

# A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

**Gordon Harper**

**Edição em Português**

**Editores: Yoichi Takaki Konno, Jose Robson Samara Rodrigues Almeida Jr**

**Tradutores: Fernanda Menezes de Faria, Bruna Tarifa**



Mãe e Filho  
Refugiados

William H.  
Johnson  
(1901-1970);  
Smithsonian  
American  
Art Museum,  
Doação  
da Harmon  
Foundation.

Gordon Harper MD

Harvard Medical School,  
Massachusetts, Departamento  
de Boston, MA, EUA

Conflito de interesses: nenhum  
declarado

Esta publicação destina-se a profissionais ou formandos na área da Saúde Mental e não a um público geral. As opiniões expressas são dos autores e não representam necessariamente a opinião do editor ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e práticas baseados na evidência científica disponível no momento da sua redação, segundo os autores, podendo sofrer alterações com o avançar da investigação. Os leitores devem aplicar este conteúdo na prática clínica respeitando as diretrizes e a legislação do país onde exercem. Determinados medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar a informação específica do fármaco uma vez que nem todas as dosagens e efeitos secundários são mencionados. Organizações, publicações e páginas da Internet são devidamente citadas ou a sua hiperligação disponibilizada para efeitos ilustrativos ou como fonte de informação complementar. O mesmo não significa que os autores, o editor ou a IACAPAP endossem o seu conteúdo ou recomendações, que devem ser criticamente avaliadas pelo leitor. As páginas da Internet são suscetíveis de sofrerem alterações ou deixarem de existir.

©IACAPAP 2012. Esta é uma publicação de acesso livre ao abrigo da [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). O uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são autorizados sem permissão prévia desde que a obra original seja devidamente citada e o seu uso se destine a fins não comerciais. Envie comentários acerca deste livro ou capítulo para [jmreyATbigpond.net.au](mailto:jmreyATbigpond.net.au).

Citação sugerida: Harper G. Child and adolescent mental health policy. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed) .Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

A política pública de saúde mental infantil/adolescente visa mitigar as disparidades que impedem que as crianças atinjam seu pleno potencial:

- Diferenças na dotação
- Diferenças nas circunstâncias de vida
- Diferenças no acesso a serviços

Outras discussões políticas enfatizam a mobilização da vontade política (Richmond & Kotelchuck, 1983), a tradução do conhecimento em prática (Harper & Cetin, 2008) ou a evolução das atitudes públicas em relação às crianças (Wise & Richmond, 2008). Este capítulo foca na mitigação de disparidades. Para essa finalidade, irá rever as alterações recentes que influenciaram a política:

- Maior conhecimento das disparidades e suas consequências
- Novos conhecimentos sobre intervenções, tanto em nível individual quanto na comunidade, para mitigar essas disparidades
- Maior prontidão profissional e política para agir.

Como o desenvolvimento emocional das crianças está embutido em seu desenvolvimento geral, as disparidades na saúde mental são necessariamente examinadas à luz das disparidades na saúde geral e bem-estar.

## DISPARIDADES – ESCOPO E CONSEQUÊNCIAS

### Disparidades na dotação

As sociedades pré-modernas não reconheciam a infância como um estágio de desenvolvimento a parte ou consideravam as diferenças na dotação das crianças como de pouca importância. Sua presença em lares entre membros de famílias extensas e as expectativas flexíveis em relação ao seu papel provou relativa tolerância com as diferenças entre as crianças. Mas a modernização mudou a vida das mesmas de várias maneiras.

Primeiro, com a urbanização e o aumento da mobilidade intergeracional (distante do local de nascimento), um número menor de crianças cresceu em famílias multigeracionais. E núcleos familiares, com um casal de pais (ou, frequentemente, um pai solteiro) possuem menos “capacidade tampão” para acomodar as diferenças da infância em comparação com famílias extensas com tias, tios e avós.

Segundo, com a educação cada vez mais padronizada, iniciando desde a pré-escola, é menos flexível em face das diferentes dotações e trajetórias de desenvolvimento. Para preparar as crianças para profissões padronizadas, as escolas precisam classificar os alunos. Consequentemente, foram criados sistemas de testagem de crianças, iniciando com o trabalho de Binet na França, no início do século 20, o qual classificou as crianças em “normais” e “anormais” (Binet, 1903).

### Vida de crianças na literatura

- Dickens: Oliver Twist, David Copperfield
- Stowe: Uncle Tom's Cabin
- Hugo: Les Misérables



“Por favor, senhor, eu poderia ter um pouco mais”  
Ilustração para "Oliver Twist" por George Cruikshank (ca. 1837).

Terceiro, à medida que as diferenças de temperamento, estilo de aprendizagem e dotação social eram cada vez mais reconhecidas, as crianças “diferentes” - inicialmente consideradas um grupo homogêneo - foram divididas de acordo com distúrbios categóricos (p.ex., dislexia e transtornos de linguagem receptiva e expressiva), e classificações dimensionais (p.ex., habilidade geral, percepção social, desatenção e hiperatividade). Tal reconhecimento originou organizações de defesa e pesquisa *baseadas em uma valorização de diversas dotações* (p.ex., nos EUA, *All Kinds of Minds* e *Mind Institute*) e à criação de serviços especializados - educacionais, sociais e clínicos (Harper, 2011).

