

Famílias e crianças em contexto de pobreza e exclusão - do desenvolvimento à saúde e à educação

Natália Ramos*

São analisados de forma sumária alguns indicadores e factores que nos países em desenvolvimento e nos países industrializados estão na origem e no aumento de situações de pobreza, violência e exclusão, provocando disfuncionamentos sociais, familiares, psicológicos e somáticos, com graves consequências para a saúde, educação, bem estar e qualidade de vida das crianças e das famílias.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Desenvolvimento; Saúde; Educação; Pobreza; Exclusão.

Introdução

O desenvolvimento da criança, a sua educação e saúde, o tipo de cuidados e de protecção que lhe são prestados, próprios de cada época e de cada grupo social e cultural, são influenciados pelas tradições culturais, pelas representações, pelas etnoteorias, que os adultos têm sobre as necessidades, a saúde e a natureza da criança, sobre as formas de cuidar e educar, mas também, pelas condições ecológicas, socioeconómicas e políticas, pelas condições de vida da família, nomeadamente, condições sociais, habitacionais, escolarização e trabalho dos pais, densidade familiar, equipamentos sanitários, escolares e sociais. As crianças e as famílias estão inseridas em meios culturais, físicos, sociais e económicos específicos, em diferentes "*nichos ecológico-culturais e de desenvolvimento*". As características e acontecimentos que ocorrem nestes nichos influenciam, directa ou indirectamente, as crianças e as famílias, o seu desenvolvimento, educação, saúde, bem-estar e qualidade de vida, as competências sociais, educativas e comunicacionais dos pais, o trabalho de parceria e de corresponsabilização, entre outras variáveis (Berry,1976,1992; Bronfenbrenner,1979; Whiting,1975; Garbarino, 1992; Ramos, 1993, 1998, 1999, 2001, 2002, 2003; Super & Harkness,1986, 1997).

Em todo o mundo, os riscos para o desenvolvimento, saúde e bem-estar das

* Universidade Aberta, Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) - Rua da Escola Politécnica, 147, 1269-001 Lisboa. Telef. 213916458; Fax. 213973229; E-mail: natpramos@hotmail.com

crianças e das famílias estão a aumentar. Segundo o *Fundo das Nações Unidas para a Infância* – UNICEF (2001, 2002) e a *Organização Mundial de Saúde* – OMS (2002), apesar de na última década do século XX (1990-2000) se ter registado uma redução importante quanto ao número de crianças mortas com menos de cinco anos de idade, esta década trouxe muita ruptura, violência e precariedade à criança e às suas condições de vida, vindo aumentar e originar novas formas de exclusão e os riscos para a saúde física e mental, devido à intensificação da pobreza, à disparidade crescente entre países ricos e pobres e no interior do mesmo país, ao aumento da morte e da doença ligada ao VIH/SIDA, à intensificação da violência estrutural e familiar, ao isolamento de um número crescente de indivíduos e famílias e ainda ao aumento do terrorismo e dos conflitos armados.

Nascer, crescer, viver em situação de pobreza, de guerra, de exílio, de migração, é fonte de inúmeras formas de violência e exclusão, constituindo um risco, um trauma e um desafio para a criança e a sua família. Estas problemáticas exigem abordagens preventivas e interventivas, multidimensionais e pluridisciplinares, capazes de promover e harmonizar o desenvolvimento socioeconómico e as políticas sociais e educativas com o bem-estar social e psicológico dos indivíduos, das famílias e dos grupos, maioritários ou minoritários, autóctones ou migrantes; implicam um modelo holístico que considere o indivíduo na sua totalidade e complexidade, nas suas dimensões social, psicológica, cultural e biológica, ou seja, colectiva e individual e a educação e saúde como processos de desenvolvimento que ocorrem num dado contexto sociocultural, económico, político e familiar e que se processam ao longo da vida do indivíduo; uma perspectiva da saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou incapacidade (OMS, 1948).

Quaisquer que sejam as particularidades das problemáticas e contextos, alguns princípios deverão estar presentes: todos os indivíduos são iguais em dignidade e em direitos; igualdade de direitos é uma condição essencial para a coesão social e bem-estar social e psicológico.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem proclamada pela *Organização das Nações Unidas* (ONU, 1948) e a *Convenção Internacional dos Direitos da Criança* (ONU, 1989) centram-se na afirmação e protecção dos direitos elementares do ser humano, em particular da criança, como o direito a uma identidade e nacionalidade, a uma família, à saúde, à educação, à protecção social, a uma vida digna, os estados comprometendo-se a trabalhar para a concretização destes direitos e necessidades fundamentais. Contudo, estes direitos e necessidades, estão ainda longe de ser uma realidade para muitas crianças e famílias em diferentes países e continentes.

1. Pobreza e desenvolvimento

No que diz respeito às situações de pobreza e exclusão, estas apontam para a existência de múltiplos factores de risco que afectam o desenvolvimento, a escolarização e a saúde da criança, constituindo o desenvolvimento, a educação/escola e a família suportes básicos contra a exclusão social. As crises de natureza económica não são o único factor de origem, manutenção e aumento da pobreza. Também as crises de natureza política, epidemiológica e ambiental contribuem para a manutenção ou aumento da mesma.

No século XX, muito embora se tivesse verificado um grande crescimento económico e uma melhoria das condições de vida em geral, as desigualdades, a exclusão e a pobreza também se intensificaram sendo esta vizinha da abundância, sobretudo nos países em desenvolvimento. Com efeito, a pobreza, nas suas diferentes formas, tem vindo a aumentar em todo o mundo, tanto nos países em desenvolvimento, como nos países desenvolvidos, reunindo um conjunto de défices económicos, culturais e sociais e exigindo uma abordagem multidimensional e pluridisciplinar. Como refere Dubois (2001), a pobreza tem de ser analisada de uma forma plural e, por isso, temos de a considerar nas suas diferentes dimensões:

- A pobreza monetária, resultando de uma insuficiência de recursos que origina um consumo de bens insuficiente;
- A pobreza das condições de vida ou de existência, representando a impossibilidade de satisfazer algumas das necessidades fundamentais e traduzindo-se por um défice, nomeadamente em matéria de alimentação, de saúde, de escolarização, de alojamento;
- A pobreza das potencialidades ou das capacidades que provém do facto de que não foi possível constituir-se um capital suficiente para tirar proveito das capacidades individuais.

Estas duas últimas formas de pobreza podem ser reagrupadas na noção de “*pobreza humana*”, introduzida pelo *Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento Humano* em 1997 (PNUD, 1997) e definida como a privação de certas ou de todas as potencialidades humanas de um indivíduo: ter uma vida longa, saudável e criativa, instruir-se, beneficiar de um nível de vida digno e do respeito de si e dos outros.

1. 1. Alguns indicadores

No planeta, quase metade dos habitantes vive com menos de 2 dólares por dia e um quinto tem menos de 1 dólar por dia. Por exemplo na América Latina, 15% da

população vive com menos de 1 dólar por dia (BM, 2000). Também no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1991) indicava que, em 1990, 53,5% das crianças e adolescentes viviam em famílias cujos recursos por mês eram inferiores a 50 dólares.

