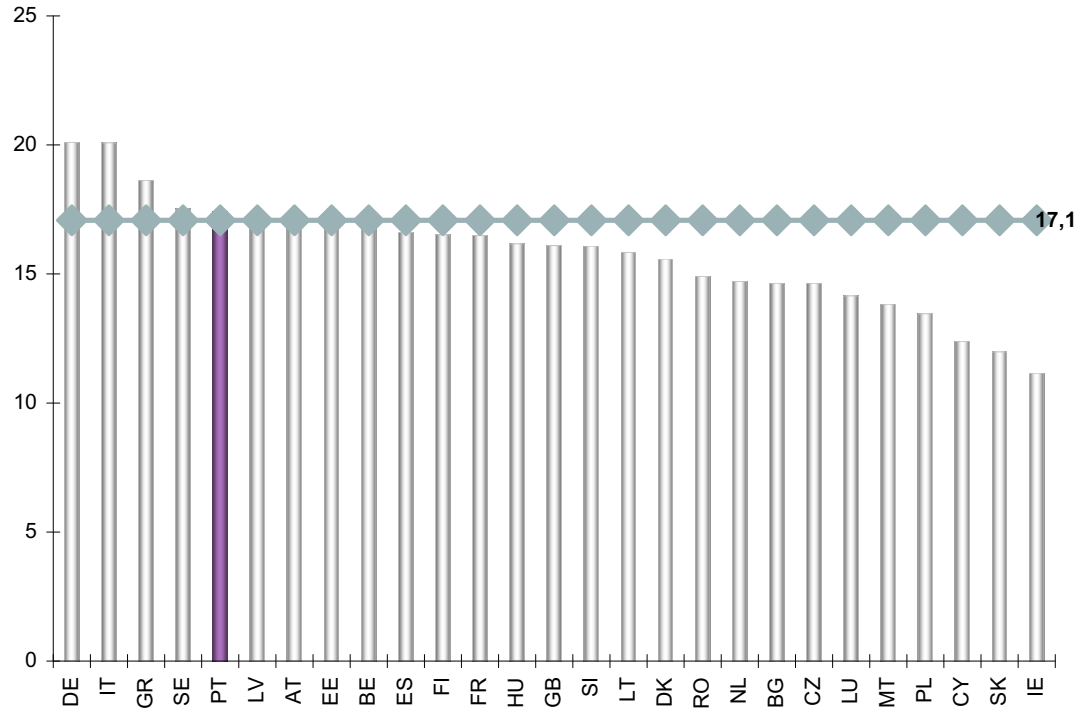
No final do século XX o número de pessoas idosas, com 65 ou mais anos, era superior ao número de jovens com menos de 15 anos, situação que irá persistir no futuro próximo devido à previsível manutenção de níveis de fecundidade fracos, à subida da esperança de vida e ao atenuar das entradas de imigrantes. Paralelamente, a esperança de vida á nascença continuará a aumentar passando de 71,4 nos homens e de 78,5 anos nas mulheres, em 1994[9], para, respectivamente 76,6 anos e 83, 1 anos, em 2014.

Portugal é, no seio da União Europeia um dos países com as mais baixas taxas de fecundidade e mortalidade infantil (3, 4 óbitos com menos de um ano por mil nados vivos, contra 7,9 em 1994. É, igualmente, um dos países mais envelhecidos da União Europeia (17,1% da pessoas idosas no total da população, em 2008).

[9] Carrilho, Maria José e Patrício, Lurdes (2003)"A Situação Demográfica Recente em Portugal", Revista de Estudos Demográficos nº34, pp 115 - 141, INE, Lisboa

Figura 2

Pessoas idosas (65 e mais anos), nos 27 países da União Europeia (%) - 2008



Fonte: Eurostat, EUROPOP2008, convergence scenario

O fenómeno do envelhecimento demográfico continuará, pois não se prevê uma retoma suficiente da fecundidade, e no futuro a população será substancialmente mais velha do que a actual.

De acordo com as projecções de população residente mais recentes elaboradas pelo INE, I.P. a taxa média anual de crescimento das mulheres voltará, no último quinquénio do período de vigência do plano, a ser superior à dos homens.

A redução para metade do ritmo de crescimento da população observada de 19099 resulta, certamente, do atenuar do efeito conjugado da descida do saldo natural e do saldo migratório, conforme as hipóteses retidas e que apontam para um saldo natural negativo, maior saída de emigrantes e menor entrada de imigrantes.

3.2 Educação

O capítulo XI do Programa de Acção do Cairo no ponto 11.2 a refere explicitamente que a "Educação é um factor chave no desenvolvimento…. e é também um meio para o indivíduo ganhar o acesso ao conhecimento".

Promover a educação para se alcançar a igualdade de género e melhor saúde, prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA é a estratégia a adoptar.