Quarto, uma vez que ficou claro que as crianças com necessidades especiais demandavam programas sociais, muitos perceberam que esses serviços deveriam estar disponíveis de acordo com a necessidade da criança, e não limitados àqueles com recursos familiares. Esses serviços poderiam ser disponibilizados a um número maior de crianças por meio de iniciativas privadas, organizações não governamentais (ONGs), advocacias legislativas baseadas em direitos (Harper, 2012).

### Disparidade em circunstâncias de vida

A descrição na literatura do século 19 de crianças que cresciam em adversidade conspícua (pobreza, escravidão, orfandade, abuso infantil) aumentou a consciência pública das disparidades na vida das crianças (p.ex., Shengold, 1989). Em resposta, a educação pública universal foi estabelecida e as crianças carentes foram separadas das populações mistas e alocadas em “casas pobres”, com suporte público. As instituições de caridade cívicas suplementaram o papel tradicional das organizações religiosas de cuidar dos órfãos. Novas instituições que defendiam crianças abusadas foram criadas, começando na cidade de Nova Iorque em 1875 (New York Society for the Prevention of Cruelty to Children; ver [História](#)).

No século XX, políticas públicas em muitos países, notavelmente na Escandinávia, promoveram a equalização de oportunidades (Hilson, 2008). Até mesmo em países desenvolvidos pouco comprometidos com esse objetivo, como os EUA, organizações civis advogaram em prol de todas as crianças. Alguns deles começaram com profissionais (Ptakowski, 2010; veja também os websites da [Child Welfare League of America](#) e da [American Academy of Child and Adolescent Psychiatry](#)). Outros não tinham afiliação (p.ex., [Children’s Defense League](#)).

Tais esforços foram grandemente fortalecidos por demonstrações de

**Tabela J.6.1 Experiências adversas na infância**

#### O que elas são?

- Abuso psicológico, físico e sexual
- Violência contra a mãe
- No ambiente familiar – abuso de substâncias, doenças mentais, antecedentes prisionais

#### Pelo que aumentam de risco?

- Alcoolismo e abuso de substâncias
- Depressão e tentativas de suicídio
- Tabagismo
- Múltiplos parceiros sexuais, DST
- Sedentarismo e obesidade severa

Fonte : Edwards et al (2005), Felitti et al (1998)

que *experiências adversas na infância* não apenas causam sofrimento à criança, mas têm efeitos mensuráveis a longo prazo (ver Tabela J.6.1). Usando métodos desenvolvidos pelos Centers for Disease Control nos EUA, estudos mostraram os efeitos das disparidades nas experiências do início da vida sob a saúde e bem-estar posteriores. No Reino Unido, uma metodologia diferente - usando a Cambridge Early Experiences Interview - também demonstrou efeitos adversos na adolescência (Dunn et al, 2011). Efeitos semelhantes podem ocorrer em um país em desenvolvimento: um número maior de experiências adversas na infância previu comportamento de risco à saúde em adolescentes nas Filipinas (Ramiro et al, 2010).

Este argumento se relaciona prontamente com o aumento do conhecimento sobre o desenvolvimento do cérebro (Spenrath et al, 2011). Nos EUA, a American Academy of Pediatrics, invocando um modelo de ecodesenvolvimento, usa como evidência que o estresse tóxico de experiências adversas e influências ambientais deixa uma “assinatura duradoura na predisposição genética” da criança (Shonkoff et al, 2011) para defenderem uma transformação no cuidado com a saúde infantil (Garner, Shonkoff 2012).

A conscientização pública sobre os efeitos persistentes das disparidades foi fomentada por pesquisas sobre mobilidade social intergeracional (DeParle 2012; Jäntti et al 2006). Esses estudos mostraram taxas diferentes de mobilidade social em alguns países (principalmente nos Estados Unidos) do que em outros. Ou seja, apesar da crença popular na “mobilidade ascendente”, a classe de origem das crianças molda poderosamente seu futuro bem-estar.

### **Disparidades no acesso a serviços**

Nos Estados Unidos, Knitzer (1982) e outros criticaram os serviços existentes



Yoo Soon Taek, esposa do Secretário-Geral da ONU, Ban Ki-moon, visitando o Centro para Neurodesenvolvimento e Autismo em Crianças (BSMMU).

Foto: Bangladesh Association for Child & Adolescent Mental Health

para crianças perturbadas. Eles mostraram que:

- A maioria das crianças perturbadas não foi assistida por nenhum serviço de saúde mental
- Os serviços disponíveis eram frequentemente fragmentados entre escolas, saúde mental e serviços sociais
- Os serviços convencionais muitas vezes enfraqueciam os pais que já se sentem alienados e desamparados.

