

Vulnerabilidade social e saúde mental de crianças e jovens: relato de dois estudos longitudinais brasileiros

JÚLIA MAGALHÃES

Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: magalhaesjulia@outlook.com

ALICIA MATIJASEVICH

Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: alicia.matijasevich@usp.br

CAROLINA ZIEBOLD

Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: carolaziebold@gmail.com

PAULO ARTUR MALVASI

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: paulomalvasi@hotmail.com

SARA EVANS-LACKO

Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science, London, Great Britain.

E-mail: s.evans-lacko@lse.ac.uk

CRISTIANE SILVESTRE DE PAULA

Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: csilvestrep09@gmail.com

Resumo

Crianças e jovens que vivem experiências de vulnerabilidade social, tais como residir em comunidades violentas, ter escassez de recursos financeiros, passar por situações estressantes de vida e sofrer violência na comunidade ou intrafamiliar, têm grandes chances de desenvolver problemas de saúde mental. Em face dessa situação, que alcança grande parte das famílias

Recebido em: 16/03/2021

Aprovado em: 22/07/2021



Este artigo está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional

brasileiras, políticas públicas focadas na diminuição da pobreza, como o Programa Bolsa Família, têm sido implementadas. O objetivo deste artigo é descrever dois projetos de pesquisa voltados a avaliar fatores que podem reduzir a associação entre vulnerabilidade social e problemas de saúde mental na infância e adolescência: “Violence and child rights in Brazil: can the cycle of violence be broken?” e “Poverty reduction, mental health and the chances of young people: understanding mechanisms through analyses from 6 low- and middle-income countries” – CHANCES-6. A apresentação desses projetos serve para ilustrar o alcance de pesquisas epidemiológicas desenvolvidas no Brasil, assim como para conhecer o que está sendo abordado na área da saúde mental infantojuvenil em contextos de vulnerabilidade social, e como estão sendo conduzidas essas discussões. De forma geral, os estudos têm demonstrado altas taxas de problemas de saúde mental e de diferentes tipos de violência na infância e adolescência, revelando fatores relacionados a esse complexo cenário. Além disso, apontam a importância de integrar componentes de saúde mental aos programas de proteção social voltados aos jovens de países em desenvolvimento. Destaca-se a necessidade de gerar evidência científica sobre a eficácia das políticas públicas voltadas ao público infantojuvenil em vulnerabilidade social visando reduzir problemas de saúde mental e violência.

Palavras-chave

Saúde mental. Infância. Adolescência. Vulnerabilidade social. Projetos sociais.

INTRODUÇÃO

Os efeitos da pobreza na saúde mental de crianças e jovens

A saúde mental de crianças e jovens é um problema de saúde pública no Brasil, país em que a prevalência de transtornos mentais dessas pessoas tem sido estimada em 13%, podendo ser ainda mais alta, chegando a 26,7% em jovens de 12 a 14 anos, e a 33,6% entre os de 15 a 17 anos, segundo pesquisas de base populacional (PAULA *et al.*, 2015; LOPES *et al.*, 2016). É importante ressaltar que a saúde mental, para além do diagnóstico de transtornos mentais, engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, assim como aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida (FERNANDO, 2012).

A etiologia dos problemas de saúde mental pode ser definida a partir de duas abordagens principais que têm sido classificadas como *etic* e *emic*. O termo

etic refere-se à compreensão biológica da saúde mental, usado quando se estudam os comportamentos com o objetivo de encontrar padrões universais para as doenças, sem priorizar as diferentes culturas das populações. Nessa abordagem, os autores priorizam causas biológicas para a explicação do sofrimento psíquico. O termo *emic*, por outro lado, refere-se a uma abordagem que estuda os comportamentos de dentro de uma cultura para compreender os aspectos únicos desse fenômeno (FERNANDO, 2012). Diante das diversas explicações sobre o que constitui a saúde mental e os problemas de saúde mental na população, o presente artigo se utiliza da concepção de que a saúde-doença envolve processos biológicos e psicológicos, compreendendo que a forma como os seres humanos organizam suas relações, em diferentes épocas e culturas, cria condições-limite para determinadas formas de saúde-doença (ALMEIDA, 2018; DONNANGELO, 2014; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Os problemas de saúde mental são fenômenos complexos de causas variadas, que envolvem as dimensões biológicas, emocionais, sociais e culturais do indivíduo (MUZA; COSTA, 2014). No período da infância e adolescência, os sintomas derivados dos problemas de saúde mental já podem estar presentes, podendo impactar negativamente o funcionamento adaptativo para o estágio de desenvolvimento do indivíduo, dentro de cada contexto cultural específico (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007; BELFER, 2008). Sabe-se que, em nível global, os problemas de saúde mental são responsáveis por 16% de doenças e lesões em pessoas com idade entre 10-19 anos (WHO, 2021), e que metade de todas as condições de saúde mental começa aos 14 anos de idade (KESSLER *et al.*, 2007). Desse modo, é importante que sejam conduzidos diagnóstico e intervenção precoces, para que não haja agravamento dos casos e que sejam minimizados os impactos negativos de longo prazo, tais como diminuição da capacidade produtiva e maiores necessidades no setor educacional (BELFER, 2008). Portanto, esta fase do desenvolvimento é um período-chave para a prevenção dos problemas de saúde mental.

A literatura aponta que determinados contextos e experiências sociais aumentam as chances do desenvolvimento de problemas de saúde mental entre crianças e jovens. Entre eles, estão: viver em situação de vulnerabilidade social, enfrentar insegurança alimentar (SLOPEN *et al.*, 2010), ser exposto à violência (MURRAY; CERQUEIRA; KAHN, 2013) e perceber baixo nível de suporte social por parte da família, amigos e outros adultos (WIGHT; BOTTICELLO; ANESHENSEL, 2006). Quanto mais tempo os adolescentes vivenciam a vulnerabilidade social desde o nascimento, maiores as chances de dependerem

de estratégias de desengajamento (e.g. se esquivar) para lidarem com eventos estressantes de vida, o que, segundo estudo de Kim *et al.* (2016), está associado com o surgimento de sintomas internalizantes (ansiedade, depressão, retraimento social e queixas somáticas) no início da vida adulta. Sabe-se, entretanto, que as competências socioemocionais, tais como propósito de vida e confiança, são moderadoras da relação entre vulnerabilidade social e problemas de saúde mental (DEVENISH; HOOLEY; MELLOR, 2017). Ademais, existem evidências de que situações de pobreza podem maximizar problemas de saúde mental nos pais ou cuidadores, particularmente transtornos depressivos, o que, por sua vez, tende a aumentar as chances do desenvolvimento ou agravamento de problemas de saúde mental nos filhos (RAPOSA *et al.*, 2014; DEVENISH; HOOLEY; MELLOR, 2017). Condições de vida e financeiras desfavoráveis dificultam o acesso a serviços de saúde, postergando a identificação e o tratamento precoces dos transtornos mentais (BELFER, 2008). A longo prazo, os problemas de saúde mental na infância e adolescência podem reduzir as oportunidades de vida, incluindo menores chances de atingir desempenho escolar satisfatório, melhores postos de trabalho, e aumentando as chances de pobreza na vida adulta, em comparação com pessoas que não apresentaram problemas de saúde mental na infância e adolescência (RICHARDS; ABBOTT, 2009; KNAPP *et al.*, 2011).

Sabe-se que jovens que vivem em condições financeiras desfavoráveis enfrentam também inúmeras adversidades cumulativas, que podem aumentar as chances de desenvolvimento de problemas de saúde mental, as quais diminuem o desempenho escolar, a participação no mercado de trabalho e aumentam a criminalidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; FATORI *et al.*, 2018). Ao mesmo tempo que a escolaridade tende a aumentar a possibilidade de escolhas na vida e influenciar a autoestima e a aquisição de novos conhecimentos, a baixa escolaridade tende a diminuir o poder de decisão do indivíduo, podendo gerar incapacidade de influenciar o meio, resultando em danos à saúde mental (LUCHESE *et al.*, 2014). O desemprego e a dificuldade em adquirir um emprego tendem a gerar insegurança, medo e estresse (SCHMIDT; JANUÁRIO; ROTOLI, 2018), sendo que no início o indivíduo que busca soluções para seu desemprego já pode demonstrar sintomas como desânimo e tristeza, até o enfraquecimento afetivo e a deterioração da autoimagem (PINHEIRO; MONTEIRO, 2007).