Nos países em desenvolvimento, a redução entre 1987 e 1998 da população vivendo em situação de pobreza foi lenta, sendo essencialmente verificada na Ásia de Leste e no Pacífico (menos 199 milhões). A situação manteve-se praticamente estável na África do Norte e no Médio Oriente (menos 3 milhões). Contrariamente, o número de pobres aumentou durante este período na África Subsariana (mais 48 milhões) e na América Latina (mais 14 milhões). A pobreza, quase desconhecida em 1987, explodiu na Europa e na Ásia Central (mais 24 milhões) com o desmembramento da União Soviética. A África Subsariana e a Ásia do Sul (incluindo a Índia) são as regiões mais tocadas pela pobreza, com, respectivamente, 46 e 40 pessoas em 100 vivendo em situação de pobreza. Vêm em seguida a América Latina e as Caraíbas com 16%, a Ásia de Leste e o Pacífico com 15%, a Europa e a Ásia Central com 5% e os Países Árabes com 2% (BM, 2000).

Nos países em desenvolvimento, entre os diferentes indicadores exprimindo a pobreza existencial, a taxa de população privada de água potável é a mais inquietante (1.213 milhões de pessoas), seguida da taxa de adultos analfabetos (842 milhões) e da população privada de serviços de saúde (766 milhões). Este défice de acesso aos serviços de saúde traduz-se por um risco elevado de morte antes dos 40 anos, implicando para o conjunto dos países em desenvolvimento 507 milhões de pessoas (PNUD, 1997).

As situações de crise e de precariedade económica, de guerra e SIDA, a instabilidade matrimonial e familiar têm conduzido ao aumento de mulheres chefes de família, sobretudo, nos grupos mais pobres. Esta situação vem reforçar a precariedade socioeconómica destas mulheres chefes de família e contribui para a feminização da pobreza, que corresponde a uma percentagem entre 53% e 62% de mulheres entre os pobres (Marcoux, 1998).

Na *União Europeia* (UE) são cerca de 17 milhões as crianças que vivem em situação de pobreza, isto é, uma criança em cada cinco com idade inferior a 18 anos, este número tendendo a aumentar nos próximos anos (CE, 2003). Na UE em 2003, 9,6% das crianças com idades compreendidas entre 0-17 anos viviam em agregados familiares sem emprego. Em 2001, perto de 15% da população da UE vivia abaixo do limiar do risco de pobreza, correspondendo a 68 milhões de pessoas. A título de exemplo, em Portugal, 21% da população vive em situação de pobreza, ou seja, vive com rendimentos mensais abaixo dos 60% relativamente à média nacional. Portugal apresenta a maior disparidade da *União Europeia* (UE) entre ricos e pobres, auferindo os primeiros 6,4 vezes mais do que

os segundos. Dez por cento da população mais rica do país tem rendimento quinze vezes superior aos dez por cento mais pobres, números que colocam Portugal no primeiro da lista dos países da UE onde se regista a maior desigualdade entre ricos e pobres (PNUD, 2003). Em termos de índice de desenvolvimento humano, Portugal ocupa o 26º lugar num conjunto de 175 países, tendo descido 3 lugares no conjunto dos 55 países mais desenvolvidos do mundo.

Nos EUA, aproximadamente 25% de crianças com menos de seis anos nasceu em ambiente de pobreza (Huston et al., 1994). A pobreza e a degradação das condições sociais e habitacionais das famílias têm influência na saúde das crianças e estão na origem de patologias várias. Nos EUA, cerca de 1,7 milhão de crianças em idade pré-escolar vive em situações habitacionais precárias, sofrendo níveis de exposição ao chumbo susceptíveis de colocar em risco o seu desenvolvimento e saúde (Brody et al., 1994).

Também em França, desde há alguns anos que são diagnosticados casos de saturnismo (intoxicação pelo chumbo), tornando-se esta infecção um problema de saúde pública e tocando sobretudo as crianças pequenas que vivem em habitações insalubres, expostas ao chumbo. Assim, entre Maio de 1992 e Outubro de 1995, 35% das 8.218 crianças despistadas como crianças em risco estavam intoxicadas sofrendo de saturnismo (Razkallah et al., 1997).

A pobreza afecta profundamente o potencial de desenvolvimento físico e psíquico da criança, podendo deixar marcas irreversíveis no seu desenvolvimento e conduzir à morte. Em média, uma criança originária de uma família fazendo parte das 20% mais pobres da população mundial corre, pelo menos duas vezes mais, riscos de morrer antes dos cinco anos, relativamente a uma criança originária de uma família fazendo parte das 20% mais ricas, compensando as famílias pobres esta taxa mais elevada de mortalidade, por uma taxa de fecundidade mais elevada (UNICEF, 2001).

Um nível de mortalidade excessiva revela-se como uma das expressões da pobreza. As regiões da África Subsariana e da Ásia do Sul são as mais pobres e as que têm as mais elevadas taxas de mortalidade, nomeadamente, mortalidade infantil, materna e geral (esperança de vida ao nascimento), como indicam os seguintes números (BM e PNUD, 2000):

- África Subsariana: *Mortalidade infantil (1998) (por 1.000 nascimentos vivos) – 92; Mortalidade Materna (1999) (por 100.000 nascimentos vivos) – 975; Esperança de vida (1995-2000) – 48,9;*

- Ásia do Sul: *Mortalidade infantil (1998) – 119; Mortalidade Materna (1995) – 551; Esperança de Vida (1995- 2000) – 62,7.*

Muito embora se tenha verificado no mundo uma diminuição importante da taxa de mortalidade, devido ao desenvolvimento dos serviços de saúde e educativos, à política alimentar, ao melhoramento do contexto ambiental (qualidade da água, higiene pública, conforto habitacional), outros factores têm vindo abrandar esta baixa de mortalidade, nomeadamente, as crises políticas e os conflitos armados, o desenvolvimento de certas doenças emergentes (VIH/SIDA e Hepatite B) e a fraca adequação dos sistemas de cuidados de saúde.

A má nutrição é uma outra componente da pobreza humana. Ainda hoje, apesar dos esforços e avanços registados, avalia-se em 158 milhões o número de crianças com menos de cinco anos que nos países em desenvolvimento sofrem de má nutrição grave, estando esta na origem de grande mortalidade infantil (UNICEF, 2001). A má nutrição é particularmente mortífera, quando está associada a uma doença infecciosa como a pneumonia, o paludismo, a rubéola ou a diarreia. Por exemplo, 70% das mortes de crianças atribuídas à diarreia são associadas a problemas de má nutrição. Também metade do total das mortes de crianças de menos de 5 anos nascidas em 1997 estavam associadas à má nutrição (OMS, 1998).

Em parte devido à pobreza, 150 milhões de crianças nos países em desenvolvimento sofrem de baixo peso, o que aumenta os riscos de mortalidade e de atraso de desenvolvimento mental e físico. No conjunto dos países em desenvolvimento, 31% das crianças de menos de 5 anos sofrem de baixo peso e esta proporção atinge 40% nos países menos desenvolvidos e 49% na Ásia do Sul (UNICEF, 2003).