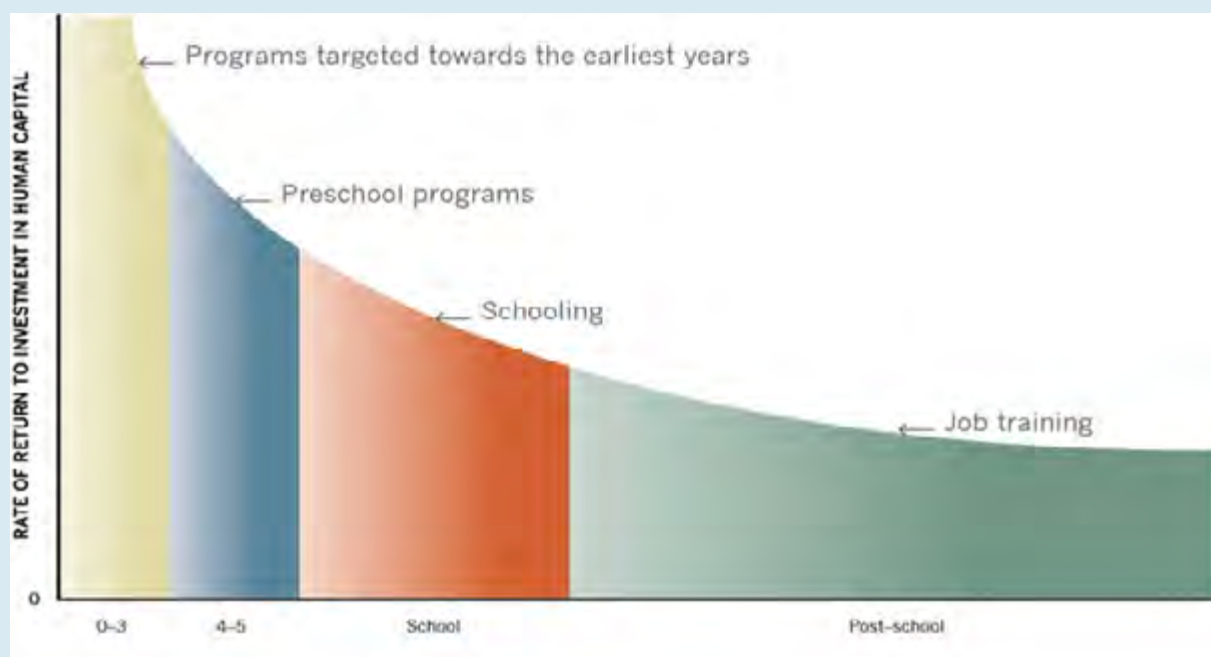
Seguiram-se iniciativas para diminuir as disparidades nos serviços apoiados por fundações e pelo governo federal. Essas iniciativas, operando em dezenas de Estados e comunidades aumentaram a triagem para transtornos emocionais-comportamentais e incentivaram novos tipos de serviços (p.ex., [National Initiative and Substance Abuse and Mental Health Services Administration](#) [www.samhsa.gov/samhsa](http://www.samhsa.gov/samhsa)) destinados a serem mais respeitosos e inclusivos com os pais.

## INTERVENÇÕES EFETIVAS PARA MITIGAR DISPARIDADES

O público em muitos países reconhece cada vez mais que as disparidades na dotação da infância, experiências de vida e acesso a serviços não precisam simplesmente serem aceitas, mas podem se tornar o foco das políticas públicas. Essa consciência levou à ação em prol das crianças, constituindo um “movimento global pela equidade na saúde” (Marmot et al, 2012) no qual a saúde mental deve ocupar seu lugar (Raviola et al, 2011).

Refletindo o que Sridhar (2011) chamou de mudança do olhar clínico (medicina) para o olhar comunitário (epidemiologia) para o olhar econômico, as evidências clínicas foram complementadas por evidências de políticas de saúde e econômica. Uma revisão dos esforços para mitigar a desigualdade na primeira

**Figure J.6.1 Efetividade de intervenções**



Fonte: Heckman JJ. Schools, skills and synapses. *Economic Inquiry* 2008; 46: 289-324. Reproduzida com permissão.

infância (Walker et al, 2011; Engle et al, 2011) indica que:

- Experiências de vida adversas incluem privação nutricional e exposições tóxicas/infecciosas, bem como eventos tais quais abuso infantil.
- Adversidades no início da vida prejudicam de forma mensurável no final da infância e a adolescência.
- Intervenções que vão desde a suplementação de iodo até o apoio aos pais na primeira infância têm um efeito atenuante /protetor.
- Essas intervenções se estendem desde a suplementação de iodo à distribuição de renda em grupos familiares (Titcomb et al, 2005).
- A intervenção é mais eficaz no início do que no final (ver Figura J.6.1).

TA limitação do argumento econômico, é claro, não fornece suporte para o cuidado humano e promotor do cuidado daqueles cujas deficiências limitam seu potencial como “capital humano”. A posição contrária argumenta em termos do fardo da doença e invoca os direitos humanos (Kieling et al, 2011).

O desafio de efetuar e avaliar tais intervenções é muito diferente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, muita ênfase foi dada aos processos de demonstração, como o aumento da participação nos cuidados e o grau em que a implementação segue as intenções (fidelidade), em oposição aos resultados no nível da criança e da família. Na verdade, o processo é muito mais fácil de medir do que os resultados. Uma agência privada, o [National Quality Forum](#), gerou alguns indicadores de desenvolvimento e de saúde mental, principalmente focados no que os provedores fazem (triagem, acompanhamento, etc).

TPara ir além das medidas de processo (acesso, participação, fidelidade, etc.), o conceito de “Triple Aim” foi promovido pelo [Institute for Healthcare Improvement](#) (Berwick et al, 2008). O “Triple Aim” analisa os resultados em saúde, experiência do consumidor e custo por membro. Da mesma forma, no Reino Unido, a Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents ([HoNOSCA](#)), desenvolvida pela University of Manchester e o Royal College of Psychiatrists analisa desfechos funcionais reais de crianças e jovens com doenças mentais. As medidas foram desenvolvidas por vários governos. Por exemplo, na Escócia, o governo publicou um conjunto detalhado de indicadores, abrangendo saúde mental e doença mental (Governo escocês, 2011).