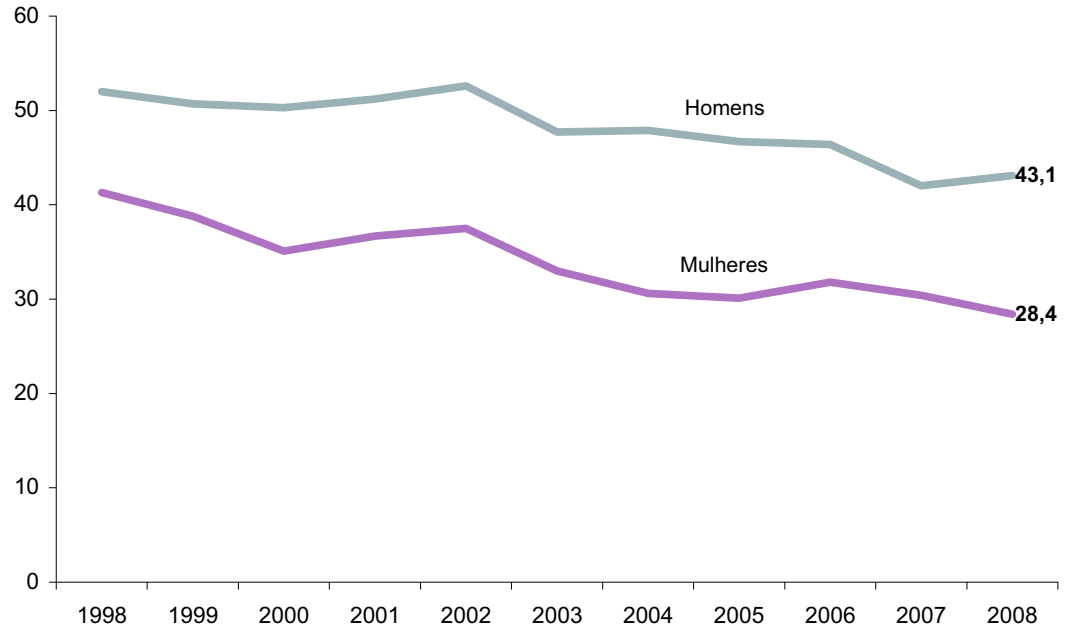
O PoA traça quatro objectivos principais neste campo dos quais se referem os seguintes: i) O acesso universal a uma educação de qualidade; ii) Combater o analfabetismo e iii) Promover a igualdade de oportunidades e eliminar as disparidades entre homens e mulheres no acesso à educação.

Entre 1991 e 2001 Portugal verificou um recuo na taxa de analfabetismo, não tão acentuado como seria de esperar, facto que decorre da proporção das pessoas idosas, em particular das mulheres, grupo populacional onde este fenómeno é mais relevante.

Para os últimos anos a informação disponível, resultante do Inquérito ao Emprego realizado pelo INE mostra uma redução de 46,7 % para 335,) % na taxa de abandono escolar precoce[10]. O abandono é mais forte entre os homens, observando-se no período de 1998 a 2008 uma variação da taxa de 23% no total da população, repartida por 17,1 % no caso dos homens e de 31,2 % no caso das mulheres.

Figura 3

Taxa de Abandono Escolar Precoce (%), por sexo, Portugal, 1998-2008



Fonte: INE, I.P.- Inquérito ao Emprego, série 1998

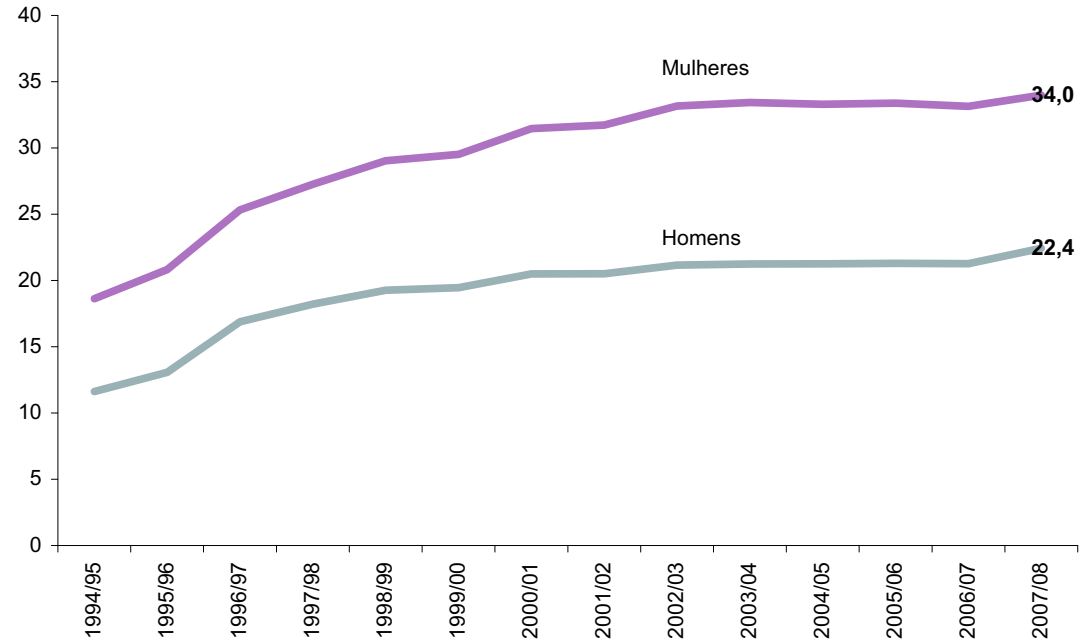
[10] População residente com idade entre 18 e 24 anos, que completou o 3º ciclo de escolaridade ou não e que não está a estudar/ População residente com idade entre 18 e 24 anos)*100

No campo do ensino superior a situação também evolui positivamente e evidencia um quadro bastante favorável para as mulheres, que se tem vindo a reforçar.

