

CATEGORIA
Relatórios de
Evidência Científica

AUTORIA
Gabinete de Estudos
Técnicos

JANEIRO '14



Investir na Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo

Sugestão de Citação

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2014). Investir na Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo. Lisboa.

Para mais esclarecimentos contacte o Gabinete de Estudos Técnicos:
andresa.oliveira@ordemospsicologos.pt



recursos.ordemospsicologos.pt
www.ordemospsicologos.pt

ÍNDICE

Sumário Executivo

Introdução

1. A Necessidade de Serviços de Saúde Mental nas Escolas

- 1.1. Comportamentos de Saúde e Bem-Estar Mental das Crianças e Adolescentes Portugueses
- 1.2. Prevalência da Perturbação Mental na Infância e Adolescência
- 1.3. Consequências e Efeitos Negativos da Perturbação Mental na Infância e Adolescência
- 1.4. Impacto Socioeconómico das Perturbações Mentais na Infância e Adolescência

2. Intervenção Psicológica em Contexto Educativo – Prevenção e Promoção da Saúde Mental

- 2.1. Intervenção Psicológica em Contexto Educativo
- 2.2. Importância e Benefícios da Escola como Contexto de Prevenção e Promoção da Saúde Mental

3. Custo-Efectividade da Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo

- 3.1. A Efectividade da Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo
- 3.2. A Custo-Efectividade da Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo

Conclusão

Referências Bibliográficas



Investir na Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo

Sumário Executivo

A **prevalência das perturbações mentais entre as crianças e adolescentes** tem aumentado nos últimos anos, sendo que uma em cada cinco crianças apresenta evidências de problemas de saúde mental. Para além de uma prevalência elevada, as perturbações mentais na infância e adolescência apresentam ainda **níveis elevados de persistência** e constituem um dos principais **preditores dos problemas de saúde mental na idade adulta**.

Este problema traduz-se em **consequências individuais e sociais enormes** (nos sectores da saúde, educação e justiça) e num **impacto económico incomensurável**. Só na Europa, em 2010, o custo anual das perturbações da infância e adolescência foi de **21,3 biliões de euros** (Olesen et al., 2012).

Para fazer face a esta realidade é necessário implementar **estratégias de prevenção e promoção da saúde mental**. Tendo em conta as características do espaço escola e a agenda educativa de uma escola bem-sucedida, o **contexto educativo** representa um dos contextos com maior potencial para a realização de acções de prevenção e promoção da saúde mental em crianças e jovens.

As **evidências científicas** disponíveis apontam para a **custo-efectividade** da prevenção e promoção da saúde mental em contexto educativo - os programas, desde que bem implementados, são eficazes e demonstram resultados positivos estáveis e duradouros no desenvolvimento saudável e bem-estar mental de crianças, jovens, famílias e comunidades. O **custos** destes programas são geralmente **baixos**, mas originam **retornos económicos elevados**.

Introdução

As **crianças e jovens** constituem uma das **áreas prioritárias de intervenção** no **contexto político europeu**. A **OMS (2005)** declarou que a saúde mental das crianças e jovens é uma área-chave para a qual os profissionais e decisores políticos devem dirigir a sua atenção e preocupações. O **Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar** apela a que os Estados Membros da União Europeia intervenham em cinco áreas prioritárias, sendo uma das quais a Saúde Mental na Juventude e Educação. Entre as medidas propostas encontram-se o desenvolvimento de mecanismos para a detecção precoce no contexto do sistema educativo e o desenvolvimento de programas de prevenção do abuso, intimidação e violência (*bullying*) para com os jovens, assim como da sua exposição ao risco de exclusão social.

O mesmo acontece a nível nacional. O **Plano Nacional para a Saúde Mental** (2007-2016) privilegia um conjunto de estratégias de prevenção e promoção da saúde mental, entre as quais, programas de educação sobre saúde mental na idade escolar, prevenção da violência e do abuso de drogas ou programas de desenvolvimento pessoal e social. O **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil** também inclui como uma das principais linhas de actuação o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento.