Diante dos fatores sociais vivenciados na infância e adolescência que aumentam as chances do desenvolvimento de problemas de saúde mental,

programas de transferência de renda (PTRs) têm crescido, visando à promoção de desfechos positivos durante a infância e adolescência por meio da minimização da desigualdade social (DE WALQUE *et al.*, 2017; OWUSU-ADDO; RENZAHO; SMITH, 2018). De forma geral, esses programas fornecem apoio financeiro a populações particularmente vulneráveis, sendo geralmente classificados em dois tipos: Programas de Transferência Condicionada de Renda ou Programas de Transferência Incondicional de Renda. Em ambos os modelos, certo valor é fornecido a famílias com determinado perfil; no primeiro modelo, esse repasse de renda fica condicionado a exigências que a família deve cumprir, que podem estar relacionadas à saúde e educação; no segundo modelo, nenhuma condição está atrelada ao repasse (JANVRY; SADOULET, 2006). Os problemas de saúde mental não são diretamente contemplados nos PTRs, e ainda são escassos os estudos que examinam seu potencial efeito positivo na saúde mental de jovens que vivem na pobreza. Os escassos estudos internacionais nessa área indicam heterogeneidade nos resultados, em que os PTRs tenderiam a minimizar sintomas de depressão em jovens de 15 a 24 anos (KILBURN *et al.*, 2020) e sintomas agressivos ou de oposição em crianças (menores de 10 anos) (OZER *et al.*, 2009), enquanto outros autores não têm encontrado efeitos significativos dos PTRs na saúde mental (ZIMMERMAN *et al.*, 2021).

O Programa Bolsa Família

Os PTRs chegaram ao Brasil em 1995. Neste ano, experiências locais e independentes de transferência surgiram em Campinas (SP), Distrito Federal (Brasília), Ribeirão Preto (SP), Salvador (BA) e Santos (SP). Os valores de transferência variavam e os programas exigiam que as famílias, para serem selecionadas, garantissem a permanência dos filhos na escola (SOARES, 2012). No âmbito federal, foi em 1996 que nasceu o primeiro PTR no Brasil: o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), com foco em crianças menores de 16 anos que trabalhavam ou corriam o risco de trabalhar em atividades consideradas perigosas ou degradantes. O Programa, atualmente em vigor, prevê benefício de R\$ 25,00 mensais para crianças em áreas rurais e R\$ 40,00 em áreas urbanas. Para receber a quantia, a condicionalidade é que as crianças menores de 16 anos parem de trabalhar e tenham frequência de, no mínimo, 85% nas atividades de ensino regular e nas ações socioeducativas e de convivência promovidas pelo programa (BRASIL, 2019).

Em 2001 foi implementado o programa federal Bolsa Escola. Seu público-alvo eram famílias com crianças entre 6 e 15 anos e a condicionalidade era de 85% de frequência escolar. Eram consideradas elegíveis as famílias com renda *per capita* mensal menor ou igual a R\$ 90,00, sendo o benefício R\$ 15,00 mensais por criança e não excedendo R\$ 45,00 mensais por família. Em seguida, também em 2001, surgiu o Bolsa Alimentação (BRASIL, 2002). Os níveis de elegibilidade eram idênticos aos do Bolsa Escola, mas as gestantes eram obrigadas a fazer exames pré-natal e vacinar seus filhos entre 6 meses e 6 anos de idade. Ademais, as crianças deviam fazer acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e atividades educativas em saúde e nutrição. Foi criado também em 2001, pelo governo federal, o Auxílio-Gás, que fornecia valor de R\$ 15,00 a cada dois meses às famílias que possuíam renda *per capita* de até meio salário mínimo e eram beneficiárias dos programas Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação. Já no ano de 2003, foi criado o Cartão Alimentação (BRASIL, 2003), que consistia na transferência de R\$ 50,00 mensais por família, sem condicionalidade, mas o dinheiro poderia ser usado apenas para comprar comida (SEGALL-CORREIA *et al.*, 2008; SOARES, 2012).

Finalmente, em outubro de 2003, o governo federal criou o Programa Bolsa Família (PBF), cujo objetivo era organizar e unificar os quatro PTRs federais existentes até aquele momento, ou seja, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio-Gás e Cartão Alimentação (SOARES, 2012). Este Programa unificado tornou-se responsabilidade do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – órgão extinto em 2019, com funções atribuídas ao recém-criado Ministério da Cidadania (SANTOS; PASQUIM; SANTOS, 2011). O PBF é o mais expressivo programa de transferência de renda da história do Brasil e o maior do mundo em termos de número de beneficiários, sendo seu principal objetivo a erradicação da extrema pobreza e da fome no país (CAMPELLO; NERI, 2013). O Programa oferece transferência de renda incondicional às famílias de extrema pobreza – sendo elas as que têm renda mensal por pessoa de até R\$ 89,00 – e transferência condicional às famílias em situação de pobreza – sendo elas as que têm renda mensal por pessoa entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 com a presença de pelo menos uma criança ou adolescente de 0 a 17 anos e/ou uma mulher grávida ou em amamentação. As transferências condicionadas do programa têm por objetivo reduzir a transmissão intergeracional da pobreza, pois incentivariam que as famílias invistam no desenvolvimento do capital humano – saúde e educação – dos filhos. Os pagamentos são realizados mensalmente, de preferência para a mulher chefe da família (BRASIL,

2020a), prática recomendada na literatura pela justificativa de que as mães, no geral, tendem a administrar os recursos de modo mais favorável à família (MEDEIROS; COSTA, 2008). Entre os efeitos do recebimento do benefício pela mulher chefe da família, está o aumento da autoestima e empoderamento da mesma (MOREIRA *et al.*, 2012).

Benefícios e condicionalidades

De acordo com o *site* oficial do Ministério da Cidadania, o valor que a família recebe por mês refere-se à soma de vários tipos de benefícios previstos no PBF. Tipos e quantidades de benefícios que cada família recebe dependem do número de pessoas, idades, presença de gestantes etc. e da renda da família beneficiária (BRASIL, 2020a).

Portanto, diferentes benefícios estão atrelados ao PBF, e a família os recebe a depender de seu cumprimento da elegibilidade para cada um deles. São chamados de Benefícios Variáveis e são disponibilizados até cinco por família. A seguir, são especificados os valores em reais do PBF vigentes no ano de 2020 – ano de referência – e suas condicionalidades.

- (1) As famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00 mensais são consideradas extremamente pobres e têm o direito de receber do PBF R\$ 89,00 por mês.
- (2) As famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa, que tenham uma mulher que amamenta ou está grávida, ou filhos de 0 a 17 anos, têm o direito de receber do PBF:
 - a) O Benefício Variável Vinculado à Criança ou ao Adolescente de 0 a 15 anos, no valor de R\$ 41,00 por mês. A condicionalidade é que as crianças e adolescentes de 6 a 15 anos estejam matriculadas na escola, com frequência escolar de pelo menos 85% das aulas.
 - b) O Benefício Variável Vinculado ao Adolescente, no valor de R\$ 48,00, pago às famílias que tenham em sua composição adolescentes entre 16 e 17 anos de idade. Estes jovens devem estar matriculados na escola e ter frequência escolar mínima de 75%.
 - c) O Benefício Variável Vinculado à Gestante, no valor de R\$ 41,00, pelo período de nove meses. É concedido se a gravidez for identificada pela área de saúde para que a informação seja inserida no Sistema Bolsa Família na Saúde.

- d) Benefício Variável Vinculado à Nutriz, no valor de R\$ 41,00, pelo período de seis meses, às famílias que tenham crianças com idade entre 0 e 6 meses em sua composição. A criança precisa ter seus dados incluídos no Cadastro Único até o sexto mês de vida.

As condicionalidades na área da saúde para fins de recebimento dos benefícios incluem dois itens principais: os responsáveis devem levar as crianças menores de 7 anos para tomar as vacinas recomendadas pelas equipes de saúde e para pesar, medir e fazer o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento; e a mulher que amamenta ou está grávida deve obter serviços de saúde pré-natal e pós-natal (GLEWWE; KASSOUF, 2012; BRASIL, 2020a).

Segundo os registros administrativos do PBF e dados da Matriz de Informações Sociais da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, citados em pesquisas de Cecchini e Atuesta (2017) e Souza *et al.* (2019), a cobertura do PBF passou por um aumento expressivo entre os anos de 2004 e 2015, com um salto de cerca de 6 milhões de usuários em 2004 para quase 14 milhões em 2015. Entre os anos de 2016 e 2017, houve uma diminuição da cobertura do PBF, que passou de 13,9 para 13,3 milhões de usuários. No ano de 2020, em resposta à crise sanitária da Covid-19, um montante de R\$ 3.037.598.000 foi alocado em março para incluir 1,2 milhão de famílias que estavam na lista de espera do PBF (BRASIL, 2020b). Como centenas de famílias haviam sido excluídas do Programa entre 2018 e 2019, o valor total atual de usuários do PBF volta aos patamares de 2015, com aproximadamente 14.290.000 (BRASIL, 2020b).