As taxas de escolarização subiram de 11,6% para 22,4% nos homens e de 18,6% para 34,0% nas mulheres.

Figura 4

Taxa de escolarização do ensino superior, por sexo (%), Portugal, 1994-2008



Fonte: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais

3.2 Saúde e Saúde Reprodutiva

Portugal é um dos países com baixa taxa de mortalidade infantil, registando 3,4 óbitos de crianças por mil nados vivos, em 2007, contra 7, 9 em 1994. Apresenta, igualmente, valores fracos nas taxas de mortalidade materna.

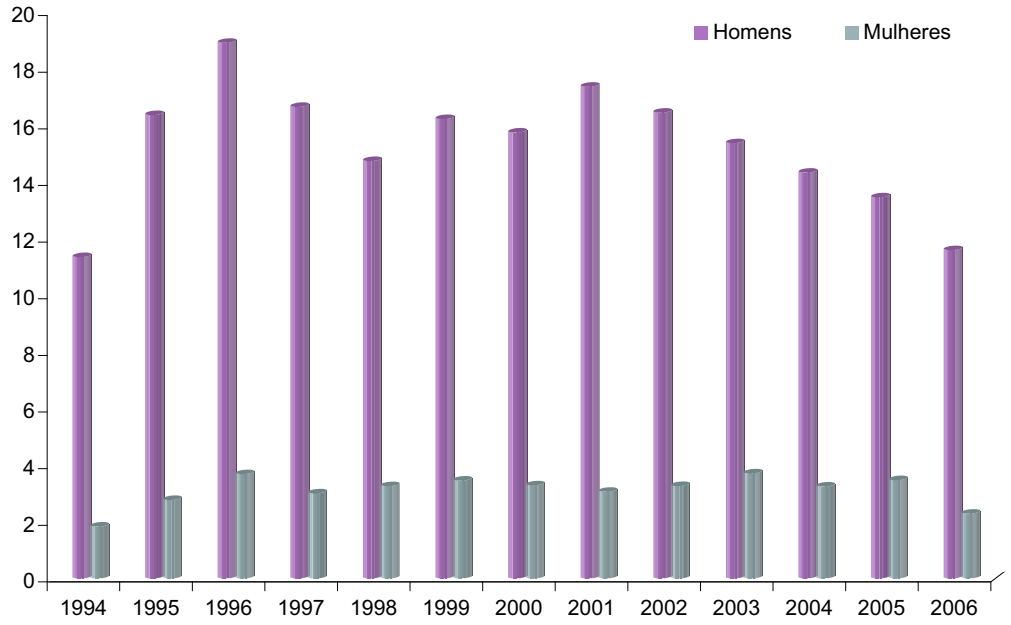
A melhoria no campo da mortalidade é bem visível nos ganhos que a população regista em termos de esperança de vida.

O Programa O Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo - 1994) definiu no, Capítulo VII, parágrafo 7.2 saúde reprodutiva com " um estado de completo bem estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Este conceito "implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir se, quando e com que frequência toem filhos. Pressupõe ainda o direito do indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais".

Uma particular atenção é dada aos adolescentes, com um subcapítulo específico, alertando para o risco das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA, referindo a importância de programas que abordem estas matérias.

Figura 5

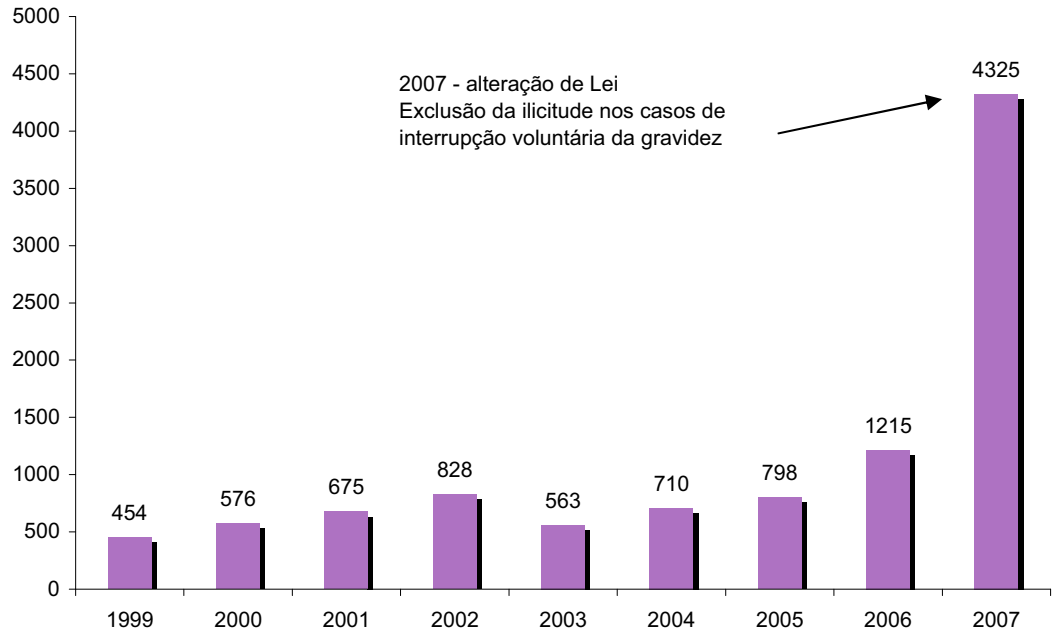
Taxa de mortalidade pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), por cem mil habitantes, sexo, Portugal, 1994-2006



