

# A SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS QUE ENFRENTAM ADVERSIDADES COLETIVAS

## POBREZA, FALTA DE MORADIA, GUERRA E DESLOCAMENTO

**Laura Pacione, Toby Measham, Rachel Kronick,  
Francesca Meloni, Alexandra Ricard-Guay, Cécile Rousseau &  
Monica Ruiz-Casares**

Edição em Português

Editor: Ellen Thaís França dos Santos Gouveia, Flávio Dias Silva, Yoichi Takaki Konno

Tradutores: Isabele Parente de Brito, Daniela Cirqueira Castro



Crianças nas ruas de Londres por Edward R. King (1904) Museu de Arte UCL

Laura Pacione MD, MSc

Residente de psiquiatria, Equipe de investigação e resposta transcultural; Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural, Universidade McGill, Montreal, Quebec, Canadá

Conflito de interesse: nenhum divulgado

Toby Measham MD, MSc

Professor Assistente, Equipe de investigação e resposta transcultural, Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural, Universidade McGill, Montreal, Quebec, Canadá

Esta publicação destina-se a profissionais em treinamento ou prática em saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são de responsabilidade dos autores e não representam necessariamente os pontos de vista do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação visa descrever os melhores tratamentos e práticas baseadas na evidência científica disponível no momento da escrita, avaliada pelos autores, e podem ser alterados com o resultado de novas pesquisas. Os leitores precisam aplicar esse conhecimento para os pacientes de acordo com as diretrizes e leis de seu país de prática. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar informações sobre o medicamento específico, uma vez que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e websites são citados ou ligados com o objetivo de ilustrar os problemas ou como uma fonte de informação adicional. Isso não significa que os autores, o Editor ou IACAPAP endossem seu conteúdo ou recomendações, que devem ser criticamente avaliadas pelo leitor. Websites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2012. Esta é uma publicação de acesso aberto sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio é permitida sem autorização prévia desde que a obra original seja devidamente citada e o uso não seja comercial. Envie comentários sobre este livro ou capítulo para [jmreyATbigpond.net.au](mailto:jmreyATbigpond.net.au) Citação sugerida: Pacione L, Measham T, Kronick R, Meloni F, Ricard-Guay A, Rousseau C, Ruiz-Casares M. The mental health of children facing collective adversity: Poverty, homelessness, war and displacement. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

As adversidades podem assumir inúmeras formas diante de uma criança. Elas podem advir de situações de vulnerabilidade, disfunções e dificuldades sofridas pelos pais e familiares ou de agressões ambientais, que podem por em risco o desenvolvimento das crianças e afetar sua saúde mental. A pobreza, a condição de órfãs, a falta de moradia, o trabalho infantil e a guerra acabam expondo as crianças a um estresse ambiental prejudicial. Este capítulo irá descrever os efeitos deste tipo de adversidade coletiva sobre a saúde mental e o bem-estar das crianças. A experiência das crianças refugiadas será tomada como exemplo para ilustrar a avaliação da saúde mental e o tratamento de crianças vulneráveis.

## AS CONSEQUÊNCIAS DA POBREZA NA SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS

### Definição de Pobreza

A pobreza é um conceito de difícil definição, já que se sobrepõe a diferentes dimensões culturais, sociais e políticas. A “linha de pobreza” é normalmente definida como o limite que separa os pobres daqueles que recebem o que é considerado um nível de renda adequado para determinado país (Ravallion, 2010).

O Banco Mundial define a linha de pobreza de duas formas: *A linha de pobreza relativa* é aquela que depende da distribuição de renda de um determinado país e varia de acordo com o poder de compra. Por exemplo, a linha de pobreza é, muitas vezes, fixada como 50% da renda média de um determinado país. *Uma linha de pobreza absoluta* (também chamada de *extrema pobreza*) é definida usando métodos diferentes, mas muitas vezes é determinada em relação ao custo médio de necessidades básicas de sobrevivência em 10 a 20 países mais pobres. Em 2005, o Banco Mundial definiu a linha de pobreza absoluta como uma renda familiar de menos de U\$ 1,25 (EUA) por dia (Chen e Ravallion, 2010). Este novo valor é um aumento a partir do valor anterior de U\$ 1 (EUA) por dia e é pensado para melhor representar o custo das mercadorias. Às vezes, uma renda familiar de menos de US \$2 (EUA) por dia é usado como um limite para melhor descrever o escopo da pobreza em um determinado país ou região. Usando o valor limite de uma renda familiar menor que U\$ 1,25 por dia (EUA), estima-se que 1,29 bilhões de pessoas, ou cerca de um quarto da população do mundo em desenvolvimento, viviam na pobreza absoluta em 2008 (Banco Mundial, 2012). Em termos relativos, o número de pessoas vivendo na pobreza absoluta é mais de quatro vezes o tamanho da população dos EUA, medido no censo de 2010.

A declaração e o plano de ação desenvolvidos na Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Social, em Copenhague em 1995, definiu a *pobreza absoluta* como “Uma condição caracterizada pela privação severa das necessidades humanas básicas, incluindo alimentação, seguro, água potável, instalações sanitárias, saúde, habitação, educação e informação. Depende não só do rendimento, mas também do acesso aos serviços.” (Gordon, 2005). A pobreza, portanto, pode ser interpretada como o estado de ter acesso insuficiente a recursos necessários para a sobrevivência. Dado o conceito de *pobreza relativa*, a pobreza também pode ser vista como um estado material de relativa desvantagem social. Estas são, obviamente, definições que se sobrepõem, mas cada uma tem consequências únicas para a saúde física e mental das crianças.

O impacto multifacetado da pobreza foi captado pela definição oficial de

Conflito de interesse: nenhum divulgado

Rachel Kronick MD

Residente de psiquiatria, Equipe de investigação e resposta transcultural; Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural, Universidade McGill, Montreal, Quebec, Canadá

Conflito de interesse: nenhum divulgado

Francesca Meloni MA

Doutorando, Psiquiatria, Equipe de investigação e resposta transcultural; Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural, Universidade McGill Escola de trabalho Social, Montreal, Quebec, Canadá

Conflito de interesse: nenhum divulgado

Alexandra Ricard-Guay MA

Doutorando, Psiquiatria, Equipe de investigação e resposta transcultural; Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural, Universidade McGill Escola de trabalho Social, Montreal, Quebec, Canadá

Conflito de interesse: nenhum divulgado

Cécile Rousseau MD, MSc

Professor, Equipe de investigação e resposta transcultural; Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural, Universidade McGill, Montreal, Quebec, Canadá

Conflito de interesse: nenhum divulgado

Monica Ruiz-Casares BLL, MA, MSc, PhD

Professora Assistente, Equipe de investigação e resposta transcultural, Divisão de Psiquiatria Social e Transcultural, Universidade McGill, Montreal, Quebec, Canadá

Conflito de interesse: nenhum divulgado

pobreza das Organização das Nações Unidas (ONU), que foi ratificada pelos chefes de todas agências da ONU em 1998: “Fundamentalmente, a pobreza é uma negação de escolhas e oportunidades, uma violação da dignidade humana. Isto é, é a falta de capacidade básica para participar efetivamente na sociedade. Significa não ter o suficiente para alimentar e vestir a família, não ter uma escola ou clínica para ir, não ter terra para cultivar ou um emprego para ganhar a vida, não tendo então acesso ao crédito. Isso significa insegurança, impotência e exclusão de indivíduos, famílias e comunidades. Significa também susceptibilidade à violência, que muitas vezes implica viver em ambientes marginais ou frágeis, sem acesso à água potável ou saneamento” (Gordon, 2005). Na verdade, Mahatma Gandhi descreveu a pobreza como “a pior forma de violência”.

As crianças são particularmente afetadas pela pobreza, porque elas geralmente são dependentes de seus pais ou outros adultos, estando em uma impotente e vulnerável posição social (Boyden & De Berry, 2004; Lansdown, 1994; Scheper-Hughes & Sargent, 1998). Portanto, a pobreza tem impactos únicos sobre as crianças.

### **Mensurando a pobreza infantil**

Dada a posição de vulnerabilidade social das crianças, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pediu que a conceituação de pobreza infantil fosse expandida além do conceito de pobreza de renda. Uma definição operacional de pobreza absoluta para crianças tem sido definida como a privação severa de duas ou mais necessidades humanas básicas, incluindo privação grave nas seguintes áreas (Gordon & Nandy, 2008):

- Privação de alimento levando a desnutrição grave;
- Privação de água com acesso limitado a fontes de água superficial ou ter a fonte de água longe de casa;
- Privação de acesso a instalações sanitárias (banheiros ou latrinas);
- Privação de saúde, incluindo a falta de vacinação ou tratamento médico;
- Privação severa de abrigo (ou seja superlotação, que é grave com cinco ou mais pessoas por quarto, ou habitações sem material de revestimento);
- Privação de acesso à educação profissional de qualquer espécie;
- Privação de informações (ou seja, crianças com idades entre 3 e 18 anos, sem acesso a jornais, rádio, televisão, computadores ou telefones em casa);
- Privação de acesso a serviços básicos (ou seja, crianças que vivem a 20 km ou mais de qualquer tipo de escola ou a 50 km ou mais de qualquer centro médico).

Destas medidas, a privação severa de abrigo, saneamento, informação e água são os mais comuns em todo o mundo, mas os índices podem variar dependendo da região afetada (Gordon & Nandy, 2008).

### **O escopo da pobreza infantil**

Dadas as dificuldades em medir a pobreza utilizando dados gerais sobre renda, o acesso a recursos e serviços pode fornecer uma imagem mais clara de

A seção sobre crianças-soldados é parcialmente baseado em: Denov M, Ricard - Guay A (impresso). Soldados da menina: rumo a um entendimento sexual do tempo de guerra de recrutamento, participação e desmobilização. Em Sexo e Guerra: Um Manual. Edward Elgar Publishers.

Mahatma Gandhi descreveu pobreza como “a pior forma de violência”

Em 2006, a Assembléia Geral da ONU adotou a primeira definição internacionalmente aceita de pobreza infantil:

“As crianças que vivem na pobreza são aquelas privadas de nutrição, instalações de água e saneamento, acesso a serviços básicos de saúde, abrigo, educação, participação e proteção, e que, embora uma grave falta de produtos e serviços prejudique qualquer ser humano, é mais ameaçador e prejudicial para as crianças, deixando-os incapazes de desfrutar de seus direitos, para alcançar todo o seu potencial e participar como membros de pleno direito da sociedade” (Minujin & Nandy de 2012 P3).



Brot! (Pão!) Litografia por Käthe Kollwitz (1867-1945)

pobreza e desigualdade social para as crianças. Entre as 2,2 bilhões de crianças no mundo, é estimado 1 bilhão para viver com menos de 1 dólar por dia (UNICEF, 2005a). Além disso, para 1,9 bilhões de crianças que vivem ao sul do Equador, existem:

- 640 milhões de crianças sem abrigo adequado (uma em cada três);
- 400 milhões de crianças sem acesso a água potável (uma em cinco);
- 270 milhões de crianças sem acesso à serviços de saúde (uma em sete) (UNICEF, 2005a).

Embora as taxas de pobreza absoluta sejam marcantes nos países em desenvolvimento, altos níveis de pobreza em termos de privação econômica e social também são encontrados nos países ocidentais. Nos países ricos, o risco de pobreza é significativamente afetado por etnia, nacionalidade e status de imigração. Por exemplo, nos EUA, as crianças negras e latinas são desproporcionalmente

mais pobres, tendo acesso limitado aos serviços sociais, educação e saúde (Fass & Cauthen, 2008; Guendelman et al, 2005). A cidadania também pode influenciar o nível de pobreza de uma família. Na Alemanha, o número de crianças em famílias sem cidadania que vivem na pobreza triplicou de cerca de 5% no início da década de 1990 para 15% em 2001, enquanto os níveis de pobreza para crianças de cidadãos alemães não se alterou (UNICEF, 2005b).

Há uma forte relação entre a pobreza, a saúde, a desigualdade social e a negação de direitos humanos básicos (UNICEF, 2000; 2006a). Mulheres são estimadas para representar 70% dos pobres do mundo e são desproporcionalmente afetadas devido à discriminação baseada no gênero, que limita o acesso das mulheres à educação, saúde, oportunidades econômicas e controle de ativos (Nações Unidas das Mulheres, 2010). Consistentemente, as crianças do sexo feminino são muitas vezes desproporcionalmente afetadas pela pobreza e, em condições de pobreza absoluta, são mais propensas do que seus irmãos do sexo masculino a sofrer de desnutrição, crescimento atrofiado e ter acesso negado à educação escolar primária (Khuwaja et al, 2005; Baig-Ansari et al, 2006; Nações Unidas, 2010). Em alguns países, preconceitos de gênero e sua herança podem perpetuar o ciclo de pobreza para as mulheres e meninas (UNICEF, 2006a).

### **A pobreza e os conflitos armados**

A pobreza também se relaciona com a instabilidade política, conflitos armados, violência e discriminação de maneira que afetam especialmente as crianças. Por exemplo, em casos de conflitos armados em situações de extrema pobreza, a estratégia de sobrevivência da família pode levar ao abandono, tráfico, ou militarização das crianças (Boyden & DeBerry, 2004; Einarsdóttir, 2006; Shaper-Hughes, 1987). Os menores que são deslocados por conflitos armados, e que muitas vezes não são reconhecidos ou protegidos pela legislação nacional são particularmente afetados pela pobreza (Boyden & Hart, 2007). Em 2006, o Alto Comissariado da ONU para os Refugiados anunciou que 5,8 milhões de pessoas foram apátridas e 13,5 milhões de pessoas foram deslocadas internamente (Bhabha, 2009). Para estas crianças, a titularidade de direitos sociais, que é, em princípio, assegurada por um Estado-nação, é muitas vezes negada. Outro exemplo de crianças particularmente vulneráveis é o caso dos cidadãos menores que não têm acesso à educação ou cuidados de saúde, porque seus pais não têm estatuto legal dentro do país que os acolheu (Bernhard et al, 2007; Ruiz-Casares et al, 2010).

### **Consequências emocionais e comportamentais da pobreza no desenvolvimento das crianças**

As consequências da pobreza para as crianças podem incluir impactos duradouros sobre seu desenvolvimento psicológico e físico. De fato, o dano sofrido devido à desnutrição e aos cuidados de saúde inadequados na infância, muitas vezes tem graves consequências sobre o desenvolvimento e o bem estar de uma criança (Brooks-Gunn & Duncan, 1997; Nandy et al, 2005; Seccombe, 2000; Simich, 2006). A maior prevalência de deficiência do desenvolvimento neurológico e menor grau de escolaridade entre as crianças que crescem na pobreza extrema podem ser explicados por uma série de fatores, incluindo a desnutrição energético-protéica, a deficiência de micronutrientes na dieta, toxinas ambientais, falta de estimulação

sensorial, anemia secundária a parasitoses e sequelas de doenças infecciosas, que podem levar a anormalidades estruturais cerebrais (Bergen, 2008).

Grande parte da pesquisa sobre o impacto da pobreza infantil na saúde mental foi realizada com crianças de países desenvolvidos, que estão expostas a relativa pobreza e privação social. Os dados indicam que a pobreza aumenta o risco de sintomas comportamentais e emocionais em crianças e que ela também pode afetar negativamente a saúde mental na adolescência e idade adulta. Em um estudo de 5000 famílias de baixa renda em 20 grandes cidades dos EUA, o estado de falta de moradia ou condições precárias de habitação foi associado com uma maior internalização entre crianças de três anos de idade, em comparação com outras crianças com habitações estáveis (Park et al, 2011).

