

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Rita Isabel Vieira Junqueira Martins

**CARATERIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E
PSICOLÓGICA DE UMA AMOSTRA DE
CRIANÇAS ÓRFÃS POR HIV/SIDA, NA
FAVELA DE KIBERA NUMA
ABORDAGEM DESCRITIVA À LUZ DO
MODELO SOCIOECOLÓGICO**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e
Aconselhamento orientada pela Professora Doutora Maria de São João Castilho
Brêda e Professora Doutora Luiza Nobre Lima e apresentada à Faculdade de
Psicologia e de Ciências da Educação**

Novembro de 2020

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

**CARATERIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E
PSICOLÓGICA DE UMA AMOSTRA DE CRIANÇAS
ÓRFÃS POR HIV/SIDA, NA FAVELA DE KIBERA
NUMA ABORDAGEM DESCRITIVA À LUZ DO
MODELO SOCIOECOLÓGICO**

Rita Isabel Vieira Junqueira Martins

Dissertação de Mestrado na área da Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento
apresentado ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2020



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

Aos meus Pais. Merecem tudo! Sou-vos imensamente grata pelo suporte absoluto em todas as decisões da minha vida, nas idas, nas chegadas, nos bons e nos momentos menos bons. Todas estas conquistas são para vocês!

Sem dúvida, à Professora Doutora Maria São João Brêda. Pela paciência, sabedoria, ensinamentos, disponibilidade, rigor, profissionalismo e encorajamento constante durante esta longa caminhada. Tem o meu respeito e admiração e gratidão. Não teria conseguido sem si!

À Professora Doutora Luiza Nobre Lima. Muito grata em ter aceite o desafio lançado pela Doutora São João e pela assistência extra, tão pertinente e vantajosa!

Aos amigos que fiz durante o meu percurso em Coimbra e que ficam para sempre. Durante este período, em especial, à Vânia e ao Nuno, pelos ensinamentos, trocas de ideias e apoio constante.

Ao Nico e ao nosso Benjamim. Vamos recuperar todos os fim-de-semana que nos tirei! Ainda ao Nico por ter sido essencial neste processo. Pela assistência em situações de fragilidade, pelo alento e força passada para continuar este percurso sinuoso e pela partilha das pequenas conquistas.

Ao meu irmão. Grande Verda, foi desta!

À minha sogrinha, pela preciosa ajuda a tomar conta do minorca.

Ao meu avô Armando. Não ficaste para ver, seu maroto! Um brinde a ti!

Aos teóricos da Saúde Mental nesta área de HIV, orfandade e países subdesenvolvidos. Aos que andam pelo terreno.

A Kibera! Às suas crianças. Ao povo mais resiliente e mais fantástico que já conheci! Imortalizei-vos no coração e deixo uma parte de vós neste estudo.

A mim. Por ter conseguido.

Resumo

O número de novas infecções causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no mundo tem diminuído. No entanto, o número de crianças com menos de 18 anos que ficam órfãs como resultado de mortes relacionadas com o HIV/SIDA continua a aumentar. Dado que a orfandade tem sido associada a piores resultados de saúde, de nível educacional, a desvantagem económica e pobreza, afetando o bem-estar e desenvolvimento geral, as crianças afetadas encontram-se numa situação de vulnerabilidade, e de risco de desenvolvimento de futuros problemas de saúde mental. São objetivos da presente dissertação a caracterização ao nível descritivo da saúde mental e condições de vida da amostra, e a análise de diferenças na saúde mental de acordo com o tipo de orfandade, o estatuto de HIV, o género, as diferentes faixas etárias, a frequência da escola e a pobreza. Por último, propomos um guião de entrevista a crianças para recolha de dados para futuras intervenções. A amostra é composta por 68 crianças e adolescentes órfãs, a residir na favela de Kibera, no Quénia, com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos ($M=12.27$; $DP=3.20$), maioritariamente do sexo feminino (60.3%). Os instrumentos utilizados foram uma entrevista semi-estruturada com onze questões abertas sobre variáveis sociodemográficas e cinco instrumentos de avaliação específicos: o Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Depression Scale for Children (CES-DC), Children and Adolescent Disruptive Behavior Inventory (CABDI), o Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) e o Behavioral Anger Response Questionnaire (BARQ). Os resultados a nível descritivo mostram elevada variabilidade na manifestação de sintomas de dificuldades de saúde mental na amostra, e no geral sugerem a possibilidade de níveis elevados de ansiedade. Também sugerem mais dificuldades associadas à depressão ou à conduta disruptiva nas crianças mais velhas, mais ansiedade nas de condição HIV positiva, e um nível total de dificuldades mais elevado nas que apresentam mais pobreza.

Palavras chave: HIV/SIDA, orfandade, Kibera, saúde mental, fatores de proteção e de risco

Abstract

The number of new infections caused by the human immunodeficiency virus (HIV) in the world has declined. However, the number of children under 18 orphans as a result of HIV / AIDS-related deaths continues to increase. As orphanhood has been associated with worse health status, educational level, economic disadvantage and poverty, affecting well-being and general development, affected children are in a situation of vulnerability, and at risk of developing future mental health problems. The purpose of this dissertation is the characterization at the descriptive level of mental health and living conditions of the sample, and the analysis of differences in mental health according to the type of orphanhood, the HIV status, the gender, the different age groups, the school attendance and poverty. Finally, we suggest an interview guideline for children to collect data in future interventions. The sample is composed by 68 orphaned children and adolescents, staying at Kibera slum, in Kenya, aged between 7 and 17 years old ($M = 12.27$; $SD = 3.20$), mostly female (60.3%). The instruments used were a semi-structured interview with eleven open questions about sociodemographic variables and five specific assessment instruments: the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Depression Scale for Children (CES-DC), Children and Adolescent Disruptive Behavior Inventory (CABDI), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and the Behavioral Anger Response Questionnaire (BARQ). The descriptive results reveal high variability in the manifestation of symptoms of mental health difficulties in the sample, and in general suggest the possibility of high levels of anxiety. They also suggest more difficulties associated with depression or disruptive behavior in older children, more anxiety in those with HIV positive status, and a higher total level of difficulties in those with high poverty level. .

Keywords: HIV / AIDS, orphanhood, Kibera, mental health, protective and risk factors

Índice de Tabelas

Tabela 1: *Caraterísticas Gerais da Amostra*

Tabela 1a: *Média, desvio-padrão e variabilidade das escalas totais para avaliar a saúde mental*

Tabela 1b: *Tabela de correlação entre as escalas, a MCDT e a idade (n=66)*

Tabela 1c: *Frequência das classes de respostas a duas questões abertas relacionadas entre si: principais mudanças ocorridas após morte do(s) pai(s) (Q3); e desafios quotidianos após morte do(s) pai(s) (Q6)*

Tabela 1d: *Frequência das classes de respostas à questão aberta: “Como correm os estudos(Q7)?”*

Tabela 1e: *Frequência das classes de respostas à questão aberta: ‘Recebes Ajuda externa’? (Q8)*

Tabela 1f: *Frequência das classes de respostas à questão aberta: ‘Se tivesses a oportunidade de ser ajudado, qual(is) a(s) área(s) em que gostarias de o ser’? (Q9)*

Tabela 1g: *Frequência das classes de respostas à questão aberta: ‘Como são as condições de vida na favela de Kibera’? (Q10)*

Tabela 2: *Médias, desvios-padrão das variáveis para análise da saúde mental em função do estatuto de orfandade através de estatística descritiva MANCOVA na comparação entre crianças Totalmente Órfãs, Órfãs de Mãe, e Órfãs de Pai, e análise ANOVA para a MCDT (n=68)*

Tabela 3: *Médias, desvios-padrão das variáveis para análise da saúde mental em função do estatuto de HIV das crianças e estatística MANCOVA na comparação entre as HIV positivas e negativas e análise ANOVA para a MCDT (n=68)*

Tabela 4: *Médias e desvios-padrão das variáveis para análise da saúde mental em função do género das crianças e estatística MANCOVA na comparação entre sexo feminino e masculino e idade e análise ANOVA para a MCDT (n=68)*

Tabela 5: *Médias, desvios-padrão das variáveis para análise da saúde mental em função da frequência escolar das crianças e estatística MANCOVA na comparação entre frequentar ou não a escola e análise ANOVA para a MCDT (n=68)*

Tabela 6: *Médias, desvios-padrão das variáveis da saúde mental em função da pobreza e estatística MANCOVA na comparação entre tipos de dificuldades (comida e renda, propinas, outros, nenhuma) e análise ANOVA para a MCDT (n=68)*

Índice

Agradecimentos	3
Resumo	4
<i>Abstract</i>	5
Índice de Tabelas	6
Índice	7
Introdução	8-9
Enquadramento Concetual	10-22
Objetivos	23
Metodologia	24-28
Discussão e Resultados	29-49
Conclusão	50-53
Bibliografia	54-65
Anexos	66

Introdução

Estima-se que até ao final de 2020 haverá mais de 25 milhões de crianças órfãs por HIV/SIDA no mundo (Doku et al., 2019). Nos últimos anos, houve um aumento significativo no número de crianças e adolescentes órfãos, como resultado da pandemia de HIV/SIDA, particularmente na África Subsaariana (Ramsden, 2002; Masando, 2004; Pillay, 2018). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018) por toda a África, 25.7 milhões de pessoas encontram-se infectadas com o vírus do HIV/SIDA. No Quênia, o número de infetados ronda os 1.5 milhões.

A literatura sustenta que as crianças infectadas com o vírus do HIV/SIDA sofrem um risco muito maior de pobreza, falta de habitação, educação reduzida, discriminação e perda de oportunidades de vida. A pluralidade dos estudos existentes conclui que a perda de um progenitor para o HIV é um fator de risco significativo para o desenvolvimento da criança e do adolescente (Cluver et al., 2012; Fang et al., 2009). No entanto, embora num volume menor, a literatura existente também sugere que algumas dessas crianças não relatam níveis clinicamente significativos ou elevados de problemas de saúde mental ao longo do tempo (Chi et al., 2013; Pelton e Forehand, 2005; Rotheram-Borus et al., 2005).

Nas últimas três décadas, tem-se assistido a um aumento de conhecimentos sobre a temática, corroborado nas revisões de Wild (2001), Cluver e Gardner (2007), Chi e Xiaoming (2014), Sharp et al. (2015) e Doku et al. (2019). Não obstante, estas revisões identificaram a existência de variadas limitações na literatura, como o uso de uma variedade de medidas para qualquer construto de saúde mental, a necessidade do desenvolvimento de modelos teóricos empiricamente informados que possam fornecer estruturas integradas para orientar futuras pesquisas e intervenções, necessidade de recurso a grupos de comparação específicos, predominância de estudos transversais.

Concretamente sobre a saúde mental de crianças órfãs por HIV/SIDA no contexto Africano, a revisão de literatura realizada por Sharp et al. (2015), permite perceber que não existem muitas investigações sobre saúde mental e dimensões de bem-estar psicológico de crianças órfãs por HIV/SIDA em África, sendo a existente limitada e dispersa. Apesar disso, a leitura da mesma fonte permite perceber uma preocupação crescente em relação ao bem-estar psicológico dos órfãos por HIV/SIDA no continente africano, defendendo a necessidade de pesquisas adicionais e rigorosas sobre saúde mental, fatores de risco e fatores de proteção nesta população específica, sendo fundamental que a pesquisa adote uma abordagem mais coordenada, que permita comparações significativas dos resultados da criança em diferentes áreas.

A investigação decorreu na favela de Kibera, Quênia. Durante cerca de quatro anos, Kibera foi o local de trabalho da autora do presente trabalho. *In loco* foi testemunhado o fenómeno de exclusão social e de pobreza perceptível, traduzido objetivamente, nas inúmeras carências económicas, sociais, habitacionais, de acesso a bens e serviços, de saúde e lazer, de falta de emprego, de marginalização, de discriminação, de lacunas sanitária, de ausência de água

canalizada, sob um pano de fundo de graves violações dos direitos humanos. O HIV/SIDA pode ser compreendido como consequência dos vários tipos de carência anteriormente mencionada e está disseminado entre a população de Kibera.

Em consequência das condições de vida desumanas que testemunhou, surgiu na investigadora a motivação de contribuir para a investigação sobre Kibera, na área da saúde mental das pessoas mais desprivilegiadas, neste caso das crianças e adolescentes atingidas pelo HIV como órfãs de progenitores vitimados pela doença, com o propósito de tentar combinar o conhecimento teórico e empírico com a utilidade prática que tal informação pudesse assumir para o trabalho da associação onde colaborou e de outras ONGs a atuar em terreno. O papel das ONGs em Kibera junto destas crianças e adolescentes incide, sobretudo, no apoio na área da educação, ocupação de tempos livres e intervenção ao nível psicossocial. No entanto, para que o eixo relativo ao apoio psicossocial e saúde mental possa ser adequadamente alcançado são necessárias investigações sobre estas dimensões psicológicas nas crianças órfãs por HIV/SIDA, adaptadas ao contexto de Kibera. Assiste-se a uma insuficiência de estudos ou investigações empíricas direcionadas para a saúde mental, de intervenção psicossocial, de prevenção de futuros comportamentos de risco com crianças e adolescentes, e as lacunas são evidentes em termos de instrumentos, ferramentas e protocolos de avaliação para intervenção no terreno.

Deste modo, o objetivo primordial deste estudo é analisar a saúde mental de crianças órfãs que perderam um ou ambos os pais devido ao HIV/SIDA, explorando os desafios, os pontos fortes e as áreas necessárias de assistência / suporte. Por conseguinte, pretende-se caracterizar um grupo de crianças órfãs em termos de saúde mental, averiguando se existem níveis clinicamente significativos de sintomas depressivos, ansiógenos, de raiva, de comportamentos disruptivos e se existem níveis positivos de autoestima, a partir de instrumentos de avaliação específicos.

Convergentemente, englobam-se na análise potenciais fatores de risco, como o facto de ser portadora de HIV, e potenciais fatores protetores, como o facto de frequentarem a escola, entre outros fatores demográficos e de condições de vida. Explorou-se também o papel de outros fatores, como o sexo, idade, e o sexo do progenitor falecido.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas partes. Na primeira, será apresentado um enquadramento conceptual, onde se pretende elaborar uma revisão da literatura sobre crianças e adolescentes órfãs e filhos de pais com HIV; uma breve explicação das características do ambiente da favela de Kibera; descrição dos fatores socioecológicos em termos de potencial risco ou proteção, ou seja, que podem influenciar negativamente ou positivamente o desenvolvimento da criança e do adolescente e, por fim, será apresentada uma súmula referente às dimensões de saúde psicológica abordadas no estudo, concretamente os conceitos de depressão, ansiedade, autoestima, raiva, problemas disruptivos em crianças e adolescentes órfãs por HIV/SIDA. Na segunda parte, referente ao estudo empírico, serão apresentados os objetivos, a metodologia seguida (amostra, instrumentos e procedimentos), os resultados obtidos e a sua respectiva discussão. Por último, serão apresentadas as principais conclusões.

Enquadramento Conceptual

1. Risco de problemas psicológicos em crianças órfãs por HIV/SIDA

Um dos oito objetivos de desenvolvimento do milénio assenta no apoio e suporte a crianças órfãs. Muitas das crianças órfãs e vulneráveis são provenientes de pais que foram vítimas de HIV/SIDA (Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, 2015).

No contexto do presente estudo, o termo ‘órfão’ refere-se a uma criança com menos de 18 anos que perdeu um, ou ambos os pais (UNICEF, 2018). A morte de um progenitor durante a infância tem um impacto no bem-estar psicossocial da criança e repercussões na saúde mental infantil (Dowdney, 2000). As crianças, em particular, correm maior risco de luto não resolvido ou complicado, devido à sua vulnerabilidade no desenvolvimento, por exemplo, não terem alcançado ainda níveis mais complexos de funcionamento cognitivo, emocional e social (Cluver & Gardner, 2007).

As crianças órfãs devido ao HIV/SIDA podem enfrentar desafios psicológicos e sociais adicionais, incluindo estigmatização, morte iminente ou real dos pais sobreviventes, interrupções nos cuidados subsequentes e dificuldades financeiras, sendo que estes desafios podem impedir ainda mais o processo de luto, colocando essas crianças em risco aumentado de prolongados problemas mentais e comportamentais (Cluver & Gardner, 2006; Sachs & Sachs, 2004).

Conforme salientaram Cantor-Graae e Bajunirwe (2005) problemas emocionais e comportamentais manifestam-se, frequentemente, em crianças que vivem com um ou com ambos os progenitores com HIV/SIDA, sugerindo nomeadamente que estes apresentam níveis mais altos de depressão. Por sua vez, Steele, Nelson & Cole (2007) referem que crianças com pais afetadas pelo HIV relataram mais problemas internalizantes e externalizantes, demonstraram menor competência social e cognitiva, mais problemas de adaptação, níveis baixos de autoestima, alto nível de stress e aumento de comportamentos delinquentes.

Da mesma forma, o impacto prejudicial da orfandade relacionada com o HIV/SIDA tem sido evidenciado em várias revisões da literatura, sendo que Chi & Li (2013) concluíram que existem, igualmente, consequências negativas ao nível social e educacional.

2. Crianças que vivem com pais infetados por HIV/SIDA

Rotheram-Borus, Weiss, Alber & Lester (2005) descobriram que as crianças são afetadas não apenas pela morte dos pais devido à SIDA, mas também pelo tempo que passam com seus progenitor(es) infectado(s) ou simplesmente vivendo em casa com um parente infectado, ao testemunharem, por exemplo, a sua deterioração física e psicológica, diminuição das suas habilidades parentais e de apoio social, entre outras, e também ao ficarem expostas a uma série de outras desvantagens, como a pobreza e o estigma. Essas mudanças na estrutura familiar levam à redução ou falta de atenção, ausência de cuidados e de orientação na relação “adultos para com as

crianças” que as colocam em risco aumentado de várias situações sociais e de problemas psicológicos. Existe muitas vezes uma inversão de papéis sendo que estas crianças geralmente necessitam de cuidar dos irmãos, dos pais, assumindo igualmente as tarefas domésticas, por vezes tendo ainda a necessidade de encontrar uma fonte de rendimento para sustentar a família.

