

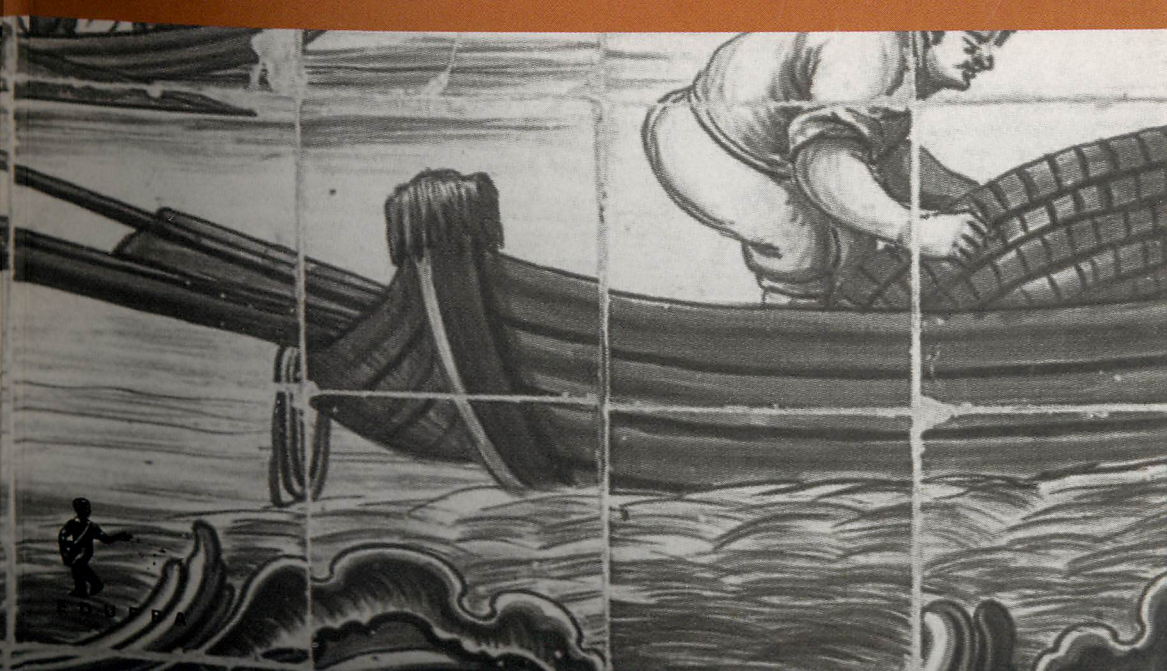
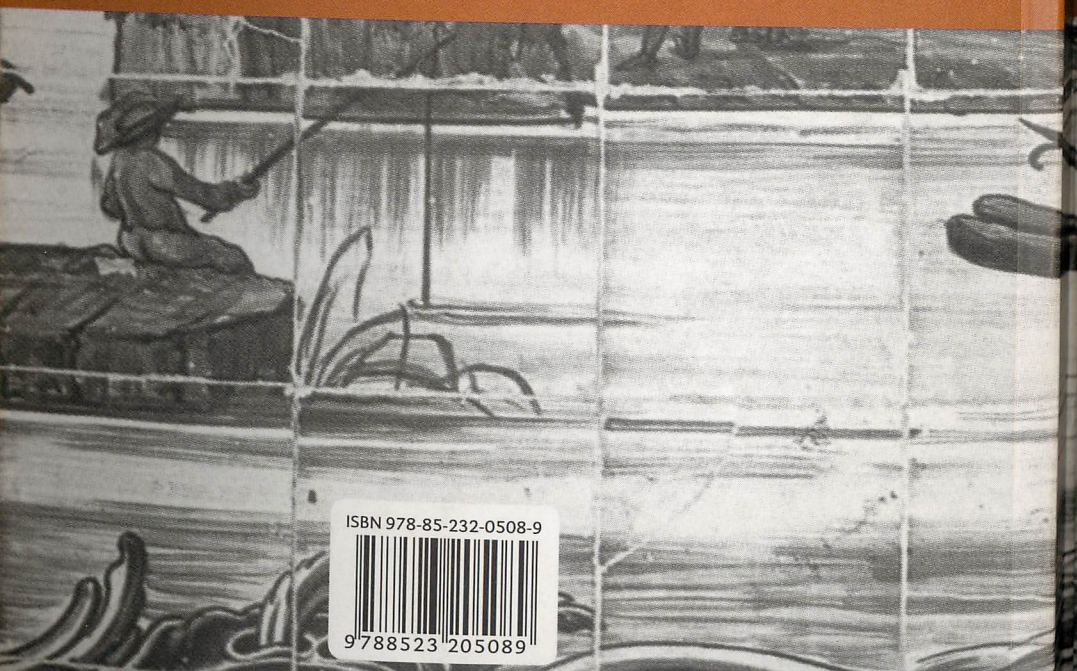


Este livro é produto da colaboração acadêmica multidisciplinar de professores que se dedicam aos estudos da cultura no Brasil e em Portugal. Ele acolhe temas inscritos em uma concepção ampla de cultura, tais como: antropofagias, colonialismos, desenvolvimentos, estereótipos, globalizações, identidades, mídias e políticas culturais.

COLEÇÃO CULT

# Estudos da cultura no Brasil e em Portugal

Antonio Albino Canelas Rubim  
& Natália Ramos (orgs.)