Em um grande estudo longitudinal feito na Austrália, a exposição à pobreza em crianças ainda em útero, com seis meses, cinco anos ou 14 anos foram associados com maiores taxas de ansiedade e depressão na adolescência e início da idade adulta, e repetidas experiências de pobreza foram associados com pior saúde mental (Najman et al, 2010). Um estudo com famílias rurais pobres norte-americanas que saíram da pobreza devido à uma intervenção de renda demonstrou que suas crianças apresentaram menos desordens de conduta, mas não houve nenhuma alteração nos sintomas de ansiedade e depressão (Costello et al, 2003). Isso levanta a possibilidade de que os efeitos da pobreza em crianças podem ser moderados por mecanismos diferentes. Em sociedades desenvolvidas, o bem-estar das crianças está associado a maior igualdade de renda e uma menor percentagem de crianças em situação de pobreza relativa (Pickett & Wilkinson, 2007). Portanto, a pobreza infantil relativa tem um impacto duradouro sobre a criança e sobre a

A redução da desigualdade de renda nos países ricos pode ser um objetivo importante, a fim de melhorar o bem-estar infantil como um todo em toda a sociedade.



Menino nepalês.  
Foto: shashish  
<http://www.flickr.com/photos/shashish/3527873250/>

saúde mental de adultos, podendo estar relacionada com a privação social, material e a desigualdade. Reduzir a desigualdade de renda em países ricos pode ser um importante objetivo, para melhorar o bem-estar da criança, na sociedade como um todo.

O mecanismo pelo qual a pobreza infantil influencia a saúde mental ainda não é claramente estabelecido, mas alguns dados sugerem que as tensões físicas e psicológicas da pobreza acarretam consequências duradouras sobre a criança em desenvolvimento. A pobreza pode mediar seu efeito sobre a saúde mental através de alterações na função do sistema nervoso simpático, o que aumenta a liberação de adrenalina e noradrenalina, e alterações no eixo hipotálamo-hipófise, o que estimula a produção do cortisol, hormônio do estresse (Evans & Kim, 2007). Além disso, o estresse excessivo durante a infância está associado a mudanças na arquitetura de diferentes regiões do cérebro em desenvolvimento, incluindo a amígdala, hipocampo e o córtex pré-frontal, que estão envolvidos na experiência emocional, regulação do estresse, na aprendizagem e na capacidade de lidar com as adversidades (Shonkoff et al, 2012).

### Resiliência

Apesar dos efeitos nocivos da pobreza em crianças, é importante levar em consideração a resiliência, ou seja, as estratégias de enfrentamento empregadas por essas crianças. Boyden (2004) observou que fatores como gênero, classe e etnia poderiam desempenhar um papel significativo na formação da experiência das crianças e na sua capacidade de lidar com as adversidades. Um estudo de coorte longitudinal com uma população multirracial de crianças expostas a pobreza crônica mostrou também a importância do papel das crianças dentro da comunidade, juntamente com a presença das redes sociais e recursos pessoais (Werner, 1993). As crianças são, então, os agentes do seu próprio desenvolvimento e, mesmo em situações de adversidade e de pobreza crônica, podem conscientemente agir e influenciar os ambientes em que vivem.

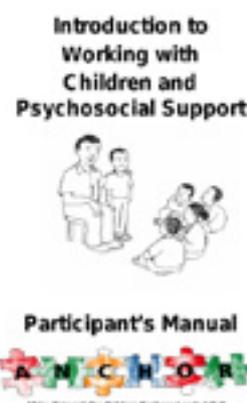
### Conclusão

Em conclusão, precisamos entender a pobreza como resultado da interação de uma multiplicidade de fatores, incluindo os mercados de trabalho, as políticas governamentais, os esforços familiares, conflitos políticos, discriminação social, e as estratégias pessoais. Na prática clínica, é importante olhar para a influência da pobreza e da desigualdade social não através de um foco restrito sobre a privação das crianças, mas dentro de um quadro muito mais amplo, que inclui as dimensões culturais, sociais, políticas e individuais (Sen, 2008).

## CRESCENDO RÁPIDO DEMAIS

### ÓRFÃOS, LARES CHEFIADOS POR CRIANÇAS, CRIANÇAS DE RUA E TRABALHO INFANTIL

Na maioria dos países de baixa e média renda, a questão da pobreza é claramente relacionada a outros riscos importantes para a saúde e o bem estar da criança, incluindo a orfandade, a falta de moradia, o deslocamento devido a



Clique na imagem para acessar "Introdução ao trabalho com crianças e do Manual do Participante de Apoio Psicossocial". O workshop é projetado para aumentar a conscientização em torno das questões que as crianças afetadas por HIV estão enfrentando e como oferecer apoio e construir resiliência (Hope Worldwide África, 2006)

desastres e conflitos, crianças de rua e trabalho infantil. As crianças mais vulneráveis são aquelas que não têm quaisquer cuidadores adultos. Essas crianças muitas vezes assumem papéis de adultos, a fim de sobreviver em condições de privação e de adversidades graves; no entanto, elas normalmente têm os direitos e privilégios negados pela sociedade.

## ÓRFÃOS E LARES CHEFIADOS POR CRIANÇAS

O número de órfãos no mundo é estimado em 153 milhões (UNAIDS, 2010). Isto inclui todas as crianças (0-17 anos de idade) que perderam um ou ambos pais - respectivamente chamados de *órfãos únicos* e *órfãos duplos* - pela morte, separação ou abandono. Destes 153 milhões, quase 12% perderam ambos os pais e 11% delas perderam um ou ambos os pais devido à AIDS (UNAIDS, 2010). Estas proporções, no entanto, variam muito de país para país; por exemplo, 16% de todos os órfãos na Namíbia perderam ambos os pais e 58% delas perderam um ou ambos pais devido à AIDS (UNAIDS, 2010). A diversidade de definições do que constitui um órfão torna difícil uma análise comparativa (Sherr et al, 2008). Na última década, com base em evidências de pesquisas sobre a situação dos órfãos e não-órfãos em muitos países, o UNICEF e a maioria das organizações internacionais ampliaram seu foco para incluir uma série de fatores que tornam as crianças tão vulneráveis quanto as crianças órfãs (os fatores incluem, por exemplo, a pobreza das famílias, a educação dos pais, o trabalho infantil, falta de moradia, etc.) A expressão “órfãos e crianças vulneráveis” é, portanto, comumente usada.

Até hoje a maioria dos órfãos e outras crianças vulneráveis vivem com familiares, muitas vezes com seus avós (Monasch & Boerma, 2004; Nyangara, 2004). Muitas famílias com filhos adotivos têm várias tradições em muitas partes do mundo, como um meio de estreitar as relações e redistribuir os recursos dentro destas famílias (Madhavan, 2004). Enquanto o ato de incentivar crianças dentro de famílias com filhos adotivos pode reduzir o impacto da orfandade, há evidências de que as crianças adotivas com um contato pouco regular com seus pais, têm um risco maior de serem abandonadas se o seu cuidador atual falecer (Foster et al, 1997). Às vezes, os pais dos órfãos são negligenciados, explorados ou expulsos (Foster et al, 1997). A relocação e insegurança quanto a habitação frequentemente estão relacionadas a morte dos pais (Foster, 2000). Como resultado dessa guerra e do deslocamento, milhões de crianças crescem na ausência de um ou ambos os pais, muitas vezes separados de seus irmãos e de outros membros da família.

Como resultado de abuso, pobreza e separações familiares no contexto de conflitos armados, desastres naturais e pandemias de AIDS, tem emergido as “famílias chefiadas por jovens e crianças” (Luzze, 2002). Em alguns casos, famílias chefiadas por crianças e jovens são criadas em resposta aos últimos desejos do pai falecido, ou à preferência das próprias crianças (Foster et al, 1997). As famílias chefiadas por jovens geralmente emergem após a morte da mãe. Desde que a primeira família chefiada por jovens e crianças foi reconhecida na Uganda e na Tanzânia no final dos anos 1980, esse fenômeno passou a ser documentado em vários outros países e regiões. Existem também famílias não órfãs “funcionais” chefiadas por crianças e jovens que surgem para permitir que as crianças concluam sua educação (Ruiz-Casares, 2009).

Crianças órfãs tentam ficar juntas o máximo possível para ajudar uns aos outros em suas aflições; manter os laços entre irmãos, familiares e comunitárias; ativos seguros; evitar abusos por parte de parentes e obter assistência e orientação cultural dos mais velhos em suas comunidades.

Os efeitos causados pela separação dos pais devido a uma variedade de causas têm sido estudados em contextos de guerra, desastres naturais e orfandade. A perda de um ou ambos os pais é muitas vezes agravada pela separação de irmãos e de outros membros familiares, pela pobreza, falta de acesso a serviços básicos, e pela exclusão (Cluver et al, 2008). A dispersão entre os irmãos é uma situação de enfrentamento comum utilizada em situações de crise dos órfãos, principalmente quando há vários bebês e crianças que necessitam de cuidado dentro de uma mesma família (Foster, 2000). No entanto, órfãos e crianças separadas - particularmente os mais velhos - tendem a tentar ficar juntos o máximo possível (Germann, 2005). Ao permanecerem juntos, as crianças são capazes de ajudar uns aos outros, manter os laços familiares e comunitários, evitar o abuso por parte dos familiares e obter assistência e orientação cultural dos mais velhos na sociedade (Germann, 2005).

### **Os riscos enfrentados por crianças órfãs ou por Famílias chefiadas por jovens**

As crianças órfãs, sem os pais ou adultos encarregados por sua educação são especialmente vulneráveis (Donald & Clacherty, 2005). As meninas são particularmente desfavorecidas porque elas são geralmente as primeiras da família a abandonar a escola, cuidar de seus irmãos mais novos e assumir muitas tarefas próprias dos adultos (Francis-Chizororo, 2010). Alguns cuidadores e famílias chefiadas por jovens têm apenas 9 anos de idade (Roalkvam, 2005). As crianças órfãs são, muitas vezes, forçadas a situações abusivas e exploradoras de emprego, na tentativa de negociar sua sobrevivência (Cluver et al, 2008). Muitas crianças são forçadas ao trabalho sexual, expondo-se, assim, a riscos físicos e psicológicos significativos (Cluver et al, 2011). O abandono escolar, a grave deterioração da saúde e os consequentes prejuízos no futuro são consequências frequentes da orfandade. Sofrer imposições por parentes ou outros membros da comunidade é uma situação comum, já que muitas vezes as crianças não são consultadas sobre o seu arranjo de vida preferido após a morte de seu pai ou outro cuidador



Nermine, Criança de Rua, no Cairo.  
Foto: Linda Forsell

(Ruiz-Casares, 2009). Um estudo feito com mais de mil crianças em Zimbábue, apontou que os órfãos tendem a ter maior sofrimento psíquico em comparação a não-órfãos. Este sofrimento foi mediado pelo trauma, por estarem fora da escola, pelos cuidadores não serem os próprios pais, por cuidados inadequados, trabalho infantil, abuso físico, e pela discriminação (Nyamukapa, 2010).

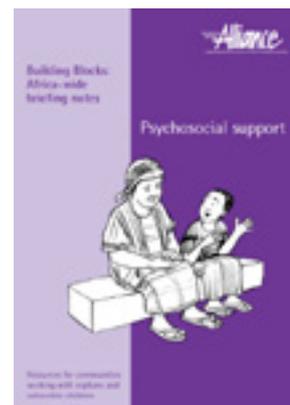
No caso de perda dos pais devido ao HIV/AIDS, deve ser levado em conta não apenas carga emocional de cuidar e assistir a um ente querido sofrer e morrer, mas também o estigma, a discriminação, e os problemas no âmbito social, além da diminuição do poder econômico (Nyamukapa, 2010). Crianças órfãs por HIV/AIDS, muitas vezes ficam em situação de pobreza extrema, devido ao aumento das despesas no cuidado dos pais doentes, e à perda de apoio financeiro dos pais, e muitos convivem com o medo de também serem portadores da doença (Bhargava, 2005; Cluver et al, 2008; Germann, 2005; Luzzo, 2002). Uma revisão sistemática de estudos empíricos sobre o HIV/AIDS e órfãos apontou que muitas vezes as crianças órfãs têm resultados físicos e psicológicos negativos (Foster, 1998). Os pesquisadores descobriram, por exemplo, níveis elevados de estresse psicológico nestas crianças, incluindo ansiedade, sintomas depressivos, raiva, solidão, baixa auto-estima, isolamento social e problemas de sono (Bhargava, 2005; Makame et al, 2002; Ruiz-Casares et al, 2009; Zhao et al, 2009).

### Menores desacompanhados

Os menores desacompanhados que vão para asilos, são refugiados ou deslocam-se internamente em seus países de origem são uma população especial de crianças de rua, que tendem a enfrentar desafios diferentes do que as crianças sem-teto ou crianças desacompanhadas que não são migrantes. Eles são separados de suas famílias em situações de conflito armado, desastres naturais ou violência política. Os menores desacompanhados são definidos pela Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança, como “crianças com menos de 18 anos de idade, que foram separadas de ambos os pais e outros parentes e que não estão sendo cuidadas por um adulto que, por lei ou costume, é responsável para fazê-lo” (Touzines, 2007). Os menores desacompanhados podem, portanto, ser interpretados como um subconjunto de alto risco de crianças órfãs. Eles possuem altas taxas de exposição pessoal à violência física e sexual e têm sido demonstrado que têm altos índices de problemas de saúde mental, incluindo sintomas depressivos e estresse pós-traumático, que persistem mesmo após a reinstalação em um novo país (Seglem et al, 2011). Quando comparados com as crianças que vivem em asilos familiares, os menores desacompanhados têm maiores taxas de sintomas e transtornos psiquiátricos (Wiese & Burhorst, 2007).

## CRIANÇAS DE RUA

Crianças que vivem nas ruas, em favelas urbanas pobres ou em assentamentos e que estão desabrigadas devido à conflitos armados, desastres naturais ou violência política estão entre os mais vulneráveis e desfavorecidos. Estas crianças sofrem abuso, exploração, violência sexual e doenças físicas e mentais. O problema das crianças de rua pode ser visto nas perspectivas dos direitos humanos, da saúde mental da comunidade e do desenvolvimento econômico (McAlpine et al, 2010). Apesar de viver em circunstâncias extremamente difíceis, as crianças de rua mostram resiliência e utilizam estratégias de enfrentamento eficazes na sua luta



### Rede da África para crianças órfãs e em risco

Clique na imagem para acessar notas informativas sobre as orientações para os programas destinados a prestar apoio a órfãos e crianças vulneráveis

(International HIV/AIDS Alliance, 2003).

pela sobrevivência.

- O termo “*Crianças de rua*” é usado para se referir a crianças que trabalham ou dormem nas ruas. Não há universalmente uma definição de crianças de rua; mas a UNICEF utiliza duas definições: As “crianças de rua”, também chamadas de “crianças sem teto”, ou “sem lar”, são as que vivem ou dormem nas ruas, em áreas urbanas, muitas vezes por conta própria, vivendo com outras crianças de rua, com membros da família “sem-teto” ou outros adultos “sem-teto”, e

- “*Crianças de rua com lar*”, ou “crianças incluídas nas ruas” são aquelas que passam grande parte do dia na rua mas mantém o contato com suas famílias e geralmente voltam para casa à noite (UNICEF, 2001).

Nos países ocidentais, os termos jovens “*sem-teto*” e “*jovens incluídos na rua*” são usados para se referir a essas duas populações respectivamente. As crianças de rua, portanto, compreendem um grupo heterogêneo de crianças que podem dormir nas ruas, dormir em casa com suas famílias ou uma mistura dos dois. Contudo, elas tendem a viver sem supervisão e sem acompanhamento durante a maior parte do dia e sofrem, portanto, elevado risco de abuso e exploração. Com base nessas definições, crianças que trabalham durante a maior parte do dia na rua como vendedores, catadores de lixo, porteiros, engraxates, vendedores de produtos de limpeza, lavadores de carro, guardas e artistas de rua também são consideradas crianças de rua.