Estas medidas existem porque e apesar de existir um número cada vez maior de crianças e adolescentes que experienciam dificuldades em responder aos desafios desenvolvimentais que enfrentam e que sofrem os efeitos negativos das perturbações mentais. Esta realidade exige um aumento da capacidade de resposta e o desenvolvimento de novas formas eficazes para servir as necessidades destas crianças e jovens. Uma estratégia importante para cumprir este objectivo reside no **desenvolvimento de intervenções psicológicas de promoção da saúde mental em contexto educativo** (Kutash et al., 2006).

Prevenir e promover a saúde mental significa criar ambientes que promovam e sustentem a saúde mental para todos, assim como actividades e intervenções desenhadas para **aumentar os factores de protecção e minimizar os factores de risco para a doença mental** (sejam eles de natureza individual, familiar, ambiental ou económica). As **escolas** constituem um **contexto ideal** para a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes, proporcionando uma oportunidade para atingir grupos alargados de crianças durante os anos formativos do seu desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental (JCSH, 2013).

Mas, a prevenção e a promoção da saúde mental **compensam**? Mais especificamente, para efeitos de política pública, **existem evidências científicas credíveis** de que, por cada euro gasto em programas de prevenção dirigidos a crianças e jovens, existe um **retorno** de mais de um euro em benefícios gerados? É a estas perguntas que se procura dar resposta ao longo deste documento, sendo que, em termos gerais, é possível afirmar que existem evidências fiáveis de que alguns programas de prevenção e promoção da saúde mental, se bem implementados, podem traduzir-se em **benefícios bastante mais significativos do que o seu custo** (Aos et al, 2004).

Começamos por sublinhar a necessidade de serviços de saúde mental nas escolas, enumerando alguns dados acerca dos comportamentos de saúde e bem-estar mental das crianças e adolescentes portugueses, da prevalência da perturbação mental na infância e adolescência, assim como das suas consequências, efeitos negativos e impacto socioeconómico. De seguida, exploramos a prevenção e a promoção da saúde mental enquanto estratégias de intervenção psicológica em contexto educativo. Por último, analisamos a custo-efectividade deste tipo de intervenção, concluindo que investir na promoção da saúde mental de crianças e jovens é um investimento fundamental e compensador, quer no presente, quer no futuro.

1. A Necessidade de Serviços de Saúde Mental nas Escolas

Um dos principais motivos que justifica a necessidade de mais Serviços de Saúde Mental nas Escolas é o reconhecimento crescente de que um número substancial (e a aumentar!) de crianças e jovens experiencia problemas de saúde mental. Estes problemas de saúde mental representam uma

ameaça ao desenvolvimento saudável das crianças, que podem ter consequências duradouras ao longo da vida.

Começamos por apresentar alguns dados relativos às crianças e aos adolescentes portugueses, nomeadamente no que diz respeito aos seus comportamentos de saúde e bem-estar mental. De seguida, expomos algumas informações sobre as taxas de prevalência, persistência e tratamento da perturbação mental na infância e adolescência, assim como as consequências e efeitos negativos que podem provocar. Por último, analisamos o impacto socioeconómico da perturbação mental infantil.

1.1. Comportamentos de Saúde e Bem-Estar Mental das Crianças e Adolescentes Portugueses

De acordo com a PORDATA, em 2011, a população residente **em Portugal** atingia os 10,562,178 indivíduos. Destes 482,647 tinham entre 0 e 4 anos; 525,087 entre 5 e 9 anos; 564,595 entre os 10 e os 14 anos; e 565,250 entre os 15 e os 19 anos. De acordo com estes dados, em 2011, existiam em Portugal **1,584,037 crianças entre os 0 e os 14 anos**.

Entre 2000 e 2011 a APAV registou um total de 7387 processos de apoio a crianças e jovens **vítimas de crime e de violência** – 61% das vítimas eram do sexo feminino e 52,3% tinham entre 11 e 17 anos. Entre 2000 e 2012 foram praticados **247 crimes** contra crianças e jovens **em contexto escolar**.