ISBN 978-85-232-0508-9



9788523205089

COLEÇÃO CULT

Estudos da cultura no Brasil e em Portugal

*Antonio Albino Canelas Rubim  
& Natália Ramos (Orgs.)*

EDUFBA  
SALVADOR, 2008

© 2008, by autores

Direitos para esta edição cedidos à EDUFBA.

Feito o depósito legal.

COORDENAÇÃO EDITORIAL Flávia Goullart Mota Garcia Rosa

NORMALIZAÇÃO Susane Barros

FOTO DA CAPA Azulejos da Reitoria da Universidade Federal da Bahia

BIBLIOTECA CENTRAL REITOR MACEDO COSTA — UFBA

---

Estudos da cultura no Brasil e em Portugal / Antonio Albino Canelas Rubim &  
Natália Ramos (Orgs.). - Salvador : EDUFBA, 2008.

348 p. - (Coleção CULT)

ISBN 978-85-232-0508-9

1. Cultura - Brasil - Coletânea. 2. Cultura - Portugal - Coletânea. 3. Política cultural. 4. Crítica de arte. 5. Globalização. 6. Televisão - Aspectos sociais. 7. Cultura organizacional. I. Rubim, Antonio Albino Canelas. II. Ramos, Natália.

CDD - 306

---

EDUFBA Rua Barão de Geremoabo, s/n *Campus* de Ondina,  
Salvador - Bahia CEP 40170 290 tel/fax 71 3283 6164  
www.edufba.ufba.br edufba@ufba.br

## Cultura e desenvolvimento — da saúde aos direitos humanos

*Natália Ramos*

### *Introdução*

As realidades social, económica, cultural, política e familiar estão organizadas como um todo articulado e como um sistema interactivo que influenciam a saúde e a qualidade de vida das crianças, dos adultos e das famílias. Com efeito, estas são influenciadas pelas condições ecológicas, socioeconómicas, culturais e políticas, pelas condições de vida da família, nomeadamente, condições sociais, habitacionais, escolarização e trabalho dos pais, particularmente da mãe, 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 influenciando directa ou indirectamente as crianças e as famílias, o seu desenvolvimento, educação, saúde, bem-estar, as competências sociais, educativas e comunicacionais das famílias, particularmente dos pais, o trabalho de parceria e de corresponsabilização (Whiting, 1975; Berry, 1976, 1992; Bronfenbrenner, 1979; Super & Harkness, 1986, 1997; Ramos, 1990, 1993, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005).

O acesso à saúde é um direito fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. Todavia, em todo o mundo, os riscos para o desenvolvimento, saúde e bem-estar das 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 à família 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, ao isolamento de um número crescente de indivíduos e famílias e, ainda, ao aumento do terrorismo e dos conflitos armados. Estas problemáticas exigem:

- abordagens preventivas e interventivas, multidimensionais e pluridisciplinares, capazes de promover e harmonizar o desenvolvimento, a saúde e a educação com o bem estar social, físico e psicológico dos indivíduos, das famílias e dos grupos, maio-

ritários ou minoritários, autóctones ou migrantes;

- 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 e direitos é uma condição essencial para a coesão social, saúde 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, comprometendo-se os Estados a trabalhar para a concretização destes direitos e necessidades fundamentais. Nesta Convenção a ONU reconhece que a criança devido à sua imaturidade física e mental, necessita de protecção e cuidados especiais, inclusive protecção legal apropriada antes e depois do nascimento. Contudo, estes direitos e necessidades estão ainda longe de ser uma realidade para muitas crianças, adultos e famílias, em diferentes países e continentes.

O direito à saúde é também reconhecido pelas Nações Unidas, em particular, pela OMS. A *Declaração de Alma Ata* (OMS, 1978), protagonizando um modelo de sistema de saúde, assegurando uma cobertura universal, a saúde para todos no ano

2000, uma esperança de vida à nascença de 60 anos, a prioridade à saúde infantil e materna, à prevenção das doenças ao nível local, à formação de agentes sanitários, são objectivos que não foram ainda completamente realizados. Apesar da esperança de vida ter aumentado e da mortalidade infantil ter diminuído consideravelmente desde os meados do século XX, continua a haver muitos problemas sanitários e profundas desigualdades no mundo ao nível social, da saúde e dos cuidados médicos e terapêuticos. O artigo 25 da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, está ainda longe da realidade ao preconizar:

“Todo o ser Humano tem direito a um nível de vida condigno para assegurar a sua saúde, o seu bem-estar e o da sua família, nomeadamente, ao nível alimentar, vestimentar, habitacional, dos cuidados médicos e dos serviços sociais necessários”.

#### *Desenvolvimento, pobreza e exclusão*

Como salienta o *Programa de Acção da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento* (Cairo, 1994) no seu artigo 3: “O direito ao desenvolvimento é um direito universal e inalienável que faz parte integrante dos direitos fundamentais do Homem e é a pessoa humana o sujeito central do desenvolvimento”.

O desenvolvimento deverá favorecer o exercício dos direitos humanos reconhecidos internacionalmente, satisfazer equitativamente as necessidades das diferentes gerações e populações e promover a integração e pleno acesso à cidadania de todos os indivíduos.