Especificamente em relação ao programa de auxílio emergencial (vigente entre abril e dezembro de 2020) decorrente da Covid-19, em que todos os usuários do PBF teriam direito, verificou-se que aproximadamente 7% (de acordo com o Coordenador do Programa Bolsa Família do município de São Paulo) não o receberam. Isso ocorreu porque os usuários não haviam preenchido as informações do registro sobre salários e tamanho da família, informações básicas necessárias para análise de elegibilidade para o recebimento do auxílio. O valor variava de R\$ 600 a R\$ 1.200, sendo que o repasse do PBF ficaria suspenso durante três meses para usuários que obtivessem o novo benefício (RESENDE, 2020; QUEM RECEBE..., 2020). Outros impasses burocráticos para recebimento do auxílio emergencial têm dificultado o acesso das famílias ao benefício em todas as regiões do país, por exemplo, a abertura de conta bancária na Caixa Econômica.

A mídia tem anunciado que cortes no PBF foram realizados, sendo que 158 mil bolsas foram cortadas em março de 2020, com 61,1% do total retiradas do Nordeste, região que responde por metade dos benefícios totais do país (MADEIRO, 2020). Importante ressaltar que, em meio à pandemia do coronavírus no Brasil e no mundo – que trouxe aumento da informalidade no mercado de trabalho e crescimento do número de pobres, como menciona em entrevista o doutor em Economia Social Cícero Pérciles de Carvalho (MADEIRO, 2020) –, não se justifica o corte das bolsas para as famílias sob um pretexto burocrático. O momento de instabilidade econômica que assola principalmente os que vivem na miséria, requeria e ainda requer que rápidas ações sejam tomadas para aumentar a renda dos mais pobres, a despeito de condições de elegibilidade preestabelecidas para recebimento do benefício. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), os brasileiros ocupados nos setores privado, doméstico e que trabalhavam por conta própria tiveram redução nos seus rendimentos durante a pandemia. Além disso, entre a população vulnerável, a taxa de desocupação teve aumento exponencial quando comparados o final de 2019 e o final de 2020.

Os impactos positivos do PBF são constatados em diversas áreas da vida humana – como a redução das taxas de abandono escolar e aumento da taxa de alunos promovidos no ano escolar (ALVES; MACHADO; BARRETO, 2019), consumo de cesta básica com maior variedade de alimentos (CHITOLINA, 2016) e redução da desigualdade, com destaque para a retirada de 22,2 milhões de brasileiros da pobreza (SOARES *et al.*, 2006). Sabe-se, no entanto, que os resultados não têm sido sempre positivos (ROCHA; MATTOS; COELHO, 2018). Sobre o impacto na saúde mental, ainda faltam estudos ao nível dos indivíduos utilizando técnicas de pesquisa apropriadas para avaliação de impacto para gerar conclusões sobre as áreas em que são positivos os resultados e em quais não. Até o momento, apenas um estudo examinou o impacto do PBF na saúde mental de crianças e adolescentes (7 a 17 anos), encontrando uma associação positiva do programa com o funcionamento psicossocial dessa população moradora de uma favela de Salvador – BA (SHEI *et al.*, 2014).

Exposição à violência e outros eventos de vida estressantes

Os fatores sociais e demográficos, tais como a desigualdade social e a escassez de recursos financeiros, tendem a contribuir para o surgimento da violência e da fragilização das relações familiares e comunitárias, bem como

dos problemas de saúde mental. Além disso, podem contribuir também para o insucesso de algumas políticas públicas em comunidades desassistidas (SAN SEBASTIAN; HAMMARSTRÖM; GUSTAFSSON, 2015). Existem evidências no Brasil, por exemplo, de que viver em uma vizinhança violenta está associado a problemas de internalização (ansiedade) (BENJET *et al.*, 2019).

A violência acomete milhares de crianças e jovens ao redor do mundo, principalmente aquelas que vivem em regiões urbanas de baixa renda (KRUG *et al.*, 2002; MURRAY *et al.*, 2018). No que se refere ao território brasileiro, em 2018, a taxa de homicídios por 100.000 habitantes foi de 27,8 (CERQUEIRA *et al.*, 2020), o que coloca o Brasil em estado de violência epidêmica segundo a Organização Mundial da Saúde – em contraste com a taxa mundial de homicídios em 2017, que foi de 6,1 (UNITED NATIONS..., 2019). Crianças e jovens entre 10 e 19 anos de idade constituem uma faixa etária que sofre altos índices de violência na comunidade, seja em forma de ameaça de morte, abuso sexual, agressões fora de casa ou homicídios por arma de fogo (CERQUEIRA *et al.*, 2020), com maior tendência a acontecer entre crianças e jovens cujas famílias são de baixo nível socioeconômico (TIPPETT; WOLKE, 2014). É notável que a exposição a eventos adversos, como situações de vida estressantes (MOYA-HIGUERAS *et al.*, 2018), violência intrafamiliar (RIBEIRO *et al.*, 2009), violência na comunidade (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017) e na escola (VELOSO *et al.*, 2020), pode trazer diversas consequências negativas para a saúde mental e agravos de natureza psicopatológica (DECOU; LYNCH, 2017). A seguir, são apresentadas as consequências da vitimização pela violência para a saúde mental.

A vitimização ocorrida na comunidade, à qual crianças e adolescentes estão submetidos, inclui uma série de situações de violência, por exemplo, receber ameaça de morte, ser roubado, atacado com faca, estar presente em um tiroteio (correndo risco de ser vítima de balas perdidas) ou ser preso. Um estudo realizado na cidade de São Gonçalo – RJ objetivou investigar a associação entre o comportamento depressivo de crianças e a vitimização por violência na comunidade. Os resultados indicaram que não ser vítima de violência na comunidade associa-se com ausência de comportamento depressivo, apontando benefícios de conviver em ambientes não violentos (FIDALGO *et al.*, 2018).

A violência no contexto escolar pode surgir em forma de humilhações, agressões físicas e verbais ou exclusão intencional de grupos. Crianças e jovens são vulneráveis ao *bullying*, violência sofrida por muitos alunos em escolas de

ensino fundamental e médio, com maior incidência nas escolas públicas (VELOSO *et al.*, 2020). Alunos do ensino fundamental e médio constituem uma faixa etária que passa grande parte do dia na escola, o que os coloca em contato com os estímulos ambientais lá presentes, que certamente afetam seu desenvolvimento psíquico (VIEIRA *et al.*, 2019). A literatura mostra que sofrer violência na escola pode contribuir para o desenvolvimento de diferentes problemas de saúde mental, como sintomas de depressão e ideação suicida (BOTTINO *et al.*, 2015).

A violência intrafamiliar, incluindo abuso infantil, também afeta negativamente a saúde mental de crianças e jovens. Estudo de Fatori *et al.* (2013), com amostra de base populacional, buscou examinar a influência de fatores psicossociais na trajetória de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes com avaliações realizadas em dois momentos no tempo. Foi identificado que o agravamento do castigo físico sofrido pela criança ou adolescente é um fator de risco para o agravamento de problemas de saúde mental da infância para a adolescência, independentemente da severidade dos sintomas no tempo 1. Na Inglaterra, um estudo longitudinal mostrou que os efeitos deletérios dos problemas de saúde mental persistem até os 50 anos de idade (TAKIZAWA; MAUGHAN; ARSENEAULT, 2014; EVANS-LACKO *et al.*, 2017), incluindo impactos negativos na vida financeira de adultos que foram vítimas de *bullying* na infância (BRIMBLECOMBE *et al.*, 2018).

Semelhante ao estudo de Fatori *et al.*, (2013), pesquisa transversal com crianças e jovens brasileiros buscou examinar a relação entre tipos específicos de problemas de saúde mental e castigo físico severo, por exemplo, ser chutado, sufocado, queimado, entre outros; quanto aos problemas de saúde mental, foram incluídos problemas de internalização e problemas de externalização (em separado) e a coocorrência (comorbidade). Os resultados mostraram que a punição severa era um correlato independente dos problemas de internalização e externalização comórbidos, mas não estava associada apenas a problemas de internalização (BORDIN *et al.*, 2009). Ademais, uma revisão da literatura sobre a relação entre a violência e os problemas de saúde mental (RIBEIRO *et al.*, 2009) incluiu artigos que avaliavam as exposições à violência em relação a diversos problemas de saúde mental. Os estudos com amostras compostas por crianças e jovens indicaram que esse público havia sofrido altos índices de violência em casa, fator que esteve associado a problemas de saúde mental, principalmente do tipo externalizante, e especialmente significativo

quando combinado com desvantagens sociais e familiares, como pobreza e transtornos mentais maternos.