Em 2009 foi publicado o primeiro Eurobarómetro sobre a **saúde mental das crianças**. O documento analisa as percepções dos pais em relação à saúde mental e ao bem-estar dos seus filhos nos 27 Estados membros. Oito em cada vez pais afirmaram que os seus filhos se sentiam em boa forma e com muita energia na semana anterior. Apenas 2% dos pais afirmaram que os filhos não se sentiam bem. Em cada dez, três pais afirmaram que o seu filho nunca esteve triste na semana anterior, enquanto metade afirmou que é raro notar tristeza na criança. **Em Portugal 18,7% dos pais considerou que o seu filho se sentia triste muito frequentemente**. A maioria dos pais (56%) considerou que o seu filho não se havia sentido só nos sete dias anteriores e um terço declarou ser raro o seu filho sentir solidão. Em Portugal 12,1% dos pais considerou que o seu filho se sentia muito frequentemente só. Questionados sobre se o filho se estava a dar bem na escola, 32,9% dos pais respondeu “moderadamente” e 33,9% “muito”.

Portugal participou num estudo sobre os **comportamentos de saúde e o bem-estar das crianças em idade escolar** (com 11, 13 e 15 anos) – HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) Study (Curie et al., 2012). O HBSC é um estudo desenvolvido em colaboração com a Organização Mundial de Saúde que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Os dados foram recolhidos entre Novembro de 2009 e Janeiro de 2010. Responderam ao questionário 1878 rapazes e 2158 raparigas; 1183 com 11 anos de idade; 1300 com 13 anos de idade e 1553 com 15 anos de idade, num total de 4036 jovens.

Dentre as conclusões obtidas, destacamos as seguintes:

- A **auto-percepção de saúde** é um indicador subjectivo de saúde. A auto-avaliação da saúde, por parte dos jovens, é baseada num sentido geral de funcionamento, que inclui

dimensões de saúde física e não física. Em Portugal, 12% das raparigas com 11 anos avaliaram a sua saúde como "**razoável**" ou "**pobre**"; o mesmo aconteceu para 13% das raparigas com 13 anos e **17% das raparigas com 15 anos**. No caso dos rapazes, aos 11 anos, 9% avaliavam a sua saúde como "razoável" ou "pobre"; o mesmo aconteceu para 9% dos rapazes com 13 anos e **10% dos rapazes com 15 anos**;

- A **satisfação com a vida** é uma avaliação individual da qualidade de vida e constitui um aspecto importante do bem-estar que está relacionado com a saúde subjectiva. Em Portugal, 89% das raparigas com 11 anos, 81% das raparigas com 13 anos e **80% das raparigas com 15 anos** consideraram ter uma satisfação com a vida **elevada**. O mesmo aconteceu com 88% dos rapazes de 11 anos, 86% dos rapazes de 13 anos e **84% dos rapazes de 15 anos**;
- As **queixas de saúde**, que incluem **sintomas somáticos** (dores de cabeça, dores de costas) e **psicológicos** (nervosismo, irritabilidade), constituem indicadores importantes do bem-estar. Os jovens foram questionados sobre a frequência com que tinham experienciado os seguintes sintomas nos últimos seis meses: dor de cabeça; dor de estômago; sentir-se em baixo, irritável ou mal humorado; sentir-se nervoso; dificuldades em adormecer; tonturas. Em Portugal, 23% das raparigas com 11 anos referiu experienciar estes sintomas **mais do que uma vez por semana**; o mesmo aconteceu com 29% das raparigas de 13 anos e **35% das raparigas com 15 anos**. No caso dos rapazes com 11 anos, 17% referiu experienciar estes sintomas mais do que uma vez por semana, assim como 15% dos rapazes com 13 anos e **17% dos rapazes com 15 anos**;
- Em Portugal, **12% dos rapazes e 6% das raparigas com 15 anos bebe álcool pelo menos uma vez por semana**; 8% destes rapazes e 7% destas raparigas embebedou-se pela primeira vez com 13 ou menos anos; 23% dos rapazes já estiveram bêbados pelo menos duas vezes, o mesmo aconteceu para 18% das raparigas;
- Em Portugal, **15% dos rapazes e 9% das raparigas com 15 anos já consumiram canábis**;
- Em Portugal, **27% dos rapazes e 18% das raparigas com 15 anos já tiveram relações sexuais**. Apenas 33% das raparigas com 15 anos (e 18% dos rapazes) utilizou a pílula enquanto meio contraceptivo na última relação sexual; **80% dos rapazes com 15 anos (e 84% das raparigas) utilizou o preservativo enquanto meio contraceptivo** na última relação sexual;
- Nos últimos 12 meses, **18% dos rapazes com 11 anos envolveu-se numa luta** pelo menos três vezes; o mesmo aconteceu para 15% dos rapazes com 13 anos e para 9% dos rapazes com 15 anos;
- O bullying é a imposição do poder interpessoal através da agressão. Corresponde a acções negativas físicas ou verbais que têm uma intenção hostil, causam sofrimento na vítima, são repetidas e envolvem um diferencial de poder entre perpetradores e vítimas. Em Portugal, **20% dos rapazes e 12% das raparigas com 11 anos foram vítimas de bullying na escola pelo menos duas vezes nos últimos dois meses**. O mesmo aconteceu