A exclusão seja de tipo social, económico, cultural ou devido a comportamentos de auto exclusão é um fenómeno complexo resultante de um processo constituído por rupturas sucessivas com a sociedade, a cultura e a família. Os indivíduos excluídos encontram-se impedidos do pleno exercício de cidadania que

se traduz no acesso a direitos, tais como, a saúde, a educação, uma vida digna, no acesso a um conjunto de sistemas sociais básicos em diferentes domínios: económico, social, institucional, territorial, simbólico (Bruto da Costa, 1998).

Platão já no século V a.C alertava os legisladores para as consequências negativas das desigualdades e da pobreza nestes termos: “Entre os indivíduos não deverá haver nem pobreza extrema, nem riqueza excessiva, pois ambas produzem grandes malefícios”.

Nos países em desenvolvimento é a pobreza o factor que mais afecta a saúde. Como salienta a OMS (1995):

«A pobreza é o crime mais desumano e é o maior factor de sofrimento em todo o mundo. É a principal causa de diminuição da esperança de vida, da incapacidade e da fome. A pobreza é um factor de risco importante para as doenças mentais, para o stresse, para o suicídio, para a desintegração familiar e para o abuso de substâncias. Actualmente, para muitos indivíduos em todo o mundo o caminhar da infância até à velhice é acompanhado pelas sombras gémeas da pobreza e da injustiça e pelo duplo fardo do sofrimento e da doença».

No que diz respeito às situações de pobreza e exclusão, estas apontam para a existência de múltiplos factores de risco que afectam o desenvolvimento e a saúde do indivíduo, particularmente 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.

Em muitos países, a globalização veio contribuir para o aumento do desemprego, diminuição das despesas sociais, dos salários e dos direitos sociais, colocando um grande número de famílias na pobreza. 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, nomeadamente, por um défice em matéria de alimentação, de saúde, de escolarização, de alojamento;
- A pobreza das potencialidades ou das capacidades, que provém do facto de não ter sido 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.

Em 1991 o *Banco Mundial* estimava que no mundo 1 indivíduo em 5 vivia em situação de extrema pobreza e que 20% dos indivíduos mais ricos do mundo possuíam 85% dos recursos totais, enquanto que 20% dos mais pobres possuía apenas 1,4%. Para este organismo, quase metade dos habitantes do planeta

vive com menos de 2 dólares por dia e um quinto com menos de 1 dólar. Por exemplo, na América Latina, 15% da população vive com menos de um 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. Já em 2003 dados do *Banco Mundial* indicam que 1.100 milhões de pessoas no mundo vivem com menos de 1 dólar por dia.

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%. Burkina Faso, Níger, Mali, Etiópia e Zimbabué têm o nível mais elevado de pobreza humana com valores acima dos 50% (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 con-

junto dos países em desenvolvimento 507 milhões de pessoas (PNUD, 1997).

Também 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 sócio-económica 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).

A pobreza e as desigualdades aumentaram nos países ocidentais, sublinhando o *Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento* (PNUD, 1997), que nos países industrializados se constata um número elevado e desproporcionado de crianças na população vítima de pobreza. O relatório sublinha ainda que metade das crianças educadas numa família monoparental vivem abaixo do limiar da pobreza, por exemplo, na Austrália, no Canadá, no Reino Unido, nos EUA, contra apenas 5% na Finlândia e 8% na Suécia.

Nos EUA, aproximadamente 25% de crianças com menos de seis anos nasceu em ambiente de pobreza (Huston et al. 1994). Por seu lado, 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, tendendo este número a aumentar nos próximos anos. 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, figurando Portugal no 23º lugar num conjunto de 175 países. 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 (*Relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas*, 2003).

### *Saúde, desigualdades sociais e pobreza*

A OMS (1948) define os direitos do Homem à saúde destacando o seguinte:

“A saúde é um estado de completo bem — estar físico, mental e social e não consiste somente na ausência de doença ou enfermidade. Possuir o melhor estado de saúde possível, constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, indiferentemente da sua etnia, religião, opiniões políticas e da sua condição económica e social.”

Também o artigo 27, da CIDC, defende os direitos da criança à protecção e à saúde nestes termos:

“1. Os Estados membros reconhecem o direito da criança a um nível de vida satisfatório que permita o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social;

2. Cabe aos pais, em 1º lugar, ou a outras pessoas que têm a seu cargo a guarda da criança, a responsabilidade de assegurar, na medida das suas possibilidades e dos seus recursos materiais, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança;

3. Os estados membros comprometem-se a adoptar medidas apropriadas, tendo em conta as condições nacionais e os recursos disponíveis, para ajudar os pais ou outras pessoas que tenham a criança a seu cargo, a pôr em prática este direito, disponibilizando, em caso de necessidade, uma assistência material e programas de apoio, nomeadamente, ao nível alimentar, habitacional e vestimentar” (ONU, 1989).

A relação entre extracto sócio-económico e saúde deve-se a um conjunto de factores, nomeadamente a desigualdades de

oportunidades e a diferenças na exposição a agressões ambientais, no estilos de vida, nas condições sociais e laborais, nas estratégias de adaptação social e controlo pessoal, no suporte social, no nível do stresse, no acesso aos serviços de saúde e na distribuição de riqueza. Com efeito, a saúde, mortalidade e doença grave variam de forma acentuada com as condições sócio-económicas nos diferentes países, tanto em homens como em mulheres e, muitos dos factores que aumentam a vulnerabilidade à doença nos grupos sociais mais desfavorecidos afectam igualmente muitos dos indivíduos migrantes e de minorias étnicas.