Assim, a limitada evidência disponível na literatura indica que o desenvolvimento normal de uma criança pode começar a sofrer na presença de infecção por HIV / SIDA no seio familiar, sugerindo que estas crianças precisam de ser apoiadas no combate ao impacto do HIV /SIDA bem antes de ficarem órfãos. Lester et al. (2009) questionam justamente o timing da intervenção, notando que crianças que vivem com pais infectados são confrontadas com uma infinidade de vulnerabilidades e riscos com consequências psicológicas negativas, mas que, no entanto, ao invés de uma aposta intervencional ainda durante esta fase inicial - em que o(s) progenitor(es) se encontram infectados, mas vivos - os apoios disponíveis em termos de intervenção com estas crianças e adolescentes são maioritariamente oferecidos após a morte do(s) progenitore(s).

3. O ambiente físico e humano da Favela de Kibera

Localizada no Sudoeste de Nairóbi, Kibera fica a 5 quilómetros do centro da cidade e ocupa uma área aproximada de 2.25 quilómetros quadrados (UN Habitat, 2012). Na base da formação da favela, está um fenómeno de êxodo rural, de pessoas vindas de aldeias do interior do Quênia, em busca de oportunidades de emprego na cidade capital.

Segundo a UN Habitat (2012) devido à escassez de condições económicas para se estabelecerem em bairros formais, estas pessoas acabaram a ocupar estruturas improvisadas e de baixo custo, em Kibera. Conforme a publicação do Centro Africano de Pesquisa em Saúde e População (2002), as estruturas habitacionais nas favelas ou assentamentos informais, são temporárias, sem planificação adequada, com enorme sobrelotação, com falta de saneamento, com falta de água corrente (e potável) e insegurança. O desemprego é alto e a maioria dos residentes está envolvida em pequenos negócios ou apenas tem trabalho ocasional (Beguy et al., 2010).

As unidades de habitação individual compreendem principalmente estruturas habitacionais de uma só divisão, com menos de 9 metros quadrados em média. São construídas com um material temporário, principalmente lama e acácia, com telhados de chapa de zinco ondulado (UN Habitat, 2012). O custo é de cerca de 700 Ksh Quênia shillings por mês (cerca 6.30 euros). Tais barracos costumam abrigar 8 pessoas ou mais, com muitos a dormir no chão. As divisões são utilizadas para uma variedade de funções, como viver, dormir, ter atividade de lazer, cozinhar. Cada casa tem apenas uma porta e uma janela, o que limita a luz e a ventilação. Devido à falta de ligação à rede elétrica, a maioria dos residentes depende de lâmpadas de querosene para iluminação.

Dado que esses assentamentos são considerados ilegais, as autoridades relutam em prestar e fornecer-lhes serviços básicos como escolas, acesso a água, saneamento, estradas e instalações de saúde. Como consequência, os residentes apresentam maior taxa de mortalidade e baixa utilização de serviços de saúde em comparação com outros residentes urbanos (Beguy et al., 2010; Kyobutungi et al., 2007, Ziraba et al., 2009).

Há que referir ainda, que, embora a pandemia por Covid-19 tenha emergido recentemente, essas mesmas condições se averam com certeza extremamente perigosas.

4. Caracterização de potenciais fatores de risco e/ou protetores das crianças órfãs de HIV/SIDA em Kibera, analisados à luz do Modelo Socioecológico de Bronfenbrenner

A Teoria dos Sistemas Ecológicos do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner postula que as relações ou interdependência entre organismos e pessoas devem ser encaradas de modo holístico, reconhecendo o equilíbrio dentro do conceito ecológico. As interações que os indivíduos têm com os outros e com esses vários ambientes são vistas como processos-chave do desenvolvimento humano (Donald et al., 2010). Bronfenbrenner (1986) identifica quatro sistemas ecológicos: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema.

Por forma a termos uma percepção abrangente dos fatores de risco e da vulnerabilidade presentes em cada um dos sistemas que pode impactar negativamente a saúde mental das crianças e adolescentes órfãos por HIV/SIDA da amostra, foi adotada a abordagem socioecológica, tal como delineada nos trabalhos de Sharp et al. (2015).

Isto significa que as configurações contextuais são potencialmente úteis de serem levadas em consideração na compreensão de um problema, abrangendo os níveis micro, os intermediários, e macro, portanto ao nível dos indivíduos, famílias, escolas, bairros e comunidades, sem negligenciar o contexto social e cultural mais vasto, para a compreensão da função e significado dos padrões comportamentais e emocionais manifestados.

Existem fatores de risco, na amostra, que a afetam essencialmente por via da consequência da sua condição de crianças órfãs por HIV/SIDA. De um ponto de vista socioecológico, identificamos a pobreza familiar generalizada, a baixa disponibilidade e a baixa captação de recursos de assistência à infância, sistemas comunitários e institucionais inadequados de assistência e estrutura inadequada para proteção social de crianças vulneráveis, políticas e práticas precárias no local de trabalho que não apoiam o equilíbrio entre vida familiar e trabalho, estrutura legislativa deficiente para proteção da criança e algumas práticas tradicionais prejudiciais.

4.1 Análise do Micro e Mesossistema

Analisando as limitações em termos do microsistema, começaremos pela família, os pares, a escola, a vizinhança. Nesta seção, os pontos peculiares de risco e vulnerabilidade na favela de Kibera são examinados a partir da unidade familiar, sendo o componente mais crítico do ambiente de cuidado ecológico das crianças (Berk, 2000). O ambiente de cuidado de uma criança é formado principalmente pela qualidade da interação entre os agentes dentro do microsistema. Essas interações incluem o grau de aceitação pelos pais e adultos, e utilização dos recursos disponíveis para cuidar das crianças.

4.1.1 Famílias

De acordo com Berk (2000) sendo a família a origem primária dos padrões de comportamento e a unidade básica de cuidado das crianças, o relacionamento entre a criança e a unidade familiar está na base da formação de todos os aspectos do desenvolvimento físico e mental da criança, assegurando que esta recebe as bases apropriadas para futuros resultados sociais e de saúde positivos. Deste modo, conforme estudos da UNICEF (2005), a presença de uma família estável, apropriada e com recursos, pode ser considerada um factor chave de resiliência para uma equilibrada saúde mental e bem-estar da criança.

Segundo dados da UNICEF (2005) um elevado número de crianças a viver no Quênia está a ser criada com baixos cuidados parentais, que não garantem um óptimo desenvolvimento mental e social, ou inclusive, sem estes. No contexto de Kibera, a generalidade das famílias são monoparentais, com poucos recursos, sendo que a pobreza faz parte integrante da vida destas crianças e adolescentes. De referir que muitas delas estão ao encargo de cuidadores ou arranjos familiares, depois da morte do progenitor.

Analisando os estudos sobre prevalência de problemas de saúde mental entre crianças na África subsaariana, a sua maioria identificou uma associação entre psicopatologia infantil e pior status socioeconómico dos pais e considera que a pobreza pode iniciar uma espiral de eventos que podem ameaçar a estabilidade da unidade familiar e, como tal, podem colocar em risco o bem-estar social e mental das crianças, conduzir ao abandono da escola, mendicidade, casamentos impostos e precoces, trabalho infantil e diversas outras circunstâncias penosas.

No caso específico dos órfãos por HIV/SIDA, as condições sócio-económicas familiares podem contribuir e acrescentar-se a relações problemáticas criança-cuidador, e estas, a par de outras relações problemáticas, demonstraram ser fatores de risco significativos que podem levar a futuros problemas de saúde mental entre os órfãos (Cortina et al., 2012). Segundo estudos do South African Institute of Race Relations (2009) as crianças e adolescentes, como resultado de doença ou morte do cuidador, experienciam mais trabalho doméstico, e este estava associado a um aumento de problemas de internalização.

Tilak (2009) defende que o efeito cumulativo de menor conexão familiar, ter um adulto doente, mais trabalho doméstico e tratamento inferior percebido em relação a outras crianças mediavam a ocorrência entre os órfãos por HIV/SIDA de problemas de internalização. Os resultados encontrados na revisão da literatura, relativamente ao facto da morte do progenitor, consoante se tratava da mãe ou do pai, poder afectar mais, ou menos, o futuro surgimento de problemas de saúde mental na criança não foi consensual. Por exemplo, houve estudos que relataram que órfãos maternos exibiram piores problemas de internalização e frequência escolar (Bele et al., 2013) no entanto, outros relataram melhores resultados a longo prazo de resiliência contra sofrimento psicológico (Cluver et. al., 2012).

Importa referir que Tilak (2009) sugere que a diferença entre órfãos de sexo masculino e de sexo feminino depende do progenitor falecido, de tal forma que órfãos masculinos paternos relataram maiores níveis de depressão e desesperança.

Os estudos têm sistematicamente identificado fatores associados ao cuidador e à relação com o cuidador. De acordo com o Population Reference Bureau (2010) e Animashaun (2008) os fatores de proteção dentro da família incluem ter um cuidador feminino, ter um parente mais próximo como cuidador, e o cuidador ter uma melhor saúde mental. Por outro lado, fatores da própria criança incluem ter menos problemas internalizantes, menos problemas sociais e relacionados com a escola.

A maior escolaridade do cuidador foi relacionada com menor delinquência (International Labour Organisation, 2005) e melhor frequência escolar (Daramola & Ibem, 2010) das crianças. A relação cuidador-criança mais positiva em termos de relacionamento entre os dois, foi associada a menor internalização, menor externalização e menores problemas sociais e relacionados à escola, segundo Tilak (2009). Da mesma forma, mais coesão familiar foi associada com menos desesperança.

4.1.2 Escola

Segundo Nesagani (2005) a pobreza tem efeitos deletérios na performance acadêmica das crianças órfãs por HIV/SIDA, como foi confirmado por Pillay & Nesengani (2006) ao afetar negativamente a concentração e a capacidade para terminar as tarefas escolares, nomeadamente por via da interferência das tarefas domésticas assumidas em casa e da responsabilidade que lhes é atribuída de cuidarem dos seus irmãos mais novos. Esta assunção de tarefas que têm interferência na vida escolar é maioritariamente reportada pelas crianças do sexo feminino. Segundo Pillay (2011) as principais preocupações que os órfãos ou crianças vulneráveis expressavam acerca da escola centravam-se nas relações que tinham com os outros estudantes e com os seus professores. No entanto, é de notar que muitas destas crianças e adolescentes vivenciam experiências muito positivas na escola, com o contato com os pares e com os professores, nomeadamente neste último caso, no que diz respeito às tarefas de orientação de vida e como mentores.

Como refere Pillay (2012), e como verificámos *in loco*, mesmo quando as conquistas escolares são alcançadas, não existe o apoio económico familiar para pagar as propinas, e consequentemente essas crianças são forçadas a mendigar na cidade, ou a ocuparem-se em pequenos trabalhos, como por exemplo, lavar as roupas dos vizinhos dos bairros com mais poder económico, como forma de conseguirem trazer alguma ajuda monetária para casa.

Em relação a estes problemas dos órfãos, emanam da escola algumas iniciativas de apoio a essas crianças. Deste modo, a escola apresenta-se como um desafio acrescido para as crianças órfãs, onde existia uma certa probabilidade de terem experiências negativas, a nível do desempenho e do envolvimento, mas por outro lado, também se apresenta como uma fonte de recursos. Algumas atitudes positivas dos professores prendem-se com a recolha e distribuição de uniformes, de cabazes de comida, com dar aulas de apoio, apoiando um melhor desempenho cognitivo e comportamental e, do ponto de vista emocional, contribuindo para o empoderamento das crianças (Bennell, 2005; Lethale e Pillay, 2013). Tal é igualmente vivenciado *in loco* em

Kibera, pois muitos dos professores, sendo oriundos da favela, sentem compaixão e empatia pelos alunos, compreendendo a sua situação.

4.1.3 Bairro / Comunidade (Favela de Kibera)

A vizinhança em que as crianças crescem também é um componente crítico do sistema ecológico. A literatura oferece um forte argumento no sentido de que certos aspectos do ambiente da vizinhança acarretam um tipo de tensão crônica para os indivíduos e as famílias. Como a ligação entre o stresse e a depressão está bem documentada, não é surpreendente que as características stressantes da vizinhança estejam associadas a piores resultados em saúde mental, incluindo aumento de sintomatologia da depressão. Entre as variáveis de vizinhança que se correlacionam com a depressão, estão nomeadamente, a instabilidade residencial, o baixo nível socioeconómico, a desvantagem e a desordem social (Paczkowski & Galea, 2010). As investigações que correlacionaram os sintomas de depressão em crianças e adolescentes com as características do bairro mostram tendências nesse sentido.

Para os adolescentes, a pesquisa destaca correlações entre sintomas depressivos e percepções de tensão no bairro, pobreza no bairro e baixo sentido de comunidade (Caughy, Campo & Muntaner, 2003). Para as crianças, os estudos correlacionais também demonstram uma ligação entre problemas mais amplos de saúde mental, além de sintomas de depressão, e características da vizinhança, designadas como 'transtorno e desvantagem da vizinhança' (Caughy, Nettles & O'Campo, 2007). A vizinhança dá corpo a valores que influenciam a socialização das crianças, e que estas podem internalizar. Também apresenta modelos comportamentais, com os quais as crianças se podem identificar, ou aprender repertórios comportamentais. Portanto, os bairros em que as crianças crescem contribuem significativamente para a saúde mental e o bem-estar das crianças e dos adolescentes.

4.1.4 Pobreza como fator de risco associada aos órfãos de HIV

A pobreza mostrou ser um fator de risco para problemas de internalização e de externalização, funcionamento social e na escola. Segundo o Population Reference Bureau (2010) e Omigbodun (2004), a pobreza demonstrou mediar o aparecimento de problemas relacionados com a internalização, de depressão, comportamentos sexuais de risco, estreia sexual mais jovem e índices de dificuldades na escola nomeadamente baixa frequência e problemas de concentração dos órfãos devido a HIV/SIDA.

De acordo com o United Nations Human Settlements Programme (2003) uma intervenção em microfinanças que forneceu a famílias com contas de poupança combinadas, treino financeiro e orientação teve como resultados melhores desempenhos escolares, expectativas educacionais mais altas e mais confiança em alcançar planos educacionais dos órfãos por HIV/SIDA das famílias participantes, comparados com um grupo de controle de órfãos por HIV/SIDA, sugerindo que ajudar a combater a pobreza pode mitigar resultados negativos destes órfãos.

4.2. Exossistema

4.2.1 Locais e tipos de trabalho dos pais

Conforme salientaram organizações internacionais, como o International Labour Organisation (2010) e Animashaun (2008), o mercado de trabalho na África Subsaariana é caracterizado em alto grau por formas precárias de emprego, como sejam o trabalho ocasional. Muitas mulheres na África Subsaariana tiveram que aumentar o rendimento familiar participando do mercado de trabalho informal além do formal. Tal tem forçosamente repercussões na assistência à infância, pois as mulheres são tradicionalmente as principais cuidadoras das crianças, na região. As políticas do local de trabalho na África subsaariana não adotaram de todo iniciativas para favorecerem o equilíbrio entre vida familiar e trabalho, conforme estipulado pelas convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Por exemplo, nenhum dos países da África Subsaariana prevê uma licença parental, e por isso não permite que ambos os pais tirem férias remuneradas para cuidar dos filhos. Apenas alguns países da região fornecem até 14 semanas de licença de maternidade recomendadas, sendo que, no Quênia, é deficiente - se não inexistente – o enquadramento que permitiria estender a licença de maternidade remunerada aos trabalhadores do setor informal, principal empregador de mulheres na região (International Labour Organisation, 2007). É esta a situação de Kibera, onde a grande parte dos trabalhos são informais e ocasionais, e os trabalhadores na sua maioria não têm contratos formais de trabalho, estando omissas leis que abrangem a segurança dos trabalhadores, as mulheres não têm, por exemplo, direito a uma licença de maternidade.

No contexto do modelo ecológico da infância de Bronfenbrenner e após leitura de estudos de Addison (1992), faz-se notar que a falta de oportunidade do adulto de compartilhar tempo de qualidade com a criança e a instabilidade e imprevisibilidade da vida familiar, que é criada pelo emprego precário, foram descritas como as forças mais destrutivas do bem-estar físico e mental da criança em todo o mundo. Portanto, a natureza precária do trabalho na África Subsaariana pode ser vista como uma potencial fonte significativa de risco para a saúde mental e o bem-estar das crianças na região. Não será difícil conceber o agravamento destas condições resultante da doença prolongada e da morte de progenitores, num contexto pautado por esta vulnerabilidade de partida.

4.3 Macrossistema

4.3.1 Instituições de justiça, reabilitação e reintegração de jovens e serviços de saúde gerais

Entre as repercussões da atual crise económica global está o aumento da incidência de maus-tratos, negligência infantil, delinquência e criminalidade juvenil (Harper et.al, 2009; UN World Youth Report, 2003). Na última década, aumentou a percentagem de crianças que entraram em contato com o sistema de assistência social e justiça juvenil na África subsaariana como resultado de negligência ou delinquência (Urban Management Programme, 2000).

Conforme salienta Atilola (2012) a disponibilidade de um sistema bem organizado de justiça e bem-estar social direcionado aos jovens oferece uma boa oportunidade para muitas dessas crianças e adolescentes receberem os cuidados necessários, orientação e serviços de saúde mental necessários para a sua reabilitação e reintegração na sociedade. Infelizmente, apesar da grande necessidade de instituições de justiça juvenil e serviços de assistência social infantil em muitas partes da África subsaariana, esses sistemas ainda estão pouco desenvolvidos. Atualmente existe uma capacidade e estrutura limitadas na região para ajudar crianças e adolescentes sinalizados por maus-tratos, negligência, delinquência e criminalidade juvenil, prejudicando a sua saúde mental e bem-estar. No Quênia, e particularmente em Kibera, as instituições de justiça, reabilitação e reintegração de jovens e serviços de saúde gerais, são escassas ou inexistentes.

4.3.2 Serviços de Saúde Mental

Smith et al. (2006) defendem que no caso de surgir um problema de saúde mental na infância, a disponibilidade de unidades de saúde mental é crucial pois estes problemas de saúde não tratados convenientemente nas crianças, acabam por traduzir-se em dificuldades sociais e funcionais futuras. Infelizmente, os recursos humanos e materiais para serviços de saúde mental restaurativos são muito limitados na África Subsaariana. Abdulmalik & Sale (2012) referem que muitos países da região têm uma escassez aguda de instalações de Serviços de Saúde Mental para crianças (SSMA) e um número abissalmente baixo de praticantes de SSMCA qualificados, às vezes na proporção de 1: 10 milhões da população infantil. Em Kibera, não existem sistemas de saúde públicos, apenas pequenas clínicas com técnicos com pouca especialização. É complicado viver num local em que diversas epidemias, pelas razões óbvias, se propagam e se disseminam constantemente. Muitas vezes, é praticada a automedicação, por falta de outros meios. Os poucos apoios à saúde mental são realizados por ONGs ou organizações internacionais alojadas na favela.