com 19% dos rapazes e 13% das raparigas de 13 anos, assim como com 13% dos rapazes e 10% das raparigas de 15 anos. Por outro lado, 11% dos rapazes e 4% das raparigas de 11 anos assumem ter praticado bullying contra outros na escola pelo menos duas vezes nos dois últimos meses. O mesmo aconteceu no caso de 15% dos rapazes e 8% das raparigas com 13 anos, assim como com 13% dos rapazes e 6% das raparigas de 15 anos.

A quarta edição do estudo decorreu em 2010 e foi liderado em Portugal pela equipa do Projecto Aventura Social (Matos et al., 2012). De modo a obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa, foram seleccionadas 139 escolas públicas do ensino regular de todo o país (Portugal Continental e Madeira). A amostra foi estratificada por regiões do país (seis regiões escolares). No total, 5050 jovens participaram no estudo: 47,7% rapazes e 52,3% raparigas; 30,8% frequentavam o 6º ano; 31,6% frequentavam o 8º ano e 37,6% frequentavam o 10º ano de escolaridade.

Do conjunto de resultados apurados, destacamos os seguintes:

- A maioria dos adolescentes (70%) refere nunca ter experimentado tabaco e **88,1% não fuma**. No entanto, aos 12-13 anos, 41,9% dos jovens já bebeu álcool e com 14 ou mais anos, **61,7% já ficou embriagado**;
- No que diz respeito à **experimentação de drogas**, verifica-se que os jovens referem mais frequentemente terem experimentado **haxixe/erva (8,8%)**, seguido de estimulantes (3,4%) e LSD (2,0%). A grande maioria dos adolescentes (93,1%) nunca experimentou canábis;
- **22,7% dos adolescentes envolveu-se em lutas 1 a 3 vezes no último ano** e mais de metade (**56,1%**) refere a **escola** como o **local onde ocorreu a luta**;
- **32,1%** dos jovens refere ter sido **vítima de comportamentos de provocação/bullying** nos últimos 2 meses e 29,1% refere ter sido provocador 1 vez por semana nos últimos dois meses. Quase **60% dos adolescentes já assistiu a situações de provocação na escola**;
- Dos **15,6%** dos jovens que referem ter-se **magoado a si próprios** nos últimos 12 meses, cerca de metade refere ter-se magoado nos braços e quase 20% magoou-se em mais do que uma parte do corpo;
- A maior parte dos adolescentes questionados referem raramente ou nunca ter sintomas físicos (que incluem dor de cabeça, dor de estômago, dor de costas, dor de pescoço/ombros, sentir cansaço/exaustão e ter tonturas). O mesmo se aplica aos sintomas psicológicos (que incluem estar triste/deprimido, ter dificuldades em adormecer, estar irritado, estar nervoso e ter medo). No entanto, **a 45,8% dos jovens acontece-lhes às vezes ficarem tão tristes que parece que não aguentam**;
- **Só 49,6% dos alunos refere ter conhecimento da existência na sua escola de um gabinete onde possam falar com um profissional de saúde**. Cerca de 25% refere que não

existe um gabinete de apoio especializado na escola. **O Psicólogo é o profissional com quem os alunos mais gostariam de falar quando têm dúvidas (33,4%)**, seguido do Médico (17,4%) e do Professor (15%). O local mais apontado onde gostariam de ter contacto com esse profissional é a escola (41%);

- No que diz respeito à **satisfação com a vida**, numa escala de 0 a 10, o valor médio apresentado pelos adolescentes é de aproximadamente sete. A maioria dos adolescentes afirma **sentir-se feliz (84,2%)**;
- **Apenas 16,9% dos adolescentes refere que já teve relações sexuais**. A maioria dos adolescentes que já teve relações sexuais refere não ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, mas 12,7% refere que sim. A maioria (93,8%) refere ter utilizado o preservativo enquanto meio contraceptivo na primeira relação sexual.