Outras experiências que impactam desfechos em saúde mental de crianças e jovens em vulnerabilidade social são os eventos de vida estressantes, que incluem exposição a desastres naturais e acidentes, assim como doenças, morte ou abuso de substâncias por parte de familiares. Um estudo avaliou associações entre eventos de vida estressantes e desfechos na saúde mental e no comportamento de jovens espanhóis. Foi identificado que eventos de vida estressantes têm correlação com comportamento agressivo, problemas com a atenção, depressão e ansiedade entre jovens (MOYA-HIGUERAS *et al.*, 2018).

Justificativa e objetivos

Passar por experiências de vulnerabilidade social, por exemplo, residir em comunidades violentas, sofrer violência na comunidade ou intrafamiliar, ter baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade, pode culminar em agravos de natureza psicopatológica ou consequências negativas para a saúde mental.

São escassos os estudos que analisam potenciais efeitos positivos dos PTRs na promoção da saúde mental de crianças e jovens. Além disso, poucos estudos têm sido realizados no Brasil buscando compreender iniciativas que ajudem a reduzir o impacto negativo de problemas de saúde mental na infância e adolescência, levando em consideração o contexto de exposição à vulnerabilidade social, como pobreza e exposição à violência. Assim, os objetivos deste artigo são: (1) descrever dois projetos de pesquisa atuais que tratam deste tema, incluindo seus métodos e resultados preliminares; e (2) trazer uma discussão sobre as áreas da vulnerabilidade social, programas de transferência de renda e saúde mental de crianças e jovens, com referências e conceitos atuais da literatura.

É a primeira vez que os métodos e resultados preliminares dos estudos escolhidos são descritos em português e em revista de acesso aberto, portanto, espera-se que o conhecimento produzido pelos dois estudos chegue a um maior número de pessoas, tanto da comunidade científica quanto de fora dela. A descrição teórico-metodológica dos projetos apresentados pode ser útil para pesquisadores interessados em investigar as relações entre vulnerabilidade social, programas de transferência de renda e saúde mental.

MÉTODO

Este é um artigo teórico, no qual foram selecionadas duas iniciativas de pesquisas epidemiológicas que estão avaliando atualmente fatores que poderiam reduzir o impacto da vulnerabilidade social na saúde mental e violência entre as crianças e jovens no Brasil: o projeto “Violence and child rights in Brazil: can the cycle of violence be broken?” – Estudo de Itaboraí e o projeto “Poverty reduction, mental health and the chances of young people: understanding mechanisms through analyses from 6 low- and middle-income countries” – CHANCES-6.

Com base em uma revisão da literatura em andamento, verificamos que existe uma escassez de dados publicados sobre o impacto do PBF na saúde mental de crianças e adolescentes. Por outro lado, tínhamos conhecimento dos dois únicos estudos no Brasil em andamento nesta temática, os quais têm participação de coautores do presente artigo. Realizamos, assim, um levantamento dos dados desses projetos a partir de consulta nas publicações científicas e dados públicos em *sites* institucionais, identificando informações sobre os objetivos, atividades das equipes de pesquisas e os resultados publicados até o momento, que serão descritos a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

VCRB – Estudo Itaboraí

O projeto “Violence and child rights in Brazil: can the cycle of violence be broken? (VCRB) – Estudo Itaboraí”, iniciado em 2011, surgiu de uma cooperação científico-educacional entre a Universidade Federal de São Paulo, do Brasil (coordenadora professora Isabel Bordin) e a Universidade de Tromsø, da Noruega (coordenador professor John Running), com a participação de pesquisadores da Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo) e Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz (Rio de Janeiro).

Com uma amostra probabilística de crianças e adolescentes residentes na cidade de Itaboraí, Rio de Janeiro, o projeto teve como principais objetivos: (1) analisar o impacto da exposição infantil à violência em suas casas, escolas e comunidades sobre bem-estar infantil (incluindo comportamentos violentos, outros problemas de saúde mental, saúde geral, desempenho escolar, relações interpessoais sociais e familiares e expectativas sobre o futuro); (2) descrever os serviços recebidos por crianças e adolescentes expostos à violência (tipo de

serviço, frequência, adesão, duração, satisfação) e os potenciais benefícios dos serviços recebidos no bem-estar infantil; (3) examinar o papel dos diferentes tipos de serviços na redução do impacto negativo da exposição à violência no bem-estar infantil; (4) ampliar a compreensão sobre os serviços para crianças vítimas de violência, coletando informações de membros da comunidade e profissionais que trabalham em serviços essenciais por meio de entrevistas semiestruturadas (pesquisa qualitativa) e (5) estimar a prevalência de exposição à violência infantil (em casa, comunidade e escola) e problemas de saúde mental infantil em uma cidade de médio porte e baixa renda.

Método do VCRB – Estudo Itaboraí

O VCRB culminou em diversas pesquisas com foco no público infantojuvenil, com coordenação ou participação dos idealizadores do projeto principal. Este recebeu aprovação do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) – Certificado de apresentação de apreciação ética nº 25000.182992/2011–76. O projeto tem o desenho de coorte com duas fases e envolveu uma amostra representativa e probabilística de base comunitária. O plano de seleção da amostra seguiu três estágios: (1) seleção aleatória de unidades censitárias (107/420) usando o método de probabilidade proporcional ao tamanho; (2) seleção aleatória de domicílios elegíveis (15 em cada unidade censitária selecionada); e (3) seleção aleatória de uma criança-índice entre todas as crianças elegíveis em cada domicílio participante. Os critérios de inclusão foram meninos e meninas de 6 a 15 anos de idade ($n = 1.409$ na primeira coleta de dados) que residiam com sua mãe biológica, adotiva ou madrasta. Os critérios de exclusão foram crianças/jovens com deficiência intelectual (segundo resposta da mãe de que a criança não conseguia brincar com outras crianças ou frequentar escola ou classe regular) e a mãe ter menos de 18 anos. Os participantes foram mães e substitutas (todas mulheres) e adolescentes que foram entrevistados durante as ondas 1 e 2 com um intervalo médio de 12,9 meses entre elas. A coleta de dados foi feita por entrevistas individuais face a face no domicílio dos participantes, e conduzida por entrevistadores leigos previamente treinados, com pelo menos o diploma do Ensino Médio. 47,4% das mães deles não completaram oito anos de estudo e 48,8% não exerceram trabalho remunerado nos últimos 30 dias.

O estudo revelou altos índices de violência: 32,1% das crianças (de 6 a 10 anos) e 36,9% dos adolescentes (de 11 a 15 anos) haviam enfrentado pelo

menos um evento estressante na vida nos últimos 12 meses. Em relação à saúde mental, o estudo mostrou que 5,4% dos adolescentes haviam apresentado três ou mais sintomas de transtorno do estresse pós-traumático, sendo os mais citados: evitação de pensamentos ou sentimentos relacionados ao evento, evitação de atividades que lembrassem o evento, e pensamentos ou imagens recorrentes do evento traumático. Além disso, foram identificadas altas taxas de problemas de saúde mental global na faixa clínica, semelhantes entre crianças (21,4%) e adolescentes (20,9%), enquanto a taxa de problemas emocionais se mostrou maior entre os adolescentes (24,4% *versus* 18,5% em crianças) (BORDIN *et al.*, 2018).

Resultados preliminares do VCRB – Estudo Itaboraí

Um dos artigos que utilizou dados parciais da amostra do projeto VCRB teve o objetivo de caracterizar a vitimização pelo *cyberbullying* entre adolescentes e sua coocorrência com outras formas de exposição à violência (em casa, na escola e na comunidade). A amostra do estudo foi composta por 669 estudantes (de 11 a 15 anos) e os tipos de exposição à violência investigados na pesquisa foram: *cyberbullying*, *bullying*, punição física severa por parte dos pais e violência comunitária. Foi observado que, nos últimos seis meses, 1,9% dos adolescentes havia sido vítima de *cyberbullying* e 21,9% haviam sido vítimas de agressão física, assédio verbal ou manipulação social por pares. Nos últimos 12 meses, 12,4% dos adolescentes haviam sofrido castigos físicos severos, 14,0% haviam sido vítimas de violência comunitária e 20,9% haviam testemunhado violência comunitária. A análise ajustada para fatores de confusão demonstrou que vítimas de *bullying* tinham sete vezes mais chances de serem vítimas de *cyberbullying*, enquanto exposição à violência em casa e na comunidade não haviam sido associadas à exposição ao *cyberbullying* (VIEIRA *et al.*, 2019).