O número de crianças de rua não pode ser definido com precisão, mas estima-se esse número em dezenas de milhões de pessoas com algumas estimativas tão elevadas quanto 100 milhões (UNICEF, 2006). Com o aumento da população mundial e a alta migração para o ambiente urbano, acredita-se que o número de crianças de rua é crescente (UNICEF, 2006b). Alguns estudos usam um método de captura-recaptura para estimar o número de crianças de rua em uma área específica. Estudos que usam este método, têm demonstrado que a maioria das crianças de rua são do sexo masculino e que mantêm contato com suas famílias, dormindo em casa pelo menos uma vez por semana e são assalariados que ajudam a sustentar suas famílias (Bezerra et al, 2011; McAlpine et al, 2010). Estima-se que 80% das crianças de rua são meninos, o que pode ser resultado do valor percentual de meninas que trabalham em lares domésticos (Abdelgalil et al, 2004; Le Roux, 1996).

As principais razões que as crianças de rua relatam para se tornarem crianças de rua incluem a pobreza familiar, abuso e violência familiar, orfandade ou serem separadas de seus pais durante a migração (Abdelgalil et al, 2004; McAlpine et al., 2010). Crianças de rua são muito mais propensas a relatarem abuso em suas famílias de origem em comparação com as crianças de rua que tem um lar (McAlpine et al, 2010). Infelizmente, uma vez na rua, as crianças são muito mais expostas a sofrerem abuso. Estima-se que as crianças sem-teto que dormem na rua sem contato com membros da família ou cuidadores representem cerca de 15% de todas as crianças de rua (Bezerra et al, 2011). Já as crianças de rua que tem um lar tendem a relatar diferentes razões para viverem na rua, incluindo a pobreza da família, sendo pressionados por seus pais para trabalhar ou mendigar na rua (Lalor, 1999).



Clique na imagem para acessar “Diretrizes para trabalhar com crianças de rua” por Judith Ennew



Clique na imagem para acessar “Trabalhar com Crianças de Rua: um pacote de formação sobre o Uso de Substâncias, Saúde Sexual e Reprodutiva incluindo o HIV/AIDS” (OMS, 2002)

### A saúde das crianças de rua

A maioria dos estudos sobre a saúde das crianças de rua envolvem uso de drogas, doenças infecciosas, especialmente HIV/AIDS, e abuso. No entanto, as crianças que estão nas ruas estão expostas à uma infinidade de riscos à saúde. Essas crianças sofrem altos níveis de abuso e assédio por parte da polícia e de outras crianças de rua, além de conviver com a incapacidade de frequentar a escola, o envolvimento no crime, e os problemas médicos, incluindo lesões de pele e infecções respiratórias (Ali & Muynck, 2005; Huang et al, 2004). No Brasil, milhares de crianças de rua foram assassinados e acredita-se que a maioria foi morta por esquadrões da morte, polícia ou outros tipos de crime cometidos por gangues (Inciardi & Surratt, 1998).

Ambos os meninos e meninas que vivem na rua relatam altos índices de violência sexual por estranhos e envolvimento em “sexo por sobrevivência”, segundo o qual as crianças trocam sexo por comida, abrigo ou dinheiro (PAGARE et al, 2005; Sherman et al, 2005). Num estudo com crianças de rua em Ruanda, mais de três quartos das meninas, incluindo 35% com idade inferior a 10 anos, relataram ser sexualmente ativas e 93% relataram ter sido estupradas, enquanto mais de 60% dos meninos relataram ter cometido estupro (Save the Children, 2005). Uma alta proporção de jovens de rua são sexualmente ativos com múltiplos parceiros e não usam nenhuma proteção contra a gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis (Nada & Sulima, 2010). Crianças de rua que também estão órfãs podem ter ainda maiores riscos para a saúde do que as crianças sem-teto não órfãs, incluindo um maior risco de HIV/AIDS (Hillis et al, 2012). O trauma, a estigmatização e marginalização podem limitar o acesso aos serviços às crianças de rua afetadas pelo HIV/AIDS (Jones, 2009).

As taxas de uso de substâncias são muito elevadas entre as crianças de rua e de acordo com a OMS, entre 25% e 90% usam substâncias psicoativas, incluindo o álcool, nicotina, estimulantes, inalantes, maconha e opiáceos (OMS, 2010). Entre as crianças de rua, é frequente a inalação de substâncias voláteis, incluindo colas, removedor de esmaltes, tinta spray e outros produtos domésticos, que trazem consequências como aumento da força física, diminuição da timidez, indução do sono, promoção de uma sensação de bem-estar, mascarando a dor física e psicológica (Sharma & Lal, 2011).

Os índices de doença mental entre jovens de rua, incluindo transtornos por uso de substâncias, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e perturbações hipercinéticas podem chegar a 98% (Scivoletto et al, 2011).

## TRABALHO INFANTIL

As crianças, vivendo com os pais, ou mesmo em famílias chefiadas por jovens, muitas vezes contribuem de forma significativa com suas famílias fazendo tarefas ou outros tipos de trabalho. No entanto, nas regiões mais pobres do mundo, as crianças são muitas vezes envolvidas em trabalhos perigosos, ou na exploração, a fim de garantir a sua própria sobrevivência e a de suas famílias. O trabalho infantil é uma questão complexa, e, além de abuso e exploração, as realidades dos trabalhadores infantis incluem socialização, participação, aprendizagem e desenvolvimento de competências, independência, reconhecimento, poder,



Clique na imagem para acessar “Trabalho infantil Ferramenta de Avaliação de Incidentes”. Breve recurso on-line que permite que você verifique se um incidente em particular é o trabalho infantil ou não (o Trabalho Infantil Sistema de compartilhamento de conhecimento; Filipinas).

segurança e orgulho na sua capacidade de contribuir de forma significativa às suas famílias (Liebel, 2004). No entanto, a maioria das crianças e jovens adolescentes nos países em desenvolvimento trabalham por necessidade financeira para apoiar suas famílias e muitos não gostam do trabalho que fazem, preferindo estarem na escola (Mathews et al, 2003; Tabassum & Baig, 2002).

Há uma controvérsia significativa em torno de que tipo de trabalho pode ser benéfico ou prejudicial, e da natureza de trabalho que pode ser considerada adequada para crianças e adolescentes (Abebe & Bessell, 2011). As opiniões sobre o trabalho infantil também são baseadas no significado de *infância*, que varia entre culturas, e no entendimento das crianças ao longo de uma sequência, que vai desde seres vulneráveis, passivos, que precisam de proteção, até indivíduos competentes, que podem contribuir de forma significativa para a sociedade, atuando como agentes de seu próprio destino (Abebe & Bessell, 2011).

Ennew, Myers e Plateau (2005) identificaram quatro pontos de vista importantes sobre o trabalho infantil:

- A perspectiva do *mercado de trabalho*, que vê o trabalho infantil como um sinal de pobreza e subdesenvolvimento, que será superada por nações desenvolvidas;
- A perspectiva do *capital humano*, que vê a infância como um período protegido, em que a educação escolar é fundamental;
- A perspectiva da *responsabilidade social* que define o trabalho infantil como uma causa e uma consequência da exclusão social, onde o trabalho infantil é visto como explorador, opressor e alienante;
- A perspectiva que enfatiza o direito das crianças a serem protegidas da exploração no trabalho.

Assim, os ocidentais muitas vezes pretendem a proibição total do trabalho infantil, enquanto as organizações de crianças que trabalham em países em desenvolvimento pediram igualdade de direitos e participação, incluindo o direito de serem aceitos como membros de conselhos de trabalho próprios que visam a representar e proteger as crianças (Liebel, 2004 PP25-32).

### **Definições atuais**

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), fundada pela ONU em 1919, havia uma estimativa de 215 milhões de crianças de 5 a 14 anos envolvidas no trabalho infantil em 2008, principalmente na Ásia, África e América Latina (OIT, 2010). Isto representa uma diminuição dos estimados 222 milhões de crianças que estavam empregadas em 2004, no entanto, essas estimativas não incluem crianças em formas modernas de escravidão, como o trabalho forçado ou obrigatório e/ou outras formas de trabalho ilícito, incluindo, trabalho sexual, crianças trabalhando como soldados e realizando tráfico de drogas. Além disso, as estimativas não incluem as meninas, que muitas vezes fazem trabalho doméstico ou cuidam de seus irmãos mais novos.

Com base nas definições criadas pela OIT, crianças que trabalham pelo menos uma hora por semana são definidas como estando envolvidas em um

trabalho econômico (Hagemann et al, 2006). Estas crianças são, então, divididas em diferentes grupos com base em sua idade e do tipo de trabalho que eles fazem:

- *Crianças economicamente ativas* ou *trabalho de crianças* são termos que referem-se a crianças com idades entre 5 a 17 anos;
- O *trabalho infantil* refere-se a crianças que trabalham e tem idade entre 5 e 14 anos;
- *Crianças em trabalhos perigosos* é o termo que refere-se a crianças de 5 a 17 anos que trabalham em ocupações perigosas, como mineração e construção, uso pesado de máquinas, são expostas a toxinas como pesticidas, ou trabalham mais de 43 horas por semana.

A UNICEF usa uma definição diferente, que inclui as crianças que fazem excessivo trabalho doméstico dentro de suas próprias famílias (pelo menos 28 horas por semana para crianças com idade entre 5 a 14 anos ou, pelo menos, 42 horas de tarefas domésticas e trabalho econômico para crianças de 12 a 14). No entanto, esta definição de trabalho infantil exclui crianças de 12 a 14 anos que fazem menos de 14 horas por semana de trabalho econômico e menos de 42 horas de trabalho econômico juntamente com tarefas domésticas por semana (Gibbons et al, 2005). Quando as tarefas domésticas estão incluídas, as meninas representam 38% das crianças envolvidas no trabalho infantil em todo o mundo (Gibbons et al, 2005).

Em 1921, a OIT aprovou a primeira convenção sobre o trabalho infantil definindo a idade mínima para o emprego na indústria em 14 anos. Mais recentemente, um aumento da atenção centrou-se na erradicação das piores formas de trabalho infantil que são susceptíveis a prejudicar a “saúde ou desenvolvimento físico, mental, espiritual ou social da criança”, incluindo crianças que trabalham como soldados, crianças envolvidas no comércio sexual e outros trabalhos que expõem as crianças a danos físicos ou psicológico. Em 1992, a OIT ratificou a Convenção 182 sobre as Piores Formas de Trabalho Infantil. No entanto, muitos países não ratificaram estas convenções, e a partir de 2008, cerca de 115 milhões crianças em todo o mundo estavam envolvidos em trabalhos perigosos (OIT, 2010). A maioria dos trabalhadores infantis são trabalhadores familiares não remunerados e 60% trabalham na agricultura (OIT, 2010). Apenas 20% das crianças que trabalham são assalariadas, no entanto, em algumas famílias, as crianças ganham uma grande proporção da renda familiar (OIT, 2010). Mesmo quando os trabalhadores familiares não são remunerados, as crianças podem trabalhar ao lado de seus pais em pequenas indústrias, incluindo a produção artesanal, comércios, serviços, tecelagem e tapete. Embora muitas vezes vistos como menos perigosos, as crianças que trabalham nestas áreas estão frequentemente expostas a esforços físicos, longas horas de trabalho, baixos salários e alta exposição a ruídos, poeira e produtos químicos sem os devidos equipamentos de proteção (Nuwayhid et al, 2001).

### **O trabalho infantil como um risco para a saúde da criança**

O trabalho infantil tem sido descrito como “a maior causa de abuso infantil em todo o mundo” (Scanlon et al, 2002). Os danos associados ao trabalho infantil incluem o risco de dano físico e doenças, intoxicação aguda ou crônica, o risco de abuso, maus tratos, exploração e exposição a condições de trabalho adversas.

O trabalho infantil tem sido descrito como a maior causa de abuso de crianças em todo o mundo.



Clique na imagem para acessar notas informativas sobre orientações para os programas que visam o apoio a órfãos e crianças vulneráveis (Aliança Internacional HIV/AIDS, 2003)

Envolvidas no trabalho, as crianças também podem ser incapazes de frequentar a escola. Ambas as crianças do sexo feminino e masculino envolvidas em prostituição e trabalho com grupos armados estão expostas ao risco de violência emocional e sexual, doenças infecciosas, incluindo HIV/AIDS, baixa auto-estima e dano psicológico emocional.

A maioria dos estudos que relatam os riscos para a saúde dos trabalhadores infantis são escassos já que o acesso a estas crianças é difícil, principalmente aqueles que estão trabalhando em indústrias muito perigosas ou ilícitas, incluindo o trabalho forçado e a prostituição. A determinação do impacto do trabalho infantil sobre a saúde também é dificultada pelo longo período de latência antes do início da doença, pela dificuldade de reconhecimento dos problemas de saúde, pelas dificuldades em medir as mudanças psicossociais e seus efeitos, e pelo “efeito do trabalhador saudável”, em que as crianças mais saudáveis são selecionadas para trabalhar, enquanto as crianças que se tornam doentes ou feridas são excluídas (Parker et al, 2010). Assim, os estudos que envolvem o trabalho infantil no geral, muitas vezes não demonstram um impacto negativo do trabalho na saúde das crianças. No entanto, estudos que analisam populações específicas de crianças que realizam trabalhos perigosos demonstraram danos (Compreendendo o trabalho Infantil; 2003a; 2003b).

A maioria das crianças que trabalham no mundo são empregadas na agricultura e como resultado da exposição, pode haver o risco de intoxicação por agrotóxicos, e o envenenamento (Corriols & Aragão, 2010). Certas indústrias agrícolas, tais como a colheita de cacau e a produção de tabaco empregam crianças que trabalham sem roupas de proteção e estão expostas a vários riscos à saúde, incluindo o risco de lesão e exposição a toxinas (McKnight & Spiller, 2005; Mull & Kirkhorn, 2005; Otanez et al, 2006). As crianças trabalhadoras que estão expostas a solventes, tais como aquelas que trabalham em máquinas e lojas de artesanato, apresentaram um pior desempenho na maioria dos testes neurofisiológicos e neurocomportamentais em comparação com os as crianças que não trabalham, e com as crianças que não estão expostas a solventes (Saddik, 2003; 2005). Níveis sanguíneos inaceitavelmente elevados de chumbo, e a presença de uma neurotoxina que provavelmente reduziria o QI, podendo causar problemas de comportamento, foram detectados em crianças que trabalham na produção de cerâmica, limpeza de lixo e em vendas ambulantes (Ide & Parker, 2005). Crianças e adolescentes expostos à condições de poeira em mineração, polimento de pedras, indústria de cerâmica e tijolos e que trabalham sem equipamentos de proteção apresentam maior risco de desenvolver silicose, uma debilitante doença pulmonar crônica (Chiavegatto et al, 2010; Saiyed, 1995). Crianças e adolescentes empregados na indústria, especialmente aqueles que trabalham com os cortadores de madeira, têm risco potencial para lesões nas mãos e amputações (Durusoy et al, 2011). Os impactos prejudiciais sobre as crianças, portanto, incluem os riscos agudos e crônicos de saúde e o desenvolvimento de problemas que podem limitar o potencial cognitivo das crianças.