4.3.3 Valores culturais, políticos e religiosos

Além de alguns documentos legislativos regionais para a proteção dos direitos da criança, as disposições da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (United Nations, 1989) são a estrutura para alcançar esse objetivo globalmente. Esta Convenção (CDC) procura promover o bem-estar físico, mental e social das crianças, conferindo-lhes certos direitos que os estados-partes se devem esforçar por proteger. Com exceção da Somália, todos os países da África Subsaariana assinaram a CDC. Analisando a perspectiva de Mullinge (2010) o autor defende que muitos desses países não foram capazes de garantir plenamente esses direitos devido a uma combinação de falta de estrutura legislativa local adequada para a sua operacionalização, falta de vontade política, barreiras socioculturais e fracas realidades socioeconómicas. Tais barreiras à plena implementação dos direitos da criança continuam a colocar as crianças na região em riscos significativos. Isso ocorre porque a maioria dos fatores que colocam a saúde mental das crianças em risco, como seja, o abuso, a negligência e o trabalho infantil, são evitáveis no âmbito dos direitos da criança.

4.3.4 Atitudes e Ideologias da comunidade

Existem na região de Kibera muitas práticas tradicionais potencialmente prejudiciais que podem afetar a saúde mental das crianças. Por exemplo, crenças culturais e religiosas generalizadas em muitas partes da África subsaariana aceitam o castigo corporal e outros métodos abusivos e potencialmente abusivos de controle infantil (Mweru, 2010). Embora os efeitos psicológicos do castigo corporal entre crianças na África subsaariana ainda não sejam sistematicamente estudados, estudos de outras partes do mundo mostram que têm efeitos deletérios na saúde mental das crianças (Durrant, 2005). Sabe-se também que as crenças culturais e religiosas contribuem para atrasos na busca de assistência médica para problemas de saúde mental na infância na região. No caso do Quênia, é reconhecida a preponderância de práticas de saúde ancestrais. Efetivamente, na nossa experiência em Kibera, tomámos conhecimento da prática da circuncisão masculina como parte dos rituais da adolescência, em algumas tribos.

4.3.5 A atitude em relação às crianças HIV positivas e/ou órfãs por HIV/SIDA: Estigmatização e *Bullying*

Várias formas de estigma relativamente ao HIV/SIDA têm sido associadas ao agravamento da saúde mental entre pessoas HIV positivas de todas as idades, incluindo adolescentes, com consequentes impactos adversos em seu tratamento médico, resultados de saúde e qualidade de vida (Abubakar et al. 2016; Dow et al. 2016; Fawzi et al. 2016; McHenry et al. 2016; Vreeman et al. 2017 citado em Cluver et al., 2008). O estigma do HIV também tem sido associado ao *bullying*, o qual pode ser visto como uma encenação comportamental do estigma, e ao baixo desempenho escolar das vítimas (Cluver et al. 2010; Boyes & Cluver, 2015).

As crianças HIV positivas são frequentemente alvo de *bullying* perpetrado pelos pares. De acordo com o artigo de síntese de Deacon e Stephaney (2008), a maioria dos estudos sobre o bem-estar psicossocial de órfãos aborda o problema do estigma e discriminação de crianças afetadas pelo HIV/SIDA, particularmente em países onde a doença é generalizada ou a ação do governo para educar a sociedade é inadequada (Cluver et al., 2008).

Crianças órfãs devido ao HIV/SIDA experimentam níveis mais altos de estigma e discriminação do que outros órfãos ou não-órfãos. Por conseguinte, sugerem que esses problemas são prevalentes e potencialmente marcantes. Entre os órfãos por HIV/SIDA, os problemas de internalização são explicáveis em parte por serem vítimas de abuso e de assédio moral, com consequente sofrimento psicológico (Cluver, Orkin, Gardner & M. E. Boyese, 2012), e de depressão e ansiedade (International Labour Organisation, 2005). De facto, vários estudos discutem que os efeitos na saúde dos órfãos por HIV/SIDA, nos índices de sofrimento psíquico, comportamentos sexuais de risco e dificuldades educacionais não são efeitos diretos (Boyes et al., 2011), mas efeitos indiretos, por via de mediadores como pobreza, violência e abuso na comunidade, e estigma relacionado com o HIV/SIDA (Omigbodun, 2004).

Apesar dos desafios no lar e família, vários fatores da comunidade demonstraram aumentar a resiliência entre os órfãos por HIV/SIDA. Um maior apoio social percebido revelou-se associado a melhores resultados numa variedade de dimensões, como por exemplo a autoestima, menos sintomas de depressão e melhor funcionamento na escola (Celik & Hotchkiss, 2000; Cassirer & Addati, 2007). Por exemplo, ter um mentor adulto “não-pai” foi associado a uma melhor auto-estima entre todas as crianças e a menos ansiedade (UNICEF, 2010). Segundo Sengendo & Nambi (1997) a conexão com a comunidade e atividades comunitárias ou extracurriculares mais positivas foram associadas a uma diminuição dos problemas de internalização e de problemas com os pares. Na literatura, os fatores de proteção relativamente a problemas de saúde mental entre os órfãos por HIV/SIDA, concentraram-se principalmente no agregado familiar e na comunidade, na eliminação de pobreza e no aumento da resiliência.

5. As características da criança e o risco para a saúde mental da condição de ser órfão de HIV

Vários autores, como, por exemplo, Dowdney (2000) defendem que o fato de a criança órfã devido ao HIV/SIDA apresentar mais prejuízos ao nível da de saúde mental não implica necessariamente que a morte dos pais relacionada com a doença seja causa de problemas de saúde mental nos órfãos. A abordagem socioecológica por natureza holística identifica múltiplas relações em diferentes dimensões e níveis de contexto que se traduzem em forças que podem ser stressores ou fatores protetores do desenvolvimento psicossocial. As relações incluem múltiplas potenciais relações causais com interferência de outros fatores, e, portanto, processos de mediação ou de interação. Assim se compreendem que afirmações como as de Dowdney (2000) de que o fato de a criança órfã devido ao HIV/SIDA ter mais probabilidade de apresentar mais prejuízos ao nível da de saúde mental não implica que a morte dos pais cause inexoravelmente problemas de saúde mental entre os órfãos.

O facto de vários estudos não encontrarem uma relação entre essa condição e problemas de saúde mental, como por exemplo o de Willfisher & Robertson (2013) sugere que os potenciais problemas de internalização e externalização e do funcionamento social e escolar teriam sido evitados pela intervenção de fatores moderadores, ou seja, por constelação favorável de fatores individuais e contextuais importantes, que esta abordagem pode ajudar a identificar.

Um fator de risco é uma variável que, podendo ou não ser corrigida, pode estar presente antes do início do fenómeno de interesse ou pode coincidir com este. No que concerne a fatores do indivíduo, o sexo feminino tende a apresentar mais problemas de tipo internalizante que o sexo masculino, e a abandonar mais a escola, quando se apresentam condições adversas. Está mais sujeito a certos tipos de pressões, quer no sentido de prática de sexo instrumental, quer no sentido de assumir papéis de ajuda e cuidar de pais ou adultos doentes. É óbvio que o género é fator de risco porque é associado a certos papéis e expectativas de género, que são aspetos do macrossistema acima analisados. No entanto, assim que existem condições de

prosseguir a escola, o maior desempenho escolar das crianças do sexo feminino compensa ou age em contrário a essas influências (Evans e Miguel, 2007).

Em contrapartida, o sexo feminino tem menos propensão para problemas de externalização (Cluver, Gardner e Operario, 2007) e também foi associado a maiores níveis de autoestima, a melhores habilidades sociais entre pares, a maior suporte social percebido e maior confiança nas relações de cuidador. Curiosamente, Kagawa e Hindin (2010) relatam que ser mulher diminui o impacto recíproco de depressão e desesperança.

Da leitura do estudo de Cluver, Gardner e Operario (2007) infere-se que o sexo masculino geralmente apresenta mais problemas externalizantes, geralmente em contexto escolar e mais problemas de relacionamento com colegas. Também é reportado mais envolvimento em comportamento de risco, por exemplo, uso de substâncias, violência e comportamento sexual de risco.

Estas tendências referem-se às crianças em geral, perante condições ambientais adversas. Em seguida, são abordados os resultados dos órfãos de HIV. Tillak (2009) defende que enquanto que o órfão por HIV/SIDA feminino não difere das mulheres não órfãs nos problemas de internalização, o órfão por HIV/SIDA masculino relatou mais sintomas internalizantes que os homens não órfãos. Finalmente, Sharp et. al, (2015) refere que os órfãos por HIV/SIDA do sexo masculino revelaram piores resultados escolares, incluindo atrasos na escola, pior ajuste escolar, pior funcionamento escolar, menores aspirações educacionais e menor interesse escolar e mais problemas de concentração. Assim, ficar órfão por causas relacionadas com o HIV/ SIDA pode exacerbar as vulnerabilidades já associadas ao sexo masculino.

Retira-se como implicação que os problemas internalizantes, e as dificuldades ou o abandono escolar, podem ser variáveis de resultado apropriadas para a avaliação do impacto na saúde mental da condição de ser órfão por HIV, quer para os órfãos do sexo feminino, quer para os do sexo masculino. Não se exclui que problemas específicos possam ser mais manifestados por um sexo ou outro. Neste sentido, consideramos que, numa primeira abordagem, de tipo exploratório, se justifica recorrer a uma medida global, compósita, de diversos tipos de problemas psicológicos e dificuldades psicossociais, nos dois sexos, complementarmente com medidas de autoestima.

No que concerne à idade, como fator individual, os estudos sobre a possibilidade de a idade da criança ser considerada um fator de risco não são claros. Segundo o resumo dos estudos realizados por Shatkin & Belfer (2004), Bronfenbrenner (1979), Pence & Shafer (2006) e Maqoko & Dreyer (2007), os sintomas internalizantes aumentam com a idade.

As relações dos problemas de externalização, do funcionamento social e funcionamento na escola com a idade variaram na literatura. Algumas pesquisas sugerem que ter mais idade estaria associada a uma valência mais positiva de emoções, a um melhor nível de funcionamento, a menos comportamentos problemáticos, a melhores resultados em fatores de proteção contra a

internalização, por exemplo, auto-estima, orientação positiva para o futuro, menos solidão e a externalização (Hong et al., 2011).

Justifica-se o estudo longitudinal das trajetórias de desenvolvimento das crianças em função da idade em que ocorre a perda do progenitor(es) e das outras características da criança e do contexto.

6. Saúde Mental em Crianças órfãs por HIV/SIDA: ansiedade, depressão, autoestima, comportamentos disruptivos e raiva

A saúde mental é definida como “(...)um estado de bem-estar em que cada indivíduo tem consciência das suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar uma contribuição positiva para a sua comunidade.” (WHO, 2015).

Iremos focar-nos em algumas das dimensões da saúde mental mais estudadas nos órfãos por HIV/SIDA, e prováveis alterações da saúde e bem-estar, mostrando o caráter multifacetado das complicações do desenvolvimento das crianças e adolescentes afetados pela orfandade por HIV.

Na literatura, os indicadores de saúde mental, recaem sobre um ou mais dos três domínios inter-relacionados: domínio emocional (por exemplo, depressão, ansiedade, raiva, stress traumático, solidão, desesperança, angústia, problemas de internalização e ideação suicida), domínio comportamental (por exemplo, delinquência, problemas de conduta, problemas de comportamento, problemas de externalização, comportamentos de risco, comportamentos disruptivos, comportamentos sexuais de risco e hiperatividade) e domínio social (por exemplo, autoestima, autoeficácia, expectativa futura, orientação futura, ajustamento escolar, competência social, problemas de pares e qualidade de vida).

Relativamente ao nosso estudo no que diz respeito ao domínio emocional iremos focar-nos na depressão, raiva e na ansiedade; relativamente ao domínio comportamental iremos focar-nos nos problemas disruptivos e em termos de ajustamento social, na autoestima das crianças e adolescentes órfãs por HIV/SIDA.

Inicialmente duas revisões de literatura forneceram algum conhecimento geral sobre esta temática. A primeira foi realizada por Wild (2001) tendo este concluído que, com base nos poucos estudos que incluíram um grupo de comparação, os dados eram insuficientes sobre se a perda de um dos pais (ou ambos) para o HIV/ SIDA, colocava as crianças em risco aumentado de sofrimento psicológico. Sugeriu futuros estudos focados nos fatores pessoais, familiares e comunitários que podem explicar ou influenciar a relação entre o HIV / SIDA dos pais e o bem-estar psicológico das crianças, em vez de simplesmente estabelecer a relação. A segunda revisão foi realizada por Cluver & Gardner (2007) e sugeriu que crianças órfãs devido ao HIV/SIDA podem experimentar níveis mais altos de dificuldades psicológicas e especificamente mais problemas internalizantes do que problemas externalizantes. Com base nesta descoberta, os autores especularam que os órfãos, particularmente os residentes em África, provavelmente teriam mais problemas emocionais como depressão e ansiedade

do que problemas de conduta ou outros comportamentos problemáticos. Sugerem estudos mais rigorosos com instrumentos padronizados, grupos de comparação apropriados e maiores amostras.

Essas duas revisões iniciais foram fundamentais para o entendimento da literatura anterior sobre o bem-estar psicológico de crianças afetadas pelo HIV / SIDA. No entanto, houve um número crescente de estudos nos últimos anos e foi necessário atualizar conhecimentos. Neste sentido, Xi & Li (2014) realizaram uma revisão sistemática para expandir as duas revisões anteriores, examinando a literatura global existente sobre bem-estar psicológico de crianças afetadas pelo HIV / SIDA. A revisão realizada por estes autores a partir de diversos estudos revelou que os órfãos por HIV/SIDA tinham piores resultados em termos de bem-estar psicológico em comparação com as crianças de famílias sem HIV ou crianças órfãs por outras causas, destacando a vulnerabilidade das crianças afetadas pelo HIV / SIDA. Estudos longitudinais limitados sugeriram um efeito negativo do HIV dos pais no bem-estar psicológico das crianças num estágio inicial da doença relacionada ao HIV dos pais e esses efeitos persistiram durante o curso da doença dos pais e após a morte destes. Eventos de vida stressantes relacionados ao HIV, estigma e pobreza foram considerados fatores de risco que podem agravar o impacto negativo do HIV / SIDA dos pais nas crianças. Sharp et. al (2015), na sua revisão de literatura, confirma que a maioria dos estudos mostraram consistentemente que, em comparação com crianças de famílias sem HIV, as crianças afetadas pelo HIV / SIDA tiveram um pior funcionamento emocional, comportamental e social. Relativamente ao ajustamento emocional de crianças afetadas pelo HIV / SIDA comparativamente a crianças de famílias sem HIV, as primeiras tiveram uma pontuação mais alta em problemas de internalização, como depressão, stress traumático, somatização, ansiedade, solidão, raiva ideação suicida e desesperança. No referente ao aspeto comportamental, as crianças afetadas pelo HIV / SIDA, apresentaram mais problemas comportamentais/externalizantes, como delinquência, problemas de conduta, comportamentos disruptivos, atividades sexuais precoces e de alto risco e hiperatividade.

Os estudos que mediram o ajustamento social constataram que as crianças afetadas pelo HIV/SIDA apresentaram pontuações mais baixas em competências de resolução de problemas, habilidades sociais, interesse na escola, autoestima, qualidade de vida, esperança e controle em relação ao futuro, competência social e locus de controle.

A mais recente revisão de literatura realizada por Doku et al. (2019) fornece uma síntese das descobertas empíricas relacionadas com a saúde mental de órfãos no contexto do HIV / SIDA, nos países em desenvolvimento. A partir da análise de 28 estudos, de diversos autores sobre a saúde mental de órfãos por HIV/SIDA, maioritariamente transversais, foi possível perceber que num contexto de HIV/SIDA, as crianças sofrem de ansiedade, preocupação e medo durante o período em que sabem que o familiar está infetado e ainda vivo e expressam trauma e luto após a sua morte. Quando comparadas com outras crianças, estes órfãos manifestam mais sintomas de depressão, ansiedade, são pouco otimistas e demonstram sentimentos de raiva e comportamentos disruptivos

Objetivos

A saúde mental de crianças e adolescentes órfãos como resultado da pandemia de HIV/SIDA tem sido alvo de preocupação por parte da comunidade científica. É frequentemente demonstrada na literatura uma vulnerabilidade das crianças órfãs por HIV/SIDA a sofrerem condições negativas ao nível económico, social, educacional, habitacional, de cuidados médicos, de pobreza, estigma e discriminação. Sustenta igualmente a literatura que perder um progenitor para o HIV/SIDA é um fator de risco significativo, ou assim se torna pela interferência de fatores como os acima mencionados, para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes com potenciais repercussões ao nível de problemas de saúde mental. Posto isto, a presente dissertação pretende perceber qual o impacto que a perda de um ou ambos os pais devido ao HIV/SIDA tem na saúde mental de crianças que residem na favela de Kibera no Quênia. Pretende-se, igualmente, identificar alguns fatores que podem influenciar os níveis de saúde mental destas mesmas crianças. Para o efeito, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Explorar a presença de sintomas depressivos, ansiosos, de raiva, de comportamentos disruptivos, e, ainda, avaliar a autoestima.
- Analisar se o nível de dificuldades manifestadas ao nível da saúde mental difere consoante a criança perdeu um ou os dois pais, e consoante o género do progenitor falecido.
- Analisar se o facto de serem portadoras do HIV afeta a saúde mental.
- Analisar a influência das variáveis de sexo e idade nos níveis de saúde mental.
- Analisar se a frequência da escola é um fator com influência na saúde e bem-estar das crianças órfãs da amostra.
- Explorar se a pobreza das crianças que entram em orfandade influencia o seu funcionamento e saúde psicológico: as crianças com níveis de escassez de recursos extrema veem o seu nível de saúde mental agravado?
- Proposta de um guião de entrevista a crianças para recolha de dados direcionado para a intervenção.