Com o mesmo recorte amostral do estudo acima, Vieira *et al.* (2020) buscaram identificar fatores que poderiam influenciar a percepção materna sobre a vitimização do *bullying* vivenciada por seu filho. Foram examinados os seguintes fatores: sexo e idade do adolescente, autopercepção de vitimização por *bullying* na adolescência, exposição a punição física severa pelos pais, problemas de comportamento de internalização e externalização, educação materna e ansiedade e depressão materna. A análise ajustada para fatores de confusão mostrou que a força da associação entre a autopercepção da vitimização do

bullying pelo adolescente e a percepção materna dessa vitimização foi modificada pelo nível de educação materna e pela ausência de problemas de internalização ou problemas em um nível limítrofe do adolescente. Apenas entre as mães que tinham oito ou mais anos de escolaridade, a autopercepção da vitimização do *bullying* pelos adolescentes favoreceu a percepção materna dessa vitimização. Ademais, entre os adolescentes que não haviam tido problemas de internalização, a autopercepção da vitimização por *bullying* favoreceu a percepção materna dessa vitimização.

CHANCES-6

O segundo projeto selecionado para ser apresentado neste artigo intitula-se “Poverty reduction, mental health and the chances of young people: understanding mechanisms through analyses from 6 low- and middle-income countries” – CHANCES-6. Teve início em 2018 e tem como coordenadora geral Sara Evans-Lacko, do Care Policy and Evaluation Centre (CPEC) da London School of Economics (LSE) and Political Science, com financiamento do Economic and Social Research Council (ESRC) e aprovado pelo comitê de ética da LSE – Research Ethics Committee (REC) ref. nº 997. Por se tratar de um estudo multicêntrico, conta com coordenadores e pesquisadores locais dos países principais do projeto, ou seja, no Brasil (Cristiane Silvestre de Paula – Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) e Alicia Matijasevich – Universidade de São Paulo (USP)), na Colômbia (Philipp Hessel – Universidade dos Andes) e na África do Sul (Crick Lund – Universidade da Cidade do Cabo).

Este projeto tem como principal objetivo promover a compreensão da dinâmica entre pobreza e saúde mental em jovens, examinando o impacto de políticas de redução da pobreza na saúde mental, nas oportunidades de vida e no risco futuro de pobreza com componentes de estudos qualitativos e quantitativos realizados em seis países de média e baixa renda, sendo três países da América Latina (Brasil, Colômbia e México) e três da África (África do Sul, República da Libéria e República do Malawi).

Método do projeto CHANCES-6

O componente quantitativo do CHANCES-6 está em andamento, visando avaliar o impacto dos PTR na saúde mental e oportunidades de vida dos jovens. Para tal, estão sendo feitas análises com técnicas quase experimentais avaliando os dados coletados longitudinalmente nos seis países supracitados.

O componente de análise econômica consiste na utilização de vários métodos interdisciplinares para avaliar o custo-efetividade dos PTRs na saúde mental e chances de vida e potenciais retornos de investimentos. Serão analisados sete diferentes conjuntos de dados dos seis países incluídos no projeto. O componente qualitativo do projeto se baseia em coletas de dados nos países considerados principais: Brasil, Colômbia e África do Sul.

O projeto qualitativo do Brasil, intitulado “Combate à pobreza na cidade de São Paulo: desdobramentos do Bolsa Família na saúde mental e oportunidades de vida entre jovens usuários do programa” recebeu aprovação do Conep – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 06777318.2.0000.0084. A metodologia da pesquisa proposta nesse estudo combina diferentes procedimentos qualitativos, grupos focais para auferir qualitativamente as principais percepções de famílias e atores sociais da comunidade sobre os desdobramentos do Bolsa Família; visitas e realização de entrevistas semiestruturadas junto a um grupo de jovens com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre as consequências do Programa na trajetória de vida dos jovens.

Além da produção e análise dos dados quantitativos, qualitativo e análise econômica, o quarto pilar do Projeto CHANCES-6 é o envolvimento de atores (*stakeholders*) mais relevantes nas áreas da saúde mental e políticas de redução da pobreza. O objetivo deste braço do projeto é favorecer a articulação entre as partes interessadas na melhoria, ampliação e aprimoramento das políticas de transferência de renda e de saúde mental, particularmente gestores, pesquisadores e profissionais com capacidade de influenciar tais políticas e também divulgar para uma ampla rede de pessoas a pesquisa e seus resultados. Para tanto, a equipe do CHANCES-6 tem produzido materiais técnicos, tanto para *stakeholders* como para o público leigo. Isso inclui, por exemplo, um filme de divulgação do projeto nos idiomas inglês, português e espanhol¹.

Resultados preliminares do projeto CHANCES-6

Três artigos científicos foram publicados, com dados gerais do projeto CHANCES-6: dois descrevendo seu protocolo e propostas, intitulados “Examining the dynamics between middle people’s mental health, poverty and life chances in six low- and middle-income countries: protocol for the CHANCES-6 study” (BAUER *et al.*, 2021a) e “Improving the mental health life chances of

¹ Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=wFKjr8eOy4o&ab_channel=LSE. Acesso em: 12 mar. 2022.

young people in Brazil in the middle of the Covid-19 pandemic: an overview of the CHANCES-6 project” (BAUER; PAULA; EVANS-LACKO, 2021), e um artigo teórico tratando do impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental de jovens em países em desenvolvimento, citando dados dos países do CHANCES-6 como exemplo: “Integrating youth mental health into cash transfer programmes in response to the Covid-19 crisis in low-income and middle-income countries” (BAUER *et al.*, 2021b).

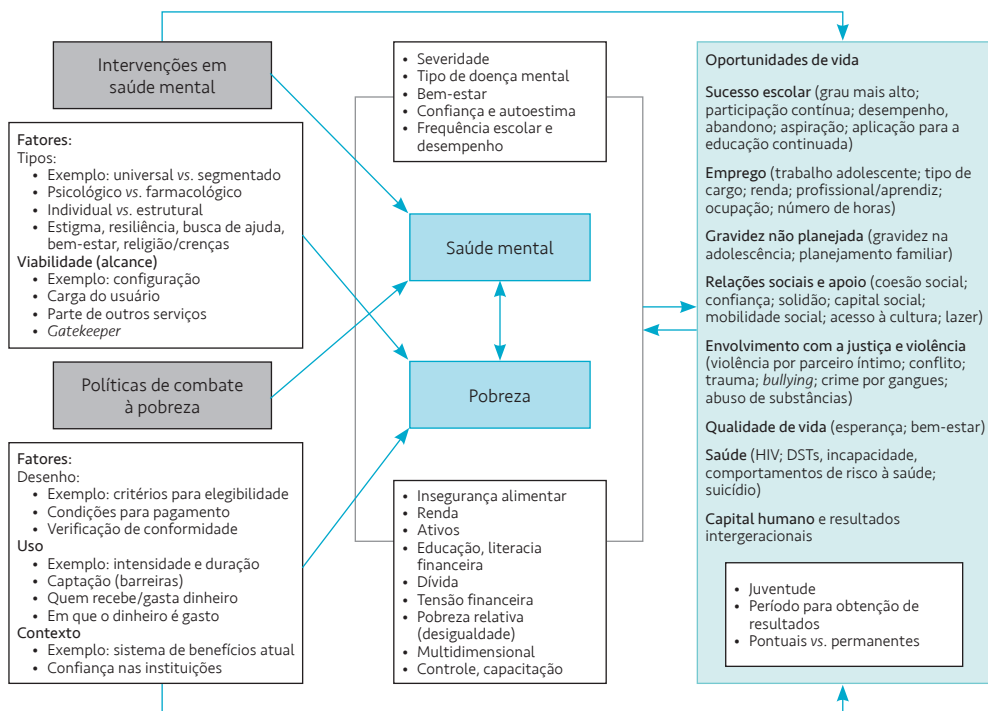
O artigo de Bauer *et al.* (2021b) levanta dados sobre as reformas dos PTR diante da pandemia no Brasil, na Colômbia e na África do Sul, e apresenta recomendações para integrar a saúde mental em PTRs, baseadas em evidências de avaliações de programas e de respostas de saúde mental a pandemias em países em desenvolvimento. Sinaliza que, principalmente em períodos de crise, como a da Covid-19, integrar a saúde mental aos PTRs é essencial para o crescimento econômico futuro e para atenuar os efeitos negativos da pobreza na saúde mental. Uma das recomendações do artigo é que os PTRs estejam voltados aos jovens em risco de desenvolver problemas de saúde mental ou que já estejam vivendo esses problemas. Estruturas de bem-estar e proteção social estabelecidas podem ser usadas para identificar esses jovens durante ou após a pandemia, sem a necessidade de investir em procedimentos formais de avaliação de saúde mental. A segunda recomendação da pesquisa é que os PTRs usem mensagens de texto em celulares e mídias sociais para fornecer mensagens atualizadas e precisas sobre a Covid-19 e sobre a promoção da saúde mental. Esses canais poderiam incluir, por exemplo, sinalização para linhas nacionais de autoajuda em saúde mental, *sites* com recursos de saúde mental ou grupos comunitários locais. Os autores recomendam também que sejam oferecidas intervenções ou componentes de saúde mental como parte dos PTRs, programas de integração social para jovens após o período de quarentena devido à pandemia. Por fim, recomenda-se que as avaliações dos PTRs incluam análise de seus impactos na saúde mental, e que esses impactos sejam considerados ao tomar decisões sobre a quantidade, a duração e a administração de PTRs. A aplicação de tais recomendações depende do contexto de cada país, bem como das características dos PTRs.