Igualmente, e associado a factores culturais e socioeconómicos, mais de metade das mulheres africanas e asiáticas sofrem de carências graves alimentares, as quais afectam, particularmente, a saúde das mulheres grávidas e os recém-nascidos. A título de exemplo, em muitas comunidades, para além do hábito cultural das mulheres servirem primeiro os homens e as crianças, devendo contentar-se com os restos alimentares, o que resulta numa insuficiência alimentar quantitativa e qualitativa, nomeadamente, em ferro e proteínas e em anemias, existe igualmente a crença que os meninos necessitam de uma maior quantidade de alimentos que as meninas. Na Ásia do Sul e no Próximo e Médio Oriente, há uma submortalidade das meninas com menos de 5 anos, devido também a factores culturais. A preferência dada aos meninos, origina uma insuficiência de cuidados e de alimentação às meninas, cujo estado de saúde se deteriora. Esta discriminação em relação às meninas verifica-se particularmente na China e na Índia, onde a redução das famílias, associada a uma forte preferência pelos meninos e à possibilidade técnica de conhecer o sexo da criança antes do nascimento, tem aumentado o número de abortos de fetos do sexo feminino.

A mortalidade infantil resulta assim de um processo complexo onde intervêm factores biológicos mas, também, factores sócioeconómicos, comportamentais, individuais e culturais.

Também as crianças, nos países em desenvolvimento, estão mais sujeitas para além da má nutrição, a infecções respiratórias, paludismo, diarreia, rubéola, carência de iodo, as quais afectam o absentismo e os resultados escolares e estão na origem de um grande número de mortes de crianças com menos de 5 anos, registando-se anualmente perto de 11 milhões de mortes destas crianças nestes países. A Ásia do Sul e de Leste e, sobretudo, a África Subsariana caracterizam-se por uma situação muito grave, onde a privação de acesso aos equipamentos de saúde, o analfabetismo, a má nutrição e os riscos de morte se acumulam e multiplicam. De destacar que em 1999, Angola era o segundo país do mundo com a mais alta taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos (UNICEF, 2002).

Nos países em desenvolvimento, apesar de nas últimas décadas a taxa de vacinação contra as principais doenças evitáveis ter passado de 5% em 1974 para 80% em 2002, segundo a UNICEF, ainda hoje mais de 2 milhões de crianças de menos de cinco anos continua a morrer anualmente de seis doenças evitáveis pela vacinação: rubéola, difteria, coqueluche, tuberculose, poliomielite e tétano.

Igualmente, dois terços das crianças que morrem em cada ano são recém-nascidos, sendo as suas mortes devidas a causas que provocam também a morte das mães, como sejam cuidados obstétricos inadequados ou inexistentes, falta de acompanhamento durante a gravidez e parto, dificuldades de acesso aos serviços médicos de emergência quando surgem complicações e más condições de higiene. Para além disso, os recém-nascidos estão expostos a certos riscos, como insuficiência de cuidados básicos, infecções e lesões obstétricas e problemas ligados à prematuridade (UNICEF, 2000). Uma grande parte das mortes de crianças com menos de cinco anos que ocorrem anualmente no mundo poderiam ser evitadas, proporcionando às famílias, particularmente às mães e às crianças, melhores condições de saúde e melhores condições educativas e socioeconómicas. Com efeito, a saúde e bem-estar das crianças está estreitamente ligada à saúde e bem-estar das mães, reflectindo, em grande parte, a mortalidade infantil e materna o nível de educação e as condições socioculturais e de vida das mães e o acesso destas aos cuidados de saúde, nomeadamente, ao planeamento familiar e à contracepção.

A falta ou défice de acesso aos serviços e cuidados de saúde traduz-se por uma taxa geral de mortalidade materna particularmente elevada, sendo a situação mais grave nos países menos desenvolvidos e na África Subsariana (perto de mil mortes de mães por 100.000 nascimentos em 2000), a África e a Ásia concen-

trando 95% destas mortes. A OMS (2000) destacava a mortalidade materna em Moçambique como sendo particularmente preocupante, 1.100 mulheres por 100.000 habitantes, indicando este país como um dos países mais afectados do mundo por este problema. Esta mortalidade materna e feminina tão elevada nos países menos desenvolvidos deve-se a insuficiência de vigilância e cuidados de saúde, à subalimentação mas, também, às consequências de gravidezes muito precoces em crianças e jovens cujo crescimento não está completo e às mutilações sexuais. Estas mutilações são ainda hoje praticadas em certas comunidades asiáticas, na Índia, Malásia, Indonésia, mas, sobretudo, em África, onde mais de 2 milhões de meninas com idades geralmente compreendidas entre os 4 e os 10 anos de idade são anualmente vítimas destas mutilações sexuais traumatizantes e dolorosas, com graves consequências ao nível da saúde física e psíquica e conduzindo, em muitos casos, à morte.

De salientar, segundo a OMS e UNICEF (2003), que no ano de 2000 a taxa de mortalidade materna (mortes durante e em consequência do parto) por cada 100.000 nascimentos distribuiu-se da seguinte forma: 920 na África Subsariana; 520 no Centro e Sul da Ásia; 210 no Sudoeste Asiático; 240 na Oceania; 190 na América Latina e Caraíbas; 20 nos países desenvolvidos; 24 na União Europeia; 5 em Portugal (Portugal constitui um dos países do mundo e da União Europeia com menor taxa de mortalidade materna).

1. 2. Desenvolvimento, mortalidade e SIDA

Também a SIDA é uma das principais doenças que está na origem das elevadas taxas de mortalidade, nomeadamente, em África. A SIDA tem graves consequências sobre a família, afectando profundamente a organização familiar, modificando os papéis no seio da família, fragilizando as economias familiares, criando um conjunto de circunstâncias que originam ou agravam a pobreza e a exclusão das famílias. O VIH/SIDA destrói os laços e as relações do indivíduo ao seu meio, isolando os indivíduos e as famílias, reduzindo a inserção e suporte social, elementos prejudiciais ao bem-estar e à saúde. Esta doença enfraquece os estados a todos os níveis, afectando grandemente a economia dos países em desenvolvimento, muito em particular no continente africano. A SIDA está igualmente na origem de muitas crianças órfãs.

Actualmente, estima-se em 15 milhões o número de crianças de menos de 15 anos, cuja mãe, pai ou ambos morreram de sida, sendo que perto de 12 milhões dessas crianças vivem na África Subsariana (UNICEF, 2003). No final de 2002, estimava-se em 29 milhões e 400.000 o número de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA só na África Subsariana. Moçambique é o país lusófono mais afectado

pela sida, havendo aí mais de 400 mil crianças órfãs que perderam o pai ou o pai e a mãe por causa da sida. Em 2002, 2,4 milhões de africanos morreram com sida, sendo este continente o continente mais afectado (30 milhões de pessoas estão infectadas) e onde já se registaram mais mortes por sida (15 milhões). Em todo o mundo, estima-se em 42 milhões o número de pessoas que no final de 2002 viviam com VIH/SIDA segundo a ONUSIDA/OMS (2003). Para a ONU (2002) a sida poderá fazer recuar a esperança de vida em dezassete anos, nos nove países mais pobres onde a prevalência de VIH nos adultos é igual ou superior a 10%. Se não forem disponibilizados recursos para a prevenção e tratamento dos doentes com SIDA, estima-se que em 2010 haverá só na África Subariana mais de 20 milhões de crianças com menos de 15 anos, órfãs em consequência desta doença (UNICEF, 2003).

Socialmente isoladas e estigmatizadas, estas crianças encontram-se em situação de maior vulnerabilidade, de maior exposição a diferentes riscos e a problemas psicossociais, sanitários e escolares. Privadas de cuidados básicos e de recursos financeiros, abandonadas e discriminadas, obrigadas a tomar conta de si próprias e à mercê de todo o tipo de violência, desinseridas socialmente e descolarizadas, as crianças órfãs da SIDA têm menos oportunidades do que as outras crianças de serem vacinadas e de irem à escola, correndo mais riscos de serem mal alimentadas, maltratadas e exploradas, inclusive utilizadas em milícias armadas.