Enquanto as disparidades persistem em países desenvolvidos (por exemplo, Canadá; Kutcher et al, 2010), desafios especiais atendem às necessidades e às

**Triple Aim** (Berwick et al, 2008)

- Desfechos em saúde
- Experiência do consumidor
- Custos por membro



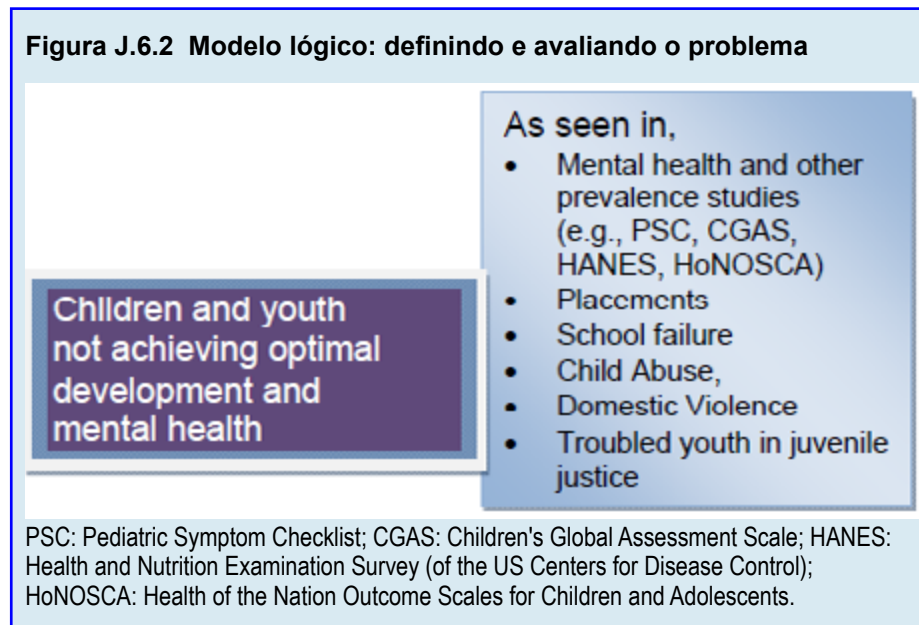
Funcionários e crianças em um serviço de saúde mental em Duhok, Iraque.

Foto: Abdulbaghi Ahmad

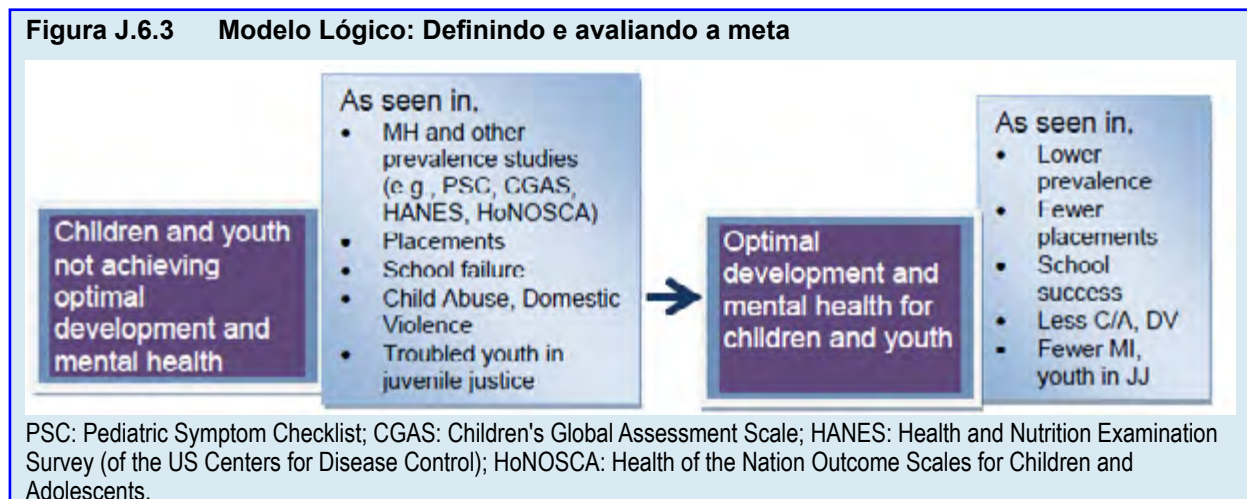
respostas políticas em países com menos recursos (em desenvolvimento). Esses desafios foram descritos para países com menos recursos como um grupo (Belfer, 2008; Omigbodun, 2008; Eaton et al, 2011) e para países específicos: Brasil (Couto et al, 2008), México (Espinola-Nadurille et al, 2010) e Líbano (Fayyad et al, 2010). Os desafios incluem baixos níveis de recursos para suporte ao cuidado, rede de infraestrutura não confiável e tensão entre as abordagens tradicionais e modernas de cura. O relatório mhGAP da Organização Mundial da Saúde (Dua et al, 2011) aborda especificamente esses desafios.

Outra abordagem para equilibrar a avaliação do que é feito (processo) e o que está sendo buscado (resultado) é usar um “modelo lógico”. Esta abordagem torna explícito os desfechos que importam, tornando possível testar a análise do problema identificado e as contribuições relativas de cada intervenção para os resultados desejados. O modelo lógico passa por várias etapas, começando com a especificação do problema a ser abordado e como ele é avaliado (Figura J.6.2). Na próxima etapa, a meta desejada é declarada de forma semelhante, especificando também como ela deve ser avaliada (Figura J.6.3). O problema é então analisado em termos de fatores contribuintes que se prestam à intervenção (Figura J.6.4).