Uma das consequências prejudiciais mais frequentes de trabalho infantil pode ser a incapacidade de frequentar a escola. Claramente, o trabalho infantil está entrelaçado com a questão da pobreza, porque a pobreza em si pode tanto

“Ser pobre é em si um perigo para a saúde; pior ainda, no entanto, é ser urbana e pobre. Muito pior é ser pobre, urbano, e uma criança. Mas o pior de tudo é ser uma criança de rua em um ambiente urbano.”  
Ximena de la Barra,  
UNICEF (de la Barra, 1998)

impedir a capacidade da criança de frequentar a escola como pode forçar uma criança a trabalhar, a fim de ajudar a garantir a sobrevivência da família. Enquanto algumas crianças equilibram com sucesso o trabalho e escola, muitas outras que trabalham tendem a ser associadas com pior frequência escolar. Por exemplo, entre países africanos, em 2004, a Suazilândia teve uma taxa de trabalho infantil de 10% e frequência escolar de 78%, enquanto o Níger, por outro lado, teve uma taxa de trabalho infantil de 72% e uma taxa de frequência escolar de 30% (Gibbons et al, 2005). O trabalho infantil pode ser compreendido como um ciclo que envolve educação limitada, pobreza e problemas de saúde (Leinberger-Jabari et al, 2005). No entanto, também deve ser considerado que para algumas crianças cujas famílias não têm dinheiro para custear o seu estudo, o trabalho lhes permite arcar com os custos escolares, livros e suprimentos (Woodhead, 2001). Apesar dos esforços das crianças para melhorar a sua própria situação, a pobreza e a necessidade de trabalhar podem interferir na sua capacidade de estudar e conseguir transcender o ciclo da pobreza.

### **O trabalho infantil como um risco para a saúde mental da criança e bem-estar**

Há relativamente poucos estudos que analisam os resultados da saúde mental da criança que trabalham. Um estudo realizado na Etiópia, que comparou 528 crianças trabalhadoras de 5-14 anos de idade com os seus homólogos não-trabalhadores, constatou que as crianças que trabalham tiveram aumento significativo das taxas de transtornos comportamentais e emocionais, incluindo depressão (Fekadu et al, 2006). Entre crianças trabalhadoras, aquelas que começaram a trabalhar em uma idade mais jovem e que trabalham por longas horas estão associadas com pior saúde mental (Caglayan et al, 2010). Enquanto há uma escassez de dados sobre os resultados da saúde mental de crianças que trabalham, há uma relação bem estabelecida entre crianças pobres e a sua saúde mental e física quando adultos, que leva em conta abusos sexuais e negligência na infância (Gilbert et al, 2009). Um alto número de crianças que trabalham relatam terem sido abusados emocionalmente, fisicamente e sexualmente por seus empregadores (Gharaibeh & Hoeman, 2003; Mathews et al, 2003). Além disso, as meninas envolvidas no trabalho econômico podem ter maior risco de violência sexual. Entre as meninas na Nigéria que vendem mercadorias na rua, trabalham em lojas ou como trabalhadores domésticos, 78% relataram ter sido estupradas, a maioria por clientes, e o risco foi aumentado entre as meninas que tinham menos de 12 anos, que trabalhavam mais de oito horas por dia ou tinham dois ou mais empregos (Audu et al, 2009). Não é surpresa que as meninas que trabalham como empregadas domésticas são altamente vulneráveis ao abuso físico, psicológico e sexual (Banerjee et al, 2008).

### **Crianças órfãs e vulneráveis, pobreza, falta de moradia e trabalho infantil**

Há uma clara relação entre a pobreza e a dependência do trabalho infantil como uma estratégia de sobrevivência da família. Uma pesquisa nacional na Guatemala revelou que as famílias pobres eram mais propensas a usar o trabalho infantil e a redução da escolaridade como estratégias para lidar com as dificuldades sócio-econômicas (Vásquez & Bohara, 2010). Entre uma amostra de famílias pobres na Nigéria, trinta e nove por cento dos pais indicaram pensar que os seus filhos em idade escolar deveriam estar trabalhando, a fim de complementar a renda



familiar, ajudar com os negócios da família e permitir que as crianças ganhassem experiência de trabalho (Omokhodion & Uchendu, 2010). As crianças que são pobres, órfãs e envolvidas em trabalho infantil têm de lidar com múltiplos desafios inter-relacionados. Para crianças órfãs no Zimbábue, estar envolvidas em trabalho infantil e não estarem na escola são fatores de risco associados a um maior sofrimento psíquico (Nyamukapa et al, 2010).

Quando o número de crianças órfãs devido ao HIV/AIDS supera a capacidade das famílias e das comunidades para cuidar dessas crianças, as crianças órfãs estão em alto risco de tornarem-se sem-teto. Em Brazzaville, Congo, cerca de 50% das crianças de rua são órfãos (Nkouika-Dinghani-Nkita, 2000). Da mesma forma, em Lusaka, Zâmbia, 58% das crianças de rua eram órfãos: 22% tinham perdido ambos os pais, 26% havia perdido seu pai, e 10% tinham perdido a mãe (Concern/UNICEF, 2002).

Famílias pobres que adotam crianças têm frequentemente recursos insuficientes para apoiar estas crianças, resultando em dificuldades financeiras e a necessidade dos órfãos trabalharem para ajudar a sustentar a família (Balew et al, 2010). Enquanto os órfãos são muitas vezes vistos como um fardo para as famílias, eles também podem contribuir significativamente para a preservação da família através de seu trabalho, por exemplo, cuidando de parentes doentes (Robson, 2004). Para órfãos em Uganda, foram identificadas barreiras à escolarização e para o sucesso escolar, incluindo fome e estar na escola o dia todo sem comer, a carga de trabalho doméstico pesado, as responsabilidades agrícolas causando atraso para chegar a

escola, a falta de uniformes escolares e livros, e opções limitadas para a educação além do nível primário, devido à restrições financeiras (Oleke et al, 2007). Além disso, algumas adolescentes órfãs passaram a ter relações sexuais com homens ricos mais velhos, comumente referidas como “*sugar-daddies*”, como forma de obtenção de fundos para pagar a mensalidade escolar e suprimentos (Oleke et al, 2007). Assim, em condições de pobreza extrema, os órfãos se envolvem em negociações complexas em relação à sua saúde, bem-estar emocional e a possibilidade de um futuro melhor para si e suas famílias.

As crianças vulneráveis, incluindo as crianças pobres, órfãs e desabrigadas estão em grande risco de abuso e envolvimento nas mais diversas formas de exploração do trabalho infantil, incluindo servidão por dívida e outras formas de escravidão, a associação com grupos armados, mendicância, prostituição infantil e outras formas de exploração sexual.

### Resiliência

Apesar dos perigos óbvios, as adversidades podem levar crianças e adolescentes a desenvolver estratégias eficazes de sobrevivência que lhes permitam promover seu próprio crescimento e desenvolvimento (Ruiz-Casares, 2009). Crianças com dificuldades podem desenvolver habilidades de gestão e práticas de sobrevivência, independência, habilidade de lidar com o estresse, tomar decisões importantes e desenvolver um maior senso de eficácia (Liebel, 2004). Em seu estudo sobre famílias chefiadas por jovens na Namíbia, Ruiz-Casares (2010) documentou como as crianças de todas as idades tem demonstrado uma capacidade de obter bens e serviços que eles precisavam, e para manter laços de apoio na comunidade. Crianças em famílias chefiadas por crianças e jovens demonstram resiliência na forma como são capazes de mobilizar suas redes sociais, incluindo irmãos, amigos e vizinhos para fornecer apoio emocional, acadêmico e de bens materiais (Donald & Clacherty, 2005). Entretanto, poucos estudos têm explorado pontos fortes e os resultados positivos. Um estudo voltado para as crianças de rua do Quênia descobriram que, em comparação com crianças que não são de rua, as primeiras apresentaram um alto grau de adaptabilidade e flexibilidade diante das adversidades (Ayuku et al, 2004; Luna 1991). Órfãos, crianças pobres, sem abrigo e que trabalham também podem ser vistas como agentes de seu próprio desenvolvimento que estão tentando da melhor forma possível com circunstâncias difíceis em que se encontram. As crianças não devem, portanto, serem vistas apenas como vítimas passivas, mas também como participantes ativos em suas famílias e comunidade, pois têm voz e são merecedoras de respeito.

## CRIANÇAS QUE TRABALHAM COMO SOLDADOS

As questões de pobreza, crianças de rua e trabalho infantil estão interligados com o problema dos menores sendo associadas a forças ou grupos armados. A pobreza, a falta de moradia, trabalho forçado das crianças e, claro, a presença da guerra e dos conflitos constituem fatores de risco para o recrutamento de crianças-soldados, estas questões também representam desafios na reabilitação e reintegração de crianças que trabalhavam como soldados de volta à vida civil.

*Crianças-soldados* são uma forma de trabalho conveniente e barato (Wessels, 2006). As crianças – meninos e meninas - são altamente obedientes e facilmente manipuladas (Denov de 2010; Wessels, 2006). De acordo com a Coalizão para



Clique na imagem para acessar “Ajustamento psicossocial e reinserção social de crianças associadas a grupos armados: O estado do campo e Direções Futuras” (Betancourt et al, 2008)

Acabar o Uso de Crianças Soldados (CSUCS), isso pode em parte explicar por que o uso de soldados infantins é difundido em países e regiões afetadas pela guerra (CSUCS, 2008). Reconhecendo a dificuldade na obtenção de dados precisos, os CSUCS (agora chamado Criança Soldados Internacional) estimou em seu relatório de 2004 que 250 mil crianças faziam parte das forças de combate, tanto do Estado e grupos armados não-estatais (CCUCS, 2004). Desde então, entre 2004 e 2007, enquanto a Coalizão relatou uma diminuição no número de crianças-soldados, os grupos armados em 24 países são conhecidos por terem recrutado crianças menores de 18 anos (CSUCS, 2008).

### Termos e definições

O termo “crianças-soldado”, comumente utilizado, é contestado e considerado problemático em muitos aspectos (Denov, 2010; Wessells, 2006; McKay et al, 2010). Como qualquer outro rótulo, esse termo é aplicado a um amplo conjunto de crianças e jovens com grande diversidade de experiências. Como destacado por alguns autores (Denov, 2010; Wessells, 2006), a noção de “soldado” carrega alguma imagem arquetípica de combatentes bem treinados incorporados na maior parte por uma figura masculina de uniforme. No entanto, estas imagens mascaram a multiplicidade dos papéis e funções que desempenham. Crianças-soldado não são apenas combatentes ativos portando armas de fogo. Eles também desempenham funções como espionar, servir de cozinheiros, guardas, porteiros, mensageiros ou são forçados à escravidão sexual.

Na tentativa de reconhecer as variadas tarefas das crianças-soldado, o termo foi associado à forças armadas ou grupos armados, e foi definido nos Princípios de Paris da ONU (2007) como: “Qualquer pessoa com menos de 18 anos de idade que é ou foi recrutado ou utilizado por uma força armada ou grupo armado, em qualquer esfera, que inclui, mas não limita crianças, meninos e meninas, utilizados como combatentes, cozinheiros, porteiros, mensageiros, espões ou para fins sexuais. Ele não se refere apenas a crianças envolvidas diretamente em guerras.” (Nações Unidas, 2007, p7).

No entanto, essa definição ainda é problemática. A noção de “infância” em si é um conceito altamente contestado. Como uma construção social baseada principalmente em um ponto de vista ocidental, o conceito de crianças como sendo de idade inferior a 18 anos pode ignorar os significados variados de infância em diferentes culturas. Enquanto a maioria das crianças-soldados são adolescentes, um grande número de crianças com menos de dez anos está associado a grupos armados (Machel, 2001).

### Experiências das crianças como soldados

As crianças-soldados podem se envolver com grupos armados através de recrutamento forçado ou não (Denov de 2010; Wessells, 2006). São diversos os meios de *recrutamento* e enquanto o recrutamento violento e forçado está presente em muitos conflitos, a linha entre o envolvimento forçado e não forçado não é sempre clara, e a noção de crianças recrutadas *voluntariamente* deve ser considerada com cuidado (Wessells, 2006). Com base em testemunhos, estudos têm mostrado que, quando o recrutamento das crianças não é feito de maneira forçada, essa decisão de participar de grupos armados muitas vezes é feita em contexto de privação e maus tratos. Muitas razões podem levar meninas e meninos a juntarem-



Clique na imagem para acessar a criança soldado Centro de Tratamento de banco de dados: as organizações e centros que se especializam no tratamento, reabilitação, educação e reabilitação de ex crianças-soldados, sequestrados ou crianças vítimas da guerra, classificadas por país.

se aos grupos armados (Wessells, 2006; Denov, 2010; Brett & Specht, 2004):

- A pobreza e a oportunidade de obter alimento e abrigo;
- Falta de oportunidades socioeconômicas;
- Busca por proteção;
- Fuga aos abusos cometidos por suas famílias de origem;
- Crenças religiosas ou políticas;
- Para ganhar um sentido de família ou grupo;
- Para vingar a morte dos pais, outros membros da família ou amigos;
- Busca por prestígio;

Portanto, a simplificação dos métodos de recrutamento forçados e não-forçados pode ser problemática, uma vez que muitas vezes é difícil distinguir entre vítimas relutantes e autores de violência.

Estudos recentes têm ido além de narrativas de vitimização para investigar como, apesar de extrema violência e ambientes de controle, as crianças implantam algumas formas de agir e estratégias de resistência (Denov, 2010; Denov & Maclure, 2007; Wessells, 2006). Depoimentos de crianças que trabalhavam como soldados, de ambos os sexos, ilustram como as experiências em grupos armados são marcadas por uma oscilação entre vitimização e resistência, ou participação ativa na violência (Denov, 2010): "... experiências das crianças revelam que eles *continuamente variam entre cometer atos de violência e, simultaneamente, serem vítimas de violência por outros.*" (Denov, 2010, p129). O processo de militarização de meninos e meninas inclui uma poderosa doutrinação, um treinamento duro, e o uso de ameaças e violência para promover o terror e a conformidade (Denov & Maclure, 2007). Ajustes de um militar e um ambiente altamente violento implicam mudanças no comportamento, relacionamentos, auto-percepção e senso de identidade (Veale & Stravou, 2007; Denov & Maclure, 2007; Wessel, 2007). Às vezes, a obediência pode tornar-se um imperativo para a sobrevivência (Denov, 2010). Esses fatores terão consequências importantes no processo de reintegração à vida civil.

De acordo com a Iniciativa de Crianças Soldados, cerca de 40% das crianças que atuam como soldados são meninas e elas assumem papéis tão variados como os rapazes (Child Soldiers Initiative, 2010). No entanto, evidências mostram que as meninas, vivenciam um conflito armado de forma diferente do que os meninos (McKay & Mazurana, 2004). Uma dimensão de suas experiências de gênero é a violência sexual generalizada perpetuada contra meninas. Depoimentos de meninas que trabalhavam como soldados no Norte do Uganda, Serra Leoa e Moçambique informaram extensa violência sexual, incluindo estupro (McKay & Mazurana, 2004; Coulter, 2009). As meninas também relataram serem forçadas a escravidão sexual por serem condenadas a se *casarem* com homens dentro do grupo armado, tornando-se propriedades sexuais também conhecida como "*bush wives*" (Coulter, 2009; Denov, 2010). Isso protegeria as meninas contra agressões sexuais aleatórias cometidas por outros homens, já que elas deveriam estar constantemente sexualmente disponíveis apenas para seus "maridos" (Coulter, 2009). O casamento



### **Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Situações de Emergência Humanitária**

O grupo-alvo para as atividades da OMS sobre a saúde mental e apoio psicossocial em situações de emergência é qualquer população exposta a fatores de stress extremos, como refugiados, pessoas deslocadas internamente, os sobreviventes da catástrofe e terrorismo, pela guerra ou populações expostas ao genocídio. [Clique aqui para acessar documentos - chave relacionados a este campo.](#)

forçado com comandantes poderosos pode ser uma estratégia de sobrevivência e uma fonte de proteção e violência. Além das consequências psicológicas e sociais, a violência sexual também expõe as meninas à doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV/AIDS, e a condições como gravidez indesejada, e ferimentos graves resultantes de agressão sexual violenta (ACQUIRE Project, 2005). É importante reconhecer as experiências brutais de violência contra meninas. Por outro lado, em algumas situações de conflito há fortes proibições contra a exploração sexual das meninas que atuam como soldados (Keairns, 2002). A vitimização das garotas é apenas uma faceta de suas realidades vividas e grande parte da recente literatura tem procurado desafiar os retratos unidimensionais de meninas soldados (Coulter, 2009; McKay et al, 2010; Denov, 2010; Veale & Stavrou, 2007). Embora muitas vezes desempenhem papéis femininos e tarefas domésticas, como cozinhar e serviço sexual, o papel das meninas também inclui deveres militares e participação em atividades de combate (Denov, 2010).