Para alinhar a visão e metas do CHANCES-6, todos os pesquisadores da equipe participaram de um *workshop* de quatro horas, a partir da *Theory of Change-ToC*. A ToC é uma metodologia voltada para o desenho e avaliação de projetos complexos de desenvolvimento social, que objetiva construir um arcabouço teórico e prático de como uma iniciativa funciona, isto é, como e por

que ela pode dar resultados efetivos (WEISS, 1995). A utilização da *Theory of Change* visa delinear (1) o impacto potencial que o programa alcançará, incluindo os possíveis resultados esperados numa sequência lógica e causal do programa, (2) as intervenções necessárias para alcançar os objetivos desejados, e (3) os indicadores que poderiam ser usados para medir cada resultado desenhado coletivamente nos *workshops*. Essa metodologia, portanto, facilita a identificação clara de insumos, processos, resultados e as contribuições relativas de componentes específicos do programa para o resultado geral.

Este evento entre todos os membros do CHANCES-6 aconteceu em Bogotá, Colômbia, em abril de 2019, e seguiu um roteiro voltado a tornar explícitas as premissas e a base de evidências subjacentes ao projeto, bem como gerar uma série de perguntas e demandas de pesquisa capazes de provocar respostas às premissas e lacunas de conhecimento. O principal produto deste evento foi o desenvolvimento conjunto de um mapa lógico da “teoria da mudança”, um mapa que sistematizou uma visão compartilhada do caminho para integrar os PTRs com a saúde mental de crianças e jovens dos diferentes países (Figura 1).

Figura 1 ■ Escopo teórico do projeto CHANCES-6



Fonte: Elaborada pelos autores.

Ainda com a meta de manter o envolvimento dos *stakeholders*, cada país estabeleceu redes locais entre os pesquisadores e membros dos governos locais. No Brasil, foi realizado um *workshop* em agosto de 2019 com gestores e profissionais de órgãos governamentais, tanto da Prefeitura de São Paulo quanto do Governo do Estado de São Paulo, especificamente da Secretaria Municipal de Ação e Desenvolvimento Social de São Paulo, da Secretaria Municipal de Direitos Humanos de São Paulo, da Secretaria de Coordenação das Subprefeituras, da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; além de representantes do legislativo municipal de São Paulo, uma vereadora e membros da Comissão Extraordinária da Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da Câmara Municipal de São Paulo; um Promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo da área da infância e adolescência; representantes de organizações não governamentais, como o Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária (Cenpec) e Instituto Acaia, bem como pesquisadores da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), Universidade de São Paulo (USP), Pontifícia Universidade Católica (PUC), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Santa Casa de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Nesse encontro, líderes interessados nas políticas públicas de proteção social e saúde debateram em grupos de trabalho a realidade atual das políticas de combate à pobreza no Brasil, particularmente o PBF, os desafios para a articulação intersetorial entre as áreas de saúde mental e proteção social, além de perspectivas para a efetivação de políticas de saúde mental e redução da pobreza de forma articulada. O grupo de *stakeholders* também elaborou conjuntamente uma avaliação da situação de vulnerabilidade das famílias atendidas pelo PBF, destacando conquistas como: a melhoria na condição de alimentação; o aumento de oportunidades de vida para jovens; a manutenção e ampliação da presença de crianças e jovens no sistema educacional; a ampliação da proteção social de crianças e jovens; o aumento da autonomia das mães e do empoderamento feminino. Ao mesmo tempo, foi identificada a inexistência de medidas de apoio à saúde mental das famílias beneficiárias do PBF. Está programado um evento com os *stakeholders* ao final do projeto, bem como troca de material e consultorias no decorrer dos 30 meses do projeto.

A partir dos resultados dos dois projetos descritos, parece essencial que seja analisada a eficácia das políticas públicas voltadas para o público infanto-juvenil em vulnerabilidade social, visando valorizar aquelas com evidência de eficácia, e aplicar mudanças às demais. Assim, as políticas de assistência

poderão incidir eficientemente na saúde mental, o que, a longo prazo, pode trazer maiores chances de vida ao público atendido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu dois projetos de pesquisa em andamento voltados para a avaliação de potenciais fatores que podem reduzir o deletério impacto que a vulnerabilidade social pode ter na saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil. A descrição dos estudos, o VCRB e o CHANCES-6, ajuda a ilustrar a temática e abordagens metodológicas atuais, assim como a apresentar o alcance das pesquisas nacionais com crescente penetração no cenário internacional. Acreditamos que esses dados ajudem na divulgação e diálogo no campo científico e de políticas públicas, dada a escassez na literatura de pesquisas que tratem do impacto do PBF na saúde mental de crianças e adolescentes.

Os dois projetos descritos (Estudo de Itaboraí e CHANCES-6) constituem iniciativas inovadoras no campo da vulnerabilidade social e saúde mental de crianças e jovens que vivem em países em desenvolvimento. Ambos os projetos buscam pelas possíveis relações que a pobreza e a violência, ou seja, elementos da vulnerabilidade social, têm com a saúde mental dessas pessoas, o que é particularmente importante para o delineamento de políticas de proteção à saúde mental na infância e juventude.

A partir da literatura acessada, constatou-se que os índices de violência entre crianças e jovens moradores de cidades brasileiras de baixa renda parecem ser altos (32,1% entre as crianças e 36,9% entre os jovens), bem como as taxas de problemas de saúde mental na faixa clínica (21,4% entre as crianças e 20,9% entre os jovens). No estudo de Itaboraí, entre as crianças e jovens que haviam sofrido violência, os sintomas de transtorno do estresse pós-traumático mais frequentes haviam sido evitação de pensamentos ou sentimentos relacionados ao evento, evitação de atividades que lembrassem o evento e pensamentos ou imagens recorrentes do evento traumático. Verificamos também que estudantes vítimas de *cyberbullying* são frequentes vítimas de outros tipos de agressão, colocando-os entre os grupos que necessitam de atenção especial. O estudo do CHANCES-6 sugeriu que integrar componentes de saúde mental aos programas de proteção social voltados aos jovens é uma alternativa que deve ser colocada em prática nos países em desenvolvimento, pois proteger a saúde mental desse público é vital para o crescimento econômico futuro e para

mitigar as consequências negativas na saúde mental causadas pela pobreza, especialmente em momentos de crise como é o caso da pandemia de Covid-19.

Em conclusão, sugere-se que futuras pesquisas continuem sendo trilhadas para melhor compreensão sobre as relações que a pobreza, a violência e fatores estressantes de vida estabelecem com a saúde mental de crianças e jovens. Desse modo, pode-se amplificar o sucesso relacionado a projetos e programas com impacto na saúde mental das crianças, jovens e suas famílias.

Social vulnerability and mental health among children and young people: report of two Brazilian longitudinal studies

Abstract

Children and young people who live experiences of social vulnerability, such as living in violent communities, having a shortage of financial resources, experiencing stressful life situations and experiencing violence in the community or within the family, have a high chance of developing mental health problems. In view of this situation that affects a large part of Brazilian families, public policies focused on reducing poverty, such as the *Programa Bolsa Família*, have been implemented. The objective of this article is to describe two research projects aimed at evaluating factors that can reduce the association between social vulnerability and mental health problems in childhood and adolescence: “Violence and child rights in Brazil: can the cycle of violence be broken?” and the “Poverty reduction, mental health and the chances of young people: understanding mechanisms through analyses from 6 low- and middle-income countries” – CHANCES-6. The presentation of these projects serves to illustrate the scope of epidemiological research carried out in Brazil as well as to know what is being addressed in the area of mental health for children and adolescents in contexts of social vulnerability, and how these discussions are being conducted. Overall, these surveys have shown high rates of mental health problems and different types of violence in childhood and adolescence, revealing factors related to this complex scenario. In addition, they point out the importance of integrating mental health components into social protection programs aimed at young people in developing countries. We highlight the need to generate scientific evidence on the effectiveness of public policies aimed at children and adolescents in social vulnerability to reduce mental health problems and violence.

Keywords

Mental health. Childhood. Adolescence. Social vulnerability. Social projects.