Relativamente aos objetivos 4 a 6, importa uma observação. Sendo toda a amostra composta de órfãos, a simples análise da diferença entre grupos, por exemplo, entre os sexos, não nos permite retirar conclusões quanto às diferenças determinadas por essa condição na saúde mental dos órfãos, não sendo possível determinar se a diferença, caso exista, tem relação com a orfandade, ou se ela é geral a todas as crianças de Kibera. Isso só pode ser alcançado, nesta amostra, analisando conjuntamente com variáveis da orfandade. Por exemplo, se a interação de variáveis de orfandade com o sexo determinar diferenças, então será claro que as diferenças do sexo feminino para o masculino se tornam manifestas em função da ocorrência de determinadas condições de orfandade. O mesmo raciocínio se aplica a outras comparações, por exemplo, de idade. Essa preocupação determinou algumas análises complementares, nomeadamente, se as crianças dos dois sexos diferem entre si ao nível da saúde mental quando a orfandade é total, em comparação com parcial.

Metodologia

Participantes

Participaram neste estudo crianças e adolescentes órfãos de HIV/SIDA residentes em Kibera. Os critérios de inclusão na amostra foram: terem idades compreendidas entre 7 e 18 anos; serem órfãos (órfãos de ambos os progenitores, órfãos de Mãe ou órfãos de Pai), e serem habitantes na favela de Kibera (Quénia). A amostra é composta por 68 crianças e adolescentes, dos quais 60.3% do sexo masculino e 39.7% do sexo feminino, que frequentam maioritariamente o ensino primário (cf. Tabela 1a). Os sujeitos foram agrupados em duas faixas etárias, nomeadamente, uma faixa entre 7 e 12 anos (43.9%) e a segunda na faixa de 13 a 18 anos (54.4%), sendo que a médias de idades se situa nos 12.27 anos (DP=3.199). As crianças são maioritariamente HIV negativas (72.1%), com um número reduzido de crianças HIV positivas (27.1%) (Tabela 1a). Por último, relativamente ao tipo de orfandade, percebemos que os sujeitos órfãos paternos são os que estão em maior número (52.9%), seguindo-se os órfãos totais (27.9%) e, por último, os sujeitos órfãos maternos (19.1%).

Tabela 1.

Caraterísticas Gerais da Amostra

		n	%
Sexo	Masculino	41	60.3
	Feminino	27	39.7
Idade (grupos)	7-12	29	43.9
	13-18	37	56.1
Escolaridade	Primária	51	75
	Secundária	17	25
Orfãos	Mãe	13	19.1
	Pai	36	52.9
	Totais	19	27.9
HIV	Positivo	19	27.9
	Negativo	49	72.1

Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico aplicado contemplava perguntas sobre: idade, sexo, escolaridade, estatuto de HIV, estatuto de orfandade. Abrangia de igual modo, questões destinadas a perceber melhor as condições de vida na favela e avaliar o grau de pobreza em que viviam. Teve igualmente como objetivos avaliar os desafios e mudanças percebidos pelas crianças na sua vida. No que concerne à escolaridade, perceber se a criança se encontrava a frequentar a escola, avaliar a sua percepção da prestação na mesma, e se tinham algum apoio externo ou, se tal fosse possível, perceber qual a área em que mais necessitavam dele. Um outro objectivo era de avaliar o estigma do HIV sentido. (cf. Anexo 0).

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998) (cf. Anexo 1).

É uma medida de autorrelato administrável a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos que avalia a gravidade dos sintomas de ansiedade em crianças (Spence, 1998) e adolescentes (Spence, Barrett & Turner, 2003) de acordo com as dimensões do transtorno de ansiedade propostas pela DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013). Da sua constituição fazem parte 45 itens, sendo 38 referentes a sintomas específicos de ansiedade, distribuídos por seis fatores: ansiedade de separação, fobia social, obsessão-compulsão, pânico e agorafobia, ansiedade generalizada, e medo de danos físicos. A resposta a cada item baseia-se numa escala de 0 a 3 pontos, sendo que 0 corresponde a “Nunca”, 1 a “Às vezes”, 2 a “Frequentemente” e 3 corresponde a “Sempre”. Existem ainda seis itens neutros, para reduzir o enviesamento de respostas negativas e uma última questão de resposta aberta para indicar medos adicionais. A criança deve escolher o número que melhor descreve a frequência dos sintomas descritos. A pontuação global de ansiedade apenas considera os 38 itens de ansiedade. A última questão pode ser avaliada qualitativamente, dado que pode contemplar informação relevante que não conste nos restantes itens da escala. No que diz respeito às características psicométricas do instrumento, os coeficientes obtidos para a consistência interna, calculados através do α de Cronbach, para a escala total de ansiedade é de 0.92, sendo, portanto, excelente. No presente estudo, o valor do α de Cronbach da escala total é de 0.79. Para as subescalas, a dimensão fobia social obteve um coeficiente de 0.446, para a dimensão pânico e agorafobia, um coeficiente de 0.683, para a dimensão ansiedade de separação obteve um coeficiente de 0.537, na dimensão medo físico obteve um coeficiente de 0.567. Já a dimensão ansiedade generalizada obteve um coeficiente de 0.448 e, por último, a dimensão ansiedade perturbação obsessiva compulsiva obteve um coeficiente de 0.314. Posto isto, podemos aferir que a escala SCAS Total apresenta um bom nível de consistência interna e irá ser utilizada no presente estudo.

Em termos de critérios clínicos, o SCAS, destina-se a ser um indicador do número e gravidade dos sintomas de ansiedade. Não foi projetado para ser um instrumento de diagnóstico para uso isolado e fornece informações importantes para informar o processo de avaliação. Nos casos em que é necessário um diagnóstico clínico, ele deve ser usado como um complemento da

entrevista clínica. Também pode ser usado para identificação de crianças que apresentam sintomas elevados de ansiedade e para as quais é recomendada uma avaliação adicional para determinar se há necessidade de intervenção ou fornecendo um indicador de resposta ao tratamento. Também foi utilizado em vários estudos para identificar crianças para as quais se justifica intervenção ou prevenção precoce, com base em sintomas de ansiedade elevados, sendo um fator de risco para o desenvolvimento de futuros problemas de saúde mental (Barrett & Turner, 2001).

Existem poucos instrumentos psicométricos cujas propriedades foram estudadas no contexto de um país em desenvolvimento. A estrutura fatorial do SCAS pode variar em certa medida entre culturas (Essau et al., 2008; 2004; Ishikawa et al. 2009; Muris et al., 2002). No nosso estudo, os valores de referência, não dizem respeito a estudos efectuados efectivamente no Quênia, nem especificamente, no contexto de Kibera.

Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC; Weismann, Orvaschel e Padian, 1980) (cf. Anexo 2).

O CES-DC é uma escala de triagem de estados depressivos constituída por 20 itens. Cada item é respondido numa escala de 0 a 3 em termos da frequência da sua ocorrência durante a semana precedente, sendo que 0 corresponde a “Nunca”, 1 a “Poucas vezes”, 2 a “Algumas vezes” e 3 corresponde a “Muitas vezes”. A pontuação total varia de 0 a 60, sendo que pontuações mais altas indicam maiores sintomas de depressão (Fendrich et al., 1990). A sintomatologia depressiva é calculada através da soma de todos os itens. Salienta-se a existência de quatro itens (4, 8, 12 e 16) que, devido à sua formulação, devem ser cotados de forma inversa. As componentes depressivas são as encontradas na literatura e incluem humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentidão psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono (Radloff, 1977). No que diz respeito às características psicométricas do instrumento, o coeficiente de consistência interna, *alpha de Cronbach*, é de 0.92 revelando boa consistência interna. No presente estudo, o valor do *alpha de Cronbach* obtido foi de 0.825. Podemos aferir que este instrumento apresenta bons níveis de consistência interna.

No que diz respeito ao CES-D mostrou baixa confiabilidade e validade relativamente aos resultados nas crianças, mas possui boas propriedades psicométricas para os adolescentes. Mais pesquisas validacionais são necessárias antes que o uso clínico padrão possa ser recomendado (Faulstich, Carey, Ruggiero et al., 1986). Fornece pontuações de corte (16 ou mais) que ajudam a identificar indivíduos em risco de depressão clínica, com boa sensibilidade e especificidade e alta consistência interna (Lewinsohn, Seeley, Roberts & Allen, 1997). Embora o CES-D tenha estruturas fatoriais um pouco diferentes entre grupos raciais e étnicos, ele pode ser usado adequadamente com diversos cuidadores (Roth et al., 2008).

Behavioral Anger Response Questionnaire (BARQ; Linden et al, 2003). (cf. Anexo3)

A versão adaptada para crianças é denominada BARQ-C e demonstrou boa consistência interna e validade de constructo aceitável. Pede às crianças e adolescentes que classifiquem 37 itens, numa escala de 1 a 3, indicando o grau em que cada item é verdadeiro sobre si mesmo quando estão com raiva, sendo que o 1 corresponde a “Não verdadeiro”, o 2 a “Às vezes verdade”, e o 3 a “Muitas vezes verdade”. Na presente amostra, este não apresenta níveis aceitáveis de consistência interna, pois o valor de *alpha de cronbach* obtido foi de 0.370. Consequentemente, não irá ser utilizado nas análises.

Inventário de Comportamentos Disruptivos para Crianças e Adolescentes (CADBI; Burns, et al., 2001) (cf. Anexo 4)

É um questionário de 25 itens concebido para avaliar uma gama de comportamentos problemáticos que frequentemente ocorrem na infância e adolescência. Consiste em três subescalas que avaliam o comportamento desafiador de oposição, desatenção e hiperatividade / impulsividade. Cada item é classificado numa escala de 8 pontos, de um ("Nunca no último mês") a oito ("10 ou mais vezes por dia"). Esta medida pode ser administrada em aproximadamente dez minutos. Vários estudos fornecem suporte para a confiabilidade e validade do CADBI como uma medida do comportamento disruptivo (Burns e Walsh, 2002). A escala demonstrou altos níveis de consistência interna (α de Cronbach = 0,91 a 0,97) e validade estrutural (Burns & Walsh, 2002). No atual estudo apresentou o valor de α de Cronbach de 0.868, o que nos leva a aferir que este instrumento apresenta bom nível de consistência interna.

Por último, para o CADBI, temos dúvidas quanto ao critério clínico da escala. Na descrição do teste, ambigualmente encontramos informações que, ora nos indicam que o instrumento pode ser usado como ferramenta de triagem e de diagnóstico (Burns & Walsh, 2002) como por outro lado, indicam que a escala não providencia informação suficiente para fazer diagnóstico (Burns et al., 2001a). Deste modo, a informação que nos é disponibilizada através da literatura, é inconclusiva.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) (cf. Anexo 5).

A escala de autoestima de Rosenberg é constituída por 10 itens, com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Rosenberg (1965, citado por Romano et al., 2007) define a auto-estima como a auto-avaliação que as pessoas fazem de si próprias, implicando um sentimento de valor, que engloba uma componente sobretudo afetiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma. A escala é composta por 5 itens formulados positivamente e 5 itens formulados negativamente. Os itens são respondidos numa escala de Likert com as seguintes opções: (1) Concordo totalmente, (2) Concordo, (3) Não Concordo (4) Discordo Totalmente. É pedido ao sujeito que selecione a resposta que melhor o caracteriza em cada item. No que diz respeito à cotação da escala, depois de realizadas as inversões e de somadas as respostas, é obtida a pontuação total na escala, que pode variar entre 10 e 40. No atual estudo, a consistência interna da RSES foi razoável (*alfa de Cronbach*/ $\alpha=.799$) (Pestana & Gageiro, 2003)

Foi ainda constituída uma medida compósita de dificuldades totais (MCDT), resultante da agregação, através do cálculo da média, das escalas totais de ansiedade, depressão e comportamentos disruptivos, uma vez uniformizadas estas pontuações (procedendo à divisão das pontuações pelo número de itens, e transposição para uma escala de 1 a 10). A opção por uma medida agregada de dificuldades, que consideramos útil no estudo de crianças que podem responder aos mesmos stressores com dificuldades de natureza distinta, já foi adotada na investigação com órfãos de HIV por Sharp Venta, Marais, Skinner Lenka & Serekoane, no seu estudo de 2014. Estes autores recorreram a uma medida que consistia num indicador total de sintomas emocionais, problemas comportamentais e sociais e problemas de atenção e hiperatividade, indicador que designaram como ‘indicador de dificuldades totais.

Uma ressalva ainda para a fato de relativamente à medida MCDT, os valores para a média foram padronizados e variam entre negativo e positivo, com a média em 0. A razão para isso é que o MCDT resulta da agregação de várias escalas, cada uma com uma amplitude diferente, portanto, fazer médias não nos parece o mais plausível. Para resolver isso, todas as escalas foram padronizadas (transformadas em valores de Z) e só depois foi realizada a média, pois neste caso, os valores de Z já são equiparáveis entre si.

Resultados e Discussões

A Tabela 1a apresenta as estatísticas descritivas para as variáveis de saúde mental, nomeadamente, as pontuações totais das escalas de ansiedade (SCAS), depressão (CES), comportamentos disruptivos (CABDI) e da MCDT.

Tabela 1a.

Média, desvio-padrão e variabilidade das escalas totais usadas para avaliar a saúde mental

	média	desvio padrão	amplitude potencial	amplitude atual
SCAS Total (escala 0-3; 38 itens)	44.40	13.01	000-114	022-071
CES Total (escala 0-3; 20 itens)	20.75	09.85	000-060	002-047
CABDI Total (escala 1-8; 25 itens)	57.79	28.26	025-200	025-137
MCDT (escala 1-100)	30.75	09.59	001-100	9.67-058

Legenda: **SCAS**: Spence Children's Anxiety Scale; **CES**: Center for epidemiological studies depression scale for children; **CABDI**: children and adolescent disruptive behavior inventory; **MCDT**: medida compósita de dificuldades totais

Analisando os dados obtidos para a escala SCAS Total, observa-se uma média de 44.46 (SD=13.01), com pontuações que variam entre 22 e 71. Estes resultados revelam um nível médio alto de ansiedade, para a amostra em estudo. Considerando que o ponto de corte clínico para o SCAS é 42.48 (Spence, 1997; Spence et al., 2003) podemos afirmar que este valor se encontra acima desse critério de referência, sugerindo que a amostra revela níveis de ansiedade acima da média, que podem ser potenciadores de futuro desenvolvimento de um transtorno de ansiedade.

Na escala CES Total observamos uma média, para amostra, de 20.76 (SD=13.01) com pontuações que variam entre 2 e 47. Como tal, relativamente à média da amostra, as pontuações em depressão não são manifestamente altas ao ponto de indicarem problemas severos na generalidade da amostra, apesar de esta evidenciar alguns sinais dessa problemática, tal como se depreende da comparação com o ponto de corte clínico de 16 (Lewinsohn, Seeley, Roberts & Allen, 1997). Como ressalva, há que notar que não existem disponíveis dados de adaptação das escalas para esta população específica, nomeadamente quanto aos valores com significado clínico.

No que diz respeito à escala CABDI Total, verificamos uma média de 57.79 (SD=9.85), tendo o valor mínimo de 25 e um valor máximo de 137. Significa que, no que respeita ao desenvolvimento de comportamentos disruptivos, a amostra em geral não apresenta um marcado desenvolvimento dos mesmos.

Por último, relativamente ao valor do MCDT a média total da amostra é de 30.37 (SD= 9.59) e as pontuações variam entre 9.67 e 58 numa escala entre 1 e 100. Podemos referir que, relativamente à MCDT, o valor da nossa amostra demonstra que, não existe uma clara tendência para o desenvolvimento de problemas de saúde mental específicos, tais como, a ansiedade, a depressão e comportamentos disruptivos.

Tabela 1b.

Tabela de correlação entre as escalas, a MCDT e a idade (n=66)

Variável	SCAS	CES	CABDI	MCDT
SCAS				
CES	0.336**			
CABDI	0.012	0.086		
MCDT	0.685**	0.723**	0.559**	
Idade	-0.069	0.277*	0.259*	0.233

**p< 0.01 *p<0.05

Os dados estatísticos das escalas de saúde mental revelam uma heterogeneidade na amostra, uma vez que a gama de variação nos órfãos é bastante expressiva, relativamente à gama de variação das escalas em si mesmas. Para além disto, exceção feita a uma correlação baixa, mas positiva entre o indicador global de ansiedade (SCAS) e o de depressão (CES), não há correlação entre estes¹ e o dos comportamentos disruptivos medidos pelo CABDI. Tal pode significar, entre outras possibilidades, que no estudo existem crianças e jovens com dificuldades numa destas áreas apenas, colocando de lado as dificuldades ao nível dos comportamentos disruptivos. Nessas condições, a Medida Compósita de Dificuldades Totais representa um indicador mais compreensivo dos problemas de saúde mental dos órfãos de HIV. Esta correlaciona-se de forma elevada e positiva para a depressão CES, $r(64) = 0.723$, $p = 0.005$ e apresenta uma correlação moderada positiva para a ansiedade SCAS, $r(64) = 0.685$, $p = 0.005$ e para os comportamentos disruptivos CABDI, $r(64) = 0.559$, $p = 0.005$ (ver Tabela 1b).

Para além dos dados numéricos provenientes das respostas às escalas aplicadas, também foram analisados os dados qualitativos provenientes das respostas às questões sobre mudanças que ocorreram após a morte do(s) pai(s), principais desafios que encontram no dia-a-dia, condições de vida em Kibera e perceção do ajustamento ou prestação escolar que integravam o questionário.

Estes dados referem-se a mudanças de condições e aos problemas vivenciados pela criança ao ficar órfã, portanto, ao contexto de stressores passíveis de potenciar respostas mais adaptativas ou

¹ Para avaliar o índice de consistência interna teve-se como referência os seguintes valores: iguais ou superiores a 0.90 são considerados "muito elevados positivos", valores que se situem entre 0.70 e 0.90 consideram-se "elevados positivos", entre 0.50 e 0.70 são "moderados positivos", entre 0.30 e 0.50 são "baixos positivos", e valores inferiores a 0.30 são "neglegenciáveis" (Hinkle, Wiersma e Jurs, 2003).

menos adaptativas, importante para compreender a saúde mental ou o aparecimento de sintomas. Estas categorias de resposta, indicadas no guião em formato de perguntas abertas, foram posteriormente analisadas quanto ao conteúdo, através de análise temática, e classificadas em categorias criadas numa lógica *bottom-up* baseada nos dados. (cf. Tabela 1c).

Tabela 1c.