1.3. Desenvolvimento, educação e cidadania

O analfabetismo dos adultos afecta 28% da população dos países em desenvolvimento. Esta proporção atinge perto de 1 adulto em 2 (49%) nos países menos desenvolvidos, 46% na Ásia do Sul, 40% na África Subariana e nos países árabes, 11% na Ásia do sudeste e no Pacífico e 12% na América Latina e nas Caraíbas.

Nos países em desenvolvimento, 66% das mulheres em meio rural e 38% em zona urbana são analfabetas, contra, respectivamente, 43% e 21% dos homens (BM, 2000). Com efeito, é nos países mais pobres que o direito das mulheres à educação é mais desprezado, sendo fundamental o acesso à educação das crianças, particularmente das meninas. Muito embora tenha havido ao nível mundial progressos na escolarização feminina, este desenvolvimento é muito desigual segundo as regiões, constituindo as mulheres aproximadamente dois terços dos analfabetos do mundo.

Apesar de na “*Convenção Internacional dos Direitos da Criança*”- CIDC (ONU, 1989), no seu artigo 28º, os estados reconhecerem o direito da criança à educa-

ção, tendo em vista o exercício desse direito e a igualdade de oportunidades, ainda hoje, segundo estimativas da UNICEF, 120 milhões de crianças em idade de ir à escola não são escolarizadas nos países em desenvolvimento, sobretudo, na África Subsariana, na Ásia Ocidental e do Sul, sendo que 53% são meninas, o que tem implicações a diferentes níveis (UNICEF, 2003). O analfabetismo constitui um entrave ao desenvolvimento global da criança, originando dificuldades de integração social e laboral futuras, na compreensão e inserção no mundo na sua diversidade e complexidade, criando obstáculos à participação social, à promoção da saúde e bem-estar, à protecção da criança contra as crescentes e múltiplas formas de violência e exploração.

Nos países mais pobres, a pobreza e o baixo estatuto das mulheres reúnem-se frequentemente. Os pais não enviam as crianças à escola, sobretudo as meninas, as quais constituem uma força de trabalho desde tenra idade, sendo geralmente o seu destino casarem muito cedo e reproduzirem um modelo de fecundidade elevada, de pobreza e de baixo estatuto feminino.

Investigações mostram que existe uma relação directa entre educação e taxas de mortalidade, em particular, da mortalidade das crianças de menos de cinco anos. Por exemplo, no estado de *Kerala* (sul da Índia), onde a alfabetização é geral, as taxas de mortalidade infantil são as mais baixas dos países em desenvolvimento e as taxas de fecundidade as menos elevadas da Índia. Vários estudos mostram que cada ano a mais de escolarização traduz-se por uma regressão do índice de fecundidade e por um recuo da mortalidade infantil e das mortes ligadas à maternidade, tendo as mulheres instruídas menos filhos e filhos mais saudáveis e mais instruídos do que os das mulheres não instruídas (UNICEF, 1999).

Também o direito da criança a um nome e a uma nacionalidade, consignado no artigo 7º da CIDC (ONU, 1989), está longe de ser uma realidade em muitos países. A UNICEF (2001) indica que em 2000, mais de 50 milhões de bebés, predominantemente meninas, não foram registados nos países em desenvolvimento, ou seja, 41% dos nascimentos do mundo, distribuídos da seguinte forma: 71% na África Subsariana; 56% na Ásia do Sul; 16% noutras regiões do mundo em desenvolvimento.

As crianças que não são registadas não têm uma existência legal, isto é, não têm uma identidade, um nome oficial e uma nacionalidade, três elementos indispensáveis à participação em sociedade, aos cuidados de saúde, nomeadamente, à vacinação, à escolarização e à cidadania.

A pobreza e o isolamento social e cultural constitui igualmente um factor de risco, não só de abandono escolar e de não frequência escolar, como também de

delinquência e de comportamento anti-social, particularmente, nas zonas degradadas das grandes cidades. As investigações indicam-nos que as taxas mais elevadas de comportamento anti-social e violento são referidas nas classes sociais mais desfavorecidas e que vivem em meio urbano (Elliott et al. 1980, 1996; Rutter et al.1998). A dureza das condições de vida e o stresse quotidiano em que estas famílias vivem faz com que tendam a apresentar disfuncionamentos psicológicos e familiares, diversas formas de psicopatologia, não exerçam as competências afectivas e comunicacionais, de apoio, supervisão, controlo e autoridade na educação dos filhos. As crianças destas famílias carenciadas e pobres têm, muitas vezes, modelos anti-sociais e de violência em casa (Patterson et al., 1991, 1992).

2. Violência estrutural e familiar

As múltiplas formas de violência estão enraizadas nas estruturas socioeconómicas, culturais e políticas e nas consciências individuais, numa relação interactiva e dinâmica entre condições objectivas e a subjectividade do ser humano, entre o colectivo e o individual. Com efeito, os diversos tipos de violência expressam-se de forma associada, onde conflitos do sistema social se articulam nos níveis interpessoais.

A violência estrutural incide sobre as condições de vida das crianças e das famílias, tendo em conta elementos socioeconómicos, históricos e políticos que tornam vulnerável o desenvolvimento, educação e saúde da criança. Esta forma de violência, pelo seu carácter reprodutivo e de perenidade, aparece como "natural", "institucionalizada", "invisível", como se nela não houvesse a acção dos indivíduos.

"O locus da violência estrutural é exactamente uma sociedade de democracia aparente que, apesar de conjugar participação e institucionalização e advogar a liberdade e igualdade dos cidadãos, não garante a todos o pleno acesso a seus direitos" (Cruz Neto et al., 1999, p.36).

Nas suas diferentes expressões, a violência estrutural tem várias formas limites de manifestação, nomeadamente: a exploração e trabalho infantil, as crianças de rua e as crianças institucionalizadas.

No que toca ao trabalho infantil, este problema está fortemente relacionado com o baixo rendimento familiar e/ou desemprego dos pais, a maioria das famílias contando com o salário das crianças para a sua sobrevivência e afecta, sobretudo, os países em desenvolvimento, mas também países industrializados

como os EUA, Inglaterra, Portugal, Alemanha, Espanha, entre outros. Dados apontam para 41% de crianças que trabalham no continente africano, 22% na Ásia e 17% na América do Sul. A *Organização Internacional do Trabalho* (OIT, 2002) estima em 180 milhões o número de crianças entre os 5 e os 17 anos exploradas nas piores condições, ou seja, uma criança em oito no mundo.

Estas crianças representam uma mão de obra dócil, barata e sem direitos sociais e trabalham em vez de irem à escola ou depois do horário escolar, em condições insalubres, com intensificação de horas de trabalho por dia e em trabalhos penosos que exigem esforços físicos acima das suas capacidades, sendo grandemente prejudicadas no seu desenvolvimento, saúde e educação.

O trabalho infantil não só atenta aos direitos fundamentais da criança, tais como o direito à protecção e bem-estar, à saúde e escolarização, como também marca profundamente a sua vida e o seu futuro e está na origem de doenças e acidentes graves. Com efeito, o trabalho precoce tem efeitos negativos no desenvolvimento físico, mental, educacional e social da criança, impedindo esta de se dedicar às actividades curriculares e/ou extracurriculares, às actividades lúdicas e sociais próprias da sua idade e ao convívio com os seus pares e familiares.