Factores socioeconómicos e culturais, as condições sociais e habitacionais das famílias têm influência na saúde das crianças e dos adultos e estão na origem de patologias várias. A pobreza é uma das causas mais importantes de doença e mortalidade, traduzindo-se por carências múltiplas: alimentação incorrec-ta, água não potável, insegurança habitacional, degradação do meio, ausência de educação e não acesso aos cuidados de saúde. As consequências mais frequentes destas condições são as doenças infecciosas e a má nutrição não acessibilidade à água potável para numerosos milhões de pessoas está, nomeadamente, na origem de doenças relacionadas com a diarreia que originam uma mortalidade elevada, principalmente de crianças, devido à desidratação e à perda de água e sal no organismo.

Na maioria dos países em desenvolvimento é a pobreza e as desigualdades sociais que afectam mais a saúde. A OMS (1995) indicava que a pobreza e as desigualdades sociais estão na origem da morte de 12 milhões de crianças por ano com menos de cinco anos, sendo a má nutrição o principal factor de mortalidade infantil e que conduz a atrasos de crescimento em 230 milhões de crianças no mundo. Nos adultos, a pobreza é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes devido à tuberculose e a 2 milhões de mortes devido à malária. Para este organismo, dois terços das mortes nos países desenvolvidos

surgem após os 65 anos, enquanto que dois terços das mortes nos países desfavorecidos surgem antes dos 65 anos, sendo um terço antes dos 5 anos de idade.

Benzeval et al. (1995) num estudo sobre as desigualdades sociais em 14 países diferentes, constatou que as desigualdades e a pobreza têm inúmeras consequências na saúde dos indivíduos. Os indivíduos vivendo em condições precárias têm mais doenças, mais sofrimento psicológico, mais deficiências e uma menor longevidade do que aqueles que vivem sem problemas económicos.

Por exemplo, 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).

Em Portugal, segundo dados da *Secretaria de Estado da Habitação* (2003), existem mais de 29 mil famílias (cerca de 82 mil pessoas) a viver em «alojamentos não clássicos», como sejam, barracas, casas de madeira ou alojamentos improvisados e 6% dos alojamentos identificados encontram-se degradados ou muito degradados.

A pobreza e precariedade afectam profundamente o potencial de crescimento e 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 das carências socio-económicas. 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). A título de exemplo, a mortalidade infantil é de 5% nos países ricos e de 81% nos países pobres (BM e PNUD, 2000).

Segundo o *Banco Mundial* (1993) em 1990, a esperança de vida ao nascimento era de 70 a 80 anos nos países desenvolvidos, de 60 a 70 anos na China e na América Latina e de 50 a 60 anos na Ásia, no Médio Oriente, na Índia e na África Subsariana.

Dados do PNUD (2004), relativamente à esperança de vida em 2002 em diferentes países, indicam muitas diferenças, como ilustramos com alguns exemplos: Japão (81,6 anos); Suécia (80,1 anos); França (79,0 anos); Portugal (76,1 anos); Cabo Verde (70,0 anos); São Tomé e Príncipe (69,7 anos); Brasil (68,0 anos); TimorLeste (49,3 anos); Guiné-Bissau (45,2 anos); Angola (40,1 anos); Moçambique (38,5 anos); Zâmbia (32,7 anos).

Em Portugal, a esperança de vida aumentou 13 anos nas mulheres (sendo de 79,7 anos) e 11 anos nos homens (72,7 anos) em 2000, números que se aproximam da média comunitária, ou seja, 75 anos para o sexo masculino e 81 anos para o feminino. Esta melhoria está relacionada com as melhores condições de vida e de saúde dos cidadãos europeus (C.E., 2003).

Constatámos assim, que o mundo se encontra dividido entre aqueles que detêm o poder económico, o bem-estar e a saúde e os que não os têm, os indivíduos vivendo em países desenvolvidos e com protecção social e de saúde podendo viver acima

dos oitenta anos e os que vivem nos países mais pobres, por exemplo, em África não ultrapassando os quarenta anos.

#### *Mortalidade infantil e materna*

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.

No que diz respeito a Portugal é de salientar que a mortalidade infantil passou de 77.5 em 1960 para 5,6 em 1999 segundo as estatísticas demográficas do *Instituto Nacional de Estatística* (INE, 1999).

A má nutrição é uma componente relacionada com a precariedade e a pobreza humana e um dos factores de mortalidade infantil. 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. De destacar que, em 1990, este número avaliava-se em 177 milhões (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 também às carências sociais e económicas, 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 (UNICEF, 2003). 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.

Igualmente, e associado a factores culturais e sócioeconómicos, mais de metade das mulheres africanas e asiáticas sofrem de carências alimentares graves, 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 de que os meninos necessitam de uma maior quantidade de alimentos do que as meninas.

A mortalidade infantil resulta de um processo complexo onde intervêm factores biológicos, mas, também, factores sócioeconómicos, comportamentais, individuais e culturais. Na Ásia do Sul e no Próximo e Médio Oriente, há uma submortalidade das meninas com menos de 5 anos, devido a factores culturais. A preferência dada aos meninos, devido, entre outras, a razões religiosas, económicas e políticas, origina uma insuficiência de cuidados médicos e de cuidados básicos e de alimentação às meninas, cujo estado de saúde se deteriora. Esta negligência e 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 título ilustrativo, na Índia a taxa de mortalidade

entre as crianças de 1 a 5 anos é de 50% mais elevada para as meninas do que para os meninos (Ramos, 2004).