1.2. Prevalência da Perturbação Mental na Infância e Adolescência

A **prevalência das perturbações mentais** entre as crianças e adolescentes **aumentou** nos últimos 20 a 30 anos (MHE, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2004), em **todo o mundo**, cerca de **20% das crianças e adolescentes** sofrem de problemas comportamentais, desenvolvimentais ou emocionais, sendo que **1 em cada 8** apresenta uma **perturbação mental**.

Fazendo a tradução desta prevalência para a sala de aula e assumindo uma sala de aula “média” com 30 alunos, 6 alunos em cada turma apresentarão uma perturbação mental.

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, **uma em cada cinco crianças** apresenta evidência de **problemas de saúde mental**.

Olesen et al. (2012) estimam que, só **na Europa, 5,9 milhões de crianças** sejam afectadas por perturbações da infância e adolescência: 3,3 milhões sofrerão de Déficit de Atenção e Hiperactividade; 0.6 milhões de Autismo e 2.1 milhões de Perturbação do Comportamento. As estimativas de prevalência variam entre 9,5% e 22%, conforme os países (Jané-Llopis & Braddick, 2008).

No **Reino Unido**, Green et al. (2005) estimam que **9,6%** das crianças **entre os 5 e os 16** anos apresentam uma **perturbação mental**. As perturbações com mais prevalência são: a perturbação do comportamento disruptivo (5,8%), a perturbação da ansiedade (3,3%) e a perturbação de oposição (3%).

No caso das crianças entre os 11 e os 16 anos a prevalência da doença mental é de 11,5%, sendo que a perturbação de comportamento disruptivo tem uma prevalência de 6,6%, a perturbação de ansiedade 4,4%, outras perturbações do comportamento 4% e as perturbações depressivas e de hiperactividade 1,4% (Gree et al., 2005).

Em **Portugal** não existe um estudo epidemiológico que nos forneça dados fiáveis sobre a prevalência das perturbações mentais na infância e adolescência. Assumindo uma prevalência semelhante à do Reino Unido, numa sala de aula “média” com 30 alunos entre os 11 e os 16 anos, existiriam cerca de 3 crianças com perturbação mental – 2 crianças com perturbação do comportamento disruptivo, 1 criança com perturbação da ansiedade, 1 criança com outra perturbação do comportamento e seriam raras as crianças com perturbação depressiva ou hiperactividade.

Para além das crianças com um diagnóstico de perturbação mental, existem muitas outras crianças que evidenciam **problemas de comportamento** embora estejam abaixo dos limites do diagnóstico clínico, mas que apresentam igualmente maior probabilidade de sofrer dificuldades persistentes ao nível da saúde mental, baixo desempenho escolar, salários baixos, gravidez precoce, problemas relacionais, assim como maior probabilidade de se envolverem em comportamentos delinquentes e actividades criminosas no futuro. Por exemplo as pessoas com problemas de comportamento graves na adolescência têm uma probabilidade 4 vezes maior de serem presos no início da vida adulta e 3 vezes mais probabilidade de receberem uma condenação de um tribunal (SCMH, 2009).

É de acrescentar também que os problemas mentais na infância e adolescência tendem a não ser reconhecidos e tratados, por isso as estimativas dos problemas e perturbações psicológicas pode ser maior do que é reportado (Sourander et al., 2004).

Para os jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, a **depressão** é o maior contribuidor para o **encargo global com a doença**. O **suicídio** é uma das três principais causas de **mortalidade** entre os jovens dos 15 aos 35 anos – globalmente, estima-se que 71 000 adolescentes cometam suicídio anualmente (MHE, 2002).

As perturbações mentais na infância podem ter **níveis elevados de persistência**: 25% das crianças com uma perturbação emocional diagnosticável e 43% com uma perturbação do comportamento diagnosticável continuam a apresentar a perturbação ao fim de três anos; as taxas de persistência em ambos os casos são mais elevadas no caso de crianças com mães que também têm problemas de saúde mental (37% e 60% respectivamente); os jovens que experienciam ansiedade na infância têm 3,5 vezes mais probabilidade de sofrer de depressão ou perturbações da ansiedade na idade adulta (CAHMS, 2008).