### **O resultado: consequências psicossociais**

O resultado da participação infantil na violência armada é que ex-crianças-soldados enfrentam transições críticas na tentativa de se reintegrarem à vida civil (Denov, 2010). O termo “*reintegração*” é contestada, pois presume que ex-crianças-soldados regressaram à sua família ou comunidade de origem e às suas vidas normais. No entanto, este caso é extremamente raro. Além disso, ex-crianças-soldados podem ter sido afetados pela guerra de diversas formas. Alguns podem se tornar incapazes, órfãos ou feridos; algumas meninas podem ser mães ou viúvas. Eles podem ter sido forçados a cometer atrocidades - como matar e estuprar. Alguns foram violentamente sequestrados, obrigados a matar membros da própria família. Essa diversidade precisa ser reconhecida no entendimento de suas vidas pós-guerra (Wessells, 2006).

Dadas as profundas implicações psicossociais da exposição à violência, a saúde mental e o bem-estar das ex-crianças-soldados são fundamentais no processo de reintegração à vida civil (Wessel, 2006). Experiências de guerra e exposição à violência extrema afetam essas crianças em muitos aspectos, tanto fisicamente (através de lesões, incapacidades e doenças infecciosas) quanto psicologicamente. Uma variedade de estudos que examinaram a saúde mental têm sintomas relatados de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ansiedade e depressão entre ex-crianças-soldados (Derluyn et al, 2004; Betancourt et al, 2008). Entre as crianças que eram soldados no norte de Uganda, 97% relataram sintomas de TEPT (Derluyn et al, 2004). É importante ressaltar que não foram apenas as meninas que denunciaram a violência sexual. Soldados do sexo masculino também denunciaram a violência sexual, sendo forçados à servidão sexual, associada a maiores taxas de sintomas de depressão e TEPT, disfunção social e ideação suicida em relação àqueles combatentes que não sofreram violência sexual (Johnson et al, 2008).

No entanto, como apontado por alguns autores, a escassa literatura sobre as consequências do trabalho como soldado na saúde mental se concentra quase exclusivamente nos sinais e sintomas de TEPT. Esta abordagem médica ocidental centrada no trauma tem sido criticada por sua ênfase na patologia e déficits (Wessells, 2006; Betancourt et al, 2008; 2010; Klasen et al, 2010). Além disso, o TEPT pode representar apenas uma fração do vasto leque de implicações



Clique na imagem para acessar “Humantrafficking.org” um recurso web para combater o tráfico de pessoas (vários países). Contém recursos úteis para as crianças que são traficadas para fins de trabalho ou sexuais

psicossociais da violência (Betancourt et al, 2010; Wessells, 2006). Usando um quadro resiliência, alguns estudos exploraram a adaptação positiva, ajustamento psicossocial e capacidade adaptativa de ex-crianças-soldados (Klasen et al, 2010; Wessells, 2006). Tanto os meninos quanto as meninas não são apenas vítimas de traumas de guerra, eles se ajustam à sua nova vida e empregam estratégias criativas de enfrentamento em face de suas muitas lutas (Betancourt et al, 2010; Klasen et al, 2010; Denov, 2010).

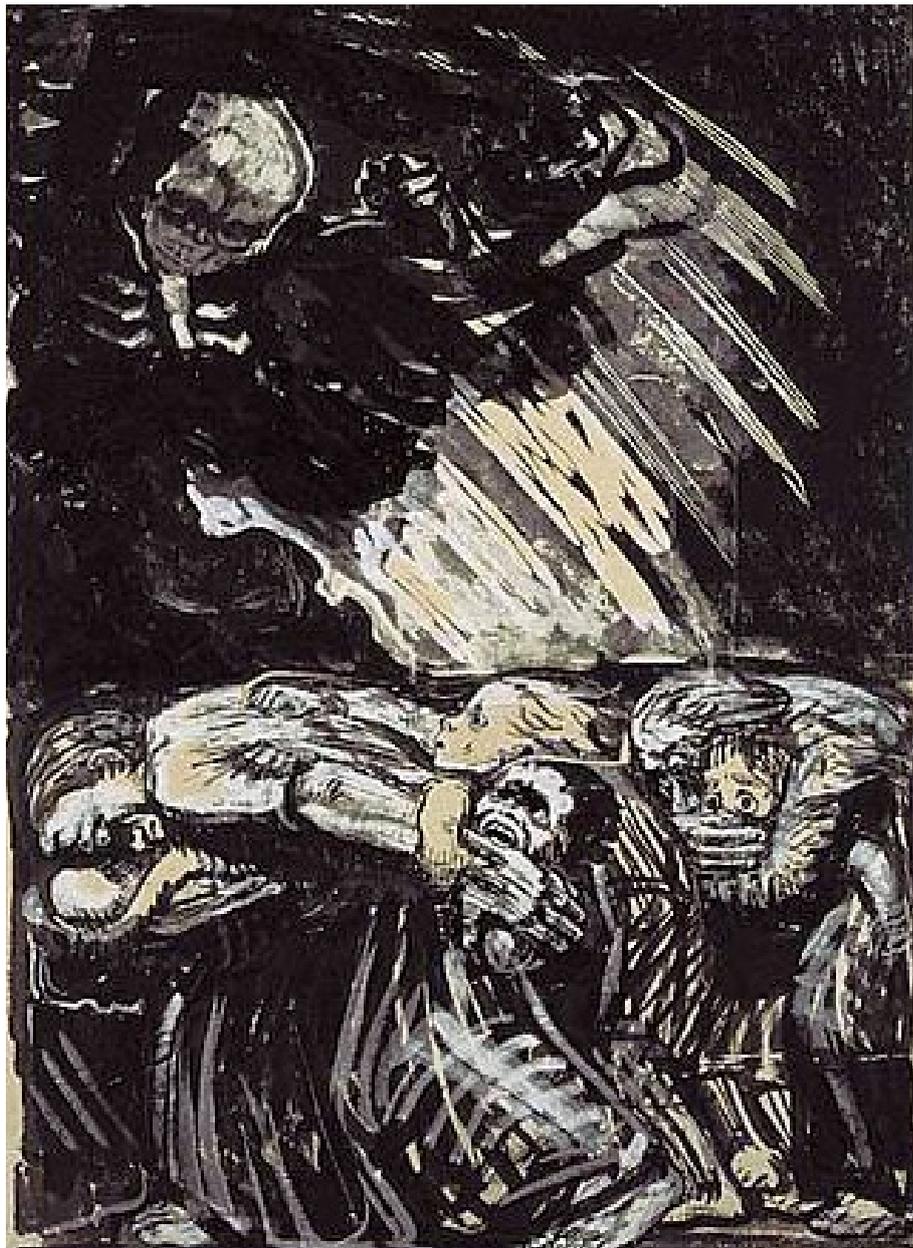
### **Desarmamento, desmobilização, reintegração e reabilitação**

Experiências pós-desmobilização são inevitavelmente moldadas e restringidas por muitos outros fatores além de experiências em tempo de guerra, incluindo gênero, etnia, situação socioeconômica, posição social na comunidade e acesso aos serviços sociais. Pobreza, deslocamento e falta de moradia após desmobilização são eventos que podem desencadear profundas implicações psicossociais (Wessells, 2006). O que se destaca em recentes estudos sobre a reintegração e reabilitação de ex-crianças-soldados é que a exposição à violência representa apenas uma parte do quadro (Wessells, 2006), e não é responsável exclusivamente por problemas de saúde mental ou bem-estar (Betancourt et al, 2008; 2010; Kohrt et al, 2008; Klasen, 2010). Fatores pós-conflito podem ter efeitos positivos ou negativos sobre o bem-estar mental de ex-crianças-soldados, que enfrentam diversos desafios, incluindo o estigma social e acesso limitado à educação, limitações nos cuidados de saúde, nos meios de subsistência sustentáveis e nas oportunidades econômicas (Worthen et al, 2010; McKay et al, 2010; Wessells, 2006; Denov, 2010).

A discriminação e os estigmas sociais sofridos pela criança que trabalhou como soldado foram identificados como os principais fatores de conflito, contribuindo para adversidades na saúde mental (Betancourt et al, 2008; 2010; Klasen et al, 2010). Nesse contexto, as meninas enfrentam desafios específicos e únicos que afetam suas vidas pós-guerra. Além das cicatrizes físicas e emocionais decorrentes da violência sexual, muitas meninas que eram soldados enfrentam maior risco de discriminação e maior dificuldade de reintegração, porque elas são vistas como sexualmente impuras ou mesmo impróprias para o casamento, o que pode ter importantes consequências psicossociais (Betancourt et al, 2008; McKay et al, 2010; McKay & Mazurana, 2004). Por outro lado, a aceitação na família e na comunidade tem sido identificada como fator crítico para o sucesso e reintegração, juntamente com o ajustamento psicossocial (Betancourt et al, 2010). O acesso à educação e as oportunidades socioeconômicas também são importantes fatores positivos após o conflito.

A transição para a vida civil - ou seja, mudanças bruscas nos relacionamentos, padrões de comportamento e expectativas - implica uma reformulação de identidades (Veale & Stravou, 2007; Denov, 2010). De fato, a transformação de identidade e negociação constituem um desafio central no processo de reintegração (Veale & Stravou de 2007, P286). O processo de *transformar* as crianças em soldados - por meio de rapto, treinamento duro e doutrinação - significa que negociações complexas de identidade deverão ser feitas para *desfazer* essa transformação (Denov de 2010; Denov & Maclure, 2007).

A sigla DDRR (desarmamento, desmobilização, reintegração e reabilitação



Fome  
Käthe Kollwitz (1867-1945)  
(Empréstimo permanente  
por Gudrun & Martin Fritsch  
para o Museu Käthe Kollwitz,  
Berlin)

é usada para descrever o processo pelo qual as crianças soldados retornam à vida civil. Este processo também é usado para combatentes adultos, mas os programas para crianças são específicos e assumem diferentes formas em cada região. Como discutido anteriormente, o desarmamento nem sempre é necessário, porque as crianças cumprem muitos papéis como não-combatentes dentro dos grupos armados. Apesar de estar em uso generalizado, há poucos dados sobre o sucesso dos programas de DDDR. Um estudo na Serra Leoa (Williamson, 2006) identificou nove áreas de intervenção que contribuem para a reintegração bem sucedida à família e à comunidade:

- Sensibilização comunitária para as crianças que retornam;
- Desarmamento e desmobilização formal;
- Um período de transição em um “centro de atendimento”;
- Rastreamento familiar;

- Reagrupamento familiar;
- Cerimônias tradicionais de cura e apoio religioso;
- Formação escolar ou habilidades
- O acesso aos cuidados de saúde para aqueles que estão na escola;
- Suporte de aconselhamento individual.

Um estudo em Moçambique que acompanhou ex-crianças-soldados durante 16 anos mostrou que a reintegração a longo prazo e a auto suficiência foram facilitadas pela aceitação da comunidade e pelo perdão, além de rituais de cura, meios de subsistência e aprendizagem (Boothby et al, 2006).

Centros de cuidados intermediários ou transitórios são normalmente os primeiros lugares onde crianças desmobilizadas ficam após o retorno de grupos armados aos quais elas eram filiadas. Em um desses centros, o Centro de Atendimento Transitório Goma, no leste da República Democrática do Congo, 250 crianças são agrupadas em *famílias* de cerca de 30 crianças, cada uma com seus próprios dormitórios e conselheiros pessoais (Humphreys, 2009). As crianças em cada grupo familiar vêm de origens étnicas mistas e grupos armados. Além de limitar o aconselhamento individual para as crianças com questões específicas, os grupos familiares são projetados de modo que as crianças possam ouvir e apoiar-se mutuamente. As crianças passam três meses no centro, antes de serem reintegradas à comunidade.

### **Conclusão**

Em resumo, no contexto da reintegração, crianças que trabalharam como soldados enfrentam muitos outros desafios, além de lidar com as cicatrizes das experiências de guerra. Na verdade, o acesso à educação e ao emprego, a segurança financeira, a aceitação na comunidade e muitos outros fatores relacionados com suas condições de vida pós-conflito podem ter diversas implicações psicossociais. A compreensão do impacto dos múltiplos fatores relacionados com a guerra e pós-conflito é importante para a identificação adequada dos possíveis alvos de intervenção. (Betancourt et al, 2010).

## **A SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS AFETADAS PELA GUERRA**

Esta seção irá limitar-se aos efeitos da guerra sobre as crianças, que necessitam deixar seus países de origem devido a guerra, migrando para um novo país anfitrião. Serão abordadas práticas para avaliação e planejamento do tratamento dessas crianças, visando atender às suas necessidades de saúde mental.

A pesquisa sugere que o trauma causado pela guerra pode afetar a saúde mental das crianças. Os efeitos desse trauma são complexos, uma vez que as experiências de guerra implicam exposição a múltiplas pressões, incluindo a violência, o deslocamento, a separação da família, a perda, o luto, a interrupção da educação e a quebra dos laços sociais.

A exposição à violência tem sido associada com dificuldades psicológicas em crianças com dificuldades do sono e transtorno de estresse pós traumático (TEPT) (Fazel et al, 2011; Hjern et al, 1991, Rothe et al, 2002). Parece que a

gravidade da violência e a sua quantidade de exposição são fatores importantes: as crianças com múltiplas exposições à violência durante longos períodos de tempo continuam com dificuldades na saúde mental até nove anos após buscar asilos. Em contraste, as crianças que passaram por menos efeitos adversos tendem a tornar-se assintomáticas mais rapidamente (Montgomery, 2010). A exposição dos pais a violência também afeta o bem estar das crianças. Estudos têm demonstrado que a saúde mental das crianças é negativamente influenciada se seus pais foram torturados (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1997; Cohn et al, 1985; Daud et al, 2008; Fazel et al, 2011). Um estudo também observou que o conhecimento de uma criança sobre a detenção de um dos pais também está associado ao desenvolvimento de TEPT (Montgomery e Foldspang, 2006).

Crianças envolvidas em guerras às vezes são separadas de suas famílias e obrigadas a fugirem sozinhas. A separação da família, em si, foi associada com TEPT em um estudo (Geltman et al, 2005). Crianças que estão desacompanhadas quando procuram asilos apresentam maior risco de problemas de saúde mental (Hjern et al, 1998). As crianças cujas famílias continuam a sofrer adversidades (por exemplo, se um pai é detido ou se o país é devastado pela guerra) tendem a ter pior funcionamento psicológico. Por outro lado, a saúde mental das crianças parece estar mais preservada quando suas famílias permanecem coesas e oferecendo suporte (Fazel et al, 2011; Rousseau et al, 2004). Resultados positivos na escola e boas experiências também estão correlacionados com o bem-estar das crianças refugiadas (Fazel et al, 2011; Geltman et al, 2005, Sujoldzic et al, 2006).