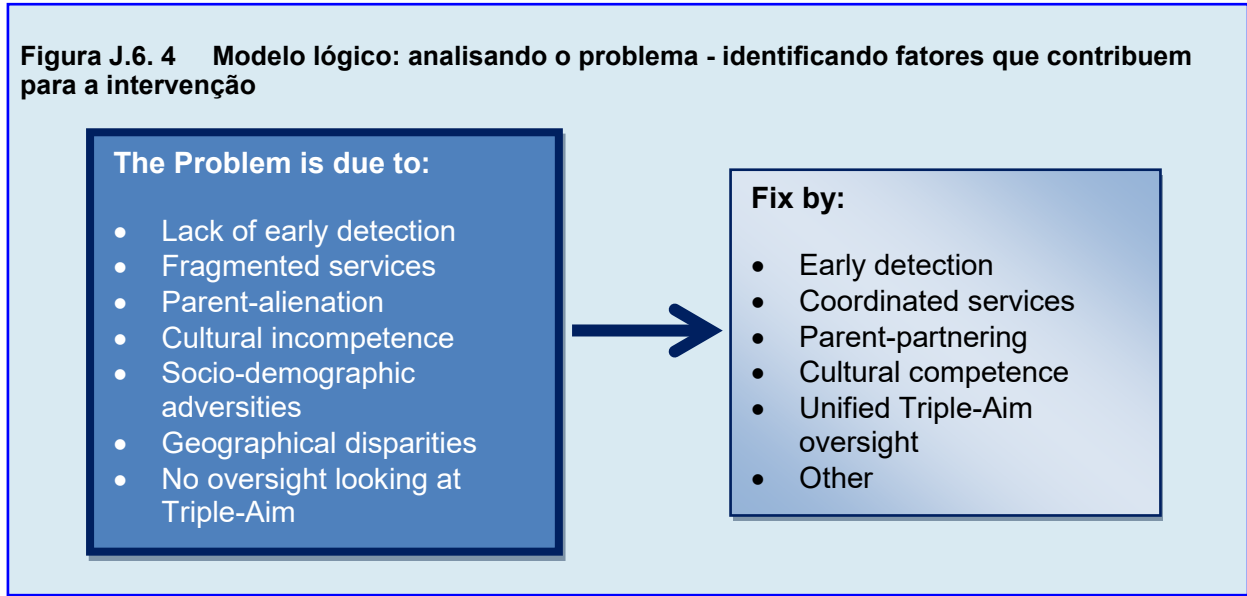
**Figura J.6.2 Modelo lógico: definindo e avaliando o problema**



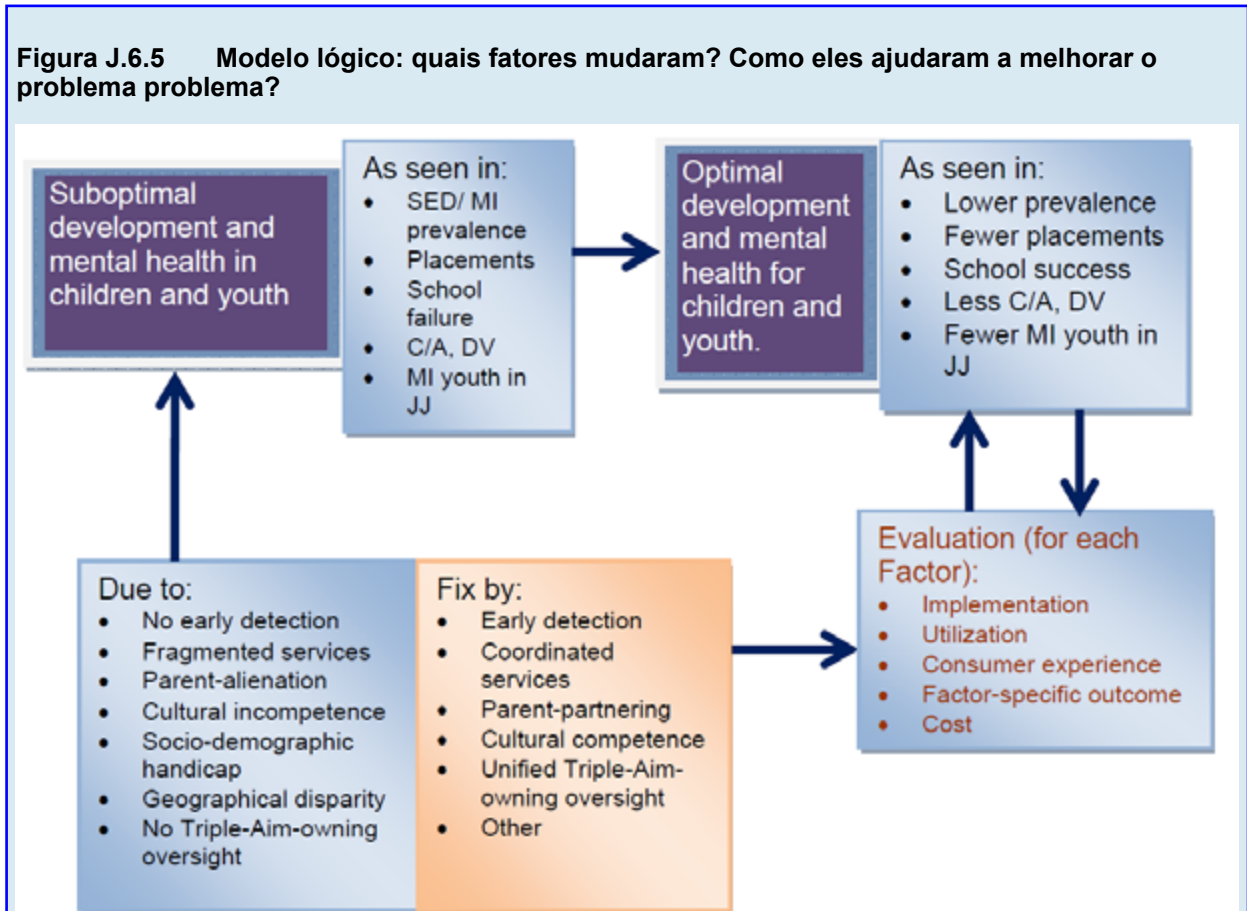
**Figura J.6.3 Modelo Lógico: Definindo e avaliando a meta**