Frequência das classes de respostas a duas questões abertas relacionadas entre si: principais mudanças ocorridas após morte do(s) pai(s) (Q3); e desafios quotidianos após morte do(s) pai(s) (Q6)

Mudanças que aconteceram após morte do(s) pai(s) (Q3)	Freq	Percent%	Principais desafios/mudanças que encontras no teu dia-a-dia?(Q6)	Freq	Percent%
<i>Muitos problemas / piorou</i>	18	52.9	<i>Comida e renda casa</i>	27	61.3
			<i>Acesso a medicamentos</i>	1	2,3
			<i>Tomar conta dos irmãos</i>	1	2,3
<i>Educação piorou</i>	3	8.8	<i>Propinas</i>	11	25
<i>Saudades do progenitor que morreu</i>	2	5.9	<i>Saudades do progenitor que faleceu</i>	2	
<i>Sinto-me só</i>	3	8.8	<i>Abuso</i>	1	2,3
<i>Discriminado</i>	1	2.9	<i>Discriminação</i>	1	2,3
<i>Mentalmente afectado</i>	2	5.9			
<i>Mudou, mas estou bem</i>	4	11.8			
<i>Às vezes bem, outras vezes mal</i>	1	2.9			
Total	34	100	Total	44	100
<i>Nota. Existem 34 valores omissos na resposta</i>			<i>Nota. Existem 24 valores omissos na resposta</i>		

Analisando em conjunto as respostas às questões abertas: (Q3) “mudanças que aconteceram após a morte de um ou dos dois progenitores” e (Q6) “desafios/mudanças que encontraram no seu dia-a-dia após a morte do/s progenitor/es” (cf. Tabela 1c), as respostas sugerem que para muitos dos órfãos, depois da morte do(s) familiar(es), as suas condições de vida pioraram (18 em 34 que responderam à questão Q3) e outras crianças especificamente nomeiam o agravamento de condições de vida em termos de educação, a solidão ou saudades do progenitor que morreu e indicam, embora com menos frequência, o sentirem-se discriminados e mentalmente afetados. Um pequeno número (4 em 34) refere que, apesar das mudanças que

aconteceram, se sentem bem, e um participante referiu que às vezes se sente bem, outras vezes mal. Na questão Q6 são indicados problemas ligados ao suprimento das necessidades básicas, com: problemas conjugados de comida e renda de casa (27 em 44), problemas relacionados com necessidades escolares, com problemas no pagamento das propinas (11 em 44), ou ainda outros tipos de problemas, como falha no acesso de medicamentos, problemas relativos às necessidades de desenvolvimento pessoal e/ou lazer e dificuldades emocionais (6 em 44).

Tabela 1d

Frequência das classes de respostas à questão aberta: “Como correm os estudos(Q7)?”

	Frequência	Porcentagem
<i>Forçado a sair (propinas)</i>	14	23,3
<i>Bem</i>	39	65
<i>Mais ou menos</i>	4	6,7
<i>Muito mal</i>	3	5
Total	60	100

A questão (Q7a) “frequência da escola” resume que 76.7% dos participantes frequentam a escola, e 23.3% dos participantes afirmam não frequentar a escola. De ressaltar que existem 8 valores omissos. Na questão, ‘como correm os estudos?’ (Q7b) percebemos que houve 14 crianças (em 60) forçadas a abandonar a escola, por causa das dificuldades económicas. Sobre a sua percepção da sua prestação na escola apenas 3 em 60 indicam sentir que a escola corre muito mal. Já a partir das questões referentes a receberem “ajuda externa” (Q8) percebemos que a grande maioria (53 em

57) não tem qualquer tipo de ajuda externa; e apenas quatro responderam que eles ou os irmãos são beneficiários de uma ajuda externa. Contudo, quando questionados (Q9) sobre a possibilidade de terem alguma ajuda externa, 74.9% responde que gostariam de ser apoiados em termos de propinas escolares e/ ou comida; e apenas um participante, 1,5%, referiu que gostaria de ter a possibilidade de abrir um negócio. Houve participantes, 23.5%, que não respondem a esta questão.

Tabela 1e.

Frequência das classes de respostas à questão aberta: 'Recebes Ajuda externa'? (Q8)

	Frequência	Porcentagem
<i>Não</i>	53	93
<i>Sim</i>	2	3,5
<i>Um irmão(ã) é apadrinhado(a)</i>	1	1,8
<i>Sou apadrinhado(a)</i>	1	1,8
Total	57	100

Nota. Existem 11 valores omissos na amostra.

Tabela 1f.

Frequência das classes de respostas à questão aberta: 'Se tivesses a oportunidade de ser ajudado, qual(is) a(s) área(s) em que gostarias de o ser'? (Q9)

	Frequência	Porcentagem
<i>Não responde</i>	16	23,5
<i>Pagar propinas</i>		
<i>escolar</i>	46	67,6
<i>es</i>		
<i>Comida</i>	3	4,4
<i>Comida e Propinas</i>		
<i>Escolar</i>	2	2,9
<i>es</i>		
<i>Abertura de um</i>		
<i>a</i>		
<i>negócio</i>	1	1,5
Total	68	100

Tabela 1g.

Frequência das classes de respostas à questão aberta: 'Como são as condições de vida na favela de Kibera'? (Q10)

	Frequência	Percentagem
	a	(%)
<i>Não responde</i>	11	16,2
<i>Muito más</i>	13	19,1
<i>Más/Pobres</i>	27	39,7
<i>Aceitáveis</i>	6	8,8
<i>Desafiantes</i>	8	11,8
<i>Boas</i>	3	4,4
Total	68	100

Após esta análise temos que ter em consideração que existem vários tipos de stressores que atingem uma faixa grande da amostra de órfãos, que incluem carências ao nível das necessidades básicas. Marcaram igualmente a sua presença os problemas de abuso, estigma e discriminação. A estas se acrescentam carências que se refletem negativamente nas necessidades de desenvolvimento pessoal, neste caso, o prosseguimento da escolaridade. Naturalmente, subsistem dificuldades emocionais, referentes à perda /luto, mas que, nesta conjuntura, são menos frequentemente mencionadas. Há que notar que os órfãos variam entre si no tempo que decorreu desde a perda do ou dos progenitores. Sobre os 9 respondentes (em 68) que avaliam as suas condições de vida (em Kibera) como aceitáveis e/ou boas, é um dado à primeira vista surpreendente, que é difícil de interpretar. Por um lado, podemos levar em consideração a base de comparação que lhes está disponível, sendo que porventura as condições extremas a que estão expostos cronicamente, ou exclusivamente, podem levá-los a considerar as condições que têm como aceitáveis. Se assim for, isso sugere algum tipo de adaptação, ainda que percetiva ou avaliativa, a algumas condições próprias de uma favela. Mas, para efeitos comparativos com os conterrâneos que têm uma perceção mais negativa das condições, não possuímos informação suficiente sobre a experiência destas crianças, para além das condições de vida atuais, no que diz respeito a stressores significativos, também as experiências anteriores ao falecimento do(s) progenitore(s), e possíveis ajustamentos dos sistemas de desenvolvimento em que estão inseridos, nomeadamente o apoio social e familiar, nem foi possível recolher informação específica sobre o seu modo de resposta de lidar com os stressores presentes.

Uma exploração subsequente dos dados combinando os dados da resposta a esta questão e à questão Q3 (Mudanças que aconteceram depois do pai/mãe/ambos terem falecido), ao nível descritivo, permitiu observar que três participantes que avaliam as suas condições de vida como aceitáveis (na questão Q10), no entanto haviam referido (na questão Q3) que piorou e que

experienciam numerosos problemas, continuando no entanto a constituir uma minoria que avalia positivamente as suas condições de vida, de entre os 18 órfãos que indicam este nível de problemas.

Constata-se também, da combinação dos dados, que jovens que indicam problemas específicos relacionados com outros stressores, como sejam, ter piorado a educação (propinas), sentir-se só ou com saudades do progenitor, ser discriminado ou sentir-se mentalmente afetado, avaliam as suas condições como muito más, más, ou, quando muito, desafiantes, sugerindo que, além da pobreza, outros fatores naturalmente afetam a resposta às dificuldades. Análises mais aprofundadas a este tipo de dados qualitativos, para compreender se as perceções apresentam relação com indicadores relativos a condições de pobreza mais concretos, com certo tipo de stressores, e com os seus perfis nas variáveis de saúde mental estudadas são de interesse, mas requerem amostras de grande dimensão.

Não surpreendentemente, e ao encontro da literatura, num contexto geral de grande pobreza, a maioria dos órfãos refere ter visto piorar as suas condições, e que estas são más ou muito más, enunciando toda uma gama de importantes stressores, fatores de risco para o desenvolvimento de doença, sobretudo na ausência de fatores protetores, como poderão ser apoio social/sócio emocional e instrumental, sendo que, pelo menos este último, está em falta. Adicionalmente, há órfãos que por razões financeiras são forçados a abandonar a escola, um contexto onde poderá, por hipótese, ser providenciado algum tipo de apoio. A questão do grau em que se pode enunciar evidência de sequelas na sua saúde mental, os dados existentes, a despeito de não serem totalmente válidos pois não possuem critérios clínicos evidentes para a população em questão, vão no sentido de que existem níveis aumentados de sintomas, que podem ser preocupantes, no que diz respeito à ansiedade. A literatura tinha salientado que as manifestações de ansiedade, tinham uma certa prevalência entre os órfãos de HIV. No entanto, há que registar que a amostra apresenta variabilidade nas escalas utilizadas e que uma parte dos órfãos pontuam abaixo de níveis problemáticos. Muitas diferenças poderão existir entre eles com significado para a saúde mental, nos órfãos, e nos seus contextos, das quais se analisam em seguida, as variáveis de orfandade, estatuto de HIV, género e idade, frequência escolar e pobreza.

2. Indicadores de saúde mental dos tipos de órfãos, comparando órfãos de Mãe, órfãos de Pai e órfãos Totais

Tabela 2.

Médias, desvios-padrão das variáveis para análise da saúde mental em função do estatuto de orfandade através de estatística descritiva MANCOVA na comparação entre crianças Totalmente Órfãs, Órfãs de Mãe, e Órfãs de Pai, e análise ANOVA para a MCDT (n=68)

escala	gênero	média	desvio padrão	intervalo de confiança 95%	p
SCAS Total	Totalmente Orfão			[40.489; 54.764]	0.317
	Orfão de Mãe	47.626	3.479	[36.375; 53.298]	
	Orfão de pai	44.837	4.124	[37.238; 48.878]	
CES Total	Totalmente Orfão	43.058	2.836	[17.629; 28.823]	0.743
	Orfão de Mãe	23.226	2.728	[14.655; 27.926]	
	Orfão de pai	21.29	3.234	[15.958; 25.086]	
CABDI Total	Totalmente Orfão	20.522	2.224	[46.347; 78.34]	0.453
	Orfão de Mãe	62.343	7.896	[32.541; 70.468]	
	Orfão de pai	51.504	9.242	[40.769; 66.856]	
MCDT	Totalmente Orfão	53.812	6.357	[-0.135; 0.468]	0.523
	Orfão de Mãe	0.167	0.144	[-0.386; 0.345]	
	Orfão de pai	-0.021	0.174	[-0.373; 0.085]	
	Orfão de pai	-0.144	0.11	[-0.373; 0.085]	

O fator orfandade não revelou um efeito principal em nenhuma das variáveis dependentes

– SCAS, $F(2, 27) = 1.2$, $p = 0.317$; CES, $F < 1$; CABDI, $F < 1$ – nem interagiu significativamente com nenhum dos restantes fatores. De uma forma geral, crianças órfãs de mãe, de pai, ou de ambos não apresentam pontuações significativamente distintas entre si em nenhuma das variáveis dependentes (cf. Tabela 2). No mesmo sentido, a orfandade não revelou qualquer efeito principal ou interação significativos na determinação do índice MCDT ($F < 1$).

Relativamente à análise da relação entre saúde mental e orfandade verifica-se que a depressão, a ansiedade, os comportamentos disruptivos e a medida compósita de dificuldades totais não estão significativamente associadas ao tipo de orfandade. Porém, a observação da Tabela 2 mostra que em geral existe uma tendência para os órfãos totais terem pontuação ligeiramente mais elevada em todas as medidas usadas, seguidos dos órfãos de mãe, e finalmente, os órfãos de pai (neste caso, há uma exceção, o CABDI, que é mais elevado nos órfãos de pai do que de mãe). Naturalmente uma hipótese que se coloca é que estas diferenças pudessem tornar-se significativas com um poder de análise superior, propiciado por uma amostra de maior dimensão.

Por outro lado, ainda que existissem tais diferenças, não se apresentam com magnitudes muito elevadas, nesta amostra.

Este resultado converge com os obtidos por autores como Fang et al. (2009), revelando que órfãos por HIV/SIDA não diferem entre si na saúde mental, quando comparado os órfãos por um progenitor com órfãos totais. Tal facto, leva-nos a crer que, contrariamente ao que seria esperado, as crianças órfãs totais da amostra não apresentam maior suscetibilidade para o desenvolvimento de problemas de saúde mental.

Acreditamos que, provavelmente, estes resultados possam estar relacionados com fatores mencionados na parte teórica, designados por fatores protetores. Se por um lado existe ainda em África a responsabilidade inerente à família alargada da criança pela custódia no caso de esta ficar órfã, por outro lado, convém frisar o cuidado propiciado pela própria comunidade, numa espécie de responsabilidade social, quando uma criança fica órfã (Care for Children Affected by HIV/AIDS - The urgent need for International Standards, 2004). É bastante relevante referir que, muitas vezes, estas crianças passam a ocupar uma espécie de lares coletivos, onde vivem em pequenos grupos com seus “pais” e “irmãos” numa atmosfera de “família” nas suas próprias comunidades (West & Wedgwood, 2006). Tal acontece em Kibera. Por vezes, são as famílias com mais algumas posses que ficam com o encargo de tomar conta das crianças. Esses apoios informais existem, e podem tomar a forma de arranjos de modo de vida em comunidade, com outras crianças e com adultos, e por vezes com apadrinhamento ou apoio de famílias mais abastadas. Não tendem a ser de muito grande dimensão, de modo que geralmente propiciam uma possibilidade de contato com um adulto, o que pode ser mais difícil nos lares de grandes dimensões nas grandes cidades. A baixa proporção de crianças por cuidador em lares coletivos, em comparação por exemplo com as de orfanatos nas grandes cidades, pode ser outro fator que contribui para o melhor estado de saúde mental entre as crianças órfãs nesta espécie de lares coletivos (Zhao et al., 2006). No entanto, convém frisar que, este tipo de solução, com os potenciais benefícios, não está isento de riscos.

Um dado perceptível na amostra é que o número de órfãos de Pai é superior ao número de órfãos de Mãe. Regra geral, tal verifica-se na literatura relacionada com saúde mental de órfãos por HIV/SIDA em África. Considerando que a prevalência do HIV entre as mulheres é estimada em 5% mais alta do que entre os homens, como explicar tais resultados? Hosegood, Vanneste et al. (2004), atribuem esta ocorrência ao facto de os pais serem em média mais velhos do que as mães, sendo, por isso, pais mais tardiamente. Embora tendo menos probabilidades de serem infetados pelo HIV/SIDA do que as mulheres, apresentam mais possibilidades de falecer quando ainda têm crianças menores de idade.

3. Indicadores de saúde mental das crianças consoante o estatuto de HIV

O fator HIV não determinou significativamente nem a pontuação na escala CES, $F < 1$, nem a pontuação da escala CABDI, $F < 1$. Contudo, as pontuações obtidas na escala SCAS foram

significativamente determinadas pelo diagnóstico de HIV, $F(1, 27) = 4.81$, $p = 0.037$, η^2 parcial = 0.151, sendo que crianças com HIV positivo pontuaram significativamente mais alto que as crianças com HIV negativo (ver Tabela 3). Estes resultados não foram modulados pelos restantes fatores, tal como denunciado pela ausência de interações estatisticamente significativas envolvendo a variável HIV. De igual forma, o diagnóstico de HIV não revelou qualquer efeito principal ou interação significativos na determinação do índice MCDT ($F < 1$).

Tabela 3.

Médias, desvios-padrão das variáveis para análise da saúde mental em função do estatuto de HIV das crianças e estatística MANCOVA na comparação entre as HIV positivas e negativas e

análise ANOVA para a MCDT (n=68)

escala	HIV	média	desvio padrão	intervalo de confiança 95%	p
SCAS Total	Positivo	48.56	3.196	[42.002; 55.117]	0.037*
	Negativo	42.428	2.374	[37.556; 47.3]	
CES Total	Positivo	21.465	2.506	[16.323; 26.608]	0.942
	Negativo	21.534	1.862	[17.713; 25.355]	
CABDI Total	Positivo	55.188	7.162	[40.493; 69.884]	0.827
	Negativo	51.991	5.322	[45.072; 66.91]	
MCDT	Positivo	0.06	0.131	[-0.213; 0.334]	0.971
	Negativo	-0.083	0.092	[-0.277; 0.11]	

**p< 0.01 *p<0.05

Relativamente à análise da relação entre manifestação de sinais de problemas de saúde mental e o estatuto de HIV, verifica-se que o HIV se encontra moderadamente associado a respostas de ansiedade, uma vez que crianças com HIV positivo tiveram maiores pontuações na escala correspondente. Isto significa um impacto de ser HIV positivo na vida das crianças, que pode, por hipótese, existir ao nível da forma, mais negativa, como as crianças HIV positivas se percebem sob o ponto de vista dos outros e aos seus próprios olhos, o que pode influenciar o desenvolvimento de problemas relacionados com a ansiedade. Tal ponto vai ao encontro da constatação de que as crianças HIV positivas são frequentemente alvo de *bullying* perpetrado pelos pares, defendida por Deacon & Stephaney (2008), e pela maioria dos estudos sobre o bem-estar psicossocial de órfãos onde é abordado o problema do estigma e discriminação de crianças afetadas pelo HIV / SIDA, particularmente em países onde a doença é generalizada ou onde a ação do governo para educar a sociedade é inadequada (Cluver et al., 2008). No estudo desenvolvido por Betancourt et al. (2014), crianças afetadas pelo HIV demonstraram níveis mais altos de ansiedade e no estudo de Cluver, Bowes & Gardner (2010), o facto de estas crianças serem vítimas de *bullying* foi associado a piores níveis de ansiedade.