### **Experiências de migração**

Famílias que sofreram violência organizada antes da migração por vezes, podem enfrentar dificuldades em seus países de acolhimento, incluindo a violência (Jaycox et al, 2002), o racismo (Gunew, 2003), a pobreza (Beiser, 2002), e uma situação incerta de imigração. Experiências de discriminação (Hassan & Rousseau, 2008; Rousseau et al, 2009), e as barreiras à garantia de cuidados podem influenciar o bem estar psicológico das crianças, bem como a confiança e a colaboração que podem ser promovidos dentro da relação de cuidado do provedor. Um estudo com adolescentes da Somália que fugiram para os EUA demonstrou que a depressão e o TEPT estavam associados às experiências de discriminação dos jovens no país anfitrião (Ellis et al, 2008).

É importante para os clínicos terem em mente que as famílias que fogem da guerra muitas vezes encontram muitos obstáculos ao tentar buscar por asilo. Isso também tem um impacto sobre o bem-estar psicológico das crianças. De fato, alguns estudos longitudinais sugerem que o estresse pós-migratório é um forte promotor da depressão em crianças refugiadas (Sack et al, 1993). Outro evento estressor é a detenção de imigrantes. Muitos países industrializados têm políticas de detenção de crianças e famílias que procuram asilo. Para as crianças que fogem de guerras, a detenção é potencialmente re-traumatizante e correlaciona-se com altas taxas de problemas psíquicos.

As famílias que migram estão em um período de adaptação que às vezes é muito estressante. O processo de compreensão das dificuldades e de propor soluções precisa ser trabalhado em conjunto com as famílias, tendo em vista os pontos fortes desta, como a sua disponibilidade e capacidade de lidar com as dificuldades, seu



### **Escalas de classificação de saúde mental em crianças afetadas pela guerra e crianças traumatizadas**

Clique na imagem para acessar várias escalas de avaliação (Revista Impacto da escala de eventos em crianças, CRIES; Escala de Auto-Avaliação de Depressão para as crianças, DSRS; Inventário de cognição pós-traumático, CPTCI, o Auto-relatório para Transtornos de ansiedade na infância relacionadas com medo e outros) (Fundação Criança e Guerra)

entendimento das causas das suas dificuldades e seus sentimentos sobre as soluções propostas.

### **Resiliência**

No caminho para a reconstrução de uma vida, há um novo equilíbrio a ser feito entre manter alguma continuidade com o passado e adotar novas estratégias de enfrentamento para lidar com o desconhecido. Em geral, a pesquisa sugere que o processo de aculturação para crianças em busca de asilo é complexo, e que nenhum caminho é totalmente protetor ou prejudicial para todas as crianças (Fazel et al, 2011). A espiritualidade desempenha um papel central em muitas famílias (Boehnlein, 2007), seja na forma de orações pessoais ou na forma de participação de rituais e celebrações religiosas. Estas redes sociais étnico-religiosas também podem dar às crianças um sentimento de pertencimento. No entanto, eles também podem agir como uma lembrança traumática quando a religião foi associada com o trauma. Atividades artísticas, esportes, trabalho e estudo, se estabelecerem uma continuidade com aspectos significativos da vida de uma criança antes da experiência da migração, podem ser pontos importantes. As mesmas atividades também podem ser novas para uma criança e, quando dado o apoio necessário para aprender estes novos papéis, podem representar dimensões positivas da sua adaptação.

É importante reconhecer que todos os resultados da guerra não apenas levam à perda e deficiência. Os eventos traumáticos podem promover habilidades de enfrentamento criativas, e serem transformados em uma fonte de força e resistência (Rousseau et al, 1999).

### **Lidando com as consequências da guerra: a avaliação e o tratamento de crianças afetadas pela guerra**

Intervenção para crianças afetadas pela guerra, bem como outros desastres humanitários tem sido considerados ao longo de uma pirâmide de intervenção, em que a base da pirâmide representa a defesa dos serviços básicos para garantir a segurança. A próxima camada da pirâmide envolve reforço dos apoios comunitários e familiares, seguidos pelo suporte de uma pessoa não especializada. Os serviços de saúde mentais devem formar o topo da pirâmide. Tem sido defendido que todas estas intervenções são idealmente implementadas simultaneamente. Um guia prático para lidar com a prestação de apoio psicossocial em crises humanitárias está disponível em várias línguas a partir do “Comitê Permanente de Interagências” (IASC, 2010).

#### **Avaliação**

#### ***Acesso aos cuidados: cuidados de saúde primários, a prevenção e a interpretação***

Um número de elementos práticos pode ajudar na avaliação e tratamento de crianças que estão enfrentando problemas de saúde mental como resultado da guerra, bem como suas famílias. Os esforços para apoiar as escolas, os trabalhadores da atenção primária e a comunidade são importantes para atender às necessidades dessas crianças e suas famílias. Crianças e famílias ofereceram ajuda em ambientes comunitários, como escolas (Kataoka et al, 2003; Ngo et al, 2008; Hodes 2008; Duncan e Kang, 1985) e centros de atenção primária, onde os profissionais são



Clique na imagem para acessar “Conjunto de ferramentas para trabalhar com crianças aflitas”. Inclui informações sobre a identificação e comunicação com as crianças em dificuldades e intervenção psicossocial e considerações culturais (Ação para os Direitos da Criança, que trabalham com crianças, Versão de Revisão 01/01)



apoiados por equipes de saúde mental. Este apoio também pode facilitar o acesso a cuidados mais especializados quando necessário.

A escola e os programas de prevenção baseados na comunidade também podem desempenhar um papel importante na promoção da saúde mental das crianças de migrantes e de comunidades com etnias e culturas diversas. Atividades em sala de aula podem apoiar crianças a assimilar as experiências do passado e do presente, tornando-se oportunidades de aprendizagem, facilitando expressão emocional em relação a suas experiências e desenvolvendo relações positivas dentro da sala de aula e na sociedade (Green et al, 2005). Alguns programas de prevenção usam modalidades de tratamento específicas, como a expressão artística para apoiar a transformação dos problemas e do passado através da criatividade e de representações metafóricas e fomentando o desenvolvimento da solidariedade entre as crianças (Rousseau & Guzder, 2008). O apoio efetivo das famílias e das crianças na comunidade também marca o início de um processo de construção de alianças e de prestação de serviços, que apoia as necessidades biopsicossociais de crianças e famílias que sofreram com a guerra.

Por fim, para as famílias que falam uma língua que não é dominante do sistema de saúde, devem ser oferecidos intérpretes para ajudar a apoiar a avaliação e processo de tratamento. Os intérpretes facilitam o encontro clínico fornecendo tradução e, em alguns casos, podem apoiar a avaliação e o tratamento agindo como corretores culturais e co-diagnosticadores para ajudar a compreender, reformular ou transmitir o conhecimento cultural (Hsieh, 2007; Rousseau et al, 2011).

### ***A auto-reflexividade na clínica***

Explorar as referências culturais em encontros clínicos requer uma abertura para reconhecer a própria identidade do médico, uma capacidade de refletir

sobre como os outros veem a si mesmo, e uma abertura para se perceber como uma ferramenta no trabalho terapêutico (Kirmayer et al, 2003). Isto irá facilitar a avaliação e vai ajudar o médico a explorar áreas como modelos explicativos da doença e abordagens para a cura. A familiaridade com formas de abordar os elementos culturais na prática de saúde mental, como a formulação cultural do DSM-IV e trabalhos que fornecem orientações sobre como adaptar a formulação cultural à prática de cuidados de saúde mental infantil (ver, por exemplo Ecklund & Johnson, 2007; Measham et al, 2010) pode ajudar a apoiar uma avaliação que está em sintonia com as questões culturais.

### ***O processo de avaliação***

A avaliação de crianças e famílias que sofreram com a guerra inclui uma exploração de vários temas importantes:

- Experiências da família em sua casa e do país de acolhimento;
- Os sintomas da criança;
- Os sintomas experimentados por outros membros da família;
- Forças familiares e individuais;
- Recursos e trajetórias de busca de ajuda anteriores;
- A negociação da reconstrução complexa da família e sua função social.

Atenção para a aliança terapêutica é de grande importância na abordagem das consequências da guerra sobre as crianças. Famílias e crianças frequentemente se encontram com pessoas desconhecidas e são receosos sobre em quem confiar e quanto confiar. Além disso, alguns membros da família podem permanecer em situações de perigo, de modo que a confidencialidade do espaço terapêutico é de suma importância.

Embora seja importante explorar as experiências traumáticas de crianças e famílias, esses inquéritos, as formas em que esta informação é divulgada e os valores culturais solicitados precisam ser compreendidos. A divulgação de uma maneira ocidental com relação a eventos que são considerados como “tabu” cultural pode ser prejudicial, e a divulgação com crianças precisa levar em conta o seu desenvolvimento e os efeitos da divulgação sobre as relações entre pais e filhos e um possível trauma. Corretores culturais podem ajudar a entender o que está em jogo em torno de compreender experiências traumáticas. No caso das crianças, realizando a divulgação de uma forma modulada, incluindo o reconhecimento do papel de pais como elementos que podem ajudar seus filhos a compreender as suas experiências é útil. Métodos indiretos para avaliar trauma através da arte, jogos e metáforas também revelam informações importantes para a avaliação, apesar de não serem experimentados como excessivamente intrusivo por membros da família (Measham & Rousseau, 2010).

Quando a sobrevivência da família está em jogo, a atenção deve ser dada às necessidades da família, habitação, segurança e educação. Da mesma forma, numa avaliação da saúde mental da criança refugiada, uma avaliação sistêmica da família é necessária para a sobrevivência. Os esforços terapêuticos direcionados a interromper mais perdas traumáticas e a cadeia de consequências negativas que podem resultar delas são importantes (Miller & Rasmussen, 2010). Sintomas

e o significado dos diagnósticos também precisam ser abordados. É importante notar que, os diagnósticos podem ter ramificações importantes fora do espaço terapêutico. Em particular, um diagnóstico que não reconhece os aspectos pós-traumáticos dos sintomas pode inadvertidamente não apoiar as pessoas cujo status de refugiado está em questão, visto que o diagnóstico de TEPT é bem aceito nos círculos jurídicos, onde muitas vezes é uma maneira de dar credibilidade a um histórico traumático, e sua ausência é - falsamente - considerada prova de que a pessoa que alega o trauma está mentindo (Stein et al, 2007). Por outro lado, a identidade da vítima associada ao “rótulo” de TEPT, ao incentivar respostas empáticas, pode também indevidamente medicalizar problemas e enfraquecer a família e a rede social. Visitar psiquiatras e receber diagnósticos também pode ser estigmatizante, e os efeitos do diagnóstico em crianças devem ser considerados.

Por fim, a importância de identificar os pontos fortes individuais e familiares e de reinterpretar os papéis da família no contexto de adaptação pós-traumático vai ajudar na construção de planos de tratamento. Por exemplo, a *parentificação* dos filhos em relação à família nuclear ou estendida é muitas vezes percebida negativamente como um fardo, embora este papel também possa ser reconfortante durante o período de reconstrução pós-traumática. Embora as crianças parentificadas pode, estar sofrendo, o seu sentimento de ter um propósito e uma missão é, muitas vezes, simultaneamente protetora.

### **Tratamento**

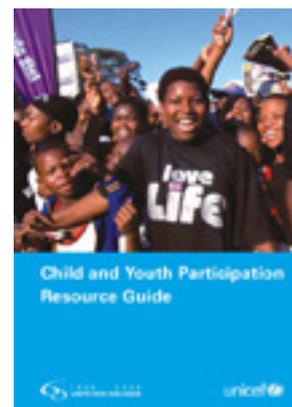
#### ***Redução dos sintomas e reconstrução do mundo social***

O tratamento envolve a reconstrução da vida pessoal, familiar e sociocultural com o objetivo de restaurar um senso de normalidade para uma criança, permitindo que a vida siga em frente (integração social) e supere a paralisia que o terror e o sofrimento podem causar (redução dos sintomas). Ganhos em termos de redução de perdas e melhoria no funcionamento devem ser considerados, e é importante notar que sua relação com o alívio dos sintomas não é linear (Pynoos et al, 2009). A principal implicação disso para o tratamento é que ele é tão importante para restaurar a continuidade da vida, facilitando a integração social da criança na família e no acolhimento pelo novo país, quanto é importante para reduzir os sintomas.

#### ***De um estado precário para a estabilidade***

Os médicos podem se sentir desconfortáveis quando lhe pedirem para ajudar os requerentes de asilo com os documentos de imigração. O apoio prestado por um médico de asilo – apoiando, através de uma carta, o seu pedido de imigração - é um testemunho explícito de que o clínico reconhece a autenticidade de refugiados da família (Rousseau & Foxen, 2005). Quando tal testemunho permite que as famílias obtenham o status de imigração segura, isso alivia consideravelmente o sofrimento psíquico e sintomatologia, uma vez que a situação de imigração precária está associada à má qualidade da saúde mental (Bean et al, 2007; Bodegard 2005; Nielsen et al, 2008). Além disso, este apoio, mesmo se as famílias não ganham o status de imigração segura, com os esforços clínicos, pode se neutralizar parcialmente o impacto destrutivo da rejeição do pedido de asilo, que pode ser profundamente traumático.

#### **Satisfazer as necessidades básicas**



Clique na imagem para acessar “Guia de recursos da participação da Criança e do Jovem” da UNICEF. Este guia tem recursos para a participação de crianças e jovens da Ásia, Europa, América do Norte, América Latina, África, Austrália e Pacífico. A maioria dos materiais estão disponíveis em formato eletrônico. O principal público para este guia de recursos são os profissionais e gestores envolvidos na promoção da participação infantil e juvenil no governo, organizações comunitárias, organizações dirigidas por crianças, ONGs, a ONU e as agências doadoras (UNICEF, 2006c).

Resolver problemas do cotidiano desempenha um papel fundamental para alcançar certa normalidade que permite o estabelecimento da rotina. A maioria das famílias de refugiados irá solicitar alguns tipos de ajuda práticas, de organizações comunitárias, sociais e de serviços primários de assistência à saúde ou mesmo de escolas, na resolução de problemas. Às vezes, reestabelecer o contato com as famílias da mesma pátria através de organizações da comunidade pode facilitar o desenvolvimento de uma rede social. No entanto, muitas comunidades devastadas pela violência organizadas são fragmentadas e permanecem em conflito mesmo quando a comunidade está no exílio. Assim, o clínico precisa entender quais contatos sociais podem fornecer um escudo social e quais podem resultar em mais estressores.

### **Modalidades psicoterapêuticas: terapia, medicação e cura tradicional**

Transtornos de ansiedade relacionados com trauma (estudados principalmente em relação ao TEPT), e depressão, decorrente de múltiplas perdas em um ambiente de exílio, podem ser tratados através de várias formas de psicoterapia. Terapia de curto prazo, ou seja, terapia cognitiva comportamental (TCC) ou terapia de exposição narrativa (NET) foram propostas para crianças e adolescentes refugiados, não porque eles fornecem uma resolução completa de sofrimento relacionada ao trauma, mas porque eles são úteis no alívio dos sintomas e realmente pode ser implementadas em diversos setores, incluindo escolas (Ehnholt & Yule 2006; Kataoka et al, 2003; Ngo et al, 2008).

Embora a psicofarmacologia seja uma opção para essas crianças, recomendamos cautela, uma vez que há pouca ou nenhuma evidência de eficácia para crianças e adolescentes refugiados, de modo que as evidências da eficácia são extrapoladas a partir de estudos com crianças não-refugiadas com diagnósticos semelhantes. Na literatura médica, terapias que integram elementos tradicionais prometem avanços. Terapias com a base em artes criativas, como arte-terapia, às vezes são preferidas por famílias de refugiados, em parte porque estas terapias geralmente enfatizam métodos terapêuticos não-verbais, ajudando assim as pessoas que relutam em se envolver em terapia verbal. Isso pode refletir também na cultura e as abordagens verbais podem ser vistas como desrespeitosas. Enquanto os métodos de tratamento ocidentais podem ser mais favoráveis a trabalhar diretamente com o trauma, centrando-se o trabalho terapêutico no próprio trauma, outras tradições culturais podem preferir trabalhar *em torno* do trauma (Rousseau et al, 2005). Finalmente, a imposição unilateral de qualquer modalidade ocidental pode ser vista como coercitiva se a família da criança optar por um tratamento dentro de sua própria cultura e essa escolha não for levada em consideração.