Fonte: INE, I.P.- Estatísticas da Saúde

Figura 6

Número de Interrupções voluntárias de gravidez, legalmente efectuadas em Hospitais (Públicos + Privados); Portugal 1999-2007



Fonte: INE, I.P.- Inquérito aos Hospitais

As taxas de mortalidade causadas pelo VIH apresentam uma evolução irregular, com tendência para baixar. A maior incidência prevalece nos homens.

O aumento das interrupções voluntárias de gravidez tem que ser analisado com cuidado e inserido no contexto das alterações legislativas, em particular de 2006 para 2007.

Os cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva constituem por isso, um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos. Para mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida

A definição de saúde reprodutiva adoptada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é a que resultou das recomendações da Conferência do Cairo e também seguida em Portugal.

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR)[11] criado em Julho de 2007, integrado na Direcção Geral da Saúde, engloba quatro áreas: Planeamento Familiar, Vigilância Pré-Natal, Diagnóstico Pré-Natal, Interrupção Voluntária da Gravidez e Procriação Medicamente Assistida.

Este programa pretende dar continuidade ao trabalho já desenvolvido, visando reforçar as boas práticas nas suas diferentes vertentes com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Alguns Marcos na Saúde Reprodutiva Em Portugal

1976 – Despacho de 16 de Março Criação **da Consulta de Planeamento Familiar integrada na valência de Saúde Materna Infantil**

1984 – Lei nº3/84 de 24 de Março Educação Sexual e Planeamento Familiar

O Estado garante o direito à educação sexual, em particular aos jovens através da escola. Garante o acesso ao planeamento familiar e a gratuidade das consultas e meios contraceptivos, através das entidades públicas.

Promover o tratamento de situações de esterilidade. Fixa a esterilização voluntária em idade superior a 25 anos., Diário da República 24 de Março de 1984, I Série, nº71

1984 – Lei nº 6/84 Exclusão da Ilicitude de alguns casos de interrupção voluntária de gravidez,

Realizado nas primeiras doze semanas de gravidez com consentimento da mulher grávida, nos casos de morte ou lesão grave e irreversível para mãe; doença e malformação do nasciturno; caso de violação Diário República nº109, I série de 11 de Maio de 1984

1997 – Lei nº 90/97 altera os prazos de exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez

Realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, comprovada por meios técnicos, no caso de se "prever que o nasciturno virá a sofrer de forma incurável, de doença grave ou malformação congénita"

Realizada nas primeiras 16 semanas quando a "gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, Diário República nº174 de 30 de Julho de 1997, I Série-A

[11] www.**saudereprodutiva**dgs.pt

1998 – Resolução da Assembleia da República nº 51 /98 Educação sexual e Planeamento Familiar

Criação em todos os Centros de Saúde de Consultas sobre planeamento familiar nos serviços de obstetrícia e ginecologia de todos os hospitais.

Criação de programas para grupos de risco para mulheres residentes em áreas degradadas, incluindo mulheres imigrantes legalizadas ou em situação de clandestinidade, Prostitutas, Adolescentes e Toxicodependentes. Consultas próprias para toxicodependentes grávidas. Diário República nº253 de 2 de Novembro de 1998.

1999 – Lei nº 120/99 reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva procura conceder " maior eficácia aos dispositivos legais que garantam a promoção de uma vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço ao cesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis, designadamente as transmitidas pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C".

Nos estabelecimentos de ensino básico e secundário será implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana sendo os conteúdos incluídos deforma harmonizada nas diferentes disciplinas vocacionadas para a abordagem interdisciplinar com o objectivo de "promover melhor saúde" – Diário República nº186 de 11 de Agosto de1999.