Os problemas de saúde mental na infância e na adolescência constituem ainda um dos principais **preditores dos problemas de saúde mental na idade adulta**: cerca de metade das doenças mentais tiveram início antes dos 14 anos de idade (WHO/HSBC Forum 2007 Task Force, 2007). De acordo com Kessler (2005), a maior parte das doenças mentais manifestam-se geralmente antes dos 24 anos de idade. Newman et al. (1996) concluíram que 73,8% dos jovens com 21 anos de idade e uma perturbação mental tinham uma história de doença mental no seu desenvolvimento. Offord et al. (1992) demonstraram que 61,3% das crianças entre os 8 e os 12 anos com um diagnóstico de perturbação do comportamento tinham tido pelo menos uma de três doenças mentais nos quatro anos anteriores.

A diferença entre a taxa de prevalência e a taxa de **tratamento da doença mental infantil**, a julgar pela existente entre a população adulta, é grande. Estima-se que apenas 10% a 15% dos jovens com problemas de saúde mental recebam ajuda dos serviços de saúde mental (WHO, 2005).

As taxas de prescrição de medicação psicotrópica para crianças e adolescentes variam de país para país, situando-se entre os 0,5% e os 4% (Bailly, 2007 cit. in Lafortune, 2012). Por exemplo, estima-se que os psicoestimulantes sejam prescritos a 2,9% dos jovens norte-americanos e a 0,4% a 1% dos jovens europeus.

No **Sistema Nacional de Saúde** existem 88 Psiquiatras da Infância e da Adolescência e **84 Psicólogos** a trabalhar nesta área da saúde mental (CNSM e ACSS, 2012). O rácio preconizado pela Direcção Geral da Saúde (Circular Normativa nº 6/DSPSM, de 17/06/2005,) era de 1 psicólogo para 66.000 habitantes. Mas actualmente este número já é considerado insuficiente. Por exemplo, o *Irish College of Psychiatrists – Child and Adolescent Psychiatry Section* recomenda rácios de 1/33.000 habitantes (3,3/100.000 habitantes) para os Psiquiatras e Psicólogos da Infância e Adolescência.

No entanto, mesmo que existissem mais e melhores serviços especializados em saúde mental infantil, as necessidades não seriam totalmente respondidas. O tratamento da perturbação mental não resolve as causas das perturbações mentais infantis. Por isso, é preciso investir na prevenção da doença mental e no desenvolvimento de estratégias que promovam e protejam uma boa saúde mental e o bem-estar (Zubrick et al., 2000).

1.3. Consequências e Efeitos Negativos da Perturbação Mental na Infância e Adolescência

A taxa de prevalência elevada da perturbação mental infantil torna os problemas de saúde mental das crianças e adolescentes mais visíveis em diferentes sectores – **saúde, educação, justiça e segurança social**. As famílias, as escolas e a comunidade em geral preocupam-se cada vez mais com problemas como o abuso infantil, o abuso de álcool e drogas, a delinquência e o crime, o suicídio e o desemprego (Zubrick et al., 2000).

Sabemos que a falta de saúde mental pode aumentar o risco de **delinquência**, problemas com a polícia, perturbações de **abuso de substâncias** e **gravidez** adolescente (Graham & Power, 2003). Os problemas de saúde mental podem ter efeitos muito prejudiciais no **desenvolvimento social, intelectual e emocional** das crianças e jovens e, conseqüentemente, no seu **futuro**. Em última instância, podem levar à perda de vida. O suicídio é uma das principais causas de morte nos jovens e uma preocupação de saúde pública em muitos países europeus (WHO, 2001).