**Figura J.6.4 Modelo lógico: analisando o problema - identificando fatores que contribuem para a intervenção**



**Figura J.6.5 Modelo lógico: quais fatores mudaram? Como eles ajudaram a melhorar o problema problema?**



PSC: Pediatric Symptom Checklist; CGAS: Children's Global Assessment Scale; HANES: Health and Nutrition Examination Survey (of the US Centers for Disease Control); HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents; C/A: child and adolescent; DV: domestic violence; MI: mental illness; JJ: juvenile justice; SED: serious emotional disturbance.



Finalmente, com a intervenção, a mudança em cada fator identificado é medida e relacionada à mudança no problema original (Figura J.6.5).

As evidências para uma intervenção eficaz foram revistas (Kieling et al,



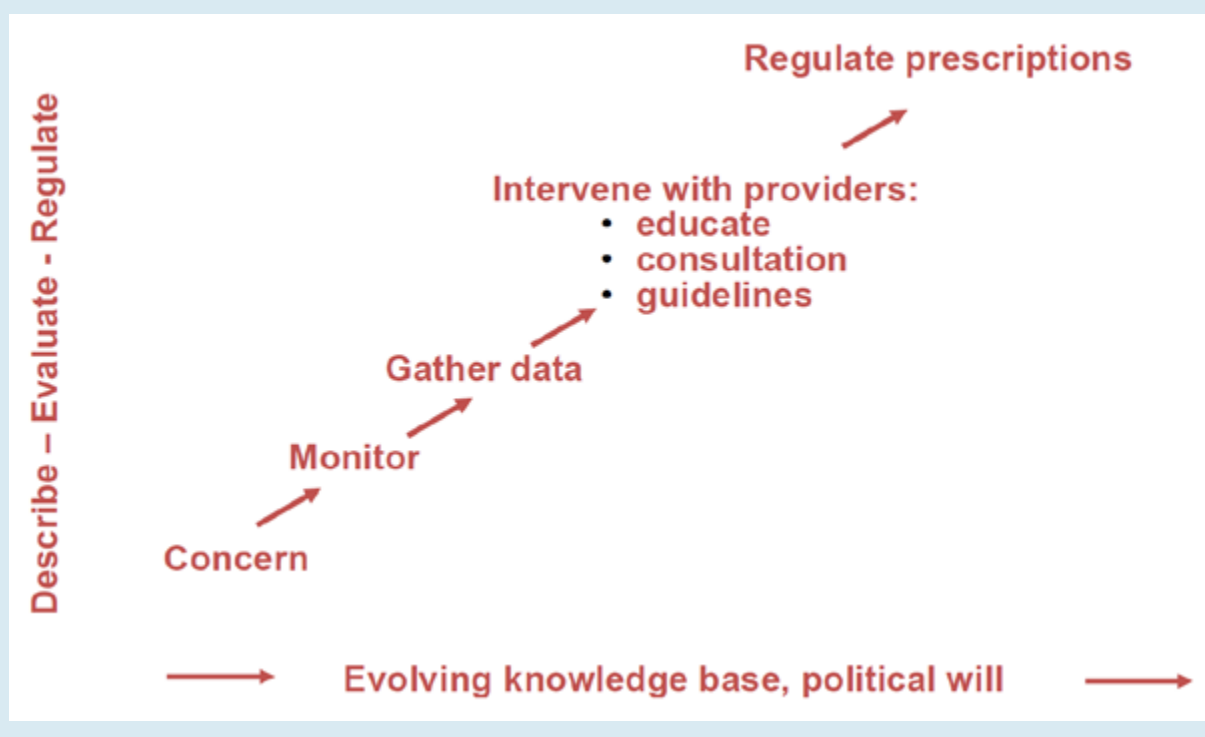
Clique na foto para ver um vídeo curto (5:08) sobre Touchpoints.

### Touchpoints

O Brazelton Touchpoints Center usou uma abordagem baseada em pontos principais, em desenvolvimento, relacionamento e cultura para fortalecer a família e a comunidade em mais de 160 comunidades. A conexão social, a autoeficácia dos pais e a eficácia coletiva comunitária revivem a capacidade de imaginar o futuro das crianças e da comunidade com esperança. Essa conexão e esperança são ingredientes essenciais, muitas vezes esquecidos, para que uma geração possa alimentar a seguinte. Além de se conectar com outras pessoas e com o futuro, as famílias e comunidades também se fortalecem por meio da conexão com o passado por meio da identidade cultural. Enraizada na teoria de sistemas dinâmicos de desenvolvimento, esta abordagem capacita os pais e outros membros da família para descobrirem e contaemr com os recursos dentro de si mesmos, seus filhos e suas comunidades.