No que diz respeito ao problema das crianças de rua, este tipo de violência que priva a criança dos seus direitos mais elementares está relacionado com a pobreza, com a absoluta falta de condições familiares para a sua subsistência, com conflitos familiares e abandono, tendo vindo a aumentar, inclusive na Europa, em particular na Europa de Leste, e nos EUA, devido ao aumento da pobreza, das desigualdades sociais e da exclusão. No mundo, são indicados aproximadamente 100 milhões de crianças vivendo na rua (Serrano, 2002). Na rua, estas crianças vivem em situação de risco permanente, convivendo com o perigo, o crime, a morte, os maus tratos, a má - nutrição, a droga, a prostituição, sendo exploradas e estigmatizadas como futuros delinquentes. Muitas destas crianças acabam por ser vítimas de traficantes que as utilizam e vendem no interior e fora das fronteiras e as fazem circular por países onde é mais fácil a sua utilização por pedófilos.

Também a institucionalização das crianças, como meio de contrapor à miséria, aos maus tratos e abandono, de ressocialização da criança, tem revelado muitas carências e limitações para assegurar o equilíbrio psicológico e o pleno desenvolvimento da criança. Os indivíduos que crescem em instituições estão sobre representados nos sistemas penitenciários e entre os sem abrigo (Burt et al., 1999).

No que concerne à violência familiar, esta constitui uma realidade complexa e multiforme. Para a OMS, 40 milhões de crianças de menos de 15 anos de idade

são anualmente vítimas no seu meio familiar de maus tratos e de privação de cuidados essenciais e educativos (UNICEF, 1999). Também na União Europeia, estima-se que 1 em cada 5 mulheres é vítima de violência familiar (CE, 2003).

A violência familiar ocorre nas diversas culturas e estratos sociais, sendo as mulheres e as crianças as principais vítimas. No entanto, as carências económicas e o isolamento social, o stress e as múltiplas frustrações decorrentes da precariedade das condições de vida, das rupturas familiares, das fracas redes de apoio, do abuso de álcool ou drogas, são factores que agravam as condições de risco, de maus tratos e violência familiar, particularmente à criança, assim como os conflitos familiares graves (Bifulco & Moran, 1998; Drake & Pondey, 1996; Kostelny, 1992). Com efeito, atrás dos conflitos familiares graves, esconde-se frequentemente a precariedade das condições de vida e a ausência de redes sociais e serviços de apoio, tendo a pobreza, o desemprego, o isolamento e a exclusão social, consequências sociais e psicológicas graves sobre as crianças e os adultos. A vergonha, o stress, a autodesvalorização, a depressão, o recurso ao álcool, à violência e à droga, contribuem para a deterioração das relações conjugais e com os filhos, condicionam a capacidade de cuidar e apoiar as crianças e a qualidade do controlo parental face ao risco de entrada na adolescência e afectam a saúde mental e física da família e da criança (Blechman, 1982; Malewska et al., 1973; Walgrave, 1992; Wells et al., 1985, 1991). Por exemplo, nos EUA, mais de 50% das crianças que vivem em contextos sociais e económicos desfavorecidos estão mais sujeitas a situações de violência física, psicológica e abuso sexual (Osofsky, 1995; Taylor et al., 1994).

2. 1. Violência e conflitos armados

Os conflitos armados e a violência têm aumentado, destacando-se entre os vários factores explicativos os efeitos da globalização. Esta, incrementando a fragmentação e a marginalização de alguns países e grupos, tem alargado as desigualdades e a fragilização das economias e dos direitos sociais, aumentando a concorrência e a luta pela posse de recursos, o que, associada a outros factores, aumenta a probabilidade de conflitos políticos e a violência.

Os conflitos políticos e armados não só têm vindo a aumentar a violência, a mortalidade, particularmente a infantil, o número de refugiados, os traumatismos, a fragmentação e empobrecimento das famílias e a fragilização das economias, tocando países já pobres à partida, como em África, como ainda têm afectado grandemente a saúde, o desenvolvimento, a adaptação e a escolarização das crianças. Com efeito, a experiência da guerra expõe a família e a criança a graves fontes de violência, de stress e ansiedade (vivências de morte, prisão,

tortura, ferimentos seus ou de familiares, tiroteios e bombardeamentos, lares destruídos, fome e privação, fuga e exílio), deixando profundos e duradouros traumatismos psicológicos e físicos, em particular, na criança e privando esta de educação, de toda a ordem e regularidade no seu quotidiano e na sua vida familiar, escolar e social. Investigações sobre as crianças em situação de guerra apontam para *stresse pós-traumático*, ansiedade generalizada, depressão, problemas de sono, dificuldades comportamentais e cognitivas, comportamentos de oposição, de agressividade e de regressão, problemas de memória e concentração podendo conduzir a dificuldades de aprendizagem permanentes e a insucesso escolar, pessimismo em relação ao futuro, comportamentos anti-sociais e auto-destrutivos como abuso de substâncias e actos de violência (Baker, 1990; Lewis et al. 1993; Solomon, 1995).

Desde 1990, os conflitos armados mataram mais de 2 milhões de crianças e feriram gravemente 6 milhões de outras (UNICEF, 2002). Segundo este organismo (1989), só em Moçambique, entre 1975 e 1989, morreram devido aos conflitos políticos e armados 600.000 pessoas, das quais 494.000 eram crianças.

Com estes conflitos, tem aumentado a utilização e o número de crianças que combatem em forças regulares governamentais ou em grupos rebeldes. Sendo difícil indicar números exactos, a UNICEF (2003) adianta, no entanto, o número de 300.000 crianças-soldados, meninos e meninas, em diferentes regiões do mundo, recrutadas sobretudo na África subsariana, mas também na Birmânia, Sri Lanka, Colômbia, Kosovo, Camboja e Afeganistão. Moçambique, Angola, Líbano, Irão, Iraque e Líbano utilizaram também as crianças para estes fins. As crianças-soldados são recrutadas não só para combaterem mas, também, para actividades domésticas (cozinheiras) e sexuais (sobretudo as meninas), sendo vítimas de múltiplas formas de violência e de traumatismos físicos e psicológicos graves que afectam a sua saúde física e mental. Estas crianças, recrutadas em países sem sistemas de protecção e segurança, onde a violência, a pobreza, e o endividamento é grande, onde há falta de meios de sobrevivência para as comunidades e para as famílias, muitas vezes órfãs, para além do sentimento de abandono e exclusão, vêem a guerra, a pertença a um grupo e a posse de uma arma, como alternativa de sobrevivência e de segurança. Para os recrutadores, as vantagens são múltiplas já que as crianças não são remuneradas, não reclamam, sendo mais obedientes e manipuláveis.

Também no longo e violento conflito da Intifada na Palestina as crianças têm sido utilizadas na luta contra os soldados israelitas, atirando nomeadamente pedras e "*coquetéis molotov*" e como líderes e organizadoras de equipas, muitas tendo sido feridas, presas, alvo de tiroteios e mortas. Com efeito, as guerras do Médio Oriente e do Golfo, têm exposto as crianças palestinianas, israelitas,

iraquianas, koeitianas e suas famílias a graves situações de violência e de stresse, deixando profundas cicatrizes psicológicas e físicas nas crianças como nos adultos.