Não será de excluir à partida a possibilidade de outros fatores agravantes da saúde mental dos órfãos HIV positivos, sendo útil explorar-se a sua própria condição de saúde, possíveis efeitos da medicação, o próprio acesso à medicação, e explorar ainda até que ponto as crianças poderão ter presenciado problemas de saúde muito graves nos seus progenitores que faleceram, possivelmente sem cuidados paliativos.

4. Influência das variáveis género e idade nos níveis de saúde mental

A comparação entre géneros não revelou qualquer diferença estatística nas escalas CES, $F < 1$, e CABDI, $F < 1$, sendo que na escala SCAS emergiu apenas uma diferença marginalmente significativa, $F(1, 27) = 3.224$, $p = 0.084$, η^2 parcial = 0.107, com as crianças do género feminino a atingirem pontuações ligeiramente superiores aquelas do género masculino (ver Tabela 4a). A variável género não mostrou interagir significativamente com nenhum outro factor nem determinar significativamente as pontuações médias obtidas no índice MCDT ($F < 1$).

Tabela 4.

Médias e desvios-padrão das variáveis para análise da saúde mental em função do género das crianças e estatística MANCOVA na comparação entre sexo feminino e masculino e idade e análise ANOVA para a MCDT (n=68)

escala	género	média	desvio padrão	intervalo de confiança 95%	p
SCAS Total	Masculino	42.277	2.859	[36.411; 48.144]	0.084
	Feminino	46.716	2.458	[41.675; 51.762]	
CES Total	Masculino	20.637	2.242	[16.036; 25.237]	0.82
	Feminino	22.14	1.928	[18.185; 26.095]	
CABDI Total	Masculino	49.642	6.408	[36.494; 62.789]	0.847
	Feminino	60.062	5.509	[48.759; 71.365]	
MCDT	Masculino	-0.198	0.117	[-0.442; 0.046]	0.196
	Feminino	0.082	0.094	[-0.114; 0.278]	

**p< 0.01 *p<0.05

Foram encontrados alguns efeitos que, apesar de não chegaram a ser significativos, são sugestivos de que com um maior poder de análise, associado a um maior tamanho da amostra, talvez fosse possível revelar essas relações, com a implicação de que seria relevante replicar o estudo com amostra mais alargada. O primeiro diz respeito ao género e o seu ligeiro efeito sobre a ansiedade, sendo que as meninas têm maiores pontuações. Tal vai ao encontro dos estudos de Li et al. (2009) e de Cluver et. al (2007, 2008, 2013), que defendem que as crianças do sexo feminino têm mais tendência a exibir problemas internalizantes e a reportarem uma ansiedade mais acentuada do que crianças do sexo masculino.

A idade, tomada como covariada numa MANCOVA, não revelou qualquer efeito principal ou interação estatisticamente significativa em nenhuma das escalas consideradas. Contudo, numa análise adicional de correlação bivariada entre idade e as escalas (cf. Tabela 1b), a idade mostrou correlacionar-se de modo de modo marginalmente significativo com a CES e CABDI. Com as pontuações obtidas na escala CES, $r(64) = 0.277$, $p = 0.024$, e CABDI, $r(64) = 0.259$, $p = 0.036$, sendo que para ambas as variáveis as pontuações crescem com a idade. Por outro lado, as pontuações na SCAS, $r(64) = -0.069$, $p = 0.58$, não mostraram qualquer correlação com a idade, sendo que a escala compósita MCDT apenas apresenta uma correlação marginalmente significativa com a idade, $r(64) = 0.233$, $p = 0.059$ (ver Tabela 1b).

Os resultados encontrados para a idade verificam que esta se correlacionou positivamente com a depressão e com os comportamentos disruptivos, ainda que os efeitos apresentem uma magnitude fraca, para a amostra total. Quanto mais velhas são as crianças, maior é a tendência para o desenvolvimento de depressão e de comportamentos disruptivos. No entanto, como referido, a magnitude destas correlações é bastante baixa sendo que a idade apenas explica cerca de 8% da variabilidade da depressão e 7% da variabilidade dos comportamentos disruptivos.

Estudos longitudinais realizados por Zhao et al. (2011) e Cluver et al. (2013) demonstraram que os problemas internalizantes (neste caso específico retrataram a depressão), aumentam à medida que os anos passam, podendo tal conclusão estar relacionada com os nossos resultados. Por outro lado, quanto aos problemas externalizantes (como o caso dos comportamentos disruptivos), os resultados não foram tão unânimes nos estudos da revisão de literatura. Podemos perceber que o facto de serem crianças mais velhas, portanto com mais entendimento e consciência da realidade circundante, os possa fazer compreender melhor o seu estado e tal os torne mais propensos para o desenvolvimento de problemas depressivos. A revolta face à sua condição, poderá, por hipótese, estar na base do desenvolvimento de comportamentos disruptivos mais acentuados. Por outro lado, as crianças mais velhas poderão igualmente ser mais forçadas a desenvolver tarefas domésticas, a tomar conta dos irmãos mais novos, a não ter uma vida social com os pares tão ativa, e por vezes, a tomar conta de um parente enfermo, o que pode igualmente ajudar a explicar estes resultados.

5. Impacto da frequência escolar na saúde mental dos órfãos

No que se refere à frequência escolar, esta não revelou determinar significativamente as pontuações médias obtidas na CABDI ou CES ($F < 1$, para ambas as escalas), e apenas manifesta um efeito marginalmente significativo sobre as pontuações do SCAS, $F(1, 27) = 3.171$, $p = 0.087$, η^2 parcial = 0.109 (ver Tabela 5). Resultados equiparáveis foram obtidos na ANOVA efetuada sobre a medida compósita MCDT, a qual não foi significativamente afetada pela frequência escolar, $F(1, 19) = 2.34$, $p = 0.143$.

Tabela 5.

Médias, desvios-padrão das variáveis para análise da saúde mental em função da frequência escolar das crianças e estatística MANCOVA na comparação entre frequentar ou não a escola e análise ANOVA para a MCDT (n=68)

escala	frequência escolar	média	desvio padrão	intervalo de confiança 95%	P
SCAS Total	sim	44.186	2.153	[39.761; 48.61]	0.087
	não	45.699	3.26	[39.761; 48.61]	
CES Total	sim	21.526	1.566	[18.307; 24.746]	0.407
	não	21.023	2.372	[16.147; 25.9]	
CABDI Total	sim	54.286	5.099	[43.806; 64.767]	0.65
	não	59.831	7.723	[43.957; 75.767]	
MCDT	sim	-0.013	0.143	[-0.202; 0.175]	0.143
	não	-0.068	0.09	[-0.368; 0.233]	

**p < 0.01 *p < 0.05

Os resultados encontrados não foram indicativos de uma diferença significativa, entre crianças que frequentam a escola (n=46) e as que não frequentam (n=12), em problemas de saúde mental.

Num estudo realizado por Green et al. (2018) no Quênia, com o objetivo de determinar se uma intervenção de apoio escolar para adolescentes órfãos no Quênia teve efeitos na saúde mental, comprovou-se que o apoio escolar (e indiretamente a frequência da escola), a órfãos pode ajudar a proteger contra o início ou agravamento dos sintomas de depressão ao longo do tempo, promovendo a resiliência numa importante população de risco.

Seria esperado que crianças que não frequentassem a escola tivessem mais probabilidade de desenvolvimento futuro de problemas de saúde mental, pois, na escola, estas têm mais hipóteses de socialização com os pares, mais oportunidades de aprendizagens, tutoria por parte dos professores, e, ainda, de evasão das suas, por vezes custosas, rotinas diárias, o que lhes poderá, de alguma forma, trazer alguma proteção nesse plano.

No nosso ponto de vista seria interessante perceber, claramente, o porquê destas crianças não frequentarem a escola. Terá sido por vontades delas? Existiram outros fatores que representassem um impedimento? No presente estudo, o número de crianças que abandonou a escola (19 órfãos) é bastante mais baixo do que o que continuou na escola (46 órfãos), apesar de continuar a ser uma questão preocupante. Das (14) crianças que reportam não frequentarem a escola, (11) sustentam não ter possibilidades em pagar propinas e (3) não respondem à pergunta sobre os motivos para não o fazerem. Uma amostra maior tornaria possível compreender a potencial diversidade das situações de abandono. Podemos supor que, tendo em conta que grande percentagem das crianças que não frequenta a escola se deve a problemas de cariz económico, várias outras questões podem advir de tal, às quais não temos de momento acesso. No entanto podem ser tidas em consideração na elaboração de um novo Protocolo de recolha de dados. Seria útil termos acesso a informação relativamente ao tempo que mediou desde que as crianças deixaram de frequentar a escola; se tal advém da morte do(s) familiar(es) ou se outro motivo; se a criança gostaria de frequentar a escola e os propositos de retomar a escola. Efetivamente tais questões, que incluem a relação com a escola e a mudança ocorrida com o falecimento do progenitor, tornam a tarefa de interpretação dos resultados mais facilitada. Podemos supor que ainda não se passou tempo suficiente desde que a criança não frequenta a escola para haver uma clara relação com o detrimento da saúde mental; pode ser uma situação provisória o abandono escolar (muitas vezes a escola, após o não pagamento das propinas e forçada a enviar a criança para casa, mas quando existe a possibilidade monetária em pagar a mensalidade a criança retorna à escola); pode ter sido por vontade própria e eventualmente uma decisão reversível e temporária, como seria o caso de crianças que tivessem saído para, por exemplo, trabalharem.

Noutra ordem de considerações, existem explicações válidas para que estes (14) crianças / adolescentes que não frequentam a escola não se sintem excluídos de alguns dos benefícios associados à escola, como seja, o contacto com os outros colegas, pois, ainda que não a frequentem, todas as crianças frequentam um centro comunitário onde contactam com tutores e são integrados em atividades didáticas onde, claramente, é dada a oportunidade de convívio com os pares.

Relativamente à frequência da escola por parte de crianças órfãs, Ainsworth e Filmer (2006) afirmam que “os países mais afetados pela epidemia de HIV/SIDA têm as taxas de matrícula mais baixas do mundo.” No entanto, no caso particular de África, pelo menos, tal afirmação não é confirmada nos dados. Não parece haver uma associação negativa entre a prevalência de HIV e matrícula na escola. No presente estudo, quando inquiridas acerca da frequência escolar, num total de (60) respostas, (46) afirmam frequentar a escola e, apenas (14) crianças confirmam não frequentar a escola.

A frequência escolar das crianças órfãs de HIV, sejam elas HIV positivas ou negativas, seria um possível caminho para tentar influenciar o seu futuro, e infletir a taxa tão elevada de HIV. O mesmo,

é claro, se aplica às crianças não órfãs, mas, porém, se o risco de HIV é aumentado em condições de pobreza e de fragilidade (ex: exploração sexual das adolescentes), então, seria logicamente nas franjas mais vulneráveis que a escola, bem como outros apoios e iniciativas de educação social, poderiam fazer maior diferença.

Se em África tal associação não se verifica, quais as razões para assim ser? Será que a escola não está capaz de influir a taxa de contágio por HIV? Ou será porque populações vulneráveis, como os órfãos de HIV, acabam por deixar a escola antes de completar os estudos? Mesmo que a taxa de frequência possa ser alta, a taxa de completamento dos estudos pode não o ser, e, por seu lado, completar os estudos pode trazer benefícios no combate à pobreza, à exclusão e conseqüentemente à vulnerabilidade ao HIV.

Na verdade, alguns dos países com a maior prevalência de HIV têm as mais altas taxas de matrícula na escola. Na literatura, o contraste entre a inscrição de órfãos e não órfãos é maior em países onde o número de matrículas já é baixo (UNICEF 2003). A taxa de matrícula na escola entre os africanos continua alta até o final da adolescência, mas os alunos começam a desistir antes de completar o ensino secundário (Ardington & Leibbrandt, 2010).

No presente estudo, podemos notar que na classe de idade dos 16 aos 18 anos o abandono escolar tem a taxa mais alta, de 63,64% (7 em 11 adolescentes), seguida da classe dos 13 aos 15 anos, com 5 dos 26 adolescentes a abandonar a escola. Na classe de idades mais baixa, dos 7 aos 9 anos, não se registam abandonos, apesar de várias crianças dessa idade não terem respondido à questão. Poderá também registrar-se casos de frequência de um nível de escolaridade mais baixo para a idade, uma vez que apenas 17 respondentes frequentam o ensino secundário.

Segundo a literatura o impacto negativo da morte parental na frequência da escolar é mais visível quando se trata de órfãos maternos, sendo o abandono duas vezes mais alto, do que o manifestado pelos órfãos paternos (Evans & Miguel, 2007, Case & Ardington, 2006). A perda da mãe de uma criança é considerada como um forte preditor de resultados de abandono escolar ou baixa escolaridade, enquanto a perda do pai reflete-se na criança na redução económica do agregado familiar. Em dois estudos longitudinais localizados, Case e Ardington (2006) e Ardington e Leibbrandt (2009) usam mesmo o tempo de morte das mães em relação às deficiências educacionais das crianças para argumentar que as mortes das mães têm um efeito causal sobre a educação infantil. Eles não conseguem, no entanto, responder à questão do porquê de haver mais abandono escolar em crianças órfãs maternas. São necessárias mais pesquisas para entender os potenciais caminhos através dos quais isto pode acontecer, e também as exceções a esta tendência, como sucede com a presente amostra. A maior percentagem de abandono escolar, depois dos órfãos totais (6 em 19, correspondendo a 32%), pertence aos órfãos de pai (8 em 21; 22%), não se registando nenhum abandono nos órfãos de mãe, em número de 13.

Apesar de não ser abordado na literatura, conjecturamos que as crianças ao perderem a mãe, por um lado, tenham uma maior perda de apoio emocional, e, por outro lado, que há mais probabilidade de a criança, sobretudo se for a mais velha na fratria, assumir as responsabilidades domésticas e do controlo dos irmãos mais novos, outrora realizadas pela mãe. Deste modo, o abandono escolar pode ser uma consequência da dificuldade de conciliar tais tarefas com a escola

Na mesma linha de ideias, exceções a essa tendência podem por hipótese ser explicadas, para os órfãos de mãe, pelo facto de a criança encontrar apoio emocional no sistema de cuidados que lhe é proporcionado, ou não ter que assumir responsabilidades domésticas, ou eventualmente por gozar de apoio instrumental que lhe permite continuar na escola, e, para os órfãos de pai, a perda de poder económico para assegurar o pagamento das propinas é susceptível de forçar ao abandono.

6. Impacto do nível de pobreza na saúde mental da amostra

Tabela 6.

Médias, desvios-padrão das variáveis da saúde mental em função da pobreza e estatística MANCOVA na comparação entre tipos de dificuldades (comida e renda, propinas, outros, nenhuma) e análise ANOVA para a MCDT (n=68)

escala	pobreza (dificuldades em)	média	desvio padrão	intervalo de confiança 95%	p
SCAS Total	comida e renda	46.544	3.515	[39.33; 53.756]	0.265
	propinas	52.231	4.16	[43.694; 60.767]	
	outro	36.084	5.33	[25.147; 47.021]	
	nenhuma reportada	41.192	3.207	[34.612; 47.772]	
CES Total	comida e renda	21.388	2.756	[15.733; 27.043]	0.075
	propinas	28.373	3.263	[21.679; 35.067]	
	outro	19.511	4.18	[10.934; 28.088]	
	nenhuma reportada	16.3	2.515	[11.14; 21.46]	
CABDI Total	comida e renda	65.463	7.877	[49.302; 81.625]	0.663
	propinas	59.55	9.324	[40.418; 78,681]	
	outro	46.594	11.946	[22.083; 71.105]	
	nenhuma reportada	49.321	7.187	[34.575; 64.067]	
MCDT	comida e renda	0.202	0.139	[-0.089; 0.493]	0.032
	propinas	0.383	0.176	[0.15; 0.75]	
	outro	-0.388	0.219	[-0.846; 0.07]	
	nenhuma reportada	-0.354	0.125	[-0.617; -0.092]	

O nível de pobreza não determinou significativamente as pontuações das escalas SCAS, $F(3, 27) = 1.397$, $p = 0.265$, nem CABDI, $F < 1$, mas teve um efeito marginalmente significativo nas pontuações da CES, $F(1, 27) = 2.575$, $p = 0.075$, η^2 parcial = 0.222 (ver Tabela 6). Comparações *post-hoc* dois-a-dois (teste Bonferroni) revelaram que esta tendência se deve maioritariamente à comparação entre “propinas” e “nada”, $p = 0.064$, sendo que a crianças na primeira têm pontuações ligeiramente superiores na CES que as da segunda. Estes resultados foram replicados na ANOVA efetuada sobre a escala compósita MCDT, que

o nível de escolaridade não atingiu o critério de significância estatística, $F < 1$, mas o nível de pobreza revelou-se estatisticamente significativo, $F(3, 19) = 3.624$, $p = 0.032$, η^2 parcial = 0.364. Comparações *post-hoc* dois-a-dois (teste Bonferroni) mostraram que esta tendência se devia a uma diferença significativa entre crianças com pobreza “propinas” e “nada” ($p = 0.032$), bem como uma diferença marginalmente significativa entre crianças com dificuldades em “comida e renda” e “nada” ($p = 0.051$).

O nível de pobreza afectou a medida MCDT, sendo que crianças que não relatam dificuldades têm menores pontuação que crianças com dificuldades em pagar “propinas” e, marginalmente, que crianças com dificuldades em pagar “comida e renda”. Com a perda do(s) progenitor(es) (cuidadores) frequentemente vem associada uma perda do rendimento do agregado familiar. Na literatura, a pobreza foi caracterizada maioritariamente como sendo um fator de risco e como uma consequência imediata da morte do(s) progenitor(es). Comparativamente a outras crianças, os órfãos por HIV/SIDA detêm menos oportunidades em termos de acesso a comida e propinas, tal como observado na revisão de literatura realizada por Sharp et. al (2015).

O nível de pobreza tem um ligeiro efeito marginalmente significativo sobre a depressão, em convergência com os resultados dos estudos de Cluver et al. (2007, 2013); Wild, Fisher & Robertson (2013) e Nyamukapa et al. (2010). Não obstante a frequência escolar não se ter revelado associada a níveis diferenciados de dificuldades, na amostra global de órfãos, isso não é incompatível com a possibilidade de alguns jovens sentirem a falta de capacidade económica para pagarem propinas como uma perda e como uma carência que afeta a sua capacidade de alcançarem estados e resultados positivos, capazes de contrariarem a sua falta de recursos.