Touchpoints não excluem as contribuições de profissionais e suas instituições. Nem minimizam o impacto nas crianças, famílias e comunidades de adversidades como a insegurança alimentar, aérea e hídrica. Oferecem um modo de ser, associado a modos específicos de fazer e dizer que reequilibram o desequilíbrio de poder e rompem o monopólio do conhecimento e da tecnologia considerados pertinentes à educação dos filhos. Os touchpoints também aplicam essa atitude e estratégias a organizações e sistemas de atendimento. Essa mudança de paradigma cria relacionamentos diferentes entre profissionais e agências e as crianças e famílias que atendem. Essa abordagem também conecta as famílias entre si e com o que chamamos de recursos comunitários tradicionais e informais.

Figura J.6.6 A evolução do papel do estado em relação aos medicamentos psicoativos



2011), bem como os obstáculos à implementação de práticas mais bem evidenciadas (Hoagwood, 2003). Abordagens criativas incluem a localização da prática em um “meta-sistema” (Kazak et al, 2010). Exemplos ilustrativos incluem o trabalho de Fayyad e colegas no Líbano (2010) para treinar trabalhadores comunitários de saúde a identificar e ajudar crianças com problemas a nível de comunidade e o ambicioso programa no Brasil (Couto et al, 2008), para desenvolver centros de atenção psicossocial em nível da comunidade em todo o país. Uma abordagem para intervenção precoce usado em diversas comunidades é o fomento da relação pai e filho, tanto por meio do método “Touchpoints” desenvolvido por Brazelton (Sparrow, 2010; Sparrow et al, 2011) e “Supporting Security” desenvolvido por Wittenberg (2009).

### **Evolução da conscientização pública e da vontade profissional e política**

O crescimento da consciência pública e profissional das disparidades na vida das crianças e das possibilidades de intervenção é evidente em muitos lugares. Nos EUA, o [National Institutes of Health](#) estabeleceu o National Institute on Minority Health and Health Disparities que financiou cerca de doze centros focados nas disparidades de saúde em todo o país. No entanto, nenhum deles parece ser dedicado especificamente à saúde infantil, muito menos à saúde mental infantil.

Com relação à saúde mental, o relatório mhGAP da OMS mencionado acima detalha a enorme distância entre a necessidade e o que é fornecido. No caso, políticas nacionais de desenvolvimento infantil e saúde mental infantil têm sido assinaladas em países tão diversos como Canadá (Kutcher et al, 2010) e Brasil (Couto et al, 2008) e em nível internacional (Belfer, 2008). Um papel mais ativo para os próprios jovens é visto no uso de “[mentoria por pares](#)” nos Estados Unidos e de jovens como “agentes de saúde” na Tanzânia (Kamo et al, 2008).

O grau de organização de atividades em todo o mundo, em prol da saúde mental das crianças, muito maior do que se imaginava há uma década, está refletido no *Bulletin* do International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP).

### **E OS DESAFIOS...**

Embora as crianças agora se beneficiem da conscientização pública sobre as disparidades, seu impacto e intervenções eficazes em muitos países, os desafios permanecem. Vários deles merecem ser mencionados:

- Como equilibrar a concorrência entre modelos de cuidado que são orientados profissionalmente (e podem alienar os pais) e aqueles que são dirigidos pelos pais (e possivelmente anti ou não profissionais)?
- Como podemos usar inovações como mentores/especialistas por pares para diminuir o senso de defeito de jovens perturbados e aumentar seu senso de domínio?
- Como equilibrar as intervenções no início, para prevenção, e aquelas posteriores, quando a deficiência e a disfunção surgirem?
- Em países onde serviços de saúde mental, educacional, e social são desenvolvidos separados um do outro, como os serviços podem ser

integrados?

- Onde o seguro saúde é usado para apoiar o serviço de saúde mental, como equilibrar os requisitos para demonstrar a “necessidade médica” com a prevenção e a ajuda além da fase aguda?
- Em meio à promoção dos fabricantes e o apelo aos pais por medicamentos que prometem ser eficazes e fáceis, como evitar que a saúde mental infantil se torne um campo reducionista de perspectiva única?
- Como definir uma abordagem abrangente de base populacional para o desenvolvimento e saúde mental infantil, dada a competição entre aqueles, pais e profissionais, que se concentrariam em um grupo com exclusão de outros (como acontece atualmente, entre os que defendem e aqueles que temem as consequências do aumento dos direitos para indivíduos com alguma forma de autismo)?
- Finalmente, conforme as intervenções para a saúde mental infantil se tornam mais reconhecidas, mais potentes e potencialmente prejudiciais, a política deve abordar o desafio de garantir que os serviços sejam seguros e eficazes, não apenas remuneradores para o provedor e satisfatórios para o consumidor. Os estágios de desenvolvimento do papel do Estado na supervisão dos serviços de medicação, evoluindo de espectador para observador interessado e capacitado para monitorar e estabelecer padrões são representados na Figura J.6.6.