3. Família, criança e migração

O desfasamento crescente entre níveis de desenvolvimento e entre estruturas demográficas de países ricos e pobres, os conflitos políticos e armados, têm gerado um número cada vez maior de migrantes e refugiados. Segundo a *Organização Internacional para as Migrações* (OIM, 2003), 150 milhões de pessoas vivem hoje fora dos seus países de origem, sendo imigrantes e refugiados, crescendo estes fluxos a um ritmo mais rápido do que o crescimento da população mundial. Só no nosso país em 2003, a população estrangeira legalizada residente em Portugal, constitui cerca de 5% da população total, reunindo 434.548 indivíduos (*Serviço de Estrangeiros e Fronteiras*, SEF, 2003).

No que se refere às famílias migrantes, estas, separadas do seu grupo social, cultural e familiar, desenraizadas e isoladas, apresentam, muitas vezes, dificuldades psicossociais, emocionais e adaptativas, tendo o isolamento e a pobreza das relações sociais e familiares, repercussões directas nas relações da mãe e da criança e nas respostas educativas, provocando, em certos casos, um empobrecimento e desequilíbrio no sistema de interacção mãe-criança e uma inadequação das respostas familiares, em particular maternas, às necessidades da criança. O confronto com novos contextos, com mudanças físicas, sociais e culturais, com novos modelos, muitas vezes, incompreensíveis e contraditórios, a falta de referências culturais sobre as quais se apoiarem e as condições de isolamento e precariedade social em que vivem, tornam frequentemente as famílias vulneráveis e incapazes de fornecer às crianças um suporte psicológico, afectivo e familiar sólido do qual elas necessitam para se desenvolverem. As mães, encontrando-se, muitas vezes, inseguras e em conflito quanto aos cuidados e atitudes face aos seus filhos, deprimidas e isoladas, não encontram em si mesmas nem no ambiente, os recursos e o suporte necessário para se adaptarem às exigências de um meio estrangeiro, “estranho” e diferente, nalguns casos, abandonando o acompanhamento das crianças aos serviços de saúde e escolares. Algumas investigações mostram uma vulnerabilidade da mãe e do bebé migrante, com um número importante de depressões e psicoses pós - parto da mãe e distúrbios funcionais do bebé, tais como problemas de sono e alimentação (Ramos, 1993, 1999, 2001, 2003).

Também as más condições sociais e habitacionais de uma grande parte da

população migrante, vivendo em condições de superpopulação, falta de conforto e higiene, associadas a problemas linguísticos e culturais que dificultam a comunicação com os profissionais de saúde, têm influência na saúde da família, em particular da criança, estando na origem de patologias várias e aumentando as situações de risco e exclusão. Investigações realizadas na Europa e América do Norte, sobre as crianças migrantes, sobretudo de famílias provenientes de países em desenvolvimento, evidenciam uma taxa mais elevada e um período mais longo de hospitalização, uma maior incidência de patologias infecciosas benignas, como bronquites, pneumonias, infecções respiratórias e intestinais, subnutrição, uma maior patologia acidental (queimaduras, intoxicações, acidentes vários), comparativamente às crianças nacionais. Apresentam igualmente atrasos de linguagem, dificuldades de aprendizagem, insucesso escolar e problemas de adaptação social, sobretudo na adolescência. A estas problemáticas estão associados factores psicológicos, linguísticos e culturais, mas são igualmente determinantes a precariedade e a exclusão social e cultural em que vive uma grande parte da população migrante, nomeadamente as crianças. Como vários estudos demonstram, quanto mais as crianças são excluídas, mais necessidade têm de cuidados pediátricos, pedopsiquiátricos e psicológico (Ramos, 1993, 1997, 1998, 1999, 2001, 2002, 2003).

“O insucesso escolar das crianças originárias da emigração não pode reduzir-se ao problema linguístico e à categoria de estrangeiro. Ele depende também da pertença desta crianças às categorias socioprofissionais e económicas mais desfavorecidas. (...) As crianças pertencentes a estas categorias, sejam nacionais ou migrantes, são de alguma forma “estrangeiras “ ao meio escolar e estes factores têm certamente consequências nos resultados escolares e no futuro destas crianças” (Ramos, 1993, p. 589). Este elevado insucesso escolar tem consequências psicológicas importantes nas crianças e nas representações que as próprias famílias têm sobre si mesmas e sobre os seus filhos, implicando igualmente a marginalização das crianças, já que estas são excluídas dos circuitos de apropriação dos saberes ou, pelo menos, daqueles que são mais valorizados nas sociedades desenvolvidas.

No caso português, a grande maioria dos alunos migrantes concentra-se nas escolas de Lisboa e Vale do Tejo. Em 1994/95, estavam matriculados um total de 93.668 alunos não lusos, ou seja, 6,6% da população escolar portuguesa, sendo os alunos provenientes dos PALOP os mais numerosos (32.508). Já em 1997/98, os alunos não lusos perfaziam um total de 92.144, o que compreende 7,1% do universo dos alunos inscritos, continuando os alunos dos PALOP a serem os mais numerosos (*Secretariado Entreculturas*, Ministério da Educação). O número de alunos de origem estrangeira concentra-se, sobretudo, ao nível do ensino básico (1º e 2º ciclos), verificando-se uma diminuição crescente à medida que se eleva o

nível de estudos, ou seja, ensino secundário e superior, indo ao encontro de outros estudos internacionais sobre estes alunos (Ramos, 1993).

Sobre as taxas de insucesso escolar no 1º ciclo do ensino básico, das crianças migrantes e autóctones em Portugal, entre os anos lectivos de 1992/93 e 1997/98, os dados do Ministério da Educação mostram que as taxas médias de reprovação dos alunos de origem africana, sobretudo cabo-verdiana, foram mais altas do que a dos alunos autóctones, variando entre 20,0 e 26,0 %, enquanto que as taxas de reprovação das crianças autóctones variaram entre os 12,0 e os 14,0 %.

Todavia, a escola constituiu para a criança e família migrante um espaço importante de contacto, integração e inclusão na sociedade de acolhimento e desempenha um papel fundamental para a criança e a sua família. As famílias depositam na escola (a qual muitas não conheceram nem frequentaram) as esperanças e o êxito social não concretizados no país de origem, expectativas que a escola não está, muitas vezes, em condições de oferecer. Com efeito, a escola em que os pais imigrantes depositam confiança, esperança e via para uma profissão e êxito social dos seus filhos não consegue responder a estas expectativas, aparecendo, muito frequentemente, como elemento de exclusão, de reprodução de estereótipos e preconceitos, de insucesso e de desigualdade, não proporcionando uma efectiva igualdade de oportunidades para os diferentes grupos étnico - culturais aí presentes (Bernstein, 1977, Bourdieu et al. 1970). Estas desigualdades devem-se à própria herança individual, cultural e social dos alunos, mas também ao próprio sistema organizacional e curricular, à formação, expectativas e estereótipos dos professores e à cultura dominante na escola.

A educação intercultural na escola, introduzindo um currículo multicultural, estratégias e intervenções educativo/pedagógicas interculturais, disposições contra a discriminação, uma formação adequada dos professores e metodologias e práticas adequadas às necessidades individuais das crianças e a uma melhor comunicação entre a escola, a família e a sociedade, poderá desempenhar um papel importante na prevenção do insucesso escolar e das patologias que podem estar na origem, promover a auto - estima e bem - estar das crianças e das famílias migrantes ou não (Ramos, 1993, 2001, 2003).