No entanto, é surpreendente que o nível de pobreza associado a dificuldades em pagar propinas seja aquele que manifesta mais sintomas de problemas, e não seja a pobreza ligada a dificuldade em pagar alimentos e renda de casa. Não se exclui que esta diferença repouse num viés do reporte das dificuldades por parte das crianças. Esta situação supõe-se ter ocorrido em outros estudos, como o de de Sengendo e Nambi (1997), realizado no distrito de Rakai (Uganda). Estes autores investigaram o efeito psicológico da orfandade na saúde mental das crianças e adolescentes órfãos por HIV/SIDA, os seus resultados apontavam para o fato de órfãos relatarem melhor capacidade de ajustamento do que os não órfãos. Este resultado foi interpretado como um viés “movido por benefícios” em que os participantes, temendo perder a ajuda da ONG que financiava o estudo, preferiram dar uma imagem positiva de si mesmos. A conjectura que fazemos, tomando por base os resultados do estudo mencionado, é que as crianças possam ter enfatizado a dificuldade com as propinas, e não tanto as outras dificuldades, ao terem presente possibilidade de receberem apoio da ONG no pagamento das propinas. Quando questionadas acerca da ajuda externa que gostariam de ter um elevado número apontou para pagamento de propinas.

De ressaltar que o interesse no pagamento das propinas possa estar relacionado com dois propósitos diferentes: por um lado, as crianças que frequentam a escola, segundo a literatura e a observação feita das práticas pela autora *in loco*, são tidas em consideração como sendo crianças que, num futuro, têm mais probabilidades de obtenção de um emprego. Este emprego é

duplamente vantajoso, pois, não só estará a melhorar o futuro da criança, mas todo o status económico da família.

Por outro lado, na escola o pagamento das propinas escolares é muitas vezes sinónimo de acesso ao programa alimentar, em que são fornecidas duas refeições por dia (o pequeno-almoço e o almoço), o que, muitas vezes justifica a grande aspiração em frequentar a escola. *In loco* a ideia com que ficamos por testemunhos de professores e diretores das escolas, é que seriam os cuidadores da criança a fazer um esforço monetário para que estas frequentassem a escola, no sentido de, pelo menos conseguirem usufruir dessas duas refeições na escola, pois muitas vezes em casa era impossível fruir do jantar.

Proposta de Protocolo (cf. Anexo 6)

Cientes das limitações mencionadas, foi elaborado um novo guião de entrevista com a criança, a integrar o protocolo de recolha de dados, adequado a uma abordagem sistémica, integrada, do estudo dos fatores de risco e de proteção desta população, e da evolução das suas manifestações de dificuldades e de saúde mental, que pudesse ser utilizado num padrão standard neste tipo de investigações.

Pretende-se uma caracterização mais precisa das condições que acompanharam a perda do(s) progenitor(es), e das mudanças ocorridas desde esses eventos, com o propósito de melhor compreender os efeitos da condição de órfão na saúde mental ao longo do tempo. Deste modo, ao dispormos de uma visão holista e cronologicamente clara (desde a data da morte parental até à atualidade), temos a vantagem de obter informações mais detalhadas acerca dos potenciais stressores e das limitações de recursos da população alvo no tempo, a fim de tirar implicações sobre o modo de apoiar de forma mais eficaz as crianças e suas famílias e comunidades, concebendo planos de intervenção adaptados às necessidades de cada um. Estes planos no que diz respeito ao apoio em situação de crise, e de facilitação do processo do luto, para serem mais eficazes, poderão ser implementados precocemente (por exemplo, aquando da morte parental ou idealmente, ainda antes da morte), e, portanto, devem basear-se na identificação de crianças em situação de risco. Por outro lado, devem ir mais longe, e visar o incremento de recursos na comunidade para promover o bem-estar das crianças, e para tal é necessário conhecer o contexto, recursos e apoios já disponíveis, a fim de os potenciar.

Relativamente às rubricas específicas que seriam pertinentes numa recolha de dados mais sistemática, e que deveriam ser incluídas no novo Protocolo, identificámos, além da caracterização do contexto da entrevista, e dos dados da criança, a necessidade do levantamento de informação relativa à morte parental, ao cuidador e agregado familiar atual, à escola, ao apoio social e económico, e outras condições (suprimento de necessidades) para o bem-estar e o desenvolvimento harmonioso.

Os eventos(s) que rodearam a morte parental, os sentimentos que acompanharam, as mudanças ocorridas no imediato nos cuidados recebidos, e no agregado familiar, e a ajuda recebida são informações contempladas primeiro.

A evolução no tempo das dificuldades, por seu lado, para ser bem compreendida, remete para a relação do órfão com aqueles que o rodeiam, em função das necessidades e tarefas de desenvolvimento, e também da provisão de cuidados e recursos educacionais e outros, adequados à fase de desenvolvimento, que vêm ou não suprir a perda dos cuidados e relacionamento parentais. e ao período de tempo que passou até a atualidade. Foram para tal introduzidas questões como: *“Data em que os teus pais faleceram”*. Posto isto, focarmo-nos na relação com os cuidadores e nos cuidados recebidos. Nesta rubrica, pretende-se compreender a atual composição do agregado familiar, se este é composto por algum familiar ou se estamos perante uma situação de “lar coletivos” ou ao cuidado de um conhecido dos pais; é necessário descobrir se a criança tem algum parente/cuidador/irmão doente (se sim, qual o seu papel na responsabilidade em tomar conta deste). Para tal introduziram-se questões como: *“Com quem vives?”*, *“Sentes-te aceite, bem tratado e seguro em casa?”*. Relativamente ao agregado familiar, foi focado igualmente a situação económica atual *“Quais as principais dificuldades do teu agregado familiar?”*? Pretende-se perceber se houve alterações visíveis após a morte parental *“Sentes que a tua vida piorou desde a morte do teu pai/mãe/ambos?”*, perceber se a criança exerce algum tipo de trabalho (esporádico ou permanente), para ajudar nas despesas da família. *“Alguma vez tiveste que trabalhar para ajudar nas despesas da casa?”*. De igual forma, avaliar o bem-estar do agregado.

Relativamente à escola, após perceber se a criança frequenta a escola e qual o nível de escolaridade, caso não frequente, é pedida informação relativamente ao tempo que passou desde que a criança deixou de frequentar a escola; se se trata de uma situação provisória de abandono escolar (muitas vezes a escola, após o não pagamento das propinas e forçada a enviar a criança para casa, mas quando existe a possibilidade monetária em pagar a mensalidade a criança retorna à escola), ou se existe outro motivo; se a criança gostaria de frequentar a escola e avaliar a possibilidade de estas retomarem a escola. Pode ter sido por vontade própria e eventualmente uma decisão reversível e temporária, como seria o caso de crianças que tivessem saído para, por exemplo, trabalharem. Questões como: *“Frequentas a escola? Se não, quais os motivos para teres desistido?”* ajudar-nos-ão a avaliar a situação da criança em relação à escola.

Será igualmente dado especial ênfase ao sistema de relações mais vasto, ao apoio social, e atividades da criança, e dados relativos a indicadores de mal-estar e de bem-estar, que serão consideradas através de questões como: *“Tens um amigo em que possas confiar e desabafar?”*, *“Sentes-te seguro na comunidade onde moras?”*.

De ressaltar que, no decorrer do processo de elaboração do presente estudo, constatamos uma questão sensível relativamente à gestão de expectativas das crianças. Da leitura feita e no decorrer do estudo, percebemos que, muitas vezes, podemos estar perante um caso de expectativas geradas na criança. Estas, têm que ser positivamente informadas acerca dos objetivos da recolha de dados, para não gerar falsas expectativas de ajuda por parte da ONG que financia o

estudo. Quando questionadas acerca da ajuda externa que gostariam de ter um elevado número apontou para pagamento de propinas. Inicialmente, antes da passagem do protocolo é recomendado ao entrevistador que clarifique este ponto, explicando que não irá oferecer algo em troca. Além disso, ao pedir a colaboração da criança, deve transmitir-lhe o propósito da entrevista e dos questionários assegurar a confidencialidade dos dados e solicitar-lhe que seja o mais sincera possível nas respostas. Deixar ainda deixar claro à criança que, na incompreensão de questões, deve interpelar.

Tudo isto facilita uma avaliação mais eficaz da evolução de saúde mental.

Conclusões

O objetivo principal desta dissertação foi o estudo da saúde mental em crianças órfãs por HIV/SIDA numa amostra de crianças e adolescentes residentes na favela de Kibera. Deste modo, foi realizada uma análise ao nível descritivo num conjunto de variáveis de saúde mental, quer a nível geral, quer nos dois sexos e em diferentes idades, sendo classificadas e analisadas as respostas dadas pelos órfãos a perguntas abertas do questionário sobre condições de vida, mudanças ocorridas desde a morte do(s) progenitor(es) e pobreza, de uma amostra de crianças órfãs por HIV/SIDA, residentes na favela de Kibera. Analisaram-se subsequentemente as relações entre os indicadores de saúde mental, o tipo de órfão, consoante o ou os progenitores perdidos, o estatuto de HIV, positivo ou negativo, os indicadores de pobreza e a frequência escolar, considerada como eventual fator de proteção. As diferenças de sexo e/ou faixa etária, são exploradas, tendo em consideração o que a literatura refere sobre o impacto da orfandade nestes grupos.

Após as análises realizadas, foi possível concluir que (1) não há evidência de existirem diferenças significativas entre rapazes e raparigas órfãs por HIV/SIDA quanto ao desenvolvimento de problemas de saúde mental; (2) relativamente à idade, concluímos que há uma tendência pouco marcada no sentido de quanto mais velhas forem as crianças, mais manifestações de depressão e de comportamentos disruptivos tenderão a apresentar; (3) relativamente à relação entre manifestação de sinais de problemas de saúde mental e o estatuto de HIV, verifica-se que o HIV se encontra moderadamente associado a problemas de ansiedade, com particular destaque para crianças com HIV positivo que obtiveram maiores pontuações; (4) relativamente à frequência escolar, comparando a saúde mental das crianças que frequentam e das que não frequentam a escola, não podemos afirmar que exista uma relação direta de não frequentar a escola com potenciais repercussões na saúde mental das crianças; (5) no que concerne a pobreza, o nível de pobreza refletiu-se na medida compósita de dificuldades totais, sendo que crianças que não relatam dificuldades têm menores pontuação que crianças com dificuldades em pagar “propinas” e, ainda, que crianças com dificuldades em pagar “comida e renda”. O nível de pobreza tem um pequeno efeito sobre a depressão.

Os resultados, no geral, vão ao encontro de alguns estudos da literatura, que apontam para que órfãos por HIV/SIDA não apresentem maiores níveis de problemas relacionados com a saúde mental e que sugerem que algumas dessas crianças não relatam níveis clinicamente significativos ou elevados de problemas de saúde mental ao longo do tempo (Chi et al., 2013; Pelton e Forehand, 2004; Rotheram-Borus et al., 2005). Wild et al. (2013) referem não encontrar uma relação entre ser órfão por HIV/SIDA e apresentar problemas de saúde mental, afirmando que os problemas de internalização, externalização, problemas sociais e de funcionamento escolar podem ser moderados por importante fatores de proteção individuais e contextuais. Sengendo e Nambi (1997), argumentaram que, à medida que a criança, individualmente, aceita a perda,

"espera-se que as emoções negativas desapareçam". O fator tempo pode igualmente estar na base da equação, sendo

que uma criança pode experienciar a orfandade devido ao HIV/SIDA e sofrer sequelas na altura dessa morte. Este efeito foi discutido na revisão de literatura de Sharp et al. (2015).

A população estudada pode ser considerada bastante atípica, pois que batalha diariamente pela sobrevivência na favela, numa incerteza constante. Não se afirmando que são crianças menos sensíveis que as demais, no entanto, desde pequenos que são instruídos a serem fortes psicologicamente, são expostos a dificuldades e a exigências que parecem mais próprias de adultos. Por exemplo, são prematuramente convocados para participarem nas lides domésticas, assumirem o cuidar dos mais novos ou de algum familiar doente, o tentar encontrar alguma forma de trazer algum sustento para casa. São por conseguintes condições que decerto têm algum impacto no seu processo de desenvolvimento. As características da criança podem igualmente funcionar como fatores de proteção, do mesmo modo que fatores da comunidade.

Ressalva-se neste estudo a carência de um ou mais grupos de comparação residentes igualmente em Kibera, como sejam, de órfãos por outras causas, de crianças não órfãs com pais seropositivos e/ou doentes de HIV, e, por último, de crianças não órfãs com pais seronegativos, a fim de obter efeitos comparativos, e de distinguir fatores de orfandade e de impacto da vivência de seropositividade ou doença de HIV na família.

Estamos cientes das limitações desta investigação. Já foi mencionada a carência de grupos de comparação. Seria vantajoso recolher uma amostra aleatória maior, e representativa da população alvo, quanto a género, faixa etária, apadrinhamento ou residência comunitária, e condição económica. O facto de a amostra ter maioritariamente elementos do género feminino (60.3%) pode afetar a capacidade de generalização dos resultados.

Defrontámo-nos com limitações das qualidades métricas de algumas escalas que nos tínhamos inicialmente proposto utilizar, as quais, quando aplicadas à amostra, manifestaram baixos níveis de consistência interna (alfa de Cronbach). A sua exclusão do estudo impossibilitou a análise de outros construtos de igual pertinência para o estudo, como a auto-estima e a raiva.

O facto de os questionários não terem sido traduzidos na íntegra para swahili (língua oficial do Quênia, a par da Inglesa), pode ter contribuído para uma desvantagem em termos de compreensão dos mesmos.

Apesar destas limitações, podemos mencionar que este estudo tenta, in loco, dar voz a uma parte negligenciada, quer em termos de estudos, quer em termos de intervenções. No Quênia, são raras as investigações que se debruçam sobre a saúde mental e a prevalência de comportamentos de risco em crianças, e mais raras ainda as que contemplam esta população tão desfavorecida. Muito pouco é sabido acerca de saúde mental de crianças no Quênia, e os programas, quer de prevenção ou intervenção são escassos. No caso específico de Kibera, estes

são inexistentes. Perante este panorama, o estudo pode contribuir com novos dados para o panorama internacional neste tipo de estudos.

Cientes das limitações mencionadas, foi elaborado um guião de entrevista com a criança mais completo, para a recolha de dados (cf. Anexo 6). Seria desejável que futuros estudos fossem baseados numa recolha de dados em maior proximidade das crianças no seu contexto de vida, incluindo possivelmente dados de observação de várias fontes, se possível com carácter longitudinal, a fim de caracterizar as mudanças ocorridas desde a perda do ou dos progenitores, na relação com os cuidadores e nos cuidados recebidos, no sistema de relações mais vasto, e no apoio social, e ainda nas atividades da criança, bem como, obviamente, dados relativos a indicadores de mal-estar e de bem-estar a fim de melhor compreender os efeitos de ficar órfão na saúde mental ao longo do tempo, através de repetição periódica de avaliações. O estudo poderia contemplar módulos de aprofundamento, em que a própria seleção das medidas de resultado e de processo poderia ser mais diferenciada por faixas etárias, e por variáveis ecológicas, a fim de captar dimensões cognitivas ou afetivas específicas da relação da criança com o ambiente envolvente, dadas as suas necessidades., por exemplo, com crianças mais velhas, as suas atitudes em relação ao futuro. Neste contexto, seria indispensável estudar os fatores de risco e de proteção de um modo mais amplo e complexo, por exemplo, na frequência escolar, e/ou nos apoios que podem ser substitutivos, incluindo medidas da atitude da criança face à escola/instituição.

Estudos assim concebidos, de natureza, qualitativa e quantitativa, permitem abordar mais diretamente um problema que está latente nos estudos quantitativos, como o atual, e que consiste na possibilidade de as crianças exercerem vieses na informação que fornecem, em relação com as suas perceções e expectativas relativamente às instituições envolvidas, como ONGs. Isto pode ocorrer por exemplo, hipoteticamente tentando dar uma imagem mais positiva, ou o oposto, criando uma imagem onde estavam mais vulneráveis e a necessitarem mais de apoio. A obtenção de informações por múltiplas fontes ofereceria uma base de estabilização das informações. Outras soluções possíveis passariam por abordar com os participantes a questão e inquiri-los sobre as expectativas, ou deliberadamente explicar no início em que é que determinada instituição ou ONG pode ajudar e em que é que não, de molde a levar em consideração as expectativas e motivações, na interpretação os resultados.

Por outro lado, em estudos futuros seria importante ter a oportunidade de ultrapassar as atuais limitações, algumas delas também refletidas na literatura, relativas à qualidade dos instrumentos, ao desenho do estudo, e a certos procedimentos. Questões como a aposta na standardização de medidas de construtos de saúde mental de uso generalizado e uniformizado, onde se inclui ainda o estudo de invariância dos instrumentos em relação ao género e à idade, o desenvolvimento de modelos teóricos empiricamente informados que possam fornecer estruturas integradas para orientar futuras pesquisas e intervenções; a aposta na necessidade de recurso a grupos de comparação específicos, e a aposta em estudos longitudinais, serão fulcrais para o desenvolvimento de um mais credível programa de investigação e, posteriormente, de futuros e mais proficuos planos de intervenção na população alvo. Dos tipos de intervenções possíveis, são

sugeridos aqueles que dependem da relação terapêutica com um profissional de saúde mental, individualmente ou em grupo, como terapia de grupo ou aconselhamento individual focado no processamento do luto ou nas habilidades de enfrentamento adaptativas para essas crianças, no entanto, outros tipos, podem focar aspectos das relações dos micro, meso ou até macrosistema, como sejam, os programas de combate à discriminação e ao *bullying*, os programas de apoio financeiro, entre outros.