Para além destas problemáticas, a prevalência das doenças mentais entre os jovens é preocupante dado o seu potencial impacto no **desempenho escolar**. Por exemplo:

- Os jovens com perturbação mental estão em risco de apresentarem problemas disciplinares, **absentismo, retenção** escolar, **más notas**, abandono escolar e/ou delinquência (Davis et al., 2006);

- A taxa de **abandono escolar** para os estudantes com problemas emocionais e comportamentais graves é quase duas vezes mais elevada do que para os estudantes sem este tipo de problemas (Lehr et al., 2004);
- Estudos realizados em escolas demonstram a importância da saúde mental para a aprendizagem. Sabemos que as crianças ansiosas e deprimidas apresentam um **desempenho académico inferior**. Um estudo identificou que mais de 30% dos sintomas depressivos em estudantes do ensino secundário podem ser atribuídos ao assédio ou ao **bullying** na escola (Bond et al., 2000);
- No inquérito realizado em Inglaterra sobre a saúde mental das crianças, 44% das crianças com perturbações mentais estavam atrasadas no que diz respeito aos seus objectivos escolares, 43% tinham faltado pelo menos 5 dias à escola no período anterior e 1 em cada 3 crianças tinha necessidades educativas especiais reconhecidas. Estas percentagens são ainda mais elevadas em crianças com perturbações do comportamento (Green et al., 2005).

1.4. Impacto Socioeconómico das Perturbações Mentais na Infância e Adolescência

Os problemas mentais das crianças e jovens significam um encargo pessoal, social e económico para as próprias crianças e jovens, as suas famílias e as comunidades onde vivem (Zubrick et al., 2000), acarretando ainda um conjunto de **perdas económicas** (Suhrcke et al., 2008):

- Do ponto de vista das **crianças e adolescentes** com problemas mentais: os custos dos tratamentos e serviços de saúde; a redução da capacidade para a aprendizagem; a futura incapacidade e perda de produtividade; assim como custos difíceis de estimar como o sofrimento, o suicídio, o estigma e a exclusão social;
- Do ponto de vista da **família e amigos**: os custos dos cuidados informais, que significam também uma redução do tempo de trabalho e respectiva produtividade, assim como encargo psicológico da doença;
- Do ponto de vista da **sociedade**: os custos referem-se à redução da produtividade e à potencial perda de vidas; há ainda custos relacionados com serviços educativos e criminais.

De acordo com Suhrcke et al. (2008) são ainda poucos os estudos europeus que realizaram avaliações económicas do encargo com a doença mental de crianças e jovens, sendo que a maior parte se refere ao Reino Unido. **Os custos totais estimados, em média, por ano e por criança, variam entre os €7,376 e os €64,703**, dependendo da idade e da perturbação mental em causa. Por exemplo:

- Romeo et al. (2006) estimaram o custo do **comportamento anti-social** das crianças britânicas (entre os 3 e os 8 anos) em cerca de €7,376 anuais, por criança;

- Clark et al. (2005) estimaram que o custo dos **problemas emocionais e comportamentais** das crianças (entre os 8 e os 18 anos) variava entre os €1,590 e os €245,921, por ano;
- Beecham et al. (2002) estimaram que o custo anual das **dificuldades de aprendizagens** de crianças entre os 4 e os 11 anos variava entre os €10,931 e os €57,780.

Olesen et al. (2012) também apresentaram uma estimativa dos custos anuais de diferentes perturbações mentais na **Europa**. Em **2010** o **custo anual das perturbações da infância e adolescência** foi de **21,3 biliões de euros** (€PPP). Destes, €2601 biliões corresponderam a custos directos em cuidados de saúde e 18724 a custos directos não médicos. O custo total *per capita* é de 3156 (€PPP). Só a Perturbação do Comportamento custa cerca de €1735 por criança/jovem.

A **variabilidade dos custos** pode dever-se a vários factores, como a gravidade da doença mental de cada criança, doenças co-mórbidas, a idade das crianças e dos pais ou o tipo de metodologia utilizada para estimar os custos. Segundo Suhrcke et al. (2008) os diferentes custos estão ainda **distribuídos por vários sectores**: saúde, serviços sociais, sistema educativo, sistema de justiça ou os custos da produtividade perdida dos pais. Em média, os sectores que parecem ser **mais afectados são os do sistema educativo e de justiça**, juntamente com os custos de produtividade perdida (ao contrário do que se passa no caso dos adultos, em que a maior parte dos custos são suportados pelo sistema de saúde):

- Os custos que são atribuídos ao **sistema de saúde** variam entre os **€395 e os €2,270**, conforme os estudos, sendo que 43% destes custos são suportados pelos pais;
- Os custos atribuídos aos **serviços sociais** variam entre os **€441 e os €32,999**;
- Os custos atribuídos ao **sistema educativo** variam entre os **€758 e os €24,587**;
- Os custos atribuídos ao **sistema de justiça** entre os **€163 e os €647**. Em Inglaterra os custos da actividade criminal relacionada com as perturbações do comportamento é estimada em £22.5 (€27,25) biliões, por ano. No caso de perturbações do comportamento subliminares, o valor é ainda mais elevado: £37.5 (€45,41) por ano (SCMH, 2009).