Importa acentuar que as modalidades de inclusão das crianças migrantes na sociedade e na escola reflectem os próprios modos de inclusão das famílias e dos adultos que as educam, sendo, igualmente, os processos de socialização determinantes na manutenção das atitudes de discriminação e exclusão.

Notas finais

A saúde, a doença, a educação, os comportamentos e as concepções relacionadas com as modalidades de cuidar e educar, implicam um conjunto indissociável de factores colectivos, individuais e familiares, correspondem a um processo complexo e dinâmico a compreender na globalidade do indivíduo, nas suas relações com os diferentes contextos em que está inserido (contexto ecológico-cultural, socioeconómico, demográfico, familiar, político) nas representações individuais e colectivas, no projecto político vigente na sociedade e na acessibilidade aos serviços sociais, de saúde e educação.

É importante ter em conta os contextos e as condições em que vivem as crianças e as famílias, analisar e compreender o modo como essas condições, nomeadamente a pobreza, a violência e a exclusão, afectam a saúde, o desenvolvimento do indivíduo e a sua capacidade de adaptação e como elas podem ser modificadas, de forma a implementar políticas e acções que promovam o potencial de desenvolvimento, a saúde e a qualidade de vida das crianças e das famílias.

É fundamental promover acções específicas ao nível da prevenção e da intervenção, através de uma articulação interdisciplinar, interprofissional e multisectorial.

É indispensável implementar políticas e estratégias preventivas e interventivas que tenham em conta as características e necessidades individuais, sociais e culturais das crianças e das famílias, desenvolver os equipamentos e serviços de apoio à criança e à família, incrementar e melhorar as estruturas sociais, sanitárias e educativas.

É necessário uma maior abertura do meio escolar às problemáticas individuais e sociais, devendo a escola ter em conta a cultura de origem das crianças, sejam estas nacionais ou migrantes, criar espaços para reflectir a alteridade e a diversidade e promover a reflexão e a abertura ao mundo. Estes procedimentos diminuirão a clivagem entre a escola, a sociedade e a família, promoverão condições de equidade, inclusão e aprendizagem, facilitarão a auto-estima e bem-estar das crianças e reduzirão o insucesso escolar. Como afirma Giroux (1983, p. 293) "As escolas não mudam a sociedade, mas podem criar-se nelas bolsas de resistência que proporcionem modelos pedagógicos para novas formas de aprendizagem e de relações sociais, formas que possam ser utilizadas noutras esferas mais directamente implicadas na luta por uma nova ética e uma nova visão de justiça social".

É fundamental rever as políticas sociais, familiares, sanitárias e educativas, assim como, desenvolver intervenções que ajudem a fortalecer os factores de

protecção familiar, nomeadamente, que promovam a educação parental, as competências educativas, comunicacionais e de adaptação dos pais, de modo a que possam lidar de um modo mais adequado e eficaz com as situações de risco e de stresse.

É importante melhorar a qualidade e dignidade de vida das famílias e das crianças autóctones ou migrantes, promovendo melhores condições de vida, alimentação, habitação, segurança, saúde, educação, integração e protegendo as crianças das numerosas formas de maus tratos, exploração, violência e exclusão.

É necessário a equidade e a solidariedade na resposta às necessidades das crianças e das famílias, de forma a que todas as pessoas e grupos possam partilhar do desenvolvimento e dos avanços científicos e tecnológicos colocados ao serviço da educação, da saúde, da qualidade de vida e bem-estar.

É indispensável promover a educação, enquanto direito e essência de desenvolvimento humano, uma forma de mobilização e transformação social, um elemento fundamental para lutar contra a pobreza, as desigualdades e a discriminação, contra a doença e a mortalidade infantil e materna, um meio de protecção da criança contra as diferentes formas de exploração e um instrumento fundamental de promoção do desenvolvimento.

Reconhecer e promover os direitos da criança passa, em primeiro lugar, por criar as condições necessárias para que seja possível oferecer-lhe um ambiente social, familiar e educativo apropriado, um sistema sanitário e educativo/pedagógico eficiente, não podendo a satisfação destes direitos ser efectiva, sem uma abordagem multidisciplinar e global, destinada a responder às suas necessidades psicológicas, físicas e sociais desde o início da vida e capaz de transformar a vulnerabilidade, as situações de risco e exclusão, num processo estruturante, dinamizador e inclusivo.

Bibliografia

- Anthony, E., Chiland, C., Koupernick, C. (1982). *L'enfant dans sa famille. L'enfant vulnérable*. Paris: PUF.
- Anthony, E., Chiland, C. (1983). *L'enfant dans sa famille. Parents et enfants dans un monde en changement*. Paris : PUF.
- Banque Mondiale (BM) (2000). *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001. Combattre la pauvreté*. Paris: Ed. Eska.
- Bartlett, S. et al. (1999). *Cities for children: children's rights, poverty and urban management*. London: Unicef/ Earthscan.
- Baker, A (1990). The psychological impact of the intifada on palestinian children in the occupied West Bank and Gaza : an exploratory study. *American Journal of Or-*

- thopsychiatry*, 60, 496-505.
- Bifulco, A., Moran, P. (1998). *Wednesday child. Research into women's experience of neglect and abuse in childhood and adult depression*. London: Routledge.
- Bernstein, B. (1997). *Class, codes and control*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Berry, J. (1976). *Human ecology and cognitive style*. New York: Sage Halsted Wiley.
- Berry, J., Poortinga, Y., Segall, M., Dasen, P. (1992). *Cross cultural psychology : Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blechman, E. (1982). Are children with one parent at psychological risk ? A methodological Review. *Journal of marriage and the family*. 44, 179-195.
- Bourdieu, P., Passeron J. (1970). *La reproduction*. Paris : Minuit.
- Brody, D. et al. (1994). Blood lead levels in the US population. Phase 1 of the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of the American Medical Association*, 272, 277-283.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burt, M. et al. (1999). *Homelessness: programs and the people they serve : findings on the national survey of homeless assistance providers and clients*. Washington, D.C.: Urban Institute.
- Cruz Neto, R., Moreira, M. (1999). A concretização das políticas públicas em direcção à prevenção da violência estrutural. *Ciência e Saúde Coletiva*, (4,1), 33-52.
- Drake, B., Pandey, S. (1996). Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, (20, 11), 1003-1018.
- Dubois, J. (2001). Pauvreté et inégalités : situation et politiques de réduction. In A. Léry, P. Vimard (coord.). *Population et développement : les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire*, 12. Paris : Ceped.
- Elliott, D., Huizinga, R. (1980). Reconciling race and class difference in self- reported and official estimates of delinquency. *American Sociological Review*, 45, 95 - 110.
- Elliott, D. et al. (1996). The effects of neighborhood disadvantage on adolescent development. *Journal of research in crime and delinquency*, 33, 389-426.
- Garbarino, J., Kostelny, K. (1993). Neighborhood and community. Influences on parenting. In T. Luster, L. Okagaki (eds). *Parenting in ecological perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass.
- Garbarino, J. (1992). *Children and families in the social environment*. New York: Aldine de Gruyter.
- Giroux, H. (1983). Theories of reproduction and resistance in the new sociology of education: a critical analysis. *Harvard Educational Review*. 53, 3.
- Gomes, R. (1994). A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, (10,1), 156-167.
- Huston, A., Mcloyd, V., Coll, C. (1994). Children in poverty: issues in contemporary research. *Child Development*, 65, 275-282.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1991). *Crianças e Adolescentes. Indicadores Sociais*. Vol. 4 e 5. Rio de Janeiro.
- Lewis, A, Fox, A (eds) (1993). *The psychological effects of war and violence on children*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Loeber, R. (1992). Antisocial behavior : more enduring than changeable ? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 393-397.