## REFERÊNCIAS

- Belfer M (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:226-236.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27:759-269.
- Binet A (1903). [Etude expérimentale de l'intelligence] Paris: Schleicher Frères & Cie.
- Couto MC, Duarte CS, Delgado PG (2008). [A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30: 390-398.
- DeParle J (2012). Harder for Americans to rise from lower rungs. *New York Times*, 4 January.
- Dua T, Barbui C, Clark N et al (2011). Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: Summary of WHO recommendations. *PLoS Medicine*, Nov;8(11):e1001122. Epub 2011 Nov 15.
- Dunn VJ, Abbott RA, Croudace TJ et al (2011). Profiles of family-focused adverse experiences through childhood and early adolescent: the ROOTS project a community investigation of adolescent mental health. *BMC Psychiatry*, 11:109.
- Eaton J, McCay L, Semrau M et al (2011). Global mental health 5: Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378:1592-1603.
- Engle PL, Fernald LCH, Alderman H et al (2011). Child development 2: Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378: 1339-1353.
- Espinola-Nadurille M, Huicochea IV, Raviola G et al (2010). Child and adolescent mental health services in Mexico. *Psychiatric Services*, 61: 443-445.
- Fayyad J, Lynn F, Cassir Y et al (2010). Dissemination of an evidence-based intervention to parents of children with behavioural problems in a developing country. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19:629-636. DOI: 10.1007/s00787-010-0099-3.
- Garner AS, Shonkoff JP et al (2012). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 129:e224-e231
- Harper G, Çetin FC (2008). Child and adolescent mental health policy: promise to provision. *International Review of Psychiatry*, 20: 217-224.
- Harper G (2011). Mental health policy. In RJ Levesque (ed) *Encyclopedia of Adolescence*. New York, NY: Springer, pp1703-1708.
- Harper G (2012). Advocacy for child and adolescent mental health. In Garalda ME, Raynaud J-P (eds) *Brain, Mind and Developmental Psychopathology in Childhood*. Lanham, Maryland: Jason Aronson.
- Hilson M (2008). *The Nordic Model: Scandinavia since 1945*. London: Reaktion Books.
- Hoagwood K (2003). The policy context for child and adolescent mental health services: implications for systems reform and basic science development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008:140-148.
- Jäntti M, Bratsberg B, Røed K et al (2006). *American Exceptionalism in a New Light: A Comparison of Intergenerational Earnings Mobility in the Nordic Countries, the United Kingdom and the United States*. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA) Discussion Paper No. 1938.
- Kamo N, Carlson M, Brennan RT et al (2008). Young citizens as health agents: use of drama in promoting community efficacy for HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 98: 201-204.
- Kazak AE, Hoagwood K, Weisz JR et al (2010). A meta-systems approach to evidence-based practice for children and adolescents. *American Psychologist*, 65:85-97.
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al (2011). Global mental health 2: Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378:1515-1525.
- Knitzer J (1982). *Unclaimed Children*. Washington: Children's Defense Fund.
- Kutcher S, Hampton MJ, Wilson J (2010). Child and adolescent mental health policy and plans in Canada: an analytical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55:100-107.
- Marmot M, Allen J, Bell R et al (2012). Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *Lancet*, 379: 181-188.

- Omigbodun O (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *International Review of Psychiatry*, 20:225-235.
- Prakowski KK (2010). Advocating for children and adolescents with mental illness. *Child Adolesc Psychiatric Clinics of North America*, 19:131-138.
- Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34: 842-855.
- Raviola G, Becker AE, Farmer P (2011). A global scope for global health – including mental health. *Lancet*, 378:1613-1615.
- Richmond JB, Kotelchuck M (1983). Political influences: rethinking national health policy. In McGuire CH, Foley RP, Gorr A et al (eds) *The Handbook of Health Professions Education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Scottish Government (2011). *Children and Young People's Mental Health Indicators for Scotland*.
- Shengold L (1989). *Soul Murder: The Effects of Childhood Abuse and Deprivation*. New York: Fawcett Columbine (especially Chapter 10: Dickens, Little Dorritt, and soul murder).
- Shonkoff JP, Garner AS et al (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, DOI: 10.1542/peds.2011-2663
- Sparrow JD (2010). Aligning systems of care with the relational imperative of development: building community through collaborative consultation. In Lester B, Sparrow JD (eds) *Nurturing Young Children and Their Families: Building on the Legacy of T.B. Brazelton*. Oxford: Wiley-Blackwell Scientific.
- Sparrow JD, Ironpipe Armstrong M, Bird C et al (2011). Community-based interventions for depression in parents and other caregivers on a northern plains Native American reservation. In Spicer P (ed) *Child Psychology and Mental Health: Cultural and Ethno-Racial Perspectives*, Santa Barbara CA: ABC-CLIO/ Greenwood.
- Spennath MA, Clarke ME, Kutcher S (2011). The science of brain and biological development: implications for mental health research, practice, and policy. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20: 298-304.
- Sridhar D (2011). Health policy: from the clinical to the economic gaze. *Lancet*, 378:1909.
- Titcomb A, LeCroy C (2005). Outcomes of Arizona's family group decision making program. *Protecting Children*, 19: 47-53.
- Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S et al (2011). Child development 1: Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378: 1325-1338.
- Wise PH, Richmond JB (2008). The history of child development policy in the United States. In Wolraich ML, Drotar DD, Dworkin PH et al (eds). *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Philadelphia: Mosby.
- Wittenberg J (2009). Supporting Security. *The Signal*, 17: 104.



Estudantes do 8º ano participando da fase piloto da intervenção Respect 4U em ensino médio em Masiphumele, um município fora da Cidade do Cabo, África do Sul. Foto: Julius Oatts