A elaboração de um inventário dos recursos disponíveis em uma determinada comunidade é essencial para um plano de tratamento realista. Em muitos locais, a psicoterapia especializada pode não ser amplamente disponível, mas os trabalhadores da comunidade comprometidos e profissionais de cuidados primários podem fornecer um excelente apoio terapêutico e um fórum para escuta empática que pode começar a dar alívio às crianças e suas famílias.

### **Conclusão**

Direcionar as consequências da guerra às crianças refugiadas cujas famílias experimentaram traumas pré-migratórios requer uma combinação de conhecimento de métodos culturais e terapias de trauma que englobam não só

individualmente psicoterapias focadas e abordagens terapêuticas tradicionais, mas também intervenções sistêmicas abordando as consequências da violência organizada nas relações sociais da família. Instituições de cuidados primários, incluindo clínicas, escolas e organizações comunitárias, por estarem próximas ao ambiente familiar, podem ser particularmente úteis para estabelecer uma rede de apoio em torno de uma criança refugiada e sua família. No entanto, eles podem ter maiores dificuldades na prestação de terapia especializada. Os esforços para fortalecer abordagens preventivas e o apoio de base comunitária para enfrentar as consequências da guerra para crianças, garantindo o acesso a serviços especializados em saúde mental, serão necessários para atender às múltiplas necessidades de crianças refugiadas e para fornecer o tipo certo de apoio no lugar certo e na hora certa.

## CONCLUSÕES

Os serviços de saúde mental para crianças precisam abordar as adversidades decorrentes de estressores sociais e ambientais. Apesar de diferentes formas de tratamento ajudarem a aliviar sintomas e fortalecer a resiliência das crianças e família, o reconhecimento da natureza coletiva do sofrimento social e a validade das experiências da família e das crianças podem ser elementos-chave. Profissionais de saúde mental em todos os países podem desempenhar um papel importante através de formas intersectoriais de intervenção que ajudam a amortecer esse estresse e até mesmo, em alguns casos, impedi-lo. Respeitando a Convenção sobre os Direitos da Criança (ver Capítulo J.7) é uma meta de longo prazo. Nos países com alta renda, isto poderia implicar o reconhecimento de direitos iguais para a saúde e educação para crianças não-cidadãs e outras crianças vulneráveis. Naqueles de baixa e média renda, isto poderia estar relacionado com a implementação de medidas de proteção para diminuir a exposição das crianças a várias adversidades e melhorar a sua saúde e bem-estar.

Embora essas mudanças sociais estejam além do alcance dos profissionais da saúde mental, os profissionais de saúde podem ter um papel fundamental na defesa de que as mudanças e o desenvolvimento social podem melhorar a saúde mental e o bem-estar das crianças.

## REFERÊNCIAS

- Abdelgalil S, Gurgel RG, Theobald S et al (2004). Household and family characteristics of street children in Aracaju, Brazil. *Archives of Disease in Childhood*, 89:817-820.
- Abebe T, Bessell S (2011). Dominant discourses, debates and silences on child labour in Africa and Asia. *Third World Quarterly*, 32:765-786.
- ACQUIRE Project (2005). Traumatic gynecologic fistula as a consequence of sexual violence in conflict settings: A literature review. New York: *The ACQUIRE Project/ EngenderHealth*.
- Ali M, de Muynck A (2005). Illness incidence and health seeking behaviour among street children in Rawalpindi and Islamabad, Pakistan - a qualitative study. *Child: Care, Health and Development*, 31:525-532.
- Almqvist K, Brandell-Forsberg M (1997). Refugee children in Sweden: Post-Traumatic Stress Disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse & Neglect*, 21:351-366.
- Audu B, Geidam A, Jarma H (2009). Child labor and sexual assault among girls in Maiduguri, Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 104:64-67.
- Ayuku DO, Devries MW, Mengech HN et al (2004). Temperament characteristics of street and non-street children in Eldoret, Kenya. *African Health Sciences* 4:24-30.
- Baig-Ansari N, Rahbar MH, Bhutta ZA et al (2006). Child's gender and household food insecurity are associated with stunting among young Pakistani children residing in urban squatter settlements. *Food Nutrition Bulletin*, 27:114-127.
- Balew G, Worku N, Tilaye T et al (2010). Assessment of household burden of orphaning and coping strategies by guardians and families with orphans and vulnerable children in Hossana Town, SNNPR. *Ethiopian Medical Journal*, 48:219-228.
- Banerjee SR, Bharati P, Vasulu TS et al (2008). Whole time domestic child labor in metropolitan city of Kolkata. *Indian Pediatrics*, 45:579-582.
- Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Social Science & Medicine*, 64:1204-1215.
- Beiser M, Hou F, Hyman I et al (2002). Poverty, family process and the mental health of immigrant children in Canada. *The American Journal of Public Health*, 92:220-227.
- Bergen DC (2008). Effects of poverty on cognitive function: a hidden neurologic epidemic. *Neurology*, 71:447-451.
- Bernhard JK, Goldring L, Young J et al (2007). Living with precarious legal status in Canada: implications for the well-being of children and families. *Refuge*, 24:101-114.
- Betancourt TS, Brennan RT, Rubin-Smith J et al (2010). Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors, and mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:606-615.
- Betancourt TS, Borisova I, Rubin-Smith J et al (2008). *Psychosocial Adjustment and Social Reintegration of Children Associated with Armed Groups: The State of The Field and Future Directions*. Austin, TX: Psychology Beyond Borders.
- Bezerra KF, Gurgel RQ, Ilozue C et al (2011). Estimating the number of street children and adolescents in two cities of Brazil using capture-recapture. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 47:524-529.
- Bhabha J (2009). Arendt's Children: Do today's migrant children have a right to have rights?. *Human Rights Quarterly*, 31:410-451.
- Bhargava A (2005). AIDS epidemic and the psychological well-being and school participation of Ethiopian orphans. *Psychology, Health and Medicine*, 10:263-275.
- Bodegard G (2005). Pervasive loss of function in asylum-seeking children in Sweden. *Acta Paediatrica*, 94:1706-7.
- Boehnlein JK (2007). Religion and spirituality after trauma. In LJ Kirmayer, R Lemelson, M Barad (eds) *Understanding Trauma : Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*. New York, NY: Cambridge University Press, pp 259-274.
- Boothby N., Crawford J., Halperin J., 2006. Mozambique child soldier life outcome study: lessons learned in rehabilitation and reintegration efforts. *Glob Public Health*, 1(1):87-107.
- Boyden J, De Berry J (2004). *Children and Youth on the Front line: Ethnography, Armed Conflict and Displacement*. Oxford: Berghahn Books.
- Boyden J, Hart J (2007). The statelessness of the world's children. *Children and Society*, 21:237-248.
- Brett R, Specht I (2004). *Young Soldiers: Why They Choose to Fight?* Boulder. CO: Lynne River.
- Brooks-Gunn J, Duncan GJ (1997). The effects of poverty on children. *The Future of Children*, 7:55-71.
- Caglayan C, Hamzaoglu O, Yavuz CI et al (2010). Working conditions and health status of child workers: cross-sectional study of the students at an apprenticeship school in Kocaeli. *Pediatrics International*, 52:6-12.
- Chen S, Ravallion M (2010). The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty. *The Quarterly Journal of Economics*, 125:1577-1625.
- Chiavegatto CV, Carneiro AP, Dias EC et al (2010). Diagnosis of severe silicosis in young adults working in stone polishing and mining in Minas Gerais, Brazil. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 16:147-150.

- Child Soldiers Initiative (2010). *The Girl Soldier*.
- Cluver L, Gardner F, Operario D (2008). Effects of stigma on the mental health of adolescents orphaned by AIDS. *Journal of Adolescent Health*, 42:410-417.
- Cluver L, Orkin M, Boyes M et al (2011). Transactional sex amongst AIDS-orphaned and AIDS-affected adolescents predicted by abuse and extreme poverty. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 58:336-343.
- Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (2004). *Child Soldiers: Global Report 2004*. London: Coalition to Stop the Use of Child Soldiers.
- Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (2008). *Child Soldiers: Global Report 2008*. London: Coalition to Stop the Use of Child Soldiers.
- Cohn J, Danielsen L, Mygind-Holzer KI et al (1985). A study of Chilean refugee children in Denmark. *The Lancet* 326:437-438.
- Concern/UNICEF (2002). *Rapid Assessment of Street Children in Lusaka*.
- Corriols M, Aragón A (2010). Child labor and acute pesticide poisoning in Nicaragua: failure to comply with children's rights. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 16:193-200.
- Costello EJ, Compton SN, Keeler G et al (2003). Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *Journal of the American Medical Association*. 290:2023-2029.
- Coulter C (2009). *Bush Wives and Girl Soldiers: Women's Lives through War and Peace in Sierra Leone*. New York: Cornell University Press.
- Daud A, af Klinteberg B, Rydelius PA (2008). Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:7.
- de la Barra X (1998). Poverty: the main cause of ill health in urban children. *Health Education and Behavior*, 25:46-59.
- Denov M (2010). *Child soldiers: Sierra Leone's Revolutionary United Front*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Denov M, Maclure R (2007). Turnings and epiphanies: militarization, life histories and the unmaking of two child soldiers in Sierra Leone. *Journal of Youth Studies*, 10: 243-261.
- Derluyn I, Brockaert E, Schuyten G et al (2004). Post-traumatic stress in former Uganda child soldiers. *Lancet*, 363:861-863.
- Donald D, Clacherty G (2005). Developmental vulnerabilities and strengths of children living in child-headed households: A comparison with children in adult-headed households in equivalent impoverished communities. *African Journal of AIDS Research*, 4:21-28.
- Duncan J, Kang S (1985). *Using Buddhist Ritual Activities as Foundation for a Mental Health Program for Cambodian Children in Foster Care* (unpublished). Mountlake Terrace, WA: Lutheran Social Services.
- Durusoy R, Davas A, Kayalar M et al (2011). What kinds of hand injuries are more likely to result in amputation? An analysis of 6549 hand injuries. *The Journal of Hand Surgery, European Volume*, 36:383-391.
- Ecklund K, Johnson WB (2007). Toward cultural competence in child intake assessments. *Professional Psychology-Research and Practice*, 38:356-362.
- Ehnholt KA, Yule W (2006). Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:1197-1210.
- Einarsdóttir J (2006). Child survival in affluence and poverty: ethics and fieldwork experiences from Iceland and Guinea-Bissau. *Field Methods*, 18:189.
- Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK et al (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76:184.
- Ennew J, Myers WE, Plateau DP (2005). Defining child labor as if human right really matter. In BH Weston (ed) *Child Labor and Human Rights: Making Children Matter*. London: Lynne Rienner Publishers, pp28-52.
- Evans GW, Kim P (2007). Childhood poverty and health: cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychological Science*, 18:953-957.
- Fass S, Cauthen N (2008). *Who Are America's Poor Children?*
- Fazel M, Reed R, Panter-Brick C et al (2011). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379:266-282.
- Fekadu D, Alem A, Hägglöf B (2006). The prevalence of mental health problems in Ethiopian child laborers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:954-959.
- Foster G (1998). Today's children—challenges to child health promotion in countries with severe AIDS epidemics. *AIDS Care*, 10(supp 1): S17-S23.
- Foster G (2000). The capacity of the extended family safety net for orphans in Africa. *Psychology, Health and Medicine* 5:55-62.
- Foster G, Makufa C, Drew R et al (1997). Factors leading to the establishment of child-headed households: the case of Zimbabwe. *Health Transition Review*, 7(Supp2):155-168.
- Francis-Chizororo M (2010). Growing up without parents: socialisation and gender relations in orphaned-child-headed households in rural Zimbabwe. *Journal of Southern African Studies*. 36:711-727.
- Geltman PL, Grant-Knight W, Mehta SD et al (2005). The "Lost Boys of Sudan": functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159:585-591.
- Germann SE (2005). *An Exploratory Study of Quality of Life and Coping Strategies of Orphans Living in Child-Headed Households in the High HIV/AIDS Prevalent City of Bulawayo, Zimbabwe*. University of South Africa: Pretoria.

- Gharaibeh M, Hoeman S (2003). Health hazards and risks for abuse among child labor in Jordan. *Journal of Pediatric Nursing*, 18:140-147.
- Gibbons ED, Huebler F, Loaiza E (2005). *Child Labour, Education and the Principle of Non-Discrimination*. UNICEF, Division of Policy and Planning.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K et al (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373:68-81.
- Gordon D (2005). *Indicators of Poverty and Hunger*. Expert Group Meeting on Youth Development Indicators, UN Headquarters, New York.
- Gordon D, Nandy S (2008). *UNICEF Global Study of Child Poverty and Disparities: Measuring Child Poverty for Policy Purposes*.
- Green J, Howes F, Waters E et al (2005). Promoting the social and emotional health of primary school-aged children: reviewing the evidence for school-based interventions. *International Journal of Mental Health Promotion*, 7:30-36.
- Guendelman S, Angulo V, Wier M et al (2005). Overcoming the odds: access to care for immigrant children in working poor families in California. *Maternal and Child Health Journal*, 9:351-362.
- Gunew SM (2003). *Haunted Nations: The Colonial Dimensions of Multiculturalism*. New York: Routledge.
- Hagemann F, Diallo Y, Etienne A (2006). *Global Child Labour Trends: 2000 to 2004*. Geneva: International Labour Organization.
- Hassan G, Rousseau C (2008). Protecting children: issues of intervention in intercultural context. *LARIC Bulletin*, 37:37-50.
- Hillis SD, Zapata L, Robbins CL et al (2012). HIV seroprevalence among orphaned and homeless youth: no place like home. *AIDS*, 26:105-110.
- Hjern A, Angel B, Höjer B (1991). Persecution and behavior: A report of refugee children from Chile. *Child Abuse & Neglect* 15:239-248.
- Hjern A, Angel B, Jeppson O (1998). Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scandinavian Journal of Public Health* 26:18-25.
- Hodes M, Jagdev D, Chandra N et al (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:723-732.
- Hope Worldwide Africa (2006). *Introduction to Working with Children and Psychosocial Support Participant's Manual*.
- Hsieh E (2007). Interpreters as co-diagnosticians: overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine*, 64:924-937.
- Huang CC, Barreda P, Mendoza V et al (2004). A comparative analysis of abandoned street children and formerly abandoned street children in La Paz, Bolivia. *Archives of Disease in Childhood*, 89:821-826.
- Humphreys G (2009). Healing child soldiers. *Bulletin of the World Health Organization*, 87:325-404.
- IASC Reference Group for mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010). *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Geneva.
- Ide LS, Parker DL (2005). Hazardous child labor: lead and neurocognitive development. *Public Health Reports*, 120:607-612.
- ILO (2010). *Facts on Child Labour 2010*.
- Inciardi JA, Surratt HL (1998). Children in the streets of Brazil: drug use, crime, violence, and HIV risks. *Substance Use and Misuse*, 33:1461-1480.
- International HIV/AIDS Alliance (2003). *Building Blocks: African-wide Briefing Notes on Psychosocial Support Resources for Communities Working with Orphans and Vulnerable Children*.
- Jaycox LH, Stein BD, Kataoka SH et al (2002). Violence exposure, posttraumatic stress disorder and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:1104-1110.
- Jones A (2009). Social marginalization and children's rights: HIV-affected children in the Republic of Trinidad and Tobago. *Health Social Worker*, 34:293-300.
- Johnson K, Asher J, Rosborough S et al (2008). Association of combatant status and sexual violence with health and mental health outcomes in postconflict Liberia. *Journal of the American Medical Association*, 300:676-690.
- Kataoka SH, Stein BD, Jaycox LH et al (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:311-318.
- Keairns YE (2002). *The Voices of Girl Child Soldiers: Summary*. Quaker United Nations Office.
- Khuwaja S, Selwyn BJ, Shah SM (2005). Prevalence and correlates of stunting among primary school children in rural areas of southern Pakistan. *Journal of Tropical Pediatrics*, 51:72-77.
- Kirmayer LJ, Rousseau C, Jarvis GE et al (2003). The cultural context of clinical assessment. In A Tasman, J Lieberman, J Kay (eds), *Psychiatry* New York: John Wiley & Sons, pp19-29.
- Klasen F, Oettingen G, Daniels J et al (2010). Posttraumatic resilience in former ugandan child soldiers. *Child Development*, 81:1096-1113.
- Kohrt BA, Jordans MJ, Tol WA et al (2008). Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal. *Journal of the American Medical Association*, 300:691-702.
- Lalor KJ (1999). Street children: a comparative perspective. *Child Abuse and Neglect*, 23:759-770.
- Lansdown G (1994). Children's rights. In B Mayall (ed), *Children's Childhoods. Observed and Experienced*. London: Falmer Press.
- Le Roux J (1996). Street children in South Africa: findings from interviews on the background of street children in Pretoria, South Africa. *Adolescence*. 31:423-431.