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 (UNICEF, 2002).

A Ásia do Sul e de Leste e, sobretudo, a África Subariana 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). Igualmente, segundo este organismo e a OMS (2002), uma das principais causas de morte entre as crianças africanas com menos de cinco anos é a malária ou paludismo, matando esta, em média, três mil crianças por dia em África. No entanto, contrariamente ao tratamento de outras doenças como a sida, o tratamento da malária é relativamente acessível e económico, podendo evitar-se muitas mortes sem grandes custos.

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 (2002), 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 poderia ser evitada, 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.

Importa acentuar que a educação das crianças, principalmente das raparigas tem um impacto favorável na saúde dos indivíduos e das famílias nas sociedades onde isso se verifica. O aumento do nível de educação/escolarização das mulheres é associado positivamente ao aumento da esperança de vida e da saúde das crianças nos países onde isso se verifica. 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). As mães escolarizadas asseguram aos seus filhos e à família melhores condições de vida e transmitem aos seus filhos comportamentos, atitudes, crenças e estilos de vida mais saudáveis do que as mães que não receberam qualquer instrução escolar (Ramos, 1993, 2004, 2005). Deste modo, torna-se urgente promover a escolarização das meninas, tendo em conta que actualmente 127 milhões de crianças em idade de ir à escola não são escolarizadas, sendo dois terços destas crianças meninas (UNICEF, 2003).

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), concentrando a África e a Ásia 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.

No continente africano, as mulheres têm uma probabilidade de morte de 1 em cada 16 nascimentos (um valor 175 vezes maior do que no ocidente), sendo o Afeganistão e a Serra Leoa (com longos anos de guerra) os países onde os riscos de morte nas mulheres grávidas é dos mais elevados, prevendo-se que em cada seis partos uma mulher perca a vida devido a complicações da gravidez, enquanto que a percentagem dos países industrializados é de uma mulher para 2.800 (UNICEF, 2003, FNUAP, 2005). De salientar, segundo estes organismos que no ano de 2000 a taxa de mortalidade materna (mortes durante e em consequência do parto) por cada 100 mil 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 desenvol-

vidos; 24 na União Europeia; 5 em Portugal (Portugal constitui um dos países do mundo e da União Europeia com menor taxa de mortalidade materna).

A mortalidade materna e feminina tão elevada nos países em desenvolvimento deve-se a insuficiência de vigilância e cuidados de saúde, a gravidezes múltiplas, 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 vulgarmente conhecidas pelo termo *Mutilação Genital Feminina* (MGF), compreendendo todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais das mulheres ou qualquer dano provocado nos mesmos (OMS, UNICEF, FNUAP, 1997, 1998).

A mutilação genital feminina é ainda hoje praticada em 28 países africanos, em certas comunidades asiáticas, na Índia, Malásia, Indonésia, em países do Médio Oriente como Iémen, Behrein, Omã, Emirados Árabes Unidos e em comunidades imigrantes na América do Norte, Austrália e Europa. Há, pelo menos, 130 milhões de meninas que foram submetidas a esta prática violenta, silenciosa e discriminatória a qual constitui um atentado à saúde e aos direitos humanos. Anualmente, perto de 3 milhões de meninas com idades geralmente compreendidas entre os 4 e os 14 anos de idade são vítimas destas mutilações sexuais traumatizantes e dolorosas, que deixam sequelas psicológicas e físicas irreversíveis, com graves consequências ao nível da saúde física e mental da criança e da mulher e conduzindo, em muitos casos, à morte. Os países africanos onde é mais praticado este ritual, com taxas aproximadamente de 90% são a Somália, a Etiópia, a Serra Leoa, a Eritreia, o Sudão e a Gâmbia. Entre os países que praticam este tipo de violência existe um de expressão portuguesa que é a Guiné-Bissau, onde este ritual denominado "*fanado*" se mantém, as estimativas apontando para 50% de mulheres excisadas neste país. Para a

OMS, Portugal é considerado um país de risco no que diz respeito à MGF, pela existência de comunidades imigrantes provenientes de diversos países onde esta prática é mantida, nomeadamente a guineense (Ramos, 2004).

A ONU e alguns países ocidentais que acolhem um número importante de imigrantes originários de países onde esta mutilação feminina é praticada, estão empenhados em combater esta prática violenta contra as meninas, alertando para os numerosos perigos e consequências nefastas da mesma, tendo a ONU consignado o dia 6 de Fevereiro como o Dia Internacional da Tolerância Zero para a Mutilação Genital Feminina. Estas mutilações são realizadas em péssimas condições de higiene e segurança, tendo múltiplos efeitos, tais como, hemorragias, infecções agudas, nomeadamente tétano e septicemia, infecções urinárias e pélvicas crónicas, doenças infecto-contagiosas e lesões dos órgãos vizinhos, lesões da uretra, entre outros. A estas mutilações sexuais estão associadas complicações crónicas para as meninas e futuras mulheres, das quais destacámos: complicações e dificuldades sexuais, nomeadamente, relações sexuais dolorosas e frigidez; infecções crónicas que podem originar esterilidade; cicatrizes com consequências funcionais importantes; complicações obstétricas, sendo estas complicações as mais frequentes e as mais perigosas, originando hemorragias difíceis de controlar e estando na origem de um grande número de mortes maternas. Ao nível psicológico, as sequelas podem deixar marcas para toda a vida, provocando ansiedade e estados depressivos.