No seu artigo 11 nº1: Apenas para fins Estatísticos, sem qualquer identificação, e com total garantia de privacidade todos os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos ficam obrigados a apresentar um relatório semestral a enviar ao Ministério da Saúde de onde constem os abortos espontâneos nos mesmos atendidos, todos os abortos legais, nos mesmos praticados, com a indicação da causa de justificação, os abortos retidos e os abortos provocados ou tentativas de aborto, com a identificação das consequências dos mesmos, sendo irrelevante eventual desconformidade entre dados constantes dos mesmos relatórios e o que constar de outros documentos revestidos de publicidade. Os relatórios devem, igualmente mencionar sem qualquer identificação, a repetição da interrupção voluntária da gravidez relativamente a cada uma das utentes atendidas, o tempo decorrente entre as interrupções ou tentativas de interrupção efectuadas, o acesso dos utentes a consultas de planeamento familiar e métodos contraceptivos pelas mesmas utilizados.

2000 – Decreto-lei nº 259/ 2000 de 17 de Outubro, reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. Diário República nº240 de 17 de Outubro de 2000.

2001 – Lei nº 12 /2001 Contracepção de emergência, Diário República nº124 de 29 de Maio de 2001

Garantir o recurso atempado à contracepção de emergência.

Os meios contraceptivos de emergência são disponibilizados gratuitamente nos Centros de Saúde.

"A utilização pela mulher de uma pílula anticoncepcional nas primeiras setenta e duas e horas após uma relação sexual não protegida, não consentida ou não eficazmente protegida por qualquer outro meio anticoncepcional regular". Artigo 2º

A solicitação de contraceptivos de emergência constitui motivo de atendimento em tempo útil e prioritário nos serviços, bem como na marcação das subsequentes consultas de planeamento familiar, se a mulher assim o desejar.

2007 – Resolução da Assembleia da República nº 27 / 2007

Recomenda ao Governo medidas no sentido de prevenir a gravidez na adolescência, a recolha e sistematização de informação considerada relevante sobre a gravidez na adolescência proporcionando um real diagnóstico da situação. Incluir a prevenção da gravidez na adolescência em todos os programas de luta contra a pobreza.

2007 – Lei nº 16 /2007 de 17 de Abril Diário República 1º Série – Nº 75 de 17 de Abril de 2007

Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.

Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico ou sob a sua orientação, em estabelecimento oficial de saúde ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida se houver seguros motivos para prever que o nasciturno irá sofrer de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, for realizada por opção das mulheres nas primeiras dez semanas de gravidez.

A verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção voluntária da gravidez é certificada em atestado médico, antes da interrupção, escrito e assinado por médico diferente daquele por quem ou sob cuja direcção a interrupção é realizada. È preciso referir que a gravidez não excede as 10 semanas.

3.4. A Igualdade de Género

As Medidas para promover a igualdade de género e o empoderamento das mulheres estão contidas no capítulo IV do PoA de 1994 e no capítulo III das Key actions de Cairo+5.

A Conferência do Cairo atribuiu aos Institutos Nacionais de Estatística e Centros de Estudos sobre População um papel relevante na implementação e monitorização dos princípios subjacentes ao Programa de Acção, bem expressa no capítulo XII do respectivo Programa.

A abordagem integrada do género é essencial e está reflectida no Dossiê de Género, uma base de dados que procura evidenciar as diferenças entre homens e mulheres, disponível no Portal do Instituto Nacional de Estatística, de acesso gratuito e resultante de um protocolo de colaboração entre o INE, I.P. a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e a Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego. Um dos objectivos desta base de dados é facultar informação para monitorizar as Recomendações do Cairo.

A Base de dados, criada em 2004, é dinâmica, integra informação desagregada por sexo, proveniente de diferentes fontes estatísticas oficiais, organizada nas seguintes áreas temáticas: População; Família, Educação e Formação; Actividade, Emprego e Desemprego; Conciliação Trabalho / Vida Familiar; Saúde; Crime e Justiça. Os indicadores constantes em cada tema são actualizados de acordo com a respectiva periodicidade, maioritariamente anual.

Principais conclusões

Para o final do período de vigência do Programa do Cairo, em 2014, as Nações Unidas projectam que a população do Mundo atinja os 7,3 mil milhões de indivíduos, dos quais cerca de 83% vivem nas regiões menos desenvolvidas.

Entre o início e o final do período de vigência do PUA prevê-se que a população subirá em 1,6 mil milhões de habitantes, enfraquecendo o aumento com o avanço no tempo, sendo expectável que as regiões mais desenvolvidas mantenham um volume de população praticamente constante.

O contexto demográfico tanto a nível mundial como a nível nacional alterou-se durante os anos que antecederam as Recomendações adoptadas no Cairo, por consenso, e o aproximar da vigência do Programa.

A população mundial não cresceu tanto como previsto e envelheceu, mantendo-se as regiões menos desenvolvidas como as mais jovens. O processo de envelhecimento nestas tende, contudo, a acelerar, comparativamente às regiões mais desenvolvidas.

Portugal continua um país de fraca fecundidade, observa ganhos de longevidade com saldos migratórios positivos cada vez mais diminutos, e consequentemente mais envelhecido.

O abandono escolar diminui, a taxa de escolarização no ensino superior aumenta e a situação com uma situação bem mais favorável para as mulheres.

Os níveis de mortalidade infantil e materna são baixos e a mortalidade causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) tende a baixar continuando a afectar mais os homens.