- Leinberger-Jabari A, Parker DL, Oberg C (2005). Child labor, gender, and health. *Public Health Reports*, 120:642-647.
- Liebel M (2004). *A Will of Their Own: Crosscultural Perspectives on Working Children*. London: Zed Books.
- Luna GC (1991). Street youth: Adaptation and survival in the AIDS decade. *Journal of Adolescent Health*, 12:511-514.
- Luzze F (2002). *Survival in Child-Headed Households: A Study on the Impact of World Vision Support on Coping Strategies in Child-Headed Households in Kakuuto County, Rakai District, Uganda*, Oxford Centre for Mission Studies, University of Leeds: Leeds, p77.
- Machel G (2001). *The Impact of War on Children*. London: UNICEF-Unifem.
- Madhavan S (2004). Fosterage patterns in the age of AIDS: continuity and change. *Social Science and Medicine*, 58:1443-1454.
- Makame V, Ani C, Grantham-McGregor S (2002). Psychological wellbeing of orphans in Dar-Es-Salaam, Tanzania. *Acta Paediatrica*, 91:459-465.
- Mathews R, Reis C, Iacopino V (2003). Child labor. A matter of health and human rights. *Journal of Ambulatory Care Management*, 26:181-182.
- McAlpine K, Henley R, Mueller M et al (2010). A survey of street children in northern Tanzania: how abuse or support factors may influence migration to the street. *Community Mental Health Journal*, 46:26-32.
- McKay S, Mazurana D (2004). *Where are the Girls? Girls in Fighting Forces in Northern Uganda, Sierra Leone, and Mozambique: Their Lives During and After War*. Montreal: International Centre for Human Rights and Democratic Development.
- McKay S, Veale A, Worthen M et al (2010). *Community-Based Reintegration of War-Affected Young Mothers: Participation Action Research (PAR) in Liberia, Sierra Leone and Northern Uganda*. ParGirlProject.
- McKnight RH, Spiller HA (2005). Green tobacco sickness in children and adolescents. *Public Health Reports*, 120:602-605.
- Measham T, Guzder G, Rousseau C et al (2010). Cultural considerations in child and adolescent psychiatry. *Psychiatric Times*, 27:1-6.
- Measham T, Rousseau C (2011). Family disclosure of war trauma to children. *Traumatology*, 16:85-96.
- Miller KE, Rasmussen A (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70:7-16.
- Minujin A, Nandy S (2012). *Global Child Poverty and Well-Being: Measurement, Concepts, Policy and Action*. University of Bristol: The Policy Press, p3.
- Monasch R, Boerma TJ (2004). Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS*, 18(sup 2):S55-S65.
- Montgomery E (2010). Trauma and resilience in young refugees: a 9-year follow-up study. *Development and Psychopathology*, 22:477-489.
- Montgomery E, Foldspang A (2006). Validity of PTSD in a sample of refugee children: can a separate diagnostic entity be justified? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15:64-74.
- Mull LD, Kirkhorn SR (2005). Child labor in Ghana cocoa production: focus upon agricultural tasks, ergonomic exposures, and associated injuries and illnesses. *Public Health Reports*, 120:649-655.
- Nada KH, Suliman el DA (2010). Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt. *AIDS*, 24(sup 2):S39-44.
- Najman JM, Hayatbakhsh MR, Clavarino A et al (2010). Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 100:1719-1723.
- Nandy S, Irving M, Gordon D et al (2005). Poverty, child undernutrition and morbidity: new evidence from India. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:210-216.
- Ngo V, Langley A, Kataoka S et al. (2008). Providing evidence based practice to ethnically diverse youth: Examples from the cognitive behavioural intervention for trauma in schools (CBITS) program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:858-862.
- Nkouika-Dinghani-Nkita G (2000). *Les déterminants du phénomène des enfants de la rue à Brazzaville* [The causes of the phenomenon of street children in Brazzaville].
- Nielsen SS, Norredam M, Christiansen KL et al (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark - the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 8:19.
- Nuwayhid I, Saddik B, Quba'a R (2001). Working children in small industrial establishments in Tripoli and Akkar—Lebanon: their work environment and work activities. *Proceedings of the International Programme for the Elimination of Child Labour (IPEC) at the International Labour Organization*, Geneva, Switzerland.
- Nyamukapa CA, Gregson S, Wambe M et al (2010). Causes and consequences of psychological distress among orphans in eastern Zimbabwe. *AIDS Care*, 22:988-996.
- Nyangara FM (2004). *Changes in Household Composition and Orphan's Living Situations in Selected Sub-Saharan African Countries Affected by HIV/AIDS*. Futures Group International/PHNI Project: Washington, DC.
- Oleke C, Blystad A, Fylkesnes Ket al (2007). Constraints to educational opportunities of orphans: a community-based study from northern Uganda. *AIDS Care*, 19:361-368.
- Omokhodion FO, Uchendu OC (2010). Perception and practice of child labour among parents of school-aged children in Ibadan, southwest Nigeria. *Child: Care Health and Development*, 36:304-308.
- Otañez MG, Muggli ME, Hurt RD et al (2006). Eliminating child labour in Malawi: a British American Tobacco corporate responsibility project to sidestep tobacco labour exploitation. *Tobacco Control*, 15:224-230.

- Pagare D, Meena GS, Jiloha RC et al (2005). Sexual abuse of street children brought to an observation home. *Indian Pediatrics*, 42:134-1139.
- Park JM, Fertig AR, Allison PD (2011). Physical and mental health, cognitive development, and health care use by housing status of low-income young children in 20 American cities: a prospective cohort study. *American Journal of Public Health*, 101(supp 1):S255-261.
- Parker DL, Fassa AG, Scanlon TJ (2010). Understanding the health effects of child labour. In A Fassa, D Parker, T Scanlon (eds) *Child Labour: A Public Health Perspective*. Oxford: Oxford University Press, pp103-121.
- Pickett KE, Wilkinson RG (2007). Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *British Medical Journal*, 335:1080.
- Ravallion M (2010). [Poverty Lines across the World. Policy Research Working Paper 5284, World Bank Development Research Group, Washington DC.](#)
- Roalkvam S (2005). The children left to stand alone. *African Journal of AIDS Research*, 4:211-218.
- Robson E (2004). Hidden child workers: young carers in Zimbabwe. *Antipode*, 36:227-248.
- Rothe EM, Lewis J, Castillo-Matos K et al (2002). Posttraumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp. *Psychiatric Services*, 53:970-976.
- Rousseau C, de la Aldea E, Viger Rojas M et al (2005). After the NGO's departure: Changing memory strategies of young Mayan refugees who returned to Guatemala as a community. *Anthropology and Medicine*, 12:3-21.
- Rousseau C, Drapeau A, Platt R (1999). Family trauma and its association with emotional and behavioral problems and social adjustment in adolescent Cambodian refugees. *Child Abuse and Neglect*, 23:1263-1273.
- Rousseau C, Drapeau A, Platt R (2004). Family environment and emotional and behavioural symptoms in adolescent Cambodian Refugees: influence of time, gender, and acculturation. *Medicine, Conflict and Survival*, 20:151-165.
- Rousseau C, Foxen P (2005). Constructing and deconstructing the myth of the lying refugee: Paradoxes of power and justice in an administrative immigration tribunal. In E Van Dongen, S Fainzang (eds), *Lying & Illness: Power and Performance*, Amsterdam: Aksant, pp56-91.
- Rousseau C, Guzder J (2008). School-based prevention programs for refugee children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17:533-549.
- Rousseau C, Hassan G, Measham T et al. (2009). From the family universe to the outside world: family relations, school attitude and perception of racism in Caribbean and Filipino adolescents. *Health & Place*, 15:721-730.
- Rousseau C, Measham T, Moro MR (2011). Working with interpreters in child mental health. *Child and Adolescent Mental Health*, 16:55-59.
- Ruiz-Casares M (2009). Between Adversity and Agency: Child and Youth-Headed Households in Namibia. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 4:238-248.
- Ruiz-Casares M (2010). Kin and youths in the social networks of youth-headed households in Namibia. *Journal of Marriage and Family*, 72:1408-1425.
- Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn et al (2010). Right and access to healthcare for undocumented children: Addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. *Social Science and Medicine*, 70:329-336.
- Ruiz-Casares M, Thombs BD, Rousseau C (2009). The association of single and double orphanhood with symptoms of depression among children and adolescents in Namibia. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18:369-376.
- Sack WH, Clarke G, Him C et al (1993). A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:431-437.
- Saddik B, Nuwayhid I, Williamson A et al (2003). Evidence of neurotoxicity in working children in Lebanon. *Neurotoxicology* 24:733-739.
- Saddik B, Nuwayhid I, Williamson A et al (2005). The effects of solvent exposure on memory and motor dexterity in working children. *Public Health Reports*, 120:657-663.
- Saiyed HN (1995). Dustiness, silicosis, and tuberculosis in small scale pottery workers. *Indian Journal of Medical Research*, 102:138-142.
- [Save the Children \(2005\). Global submission by the International Save the Children Alliance, UN Study on Violence Against Children, p 43.](#)
- Scanlon T, Prior V, Laramao MLN et al (2002) Child labour. Vast problem whose effects on children's health remain largely unstudied. *British Medical Journal*, 325:401-402.
- Scivoletto S, da Silva TF, Rosenheck RA (2011). Child psychiatry takes to the streets: a developmental partnership between a university institute and children and adolescents from the streets of Sao Paulo, Brazil. *Child Abuse and Neglect*, 35:89-95.
- Scheper-Hughes N (1987). Culture, scarcity, and maternal thinking: mother love and child death in Northeast Brazil. In N Scheper-Hughes (ed) *Child Survival: Anthropological Perspectives on the Treatment and Maltreatment of Children*. Dordrecht, Holland: D Reidel, pp187-208.
- Scheper-Hughes N, Sargent CF (1998). *Small Wars: The Cultural Politics of Childhood*. Berkeley: University of California Press.
- Secombe K (2000). Families in poverty in the 1990s: trends, causes, consequences, and lessons learned. *Journal of Marriage and Family*, 62:1094-1113.
- Seglem KB, Oppedal B, Raeder S (2011). Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52:457-464.
- Sen A (2008). Violence, identity and poverty. *Journal of Peace Research*, 45:5.
- Sharma S, Lal R (2011). Volatile substance misuse among street children in India: a preliminary report. *Substance Use and Misuse*, 46(supp 1):46-49.

- Sherman SS, Plitt S, ul Hassan S et al (2005). Drug use, street survival, and risk behaviors among street children in Lahore, Pakistan. *Journal of Urban Health*, 82(supp 4):iv113-124.
- Sherr L, Varrall R, Mueller J et al (2008). A systematic review on the meaning of the concept 'AIDS Orphan': confusion over definitions and implications for care. *AIDS Care*, 20:527-536.
- Simich L (2006). Hidden meanings of health security: migration experiences and systemic barriers to mental well-being among non-status migrants in Canada. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 2 (3/4):16-27.
- Shonkoff JP, Garner S et al (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 129:e232-246.
- Stein DJ, Seedat S, Iversen A et al (2007). Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. *The Lancet* 369:139-144.
- Sujoldzic A, Peternel L, Kulenovic T et al (2006). Social determinants of health—a comparative study of Bosnian adolescents in different cultural contexts. *Collegium Antropologicum*, 30:703-711.
- Tabassum F, Baig LA (2002). Child labour a reality: results from a study of a squatter settlement of Karachi. *Journal of Pakistan Medical Association*, 52:507-510.
- Touzines K (2007). Unaccompanied minors: rights and protection. *International Journal of Refugee Law* 19:779-782.
- UCW (2003a). *Understanding Children's Work in Guatemala*.
- UCW (2003b). *Understanding Children's Work in Yemen*.
- UNAIDS (2010). *Report on the Global AIDS Epidemic*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Geneva, Switzerland.
- UNICEF (2001). *A Study on Street Children in Zimbabwe*.
- UNICEF (2003). *Child Protection Definitions*.
- UNICEF (2000). *Poverty Reduction Begins with Children*.
- UNICEF (2005a). *The State of the World's Children 2005 - Childhood under Threat*.
- UNICEF (2005b). *Child Poverty in Rich Countries*.
- UNICEF (2006a). *The State of the World's Children 2007: Women and Children - The Double Dividend of Gender Equality*.
- UNICEF (2006b). *Street Children*.
- UNICEF (2006c). *Child and Youth Participation Resource Guide*.
- United Nations (2007). *Paris Principles: Children and Armed Conflict*
- United Nations (2010). *Global Education Digest 2010: Comparing Education Statistics Across the World*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- United Nations Women (2010). *Women, Poverty and Economics*.
- Vásquez WF, Bohara AK (2010). Household shocks, child labor, and child schooling: evidence from Guatemala. *Latin American Research Review*, 45:165-186.
- Veale A, Stavrou A (2007). Former Lord's Resistance Army child soldiers abductees: explorations of identity in reintegration and reconciliation. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 13:273-292.
- Werner EE (1993). Risk, resilience, and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and psychopathology*, 5:503-503.
- Wessells M (2006). *Child Soldiers: From Violence to Protection*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- WHO (2000). Understanding substance use among street children. In WHO, *Working with Street Children: A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health Including HIV/AIDS*.
- Wiese EB, Burhorst I (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44:596-613.
- Williamson J (2006). The disarmament, demobilization and reintegration of child soldiers: social and psychological transformation in Sierra Leone. *Intervention*, 4:185-205.
- Woodhead M (2001). The value of work and school: a study of working children's perspectives. In K Lieten, B White (eds) *Child Labour: Policy Options*, Amsterdam: Children's Life Worlds.
- World Bank (2012). *World Bank Sees Progress Against Extreme Poverty, But Flags Vulnerabilities*. Press Release No:2012/297.
- Worthen M, Veale A, McKay S et al (2010). "I stand like a woman": empowerment and human rights in the context of community-based reintegration of girl mothers formerly associated with fighting forces and armed groups. *Journal of Human Rights Practice*, 2:49-70.
- Zhao G, Li X, Kaljee L et al (2009). Psychosocial consequences for children experiencing parental loss due to HIV/AIDS in central China. *AIDS Care*, 21:769-774.