Vulnerabilidade social e saúde mental em crianças e adolescentes: relatório de dois estudos longitudinais brasileiros

Resumen

Niños y jóvenes que viven experiencias de vulnerabilidad social, tales como residir en comunidades violentas, tener escasez de recursos financieros, pasar por situaciones estresantes de vida y sufrir violencia en la comunidad o intrafamiliar, tienen grandes chances de desarrollar problemas de salud mental. En vista de esta situación, que afecta a gran parte de las familias brasileñas, han sido implementadas políticas públicas enfocadas en la disminución de la pobreza, como el Programa Bolsa Família. El objetivo de este artículo es describir dos proyectos de investigación destinados a evaluar factores que pueden reducir la asociación entre vulnerabilidad social y problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia: “Violence and child rights in Brazil: can the cycle of violence be broken?” y “Poverty reduction, mental health and the chances of young people: understanding mechanisms through analyses from 6 low- and middle-income countries” – CHANCES-6. La presentación de estos proyectos sirve para ilustrar el alcance de investigaciones epidemiológicas desarrolladas en Brasil, así como también para conocer lo que está siendo abordado en el área de salud mental infantojuvenil en contextos de vulnerabilidad social y cómo están siendo conducidas estas discusiones. De forma general, los estudios han demostrado altas tasas de problemas de salud mental y de diferentes tipos de violencia en la infancia y adolescencia, revelando factores relacionados con este complejo escenario. Además, apuntan a la importancia de integrar componentes de salud mental a los programas de protección social destinados a los jóvenes en países en desarrollo. Se destaca la necesidad de generar evidencia científica sobre la eficacia de las políticas públicas destinadas al público infantojuvenil en vulnerabilidad social para reducir problemas de salud mental y violencia.

Palabras Claves

Salud mental. Infancia. Adolescencia. Vulnerabilidad social. Proyectos sociales.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. R. de. *A formação social dos transtornos do humor*. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.
- ALVES, F. J. O.; MACHADO, D. B.; BARRETO, M. L. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 54, n. 5, p. 599-606, 2019.
- BAUER A. *et al.* Examining the dynamics between young people’s mental health, poverty and life chances in six low- and middle-income countries: protocol for the CHANCES-6 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, n. 56, p. 1687-1703, 2021a.
- BAUER, A. *et al.* Integrating youth mental health into cash transfer programmes in response to the COVID-19 crisis in low income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, v. 8, n. 4, p. 340-346, 2021b. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33549174>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- BAUER, A.; PAULA, C.; EVANS-LACKO, S. Improving the mental health life chances of young people in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic: an overview of the CHANCES-6 project. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v. 23, n. 1, p. 1-8, abr. 2021.
- BELFER, M. L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, v. 49, n. 3, p. 226-236, 1 mar. 2008. Disponível em: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- BENJET, C. *et al.* Associations between neighborhood-level violence and individual mental disorders: results from the World Mental Health surveys in five Latin American cities. *Psychiatry Research*, v. 282, p. 1-10, dez. 2019. DOI 10.1016/j.psychres.2019.112607
- BORDIN, I. A. *et al.* Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 87, n. 5, p. 336-344, maio 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19551251/>. Acesso em: 19 out. 2020.
- BORDIN, I. A. *et al.* Violence and child mental health in Brazil: the Itaboraí youth study methods and findings. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v. 27, n. 2, e1605, 2018. DOI 10.1002/mpr.1605
- BOTTINO, S. M. B. *et al.* Cyberbullying e saúde mental dos adolescentes: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 3, p. 463-475, 2015. DOI 10.1590/0102-311x00036114

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa alimentação saudável: bolsa-alimentação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimenta_saudavel.pdf. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Decreto nº 4.675, de 16 de abril de 2003. Regulamenta o Programa Nacional de Acesso à Alimentação – “Cartão Alimentação”, criado pela Medida Provisória nº 108, de 27 de fevereiro de 2003. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2003.

BRASIL. *Governo garante mais de R\$ 3 bilhões para o Bolsa Família*. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/03/governo-garante-mais-de-r-3-bilhoes-para-o-bolsa-familia>. Acesso em: 18 nov. 2020b.

BRASIL. *O programa bolsa família*. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>. Acesso em: 18 nov. 2020a.

BRASIL. *Programa de erradicação do trabalho infantil*. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/acao-estrategica-do-programa-de-erradicacao-do-trabalho-infantil>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRIMBLECOMBE, N. *et al.* Long term economic impact associated with childhood bullying victimisation. *Social Science and Medicine*, v. 208, p. 134-141, 1 jul. 2018. DOI 10.1016/j.socscimed.2018.05.014

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília, DF: IPEA, 2013.

CECCHINI, S.; ATUESTA, B. *Programas de transferencias condicionadas en América Latina y el Caribe: tendencias de cobertura e inversión*. 2017. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/41811#.XtQm8ktXJbQ>. mendeley. Acesso em: 31 maio. 2020.

CERQUEIRA, D. (coord.) *et al.* *Atlas da violência*. Brasília, DF: IPEA, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/200826_ri_atlas_da_violencia.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

CHITOLINA, L. *et al.* The impact of the expansion of the Bolsa Família Program on the time allocation of youths and their parents. *Revista Brasileira de Economia*, v. 70, n. 2, p. 183-202, 2016.

DE WALQUE, D. *et al.* Cash transfers and child and adolescent development. In: BUNDY, D. A. P.; SILVA, N. de; HORTON, S.; JAMISON, D. T.; PATTON, G. C. (ed). *Disease control priorities: child and adolescent health and development*. 3rd ed. Washington, DC: The World Bank, 2017. p. 325-342. v. 8.

DECOU, C. R.; LYNCH, S. M. Assessing adult exposure to community violence: a review of definitions and measures. *Trauma, Violence, & Abuse*, v. 18, n. 1, p. 51-61, 2017. DOI 10.1177/1524838015590590

DEVENISH, B.; HOOLEY, M.; MELLOR, D. The pathways between socioeconomic status and adolescent outcomes: a systematic review. *American Journal of Community Psychology*, v. 59, n. 1-2, p. 219-238, 1 mar. 2017. DOI 10.1002/ajcp.12115

DONNANGELO, M. C. A conceptualização do social na interpretação da doença: um balanço crítico [1982]. In: CARVALHEIRO, J. R.; HEIMANN, L. S.; DERBLI, M. *O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014. p. 47-84.

EVANS-LACKO, S. *et al.* Childhood bullying victimization is associated with use of mental health services over five decades: a longitudinal nationally representative cohort study. *Psychological Medicine*, v. 47, n. 1, p. 127-135, 1 jan. 2017. DOI 10.1017/S0033291716001719

FATORI, D. *et al.* Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health problems from childhood to adolescence: a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, v. 13, n. 1, p. 31, 17 jan. 2013. DOI 10.1186/1471-244X-13-31

FATORI, D. *et al.* The economic impact of subthreshold and clinical childhood mental disorders. *Journal of Mental Health*, v. 27, n. 6, p. 588-594, 2 nov. 2018. DOI 10.1080/09638237.2018.1466041

FERNANDO, G. A. The roads less traveled: mapping some pathways on the global mental health research roadmap. *Transcult. Psychiatry*, v. 49, p. 396-417, 2012. DOI 10.1177/1363461512447137

FIDALGO, T. M. *et al.* Exposure to violence: associations with psychiatric disorders in Brazilian youth. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 40, n. 3, p. 277-283, 1 jul. 2018. DOI 10.1590/1516-4446-2016-2122

GLEWWE, P.; KASSOUF, A. L. The impact of the Bolsa Escola/Família conditional cash transfer program on enrollment, dropout rates and grade promotion in Brazil. *Journal of Development Economics*, v. 97, p. 505-517, 2012.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GONÇALVES, H. C. B.; QUEIROZ, M. R. de; DELGADO, P. G. G. Urban violence and mental health: challenges of a new agenda? *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 29, n. 1, p. 17-23, 2017. DOI 10.22409/1984-0292/v29i1/1256

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Coordenação de trabalho e rendimento, pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua e indicadores para população de 14 anos ou mais de idade*. Brasília, DF: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaques>. Acesso em: 4 fev. 2021.

JANVRY, A. de; SADOULET, E. Making conditional cash transfer programs more efficient: designing for maximum effect of the conditionality. *The World Bank Economic Review*, v. 20, n. 1, p. 1-29, 2006. DOI 10.1093/wber/lhj002

KESSLER, R. C. *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, v. 6, n. 3, p. 168-76, out. 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188442>. Acesso em: 28 fev. 2021.

KILBURN, K. *et al.* The impact of a conditional cash transfer on multidimensional deprivation of young women: evidence from South Africa's HTPN 068. *Social Indicators Research*, v. 151, n. 3, p. 865-895, 1 out. 2020. DOI 10.1007/s11205-020-02367-y

KIM, P. *et al.* Exposure to childhood poverty and mental health symptomatology in adolescence: a role of coping strategies. *Stress and Health*, v. 32, n. 5, p. 494-502, 1 dez. 2016. DOI 10.1002/smi.2646.