Os dados apresentados relativamente à saúde materna e infantil, remetem-nos para a necessidade da promoção do direito da criança à protecção e à saúde, direitos consagrados no artigo 24 da CIDC desta forma:

"1. Os Estados membros reconhecem o direito da criança a beneficiar do melhor estado de saúde possível e dos serviços

médicos e de reeducação. Eles comprometem-se em garantir que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a esses serviços;

2. Os Estados membros comprometem-se em assegurar a realização integral do direito acima mencionado e, em particular, tomarão medidas apropriadas para: reduzir a mortalidade dos bebês e das crianças; assegurar a todas as crianças a assistência médica e os cuidados de saúde necessários, sendo colocada a tónica no desenvolvimento dos cuidados primários; lutar contra a doença e a má nutrição, em particular, no âmbito dos cuidados de saúde primários, graças, nomeadamente, à utilização de técnicas adaptadas e facilmente disponíveis, ao fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável, tendo em conta os perigos e riscos de poluição do meio natural; assegurar às mães os cuidados pré natais e pós natais apropriados; diligenciar para que todos os grupos da sociedade, em particular, os pais e as crianças, recebam informação sobre a saúde e a nutrição, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a poluição do meio e a prevenção de acidentes, assim como, beneficiem de ajuda para pôr em prática esta informação; desenvolver os cuidados de saúde preventivos, os conselhos e educação aos pais e os serviços em matéria de planeamento familiar;

3. Os Estados membros tomam todas as medidas apropriadas com vista a abolir as práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças;

4. Os Estados membros comprometem-se a favorecer e a encorajar a cooperação internacional com vista a assegurar progressivamente a plena realização do direito reconhecido no presente artigo. Neste caso, é tido particularmente em conta as necessidades dos países em desenvolvimento” (ONU, 1989).

### *SIDA — mortalidade, prevenção e direitos humanos*

Também a SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) é uma das principais doenças que está na origem das elevadas taxas de mortalidade em todo o mundo, nomeadamente, em África. Em 2003 houve um total de mortes ligadas à SIDA de 3 milhões, sendo que 2,5 milhões eram adultos e 500.000 eram crianças com menos de 15 anos (ONU/SIDA, 2003). Segundo este organismo, durante 2003 houve 5 milhões de novas infecções, 4,2 milhões de adultos e 700.000 crianças com menos de 15 anos.

O VIH/SIDA tem múltiplas implicações e consequências ao nível sanitário, psicológico, social e familiar, que vão desde o isolamento, abandono e rejeição social, à doença e à morte, ao medo e ansiedade, à diminuição da auto-estima, ao sentimento de perda de controlo, a disfuncionamentos sexuais, a perturbações familiares, profissionais, socioeconómicas e familiares.

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, fragilizando a inserção e suporte social, elementos prejudiciais ao bem-estar e à saúde. A SIDA afecta grandemente a economia dos países em desenvolvimento, muito em particular no continente africano.

A SIDA está na origem de muitas crianças órfãs. Actualmente, estima-se em 14 milhões o número de crianças de menos de 15 anos, cuja mãe, pai ou ambos morreram de SIDA, sendo que 95% dessas crianças vivem na África Subsariana. No continente africano, 60% das pessoas infectadas são mulheres ou adolescentes (ONUSIDA/UNICEF, 2002). No final de 2002,

estimava-se em 29.400.000, 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 a mãe e o pai por causa da SIDA. África constitui o continente mais afectado (30 milhões de pessoas estão infectadas) sendo aí onde já se registaram mais mortes por SIDA (15 milhões). Em todo o mundo, estima-se em 41 milhões o número de pessoas, adultos e crianças, que no final de 2002 viviam com VIH/SIDA, segundo a ONUSIDA/OMS (2003), assim distribuídos: América do Norte – 980.000; Europa de Leste e Ásia Central – 1.200.000; Europa Ocidental – 570.000; Extremo Oriente e Pacífico – 1.200.000; Caraíbas 440.000; América Latina – 1.500.000; Norte de África e Médio Oriente – 550.000; Austrália e Nova Zelândia – 15.000; Sul e Sudoeste Asiático – 6.000.000; África Subsariana – 29.400.000.

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 Subsariana 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, escolares e económicos. Privadas de cuidados básicos e de recursos financeiros, 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.

A ONU propõe algumas estratégias de intervenção, nomeadamente:

- reduzir a vulnerabilidade e contribuir para evitar a infecção, preocupando-se com as condições psicossociais, culturais e económicas que tornam os indivíduos vulneráveis à infecção pelo VIH;
- desenvolver a prevenção do VIH/SIDA em todos os indivíduos, principalmente nos adolescentes e mulheres, através de uma informação, comunicação e educação sexual adequadas incluindo educação especificamente relacionada com o VIH/SIDA;
- promover o acesso a certas medidas protectoras como a utilização de preservativos, a prevenção de gravidezes indesejadas nas mulheres seropositivas, desenvolvimento do planeamento familiar, intervenção ao nível dos tratamentos retrovirais e dos métodos de parto com menos riscos;
- desenvolver a informação sobre a prevenção e os modos de transmissão do VIH/SIDA na população idosa, grupo no qual a infecção tem vindo a aumentar;
- programas de prevenção e intervenção junto de consumidores de drogas injectáveis para a redução do perigo de contágio do VIH/SIDA (programas de aconselhamento, terapias de substituição, programas de diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, desenvolvimento de programas de distribuição de seringas e preservativos);
- promover sistemas de vigilância que permitam identificar os grupos mais vulneráveis;
- desenvolver a intervenção psicológica nas campanhas de prevenção e intervenção ao nível do VIH/SIDA e do apoio psicológico e social aos indivíduos infectados;
- promover os direitos humanos, combatendo os estigmas e facilitando o acesso aos serviços e tratamentos.