As interrupções voluntárias de gravidez no período elevaram-se, substancialmente, sendo de notar a forte subida verificada de 2006 para 2007 e explicada pela alteração legislativa sobre exclusão da ilicitude.

Referências Bibliográficas

CIDM (2005) *Estratégias Internacionais Para a Igualdade de Género - A Plataforma de Acção de Pequim (1995-2005)*, Agenda Global nº 6, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, Lisboa..

INE (2009*),* **População Residente - Portugal - 2008 - 2060** Instituto Nacional de Estatística, Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais, Lisboa.

INE (2007*),* ***Indicadores Sociais* 2007** Instituto Nacional de Estatística, Lisboa.

INE, ***Recenseamentos Gerais da População 1991 e 2001*****,** Instituto Nacional de Estatística, Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, Lisboa.

INE (2003*),* ***Estimativas Definitivas de População Residente Intercensitárias, 1991-2000, Portugal, NUTS II; NUTS III e Municípios,*** Instituto Nacional de Estatística – Departamento de Estatísticas Censitárias da População, Lisboa.

EUROSTAT, ***Statistics in Focus – Population and Social Conditions***, 15/2005, Luxembourg

CARRILHO, Maria José e PATRÍCIO, Lurdes (2003)"A Situação Demográfica Recente em Portugal", Revista de Estudos Demográficos nº43, pp 115 - 141, INE, Lisboa

CARRILHO, Maria José e PATRÍCIO, Lurdes (2004) "A Situação Demográfica Recente em Portugal ", Revista Estudos Demográficos n.º 36, pp 127-151, INE, Lisboa

CARRILHO, Maria José e PATRÍCIO, Lurdes (2006) "A Situação Demográfica Recente em Portugal ", Revista Estudos Demográficos n.º 40, pp 39-76, INE, Lisboa

UNFPA (2004), *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*, United Nations Population Fund, New York.

UNFPA (2004), *Key Actions for the Further Implementation of the Programme Action of the International Conference on Population and Development, Adopted by the twenty-first special session of the General Assembly, New York 30 June-2July 1999,* United Nations Population Fund, New York.

Immigrant women's labour force participation. The cases of Italy and France. In Revista de Estudos Demográficos nº44, INE, Lisboa, 2008

Autora: Giovanna Tattolo

Polarização Demográfica e Densificação Urbana no Município de Ponta Delgada, entre 1981 e 2001. In Revista de Estudos Demográficos nº44, INE, Lisboa, 2008

Autor: Eduardo Costa Duarte Ferreira

A Situação Demográfica Recente em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº44, INE, Lisboa, 2008

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

O poder da estatística e a estatística do poder. Apontamentos sobre o contributo de António de Almeida Garrett para os estudos de população em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº44, INE, Lisboa, 2008

Autora: Rosalina Costa

The impact of different migratory scenarios in the demographic ageing in Portugal, 2009-2060. In Revista de Estudos Demográficos nº44, INE, Lisboa, 2008

Autores: Maria Magalhães e João Peixoto

Vulnerabilidades do ambiente local – impactes no estado de saúde auto-avaliado da população residente na Área Metropolitana de Lisboa. In Revista de Estudos Demográficos nº43, INE, Lisboa, 2008

Autora: Helena Nogueira

Panorama das populações estrangeiras nos estados-membros da União Europeia (*composição por nacionalidades*). In Revista de Estudos Demográficos nº43, INE, Lisboa, 2008

Autor: Humberto Moreira

Padrões de Casamento entre os Imigrantes em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº43, INE, Lisboa, 2008

Autoras: Ana Cristina Ferreira e Madalena Ramos

Estrutura do saldo migratório na Região Alentejo de 1991 a 2001 e sua influência na dinâmica populacional. In Revista de Estudos Demográficos nº42, INE, Lisboa, 2008

Autora: Maria Filomena Mendes

O Recasamento: Tendências Actuais. In Revista de Estudos Demográficos nº42, INE, Lisboa, 2008

Autoras: Ana Cristina Ferreira, Cristina Lobo, Isabel Tiago de Oliveira e Madalena Ramos

---

União Europeia: um espaço compartilhado por diferentes populações (*convivência das diversidades*). In Revista de Estudos Demográficos nº42, INE, Lisboa, 2008

Autor: Humberto Moreira

A Situação Demográfica Recente em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº42, INE, Lisboa, 2008

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

A contribuição da imigração na natalidade: a experiência italiana. In Revista de Estudos Demográficos nº41, INE, Lisboa, 2007.

Autor: Antonio Cortese

Sinistralidade rodoviária: contextualização e análise. In Revista de Estudos Demográficos nº41, INE, Lisboa, 2007.

Autores: Cunha, G.; Brito, B.; Leal, A.e Torgal, J.

Comportamentos de Saúde de Adolescentes Migrantes e o Efeito Protector da Relação com os Avós. In Revista de Estudos Demográficos nº41, INE, Lisboa, 2007.

Autoras: Tania Gaspar e Margarida G. Matos

Medidas de Discriminação Étnica em Portugal: uma análise exploratória. In Revista de Estudos Demográficos nº41, INE, Lisboa, 2007.