Estudos futuros devem por isso explorar o risco putativo e os fatores de resiliência que afetam o bem-estar psicossocial dessas crianças, especialmente os principais fatores de proteção que ajudam a defender as crianças dos efeitos prejudiciais do stress associado ao fato de ter ou ter perdido um membro da família para o HIV / SIDA, a fim de apoiar a conceção de intervenções em terreno, de apoio à saúde mental e bem-estar de crianças e adolescentes órfãos devido ao HIV/SIDA, num contexto de países subdesenvolvidos

Referências

- Abdumalik, I.O., Sale S. (2012). Pathways to psychiatric care for children and adolescents at tertiary facility in northern Nigeria. *Journal of public health in Africa*, 3(1), e 4. doi: 10.4081/jphia.2012.e4
- Abubakar, A., Bagana M., Gashua M. (2016). Assessment of water quality of some table water companies in Kano metropolis, Nigeria. *Scholars Academic Journal of Biosciences Sch. Acad. J. Biosci.* ; 4 (3) : 233-236; doi: 23216883
- Addison J.T., Urie Bronfenbrenner. (1992); *Human Ecology* 20(2):16–20 em <http://67a43d8.monew.club/>
- Ainsworth M., Filmer, D. (2006). Inequalities in children's schooling: AIDS, orphanhood, poverty, and gender. *World Development*, 34, 099–1128. doi: 10.1016/j.worlddev.2005.11.007
- Anishahaun, O. (2008). *Casualisation and casual employment in Nigeria: beyond contract*. *Labor Review*.; 1:134 <https://www.researchgate.net/publication/330412580>
- Ardington, C., & Case A. (2010). Interactions between mental health and socioeconomic status in the south African National Income Dynamics study. *Journal for studies in economics and econometrics*, 34(3), 69–85. PMID: PMC3170771
- Atiola, O. (2016). Mental health service utilization in sub-Saharan Africa: is public mental Health literacy the problem? Setting the perspectives right. *Glob Health Promot. Jun*; 23(2):30-7. doi: 10.1177/1757975914567179.

- Barret, P. & Turner C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410. doi:10.1348/014466501163887
- Beguy, D., Bocquier, P. & Zulu, E. (2010). Circular migration patterns and determinants in Nairobi Slum settlements. *Demographic Research*, 23, 549- 586 <http://www.jstor.org/stable/26349605>
- Bella T., Omigbodun O. & Atiola O. (2011) Towards school mental health in Nigeria: baseline knowledge and attitudes of elementary school teachers. *Advances in School Mental Health Promotion*, 4, 55–62. doi: 10.1080/1754730X.2011.9715636
- Bennel, P. (2005). The impact of the AIDS epidemic on teachers in sub-Saharan Africa. *The Journal of Development Studies*, 41(3): 440-466 doi: 10.1080/0022038042000313327
- Berk, L.E. (2000). *Child Development* (5th ed.) Boston: Allyn and Bacon. 23-38 acedido em Janeiro 2020 em https://openlibrary.org/books/OL35893M/Child_development
- Betancourt T., Scorza P., Kanyanganzi F., Mary C. , Smith F., Sezibera V., Cyamatare F., Beardslee W., Stulac S., Bizimana J.,Stevensonand A. & Kayiteshonga Y. (2015) HIV and Child Mental Health: A Case-Control Study in Rwanda. *Pediatrics*. 2014;134(2):464–472 doi: 10.1542/peds.2015-0753
- Boyes M., Mason S.J., Cluver L.D. (2013). Validation of a brief Stigma-By-Association Scale for use with HIV/AIDS-affected youth in South Africa. *AIDS Care*.;25:215–222. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.699668>
- Bronfenbrenner U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22(6):723. Acedido a 10 fevereiro 2020 em <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Burns, G. L. & Walsh, J. A. (2002) The Influence of ADHD–Hyperactivity/Impulsivity

Symptoms on the Development of Oppositional Defiant Disorder Symptoms in a 2-Year Longitudinal Study. *J Abnorm Child Psychol* 30, 245–256
<https://doi.org/10.1023/A:1015102812958>

Atwine B., Cantor-Graee E. & Bajunirwe F., (2005) Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda. *Soc Sci Med.* Aug;61(3):555-64. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.12.018.

Case, A. & Ardington, C. (2006) The impact of parental death on school outcomes: Longitudinal evidence from South Africa. *Demography* 43, 401–420
<https://doi.org/10.1353/dem.2006.0022>

Cassier, N. & Addatti L. (2007). *Expanding women's employment opportunities: informal economy workers and the need for childcare,*
https://www.ilo.org/emppolicy/events/WCMS_125907/lang--en/index.htm

Caughy, M. O., O'Campo, P. J. & Muntaner, C. (2003). When being alone might be better: Neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Social Science & Medicine*, 57(2), 227–237. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00342-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00342-8)

Caughy, M.O., Nettles, S.M. & O'Campo, P.J. (2007). Community Influences on Adjustment in First Grade: An Examination of an Integrated Process Model. *J Child Fam Stud* 16, 819–836. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9128-8>

Celik Y. & Hotchkiss D.R. (2000) The socio-economic determinants of maternal health care utilisation in Turkey. *Social Science & Medicine* 50(12), 1797–1806. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00418-9. PMID: 10798333.

Chi P. & Li X. (2013) Impact of parental HIV/AIDS on children's psychological well-being: a systematic review of global literature. *AIDS and behavior*, 17(7), 2554–2574. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0290-2>

Chi P, Li X, Zhao J, Zhao G. (2014) Vicious circle of perceived stigma, enacted stigma and

depressive symptoms among children affected by HIV/AIDS in China. ;18(6):1054-62. doi: 10.1007/s10461-013-0649-z.

Cluver L. & Gardner F. (2008). The psychological well-being of children orphaned by AIDS in Cape Town, South Africa. *Ann Gen Psychiatry*. 5:8 doi: 10.1186/1744-859X-5-8.

Cluver, L. & Gardner, F. (2007). The mental health of children orphaned by AIDS: a review of international and southern African research. *Journal of child and adolescent Mental Health*, 19(1):1-17. doi: 10.2989/17280580709486631.

Cluver L., Operario D. & Gardner F. (2008). Parental illness, caregiving factors and psychological distress among children orphaned by acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in South Africa. *Vulnerable Child Youth Stud*. 2008; 4:185–198. <https://doi.org/10.1080/17450120902730196>

Cluver L., Orkin M., Boyes M.E., Gardner F. & Nikelo O. (2012). AIDS-orphanhood and caregiver HIV/AIDS sickness status: Effects on psychological symptoms in South African youth. *Journal of Pediatric Psychology* 2012; 37:857–867 <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss004>

Cluver L., Orkim M., Boyes M.E., Sheer L., Masaki D, et al. (2013). Pathways from parental AIDS to child psychological, educational and sexual risk: Developing an empirically-based interactive theoretical model. *Soc Sci Med*.87:185–193. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.028>

Cluver L, Bowes L, Gardner. (2010). F. Risk and protective factors for bullying victimization among AIDS- affected and vulnerable children in South Africa. *Child Abuse Negl*. 34:793–803. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.04.002>

- Cluver L, Orkim M, Gardner F, Boyes M.E. (2012). Persisting mental health problems among AIDS orphaned children in South Africa. *J Child Psychol Psychiatry*; 53:363–370. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02459x.
- Arper C., Jones N., Mcka A. & Espey. J. (2009). *Children in Times of Economic Crisis: Past Lessons, Future Policies*. London, UK: Overseas Development Institute;
- Chi, P., & Li, X. (2013). Impact of parental HIV/AIDS on children's psychological well-being: a systematic review of global literature. *AIDS and behavior*, 17(7), 2554–2574. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0290-2>
- Cortina M.A., Sodha A., Fazel M. & Ramchandani P.G. (2012). Prevalence of child mental health problems in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012 Mar;166(3):276-81. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.592. PMID: 22393184.
- Daramola A. & Ibem E.O. (2010). Urban environmental problems in Nigeria: implications for sustainable development. *Journal of Sustainable Development in Africa*; Clarion University 12(1):124–143. ISSN: 1520-5509
- Deacon, H. & Stephney, I. (2008). HIV/AIDS, Stigma and Children: A Literature Review., semantic scholar, ID: 52106941 <https://www.hsrcpress.ac.za/>
- Doku, P.N. (2009). Psychosocial adjustment of children affected by HIV/AIDS in Ghana *Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2:25-34 doi: 10.2989/17280583.2010.493662
- Donald, D., Lazarus, S. & Lolwana, P. (2010). Educational psychology in social context. *Ecosystemic applications in Southern Africa*, 4th edn. Cape Town: Oxford University Press

- Dowdney L. (2013). Childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000; 41:819–830. [PubMed: 11079425]
- APA, American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)
- Durrant E, (2005). Corporal punishment: prevalence, predictors and implications for child behaviour and development. In: Hart SN, editor. *Eliminating Corporal Punishment*. . 49–90. Paris, France: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139209>.
- Evans D.K., Miguel E. (2007). Orphans and schooling in Africa: a longitudinal analysis *Demography*.; 44:35–57. <https://doi.org/10.1353/dem.2007.0002>
- Fang X., Li X., Stanton B., Hong Y., Zhang L., Zhao G. & Lin D. (2009). Parental HIV/ HIV/AIDS and psychosocial adjustment among rural Chinese children., *Journal of pediatric psychology*, 34(10):1053–1062. *Journal of pediatric psychology*, 34(10), 1053– 1062. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp006>
- Faulstich, M.E., Carey, M.P., Ruggiero, L., Enyart, P., & Gresham, F. (1986).+ Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the center for epidemiological studies depression scale for children (CES-DC).*American Journal of Psychiatry*, 143(8), 1024-1027. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.8.1024>
- Fendrich, M., Warner, V., & Weissmen, M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26(1), 40–50.: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.1.40>
- Hinkle, D.E., Wiersma, W., Jurs, S.G., 2003. Applied statistics for the behavioral sciences. 5 th ed., Boston, MA: Houghton Mifflin Company
- Ford, K., & Hosegood.V. (2005). AIDS Mortality and the Mobility of Children in Kwazulu Natal, South Africa. *Demography*, 42(4), 757-768. <http://www.jstor.org/stable/4147338>

International Labour Organisation, (2007). International Labour Conference, 96th Session, *Report VI: The promotion of sustainable enterprises em*
https://www.ilo.org/empent/Publications/WCMS_093969/lang--en/index.htm

International Labour Organisation, (2010). *Global Employment Trends, January* Geneva,
https://www.ilo.org/empelm/pubs/WCMS_120471/lang--en/index.htm

Ishikawa, S., Ota, R., & Sakano, Y. (2001). Development of the Japanese version of Spence Children's Anxiety Scale. *Waseda Journal of Clinical Psychology*, 1, 75–84. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.04.003

Kaggwa E.B, Hindi M.J., (2010) The psychological effect of orphanhood in matured HIV Epidemic: na analysis of young people in Mukono, Uganda. *Soc Med*, 70: 1002-1010
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.002>

Kyobutungi, C., Ziraba, A. K., Ezeah, A., & Yé, Y. (2008). The burden of disease profile of residents of Nairobi's slums: results from a demographic surveillance system. *Population health metrics*, 6, 1. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-6-1>

Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Roberts, R. E., & Allen N. B. (1997). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and Aging*, 12(2), 277–287. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.2.277>

Masondo, G. (2004). The impact of HIV/AIDS on disadvantaged schools. *UNESCO IIEP*, 7:1-21.: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000129353>

Milinge M, (2002) Implementing the 1989 United Nations' Convention on the Rights of the Child in sub-Saharan Africa: the overlooked socioeconomic and political dilemmas. *Child abuse and Neglect*.;26(11):1117–1130. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00388-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00388-5)

- Muris, P., Merckelback H., & Lujiten , M. (2002). The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children and children with below-average intellectual abilities: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 37–56. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7967\(00\)00115-7](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7967(00)00115-7)
- Mweru. (2010). Why are Kenyan teachers still using corporal punishment eight years after a ban on corporal punishment? *Child Abuse Revision.*, 19 (4) (2010), 248-258
<https://doi.org/10.1002/car.1121>
- Nesengani, R.I. (2005). *The needs of rural parent absent early adolescents*. Johannesburg. University of Johannesburg. (PhD. Thesis) em:ujcontent: 13102
- Nyamkapa C., Gregson S., Wambe M., Mushore P., Lopman B., Nhongo K. & Jukes M. (2010) *causes and consequences of psychological distress among orphans in eastern Zimbabwe*, *AIDS Care*. Aug; 22(8):988-96. <https://doi.org/10.1080/09540121003615061>
- Omigbodun, O.O. (2004) Psychosocial issues in a child and adolescent psychiatric clinic population in Nigeria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.*;39(8):667–672.
<https://doi.org/10.1007/s00127-004-0793-x>
- Paczkowski, M. & Galea S. (2010). Sociodemographic characteristics of the neighborhood and depressive symptoms. *Current Opinion in Psychiatry*. Jul;23(4):337-41.
doi:10.1097/YCO.0b013e32833ad70b. PMID: 20520548.
- Pelton J. & Forehan R. (2005). Orphans of the AIDS epidemic: An examination of clinical level problems of children. *Journal of American Academic of Child & Adolescents Psychiatry.*;44(6):585–91. doi:10.1097/01.chi.0000157551.71831.57
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. 5.^a Ed. Rev. e corrigida, Edições Sílabo, Lisboa.

Pillay J. (2012). Experiences of learners from child-headed households in a vulnerable school that makes a difference: Lessons for school psychologists. *School Psychology International*, 33(1): 3-21. <https://doi.org/10.1177%2F0143034311409994>

Pillay J, Nesengani, R I. (2006). The educational challenges facing early adolescents who head families in rural Limpopo Province. *Education as Change*, 10(2), 131–147
<https://doi.org/10.1080/16823200609487144>

Pillay, J., 2018. Early Education of orphans and vulnerable children: A crucial aspect for social justice and African development. *KOERS — Bulletin for Christian Scholarship*, 83(1). Available at: <https://doi.org/10.19108/KOERS-83.1.23335>

Pillay, J. 2011. Challenges counsellors face while practising in South African schools: implications for culturally relevant in-service training. *South African journal of psychology*, 41(3): 351-362. <https://doi.org/10.1177%2F008124631104100309>

Population reference bureau (2010). World Population Datasheet 2010, accessed em Janeiro 2019 em http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf

Ramsden, N. (2002). Community help for children living in an HIV world. Durban: Children's Rights Centre. <http://www.ngopulse.org/organisation/childrens-rights-centre>

Rotheram-Borus M.J., Weiss R., Alber S., Lester P. (2005). Adolescent adjustment before and after HIV-related parental death. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(2):221–8. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.73.2.221>

Sharp, C., Jardin, C., Marais, L., & Boivin, M. (2015). Orphanhood by AIDS-Related Causes and Child Mental Health: A Developmental Psychopathology Approach. *Journal of HIV and AIDS*, 1(3), 10.16966/2380-5536.114. <https://doi.org/10.16966/2380-5536.114>

Smith, K.P.& Watkins, S.C. (2005). Perceptions of risk and strategies for prevention: Responses to HIV/AIDS in rural Malawi. *Social Science & Medicine* 60(3): 649–660.

- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00034-5
- Spence, S. H., Barrett, P. M & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(6), 605-625. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00236-0
- Steele R.G, Nelson T.D. & Cole P. (2007). Psychosocial functioning of children with AIDS and HIV infection: Review of the literature from a socioecological framework. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*.;28(1):58–69. doi: 10.1097/dbp.0b013e31803084c6
- Tilak, J.B.G. (2009) Basic education and development in Sub-Saharan Africa. *Journal of International Cooperation in Education*.;12(1):5–17.
- UN (2003). World Youth Report. *Juvenile Delinquency*. Geneva, Switzerland: United Nations; em <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/ch07.pdf>
- Unicef (2006). *Africa's orphaned and vulnerable generations: Children affected by AIDS* https://www.unicef.org/publications/index_35645.html
- United Nations (1989). *Convention of the Rights of the Child*. Geneva, Switzerland: UN General Assembly; <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- United Nations (2010). *World Population Prospects: The 2008 revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Geneva, Switzerland, <http://www.esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm>.
- Unicef (2012). *State of World's Children. 2012 report*. Acedido em 14 março 2020 http://www.unicef.org/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_EN_21Dec2011.pdf

United Nations Human Settlement Programme (2003): Slums of the World: The face of Urban Poverty in the New Millennium? Nairobi: *Global Urban, Observatory*; <https://unhabitat.org/slums-of-the-world-the-face-of-urban-poverty-in-the-new-millennium>

Unicef. (2012). *State of World's Children*, report acessido a 06 de janeiro 2019 em http://www.unicef.org/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_EN_21Dec2011.pdf

Unicef (2004) *Care for Children Affected by HIV/AIDS - The urgent need for International Standards*, acessido em 30 de Março 2019 <https://www.unicef-irc.org/publications/472-caring-for-children-affected-by-hiv-and-aids.html>

United Nations Human Settlements Programme. (2003) *The Challenge of Slums: Global Report on Human Settlements*. London, UK: Earthscan; acessido em 15 janeiro 2019 em www.un.org

Westa P., Wedgwood K., Kaufman J., Kleinmana & Saicht T. (2006) Children affected by AIDS: orphans and impact mitigation in China, *AIDS and Social Policy in China*, Cambridge, Maharvard University Asia Center 243-264 <https://www.streetchildren.org/resources/children-affected-by-aids-orphans-and-impact-mitigation-in-china/>

World Health Organisation (2015), *World Health Statistic: Full Report*, acessido em março 2019, em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/

Wild L. (2001). The psychosocial adjustment of children orphaned by AIDS. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 13:3–22
<https://doi.org/10.1080/16826108.2001.9632388>

Wild L.G., Flisher A.J. & Robertson B.A. (2013). Risk and resilience in orphaned adolescents living in a community affected by AIDS. *Youth & Society*. 45:140–162.
<https://doi.org/10.1177%2F0044118X11409256>

Chi P, Li X, Zhao J. & Zhao G. (2014). Vicious circle of perceived stigma, enacted stigma and depressive symptoms among children affected by HIV/AIDS in China. *AIDS Behav.*;18:1054–1062. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0649-z>

Zhao Q, Li X, Zhao G., Zhao J. & Fang X. (2011). Aids knowledge and HIV stigma among children affected by HIV/AIDS in rural China. *AIDS Educ Prev.*; 23:341–350 <https://eric.ed.gov/?id=EJ963917>

Ziraba A.K., Mills S., Madise N., Salikut T. & Fotsjo J.C. (2009). The state of emergency obstetric care services in Nairobi informal settlements and environs: results from a maternity health facility survey. *BMC Health Service Research.*;9:46. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9->

Anexos

Anexo 0: Questionário Sociodemográfico

Anexo 1: Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

Anexo 2: Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC)

Anexo 3: Behavioral Anger Response Questionnaire (BARQ)

Anexo 4: Inventário de Comportamentos Disruptivos para Crianças e Adolescentes (CADBI)

Anexo 5: Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

Anexo 6: Guião de entrevista para recolha de dados