Afirmar os direitos fundamentais dos indivíduos portadores de VIH/SIDA, contribui para uma melhor compreensão da

importância dos direitos humanos como factor determinante da vulnerabilidade dos indivíduos ao VIH, dos riscos e consequências resultantes da infecção, assim como, das possibilidades de acesso a cuidados e apoios adequados.

Mann (1998, p. 146) situa o VIH/SIDA num contexto mais vasto de saúde e direitos humanos: "Os direitos humanos fornecem à saúde pública uma resposta explícita ao seu principal dilema: como abordar directamente as forças sociais que determinam, mais do que qualquer outro elemento, a vulnerabilidade às doenças evitáveis, às deficiências e à morte prematura".

Entre os princípios dos direitos humanos relativos à protecção da dignidade, à promoção do respeito daqueles que são infectados pelo VIH/SIDA e à prevenção e ao tratamento desta doença, a ONUSIDA e a HCDH (1998) destacam: o direito à não discriminação e à igualdade de protecção perante a lei; o direito à vida; o direito à liberdade e à segurança do indivíduo; o direito à liberdade de movimento; o direito à vida privada; o direito de procurar e encontrar asilo; o direito à liberdade de opinião e de expressão, assim como, o direito de receber uma informação objectiva; o direito ao trabalho; o direito de casar-se e fundar uma família; o direito de acesso à educação; o direito ao melhor estado de saúde física e mental possível; o direito a uma qualidade de vida aceitável; o direito a segurança social, à assistência e ao bem-estar; o direito de beneficiar dos avanços científicos; o direito de participar na vida pública e cultural; o direito de não ser vítima de torturas, penas ou tratamentos cruéis, inumanos ou degradantes.

#### *Considerações finais*

A saúde, a doença, os comportamentos e as modalidades de cuidados, de educação e de protecção, implicam um conjunto indissociável de factores colectivos, indi-

viduais 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, na acessibilidade aos serviços sociais, de saúde e educação e nas políticas dos direitos humanos.

Em todo o mundo, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, as mais variadas formas de desigualdades sociais, pobreza, exclusão e atentados aos direitos humanos, as mais diversas problemáticas familiares, socioculturais, ambientais, políticas e sanitárias têm perturbado e estão a afectar o desenvolvimento e a saúde dos indivíduos e das famílias, em particular da criança, multiplicando os factores de risco, doença e mortalidade e agravando a qualidade de vida e bem-estar psicológico, social e físico das crianças, dos adultos e das famílias.

A intervenção e prevenção destas problemáticas exige o esforço de várias disciplinas, sectores, organizações e comunidade, uma maior implicação dos profissionais, das organizações públicas e privadas, dos decisores políticos, uma maior consciencialização e justiça social, uma sociedade mais solidária e responsável e políticas públicas mais adequadas.

É necessário para os profissionais do domínio da saúde, ter em conta os contextos e as condições em que vivem as crianças e as famílias, analisar e compreender o modo como essas condições, 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 sanitárias, sociais e educativas coordenadas e que promovam o potencial de desenvolvimento, a educação, a saúde e a qualidade de vida das crianças, dos adultos e das famílias.

É indispensável combater as desigualdades baseadas no rendimento, género e cultura e a pobreza, de modo a diminuir a mortalidade infantil e materna e a fim de aumentar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e dos grupos, sendo necessário melhorar a qualidade e a dignidade de vida das famílias e das crianças tanto nos países em desenvolvimento, como nos países industrializados, promovendo melhores condições de vida, alimentação, habitação, segurança, saúde, educação e integração, protegendo as crianças e as famílias das numerosas formas de exploração, violência e exclusão, reconstituindo a ecologia humana e social na qual muitas famílias e crianças vivem e crescem.

É fundamental a equidade e a solidariedade na resposta às necessidades das crianças, adultos e das famílias, de forma a que todos os indivíduos 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 e que o artigo nº1 da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* possa constituir uma realidade para todos, nos diferentes lugares do planeta:

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Eles são dotados de razão e de consciência e devem agir uns em relação aos outros num espírito de fraternidade” (ONU, 1948).

Estes objectivos estão no centro das preocupações da Comissão Europeia, a qual designou 2007, como o “Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos”, como parte de um esforço concertado visando promover a não discriminação na União Europeia, favorecer o debate sobre as formas de aumentar a participação de grupos sub-representados ou em exclusão na sociedade, acolher a diversidade cultural e promover uma sociedade mais justa, coesa e solidária.

É necessário decisores políticos mais conscientes, implicados e responsáveis, mais próximos e informados das realidades

e dos direitos e necessidades dos cidadãos, nomeadamente, em matéria de saúde e em relação à criança, contribuindo na promoção do direito à saúde consignado no artigo 3 da CIDC:

“Os Estados membros comprometem-se a assegurar à criança a protecção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos seus pais, tutores ou de outras pessoas legalmente responsáveis por ela, colocando em prática todas as medidas legislativas e administrativas apropriadas para atingir este objectivo”.