Autoras: Maria José Carrilho e Maria Cidália Mesquita Figueiredo

---

Seminário Homens e Mulheres em Portugal – Comentários Finais, 23 de Novembro 2005. In Revista de Estudos Demográficos nº41, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2007

Autor: Paulo Machado

Fecundidade e Educação. In Revista de Estudos Demográficos nº40, INE, Lisboa, 2007.

Autora: Isabel Tiago de Oliveira

Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. In Revista de Estudos Demográficos nº40, INE, Lisboa, 2007.

Autoras: Maria José Carrilho e Cristina Gonçalves

A Situação Demográfica Recente em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº40, INE, Lisboa, 2007.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

Estatísticas Demográficas – Acção desenvolvida no âmbito do Conselho Superior de Estatística. In Revista de Estudos Demográficos nº40, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2007

Autor: Humberto Moreira

Dinâmicas escolares: um exemplo de análise transversal da escolarização em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº39, INE, Lisboa, 2006.

Autor: Mário Leston Bandeira

Liberdade de escolha, autonomia de escola e indicadores de desempenho "*If you don't have data, you're just another person with an opinion*" [*Andreas Schleicher (OCDE)]*. In Revista de Estudos Demográficos nº39, INE, Lisboa, 2006.

Autor: Rodrigo Eiró de Queiroz e Melo

Mobilidade internacional no Ensino superior. In Revista de Estudos Demográficos nº39, INE, Lisboa, 2006.

Autor: Humberto Moreira

Educação e Formação: uma perspectiva de género. In Revista de Estudos Demográficos nº39, INE, Lisboa, 2006.

Autor: Carla Silva

A população feminina e as transições familiares através da demografia. In Revista de Estudos Demográficos nº38, INE, Lisboa, 2006.

Autora: Piedade Lalanda

Imigrantes de Leste em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº38, INE, Lisboa, 2006.

Autores: Maria I. Baganha, José Carlos Marques e Pedro Góis

Emigração Portuguesa (*Estatísticas retrospectivas e reflexões temáticas*). In Revista de Estudos Demográficos nº38, INE, Lisboa, 2006.

Autor: Humberto Moreira

A mortalidade por VIH/SIDA em Portugal: alterações da estrutura etária. In Revista de Estudos Demográficos nº38, INE, Lisboa, 2006.

Autora: Maria dos Anjos Leitão de Campos

Fecundidade e nupcialidade em Moçambique: análise de calendários. In Revista de Estudos Demográficos nº38, INE, Lisboa, 2006.

Autora: Sónia Cardoso

A Situação Demográfica Recente em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2006.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

Indicadores Demográficos nas Regiões Portuguesas entre 1890 e 1981. In Revista de Estudos Demográficos nº38, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2006.

Autora: Isabel Tiago de Oliveira

Metodologias de cálculo das projecções demográficas: aplicação em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº37, INE, Lisboa, 2005.

Autora: Maria José Carrilho

O Método de Lee-Carter para Previsão da Mortalidade. In Revista de Estudos Demográficos nº37, INE, Lisboa, 2005.

Autora: Edviges Coelho

A contagem dos estrangeiros em 2001: algumas reflexões sobre os resultados recenseamento italiano da população. In Revista de Estudos Demográficos nº37, INE, Lisboa, 2005.

Autor: Antonio Cortese

Eurostat Population Projections 2004-based: main results from the Trend scenario. In Revista de Estudos Demográficos nº37, INE, Lisboa, 2005

Autor: Giampaolo Lanzieri

Projecções de Famílias para Portugal: que viabilidade?. In Revista de Estudos Demográficos nº37, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2005

Autora: Sofia Leite

O ESTADO DE SAÚDE DOS PORTUGUESES. Uma perspectiva espacial. In Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autores: Paula Santana

A mortalidade por tuberculose em Portugal, no período de 1985 a 2002 - I Parte. In Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Maria dos Anjos Leitão de Campos

Tábuas de mortalidade em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

Caracterização da População Residente em Alojamentos não Clássicos, nos Censos de 1991 e 2001. In Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Cristina Gonçalves

A problemática da segregação residencial de base étnica – questões conceptuais e limites à operacionalização: o caso da Área Metropolitana de Lisboa. In Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autores: Jorge Mcacaísta Malheiros e Francisco Vala

A tuberculose: concepção de um modelo econométrico para a taxa bruta de mortalidade. In Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autor: José Henrique Dias Gonçalves

A Situação Demográfica Recente em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº36, INE, Lisboa, 2004.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

Estimativas provisórias de população residente por estado civil, sexo e idades, Portugal, 2001-2003. In Revista de Estudos Demográficos nº36, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Sofia Leite

Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. In Revista de Estudos Demográficos nº36, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2004.

Autoras: Cristina Gonçalves e Maria José Carrilho

Movimentos Pendulares e Organização do Território Fronteiriço: Portugal 2001. In Revista de Estudos Demográficos nº36, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2004.