- Loeber, R., Farrington, D. (2001), (eds). *Child Delinquents*. London: Sage Publications.
- Lusk, M. (1989). *Street children of Rio de Janeiro*. Utah: Utah University.
- Malewska, H., Peyre, V. (1973). *Délinquance juvénile, famille, école e société*. Vaucresson, CFRES.
- Marcoux, A. (1998). The feminization of poverty : claims, facts and data needs. *Population and Development Review*, (24, 1), 131-139.
- Nations Unies (1999). *Rapport Mondial sur le développement humain*. New York.
- Nations Unies (2000). *The World's Women 2000. Trends and Statistics*. New York.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1948). *Official records of the world health organization*. (2), Geneva.
- OMS (1998). *Rapport sur la santé dans le monde 1998. La vie au XXIe siècle. Une perspective pour tous*. Genève : OMS.
- OMS (1999). *Rapport sur la santé dans le monde 1999. Pour un réel changement*. Genève.
- OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performante*. Genève: OMS.
- Osofsky, J. (1995). The effects of violence exposure on young children. *American Psychologist*, 50, 782-788.
- Patterson, G., Reid, J., Dishion, T. (1992). Predicting future clinical adjustment from treatment outcome and process variables. *Psychological Assessment*, 7, 275-285.
- Patterson, G., Capaldi, D., Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In D. Pepler, K. Rubin) *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale: NJ, Erlbaum.
- Population Division (PD) (2000). *World Population Prospects, the 2000 Revision. Highlights Nations Unies*. New York: PD.
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) (1997). *Rapport Mondial sur le développement humain 1997. Le développement humain au service de l'éradication de la pauvreté*. Paris : Economica.
- PNUD (2000). *Rapport mondial sur le développement humain 2000. Droits de l'homme et développement humain*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Ramos, N. (1993). *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. Tese de Doutorado em Psicologia. Paris V : Universidade René Descartes, Sorbonne, I e II vol.
- Ramos, N. (1997). Cultura, saúde e desenvolvimento- Novos desafios nas políticas social e de saúde. In Workshop : *Etnicidade, saúde comunitária e política social em Portugal : uma abordagem multidisciplinar*. Lisboa , 5 e 6 de Dez.
- Ramos, N. (1998). Famílias e crianças em situação de risco: da prevenção à intervenção. In *Jornadas Técnicas : Exclusão social e solidariedade : o lugar das gerações e o papel da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Alcoitão, 11-13 Nov.
- Ramos, N. (1999). Saúde e multiculturalidade. A criança em contexto migratório. In *IX Congresso Internacional : Saúde comunitária e exclusão social*. Lisboa, 24 e 25 Nov.
- Ramos, N. (2001). Políticas interculturais e sócio-educativas ao nível da infância e da juventude - Os novos desafios da inclusão e do desenvolvimento. In *Jornadas Científicas : Da instituição para as pessoas*. Lousã , 19 e 20 Nov.
- Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade : Para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (35, 2), 155-178.
- Ramos, N. (2002). Contextos e problemáticas na infância. Da prevenção à saúde e ao desenvolvimento. *Desafios Sociais*, (2,2), 24-46.
- Ramos, N. (2002). Educação, saúde e culturas. Novas perspectivas de investigação e

- intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (36, 1,2,3), 463-487.
- Ramos, N. (2003). Etnoteorias do desenvolvimento e educação da criança. Uma perspectiva intercultural e preventiva. In C. Pires (coord.) *Psicologia, Sociedade & Bem Estar*. Leiria: Diferença.
- Ramos, N. (2003). *Interculturalité, communication et education*. Bucareste : Ed. Melina Press.
- Razkallah, N., Epelboin, A. (1997). *Chroniques du saturnisme infantile- 1989-1994. Enquête ethnologique auprès des familles parisiennes originaires du Sénégal et du Mali*. Paris : L'Harmattan.
- Rutter, M., Giller, H., Hagell, A . (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1994). Stress research : accomplishments and tasks ahead. In R. Haggerty et al. (eds.). *Stress, risk and resilience in children and adolescent, processes mechanisms and interventions*. Cambridge: University Press.
- Serrano, F. (2002). Education crucial for street kids. *On the record for children*, (3,4), 7.
- Solomon, Z. (1995). *Coping with war-induced stress: the gulf war and the israeli response*. New York: Plenum Press.
- Super, C., Harkness, S., (1986). The developmental niche : A conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*, 9, 545-569.
- Super, C., Harkness, S. (1997). The cultural structuring of child development. In J. Berry, P. Dasen, T. Saraswathi (Eds) *Handbook of cross cultural psychology*, vol. II. Boston: Allyn and Bacon.
- Taylor, L., Zuckerman, B., Harrik, V., Groves, B. (1994). Witnessing violence by young children and their mothers. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 15, 120-123.
- UNICEF (1989). *Children on the front line: the impact of apartheid, destabilization and warfare on children in southern and south Africa*. New York: Unicef.
- UNICEF. (1999, 2000, 2001, 2002, 2003). *La situation des enfants dans le monde*. Genève.
- Walgrave, L. (1992). *Délinquance systématisée des jeunes et vulnérabilité sociétale. Essai de construction d'une théorie intégrative*. Genève-Paris : Médecine et Hygiène-Méridiens Klincksieck.
- Wells, L., Rankin, J. (1985). Broken homes and juvenile delinquency: an empirical review. *Criminal Justice Abstracts*, (17, 2), 249-272.
- Wells, L., Rankin, J. (1991). Families and delinquency: a meta-analysis of the impact of broken homes. *Social Problems*, (38, 1), 71-93.
- Whiting, B., Whiting, J. (1975). *Children of six cultures. A psychological analysis*. Cambridge: Harvard University Press.

Familles et enfants en contexte de pauvreté et d'exclusion - du développement à la santé et à l'éducation

Sont analysés d'une manière synthétique quelques facteurs qui, dans les pays en développement et dans les pays industrialisés, sont à l'origine des situations de pauvreté, de violence et d'exclusion et contribuent à leur augmentation, ce qui entraîne des dysfonctionnements sociaux, familiaux, psychologiques et somatiques ayant de graves conséquences au niveau de la santé, de l'éducation, du bien-être et de la qualité de la vie des enfants et des familles.

MOTS-CLÉS: Enfant; Développement; Santé; Éducation; Pauvreté; Exclusion.

Families and children in a background of poverty and social exclusion - development towards health and education

The present text analyses in an abridged way some markers and factors both in the genesis and in the spread of poverty conditions, violence outbreaks and exclusion to be found in industrialized and developing countries, which lead to social, family, psychological and somatic malfunctions and their grievous results on health, education, well-being and life standards of children and their families.

KEY WORDS: Child; Development; Health; Education; Poverty; Exclusion.