Reconhecer e promover os direitos do Homem, 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 eficiente, não podendo a satisfação destes direitos ser efectiva, sem uma abordagem multidisciplinar e global, destinada a responder às necessidades psicológicas, físicas e sociais, desde o início da vida e ao longo da existência.

Para finalizar e como salienta a OMS (1986): «As condições e recursos prévios para a saúde são a paz, um abrigo, a alimentação, um ecossistema estável, um rendimento, os recursos individuais, a justiça social, a equidade. Toda a melhoria ao nível da saúde está obrigatoriamente baseada nestes requisitos fundamentais».

#### *Bibliografia*

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.

- Benzeval, M., Judge, K., Whitehead, M. (1995) *Tackling inequalities in health: an agenda for action*. London: King's Fund.
- 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), p.277-283.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruto da Costa, A., Pimenta, M. (1991). *Minorias étnicas pobres em Lisboa*. Lisboa: Centro de Reflexão Cristã.
- Bruto da Costa, A. (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Comissão Europeia (2003). *A situação social na União Europeia*. C.E.: Bruxelas.
- 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.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1991). *Crianças e Adolescentes. Indicadores Sociais*. Vol. 4 e 5. Rio de Janeiro.
- Mann, J. (1998). AIDS and human rights: where do we go from here? HIV/AIDS and human rights. *Health and human rights*, 3, 143-149.
- Marcoux, A (1998). The feminization of poverty : claims, facts and data needs. *Population and Development Review*, (24, 1), 131-139.
- Meyers, R. (1995). Relating health and nutrition to social and psychological development. In *The twelve who survive: Strengthening programmes of early childhood development in the third world*. Ypsilanti: Michigan, High/Scope Press.
- NATIONS UNIES (1999). *Rapport Mondial sur le développement humain*. New York.
- NATIONS UNIES (2000). *The World's Women 2000. Trends and Statistics*. New York.
- OMS (1948). *Officials Records of the World Health Organization*. 2, Geneva: OMS
- OMS (1983) *Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires*. Genève: OMS.
- OMS (1984). *Regional Targets in Support of the Regional Strategy for health for all*. Copenhague: OMS.
- OMS (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association, Ottawa.
- OMS (1986). *Health Promotion: Concepts and Principles in Action, a Policy Framework*. Geneva: OMS.
- OMS (1990). *D'Alma-Ata à l'an 2000*. Genève: OMS.
- OMS (1994). *Working group definition of the quality of life*. Geneva: OMS.
- OMS (1995). *Bridging the Gaps*. Geneva: OMS.
- OMS, UNICEF, FNUAP (1997). *Female Genital Mutilation: a Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*. Geneva: OMS.
- OMS (1998). *Rapport sur la santé dans le monde 1998. La vie au XXI e siècle. Une perspective pour tous*. Genève: OMS.
- OMS (1998). *Female Genital Mutilation: an Overview*. Geneva: OMS.
- OMS (1999). *Rapport sur la santé dans le monde 1999. Pour un réel changement*. Genève: OMS.
- OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performante*. Genève: OMS.
- ONUSIDA et HCDH (1998). *Lignes directrices internationales en matière de HIV/SIDA et des droits de l'homme*. Genève, 80, 42.
- 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.
- Population Division (PD) (2000). *World Population Prospects, the 2000 Revision. Highlights Nations Unies*. New York, PD.

Ramos, N. (1990). Educação precoce e práticas de cuidados infantis em meio urbano. *Actas do Colóquio viver (n)a cidade*. Lisboa: LNEC, p. 315-323.

Ramos, N. (1993). *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Paris v: Universidade René Descartes, Sorbonne, (I e II vol.), 736 p.

Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: Para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (35, 2), p.155-178.

Ramos, N. (2002). Educação, saúde e culturas – Novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (36,1,2,3), p. 463-487.

Ramos, N. (2002). Contextos e problemáticas na infância. Da prevenção à saúde e ao desenvolvimento. *Desafios Sociais*. (2,2), p. 24-46.

Ramos, N. (2003). Etnoteorias do desenvolvimento e educação da criança. Uma perspectiva intercultural e preventiva. In C. Pires et al. (org.) *Psicologia, sociedade e bem-estar*. Leiria: Ed. Diferença, p.161-177.

Ramos, N. (2004). A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. Uma abordagem intercultural comparativa. *Desafios da comparação. Família, Mulheres e género em Portugal e no Brasil*. Oeiras: Celta Editora.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Univ. Aberta.

Ramos, N. (2005). Famílias e crianças em contexto de pobreza e exclusão – Do desenvolvimento à saúde e educação. *Psychologica*, 38, 241-263.

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.

SECRETARIA DE ESTADO DA HABITAÇÃO (2003). *O sector da habitação no ano de 2003*. Lisboa: SEH.

Super, C., Harkness, S., (1986). The developmental niche: A conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*. (9), p. 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.

UNICEF (1999, 2000, 2001, 2002, 2003). *La situation des enfants dans le monde*. Genève.

Whiting, B., Whiting, J. (1975). *Children of six cultures. A psychological analysis*. Cambridge: Harvard University Press.