Autores: INE Auditoria Ambiental e Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério das Obras Públicas, Transportes Habitação

---

O país e a família através das crianças – ensaio exploratório. In Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autoras: Ana Nunes de Almeida e Isabel Margarida André

Núcleos familiares monoparentais. In Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Maria da Graça Magalhães

Breve sociografia sobre as famílias reconstituídas portuguesas. In Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Sofia Leite

Os encargos e as rendas das famílias com a habitação. In Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Maria dos Anjos Campos

Padrões de consumo das famílias numerosas em Portugal - caracterização com base no inquérito aos orçamentos familiares. In Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autoras: Rute Cruz e Carla Machado

Pobreza e Exclusão Social nas Famílias com Idosos em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº35, INE, Lisboa, 2004.

Autora: Cristina Gonçalves

Os censos de 1991 e 2001 na perspectiva do utilizador - algumas reflexões globais. In Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Teresa Rodrigues Veiga e Filipa de Castro Henriques

Dinâmicas territoriais e trajectórias de desenvolvimento, Portugal 1991- 2001. In Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autor: João Ferrão

Censos 2001 versus Recenseamento Eleitoral. In Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autores: Fernando Simões Casimiro e Paula Paulino

As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. In Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Cristina Gonçalves

Migrações inter NUTS II e projecções regionais de População Residente. In Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Maria da Graça Magalhães

Evolução da pobreza e da desigualdade em Portugal no período 1995 a 1997. In Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autor: Teresa Bago d'Uva e Paulo Parente

Consistência entre os Censos 2001 e o Inquérito ao Emprego e entre os Censos e o respectivo Inquérito de Qualidade: uma análise comparativa. In Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autor: Jorge Manuel Garcia Mexia Pinheiro

A Situação Demográfica Recente em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº34, INE, Lisboa, 2003.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

A população de nacionalidade espanhola residente em Portugal: uma caracterização com base nos Censos 2001. In Revista de Estudos Demográficos nº34, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Paula Paulino

Metodologias de cálculo do saldo migratório interno anual: Três metodologias e a sua aplicação ao caso português. In Revista de Estudos Demográficos nº34, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2003.

Autor: José Henrique Dias Gonçalves

Os Conceitos de Família e Núcleo Familiar nos Recenseamentos da População em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003.

Autor: Fernando Simões Casimiro

Famílias em Portugal: breve caracterização socio-demográfica com base nos Censos 1991 e 2001. In Revista de Estudos Demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Sofia Leite

A actividade e inactividade económica nas famílias. In Revista de Estudos Demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Maria dos Anjos Leitão de Campos

Quem vive só em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003

Autora: Maria da Graça Magalhães

Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001. In Revista de Estudos demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Cristina Gonçalves

A União de Facto em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº33, INE, Lisboa, 2003.

Autora: Sofia Leite

População Presente e População Residente segundo o Sexo e Idades através dos Censos. In Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa, 2002.

Autora: Sofia Leite

Projecções de População Residente, Portugal, 2000/2050 - Que tendências de base para a construção de hipóteses?. In Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa, 2002.

Autora: Maria da Graça Magalhães

Projecção das taxas de fecundidade específicas por idades no horizonte de longo prazo (2001-2050): Estudo de um modelo de previsão com séries temporais. In Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa, 2002.

Autora: Filipa Silva

O Suicídio em Portugal nos Anos 90. In Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa, 2002.

Autoras: Maria dos Anjos Campos e Sofia Leite

A Mortalidade “evitável” em Portugal Continental, 1989 a 1993. In Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa, 2002.

Autora: Paula Santana

A Situação Demográfica Recente em Portugal. In Revista de Estudos Demográficos nº32, INE, Lisboa, 2002.

Autoras: Maria José Carrilho e Lurdes Patrício

Previsões demográficas para o ano 2002. In Revista de Estudos Demográficos nº32, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2002.

Autor: Departamento de Estatísticas Censitárias e de População

---

O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. In Revista de Estudos Demográficos nº 32, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2002.

Autor: Departamento de Estatísticas Censitárias e de População

---

Estimativas mensais de população residente, segundo o sexo e por NUTS III - Aspectos Metodológicos. In Revista de Estudos Demográficos nº32, Notas e Documentos, INE, Lisboa, 2002.

Autores: Maria dos Anjos Leitão de Campos e Francisco Covas

O número 44 da Revista de Estudos Demográficos (RED) aborda a participação das mulheres imigrantes no mercado de trabalho, exemplificada para os casos de França e Itália e a polarização demográfica evidenciada pelo município de Ponta Delgada, nas últimas duas décadas do século passado, caracterizando o respectivo processo de urbanização. Apresenta a situação demográfica do país, com base em informação actualizada, destacando as mudanças mais relevantes e os factores que as determinam, sendo este um artigo sistemático no segundo semestre de cada ano Em Notas e Documentos divulgam-se dois artigos: o contributo da obra de António Almeida Garrett para os estudos de população em Portugal, incluindo a para a própria Revista do Centro de Estudos Demográficos, e outro sobre o impacte de diferentes cenários migratórios na evolução da estrutura da população de Portugal no horizonte 2009 -2060.