KNAPP, M. *et al.* Economic outcomes in adulthood and their associations with antisocial conduct, attention deficit and anxiety problems in childhood. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, v. 14, n. 3, p. 137-147, 2011.

KRUG, E. G. *et al.* *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LOPES, C. S. *et al.* Prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 1, 2016. DOI 10.1590/S01518-8787.2016050006690

LUCCHESI, R. *et al.* Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *ACTA Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 3, p. 200-207, 2014. DOI 10.1590/1982-0194201400035

MADEIRO, C. *Coronavírus no Brasil: Governo corta 158 mil do Bolsa Família em meio a covid-19; 61% são do Nordeste*. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/20/governo-corta-158-mil-do-bolsa-familia-em-meio-ao-covid-19-61-sao-do-ne.htm>. Acesso em: 23 jan. 2021.

MEDEIROS, M.; COSTA, J. What do we mean by feminization of poverty? *Centro Internacional da Pobreza*, n. 58, 2008. Disponível em: <https://econpapers.repec.org/RePEc:ipc:opager:58>. Acesso em: 3 mar. 2021.

MOREIRA, N. C. *et al.* Empoderamento das mulheres beneficiárias do programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos centros de referência de assistência social. *Revista de Administração Pública*, v. 46, n. 2, p. 403-423, jan. 2012. DOI 10.1590/S0034-76122012000200004

MOYA-HIGUERAS, J. *et al.* Recent stressful life events (SLE) and adolescent mental health: initial validation of the LEIA, a new checklist for SLE assessment according to their severity, interpersonal, and dependent nature. *Assessment*, v. 27, n. 8, p. 1777-1795, 12 dez. 2018. DOI 10.1177/1073191118817648

MURRAY, J. *et al.* Lifelong robbery victimisation and mental disorders at age 18 years: brazilian population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 53, n. 5, p. 487-496, 1 maio 2018. DOI 10.1007/s00127-018-1488-z

MURRAY, J.; CERQUEIRA, D. R. de C.; KAHN, T. Crime and violence in Brazil: systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggression and Violent Behavior*, v. 18, n. 5, p. 471-483, 1 set. 2013. DOI 10.1016/j.avb.2013.07.003

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. O lugar da saúde mental da infância e adolescência na atenção primária à saúde. *Com. Ciências Saúde*, v. 24, n. 3, p. 239-250, 2014.

OWUSU-ADDO, E.; RENZAHO, A. M. N.; SMITH, B. J. The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Policy and Planning*, v. 33, n. 5, p. 675-696, jun. 2018. DOI 10.1093/heapol/czy020

OZER, E. J. *et al.* Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. *Pediatrics*, v. 123, n. 4, p. e630-e637, 1 abr. 2009. DOI 10.1542/peds.2008-2882

PAULA, C. S. *et al.* Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 37, n. 2, p. 178-179, jun. 2015.

PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo city: treatment needs and service capacity evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n. 1, p. 11-17, mar. 2007. DOI 10.1590/S1516-44462006005000012

PINHEIRO, L. R. S.; MONTEIRO, J. K. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 10, n. 2, p. 35, 1 dez. 2007. DOI 10.11606/issn.1981-0490.v10i2p35-45

QUEM RECEBE O Bolsa Família receberá o Auxílio Emergencial. *Rede SUAS*, 2020. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/quem-recebe-o-bolsa-familia-recebe-ra-o-auxilio/>. Acesso em: 22 jan. 2021.

RAPOSA, E. *et al.* The long-term effects of maternal depression: early childhood physical health as a pathway to offspring depression. *Journal of Adolescent Health*, v. 54, n. 1, p. 88-93, 1 jan. 2014. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.038

RESENDE, T. *Governo contraria promessa, e Bolsa Família não bate recorde: são 14,27 milhões de famílias beneficiadas neste mês, contra 14,34 milhões em maio de 2019. Folha de S.Paulo*, 21 abr. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/04/governo-contraria-promessa-e-bolsa-familia-nao-bate-recorde.shtml>.

Acesso em: 21 nov. 2020.

RIBEIRO, W. S. *et al.* Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, n. 2, p. 49-57, out. 2009. DOI 10.1590/S1516-44462009000600003

RICHARDS, M.; ABBOTT, R. *Childhood mental health and life chances in postwar Britain: insights from three national birth cohort studies*. London: Centre for Mental Health, 2009.

ROCHA, M. A.; MATTOS, L. B. de; COELHO, A. B. Influência do programa Bolsa Família na alocação de recursos: uma análise considerando a presença de mulheres no domicílio. *Economia e Sociedade*, v. 27, n. 3, p. 997-1028, dez. 2018. DOI 10.1590/1982-3533.2018v27n3art11

SAN SEBASTIAN, M.; HAMMARSTRÖM, A.; GUSTAFSSON, P. E. Socioeconomic inequalities in functional somatic symptoms by social and material conditions at four life course periods in Sweden: a decomposition analysis. *BMJ Open*, v. 5, n. 8, p. 1-10, 1 ago. 2015. DOI 10.1136/bmjopen-2014-006581

SANTOS, L. M. P.; PASQUIM, E. M.; SANTOS, S. M. C. dos. Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1821-1834, 2011.

SCHMIDT, M. L. G.; JANUÁRIO, C. A. R. M.; ROTOLI, L. U. M. Sofrimento psíquico e social na situação de desemprego. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 21, n. 1, p. 73-85, 12 set. 2018. DOI 10.11606/issn.1981-0490.v21n1p73-85

SEGALL-CORRÊA, A. M. *et al.* Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. *Rev. Nutr.*, v. 21, p. 39-51, 2008.

SHEI, A. *et al.* The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. *BMC International Health and Human Rights*, v. 14, n. 1, p. 1-9, 1 abr. 2014. DOI 10.1186/1472-698X-14-10

SLOPEN, N. *et al.* Poverty, food insecurity, and the behavior for childhood internalizing and externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 49, n. 5, p. 444-452, 1 maio 2010. DOI 10.1016/j.jaac.2010.01.018

SOARES, F. V. *et al.* Cash transfer programmes in Brazil: impacts on inequality and poverty. *United Nations Development Programme*, 2006. Disponível em: <https://econpapers.repec.org/RePEc:ipc:wpaper:21#.XpOTS97Smq0.mendeley>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SOARES, S. Bolsa Família, its design, its impacts and possibilities for the future. *International Policy Centre for Inclusive Growth*, n. 89, p. 1-40, 2012. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper89.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SOUZA, P. H. G. F. de *et al.* Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, v. 1, n. 2499, p. 1-47, 2019. Disponível em: <https://www.econstor.eu/handle/10419/211450>. Acesso em: 31 maio. 2020.

TAKIZAWA, R.; MAUGHAN, B.; ARSENEAULT, L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, v. 171, n. 7, p. 777-784, 1 jul. 2014. DOI 10.1176/appi.ajp.2014.13101401

TIPPETT, N.; WOLKE, D. Socioeconomic status and bullying: a meta-analysis. *American Journal of Public Health*, v. 104, n. 6, p. e48-e59, 2014. DOI 10.2105/AJPH.2014.301960

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Global study on Homicide*. 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-on-homicide.html>. Acesso em: 12 mar. 2022.

VELOSO, V. R. *et al.* Vitimização por bullying e fatores associados em estudantes brasileiros com idade de 13 a 17 anos: estudo populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, p. 1-14, 2020. DOI 10.1590/1980-549720200097

VIEIRA, M. A. *et al.* Does cyberbullying occur simultaneously with other types of violence exposure? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 41, n. 3, p. 234-237, 1 maio 2019. DOI 10.1590/1516-4446-2018-0047

VIEIRA, M. A. *et al.* Maternal awareness of adolescent bullying victimization in a low-income context. *Adolescent Psychiatry*, v. 10, n. 1, p. 29-40, 24 abr. 2020. DOI 10.2174/2210676609666190808094820.

WEISS, C. Nothing as practical as good theory: exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In: CONNELL, J. P. *et al.* (ed.). *New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods, and contexts*. Washington, DC.: Aspen Institute, 1995. p. 65-92.

WHO. *Adolescent mental health*. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Acesso em: 28 fev. 2021.

WIGHT, R. G.; BOTTICELLO, A. L.; ANESHENSEL, C. S. Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: a multilevel investigation. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 35, n. 1, p. 115-126, 18 fev. 2006. DOI 10.1007/s10964-005-9009-2

ZIMMERMAN, A. *et al.* The impact of cash transfers on mental health in children and young people in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Heal.*, v. 6, n. 4, p. 1-16, 30 dez. 2021. DOI 10.2139/ssrn.3742275