Ainda que o **tratamento dos problemas de saúde mental na infância** seja **dispendioso** – estimado em **\$864 milhões (€688,25)** por ano – **não tratar** os problemas de saúde mental precocemente pode ser **ainda mais dispendioso**:

- Um estudo britânico avaliou o custo médio para a sociedade (incluindo as despesas dos serviços de saúde e dos serviços do sector público) em £70,019 (€112,400). Aos 28 anos os custos para indivíduos com uma perturbação do comportamento não tratada eram dez vezes maiores do que para os indivíduos sem esse problema (Scott et al., 2001);

- Se tivesse existido uma intervenção precoce em apenas um de dez jovens sentenciados a prisão, os serviços poderiam ter poupado mais de £100 (€121,05) milhões anualmente (Audit Commission, 2004);
- Segundo Friedli e Parsonage (2007), por cada caso prevenido através de intervenção os custos poupados são estimados em £150,000 (€181,700) para problemas de comportamento graves. A criminalidade explica cerca de dois terços destes custos a longo-prazo, sendo que os outros contribuidores principais são os custos da doença mental na vida adulta e os salários mais baixos ao longo da vida.

Aked et al. (2009) calcularam os custos de ter de responder a diversos problemas sociais potencialmente preveníveis, entre os quais: perdas de produtividade de jovens entre os 16 e os 19 anos que não estão a estudar nem estão empregados; custos da obesidade infanto-juvenil para o sistema de saúde; custo do crime para o estado e a economia; custo da gravidez adolescente e do abuso de substâncias para a segurança social e o sistema de saúde; custo dos problemas mentais para o estado e para a economia; custo da separação das famílias para o estado; custo para o sistema de saúde das consequências da violência experimentada por crianças. Este cálculo foi realizado para um conjunto de países europeus entre os quais **Portugal**, que parece gastar **£118,16 (€143,09) biliões** com estes problemas.

Para o Reino Unido o custo dos problemas sociais foi calculado em £161.31 (€195,35) biliões e o **custo de não fazer nada** para resolver estes problemas foi calculado, para os próximos 20 anos, em quase **£4 (€4,84) triliões**.

Os autores estimaram ainda quanto teria de se gastar e quanto se pouparia através de intervenções dirigidas àqueles que já experimentam dificuldades e problemas. No período 2010-2020 o custo total destas intervenções seria de £191 (€231,27) biliões, enquanto a poupança total rondaria os £460 (€557,22) biliões. Assim, ao fim de 10 anos o **retorno do investimento** seria de **£269 (€325,85) biliões**.

Para além dos custos da doença mental na infância e na adolescência é de notar que a existência de perturbações mentais em crianças e jovens **umenta a probabilidade de existência de perturbações mentais na idade adulta**. A maior parte das perturbações mentais dos adultos tem origem na infância e resulta em **custos acrescidos durante a adulez**:

- Knaap et al. (2004) demonstraram que as crianças com depressão apresentavam, em adultas, taxas mais elevadas de utilização do sistema de justiça e de hospitalização. Consequentemente representavam um custo total mais elevado do que a população adulta geral;
- Scott et al. (2001) estimaram que, em Inglaterra, uma criança com uma perturbação do comportamento aos 10 anos pode custar ao estado, subseqüentemente, cerca de £100.000 (€116,200) mais do que outra criança;

- Ao longo da vida, os custos, por ano, de uma criança com perturbação do comportamento chegam aos £5.2 (€6,04) biliões (SCMH, 2009).

2. Intervenção Psicológica em Contexto Educativo – Prevenção e Promoção da Saúde Mental

Como vimos, existe uma prevalência crescente dos problemas de saúde mental e dos problemas sociais e económicos associados. Simultaneamente, a procura de serviços de saúde mental parece ser superior à oferta disponibilizada. Neste sentido, **investir na prevenção dos problemas mentais e na promoção da saúde mental** afigura-se como uma das poucas soluções viáveis (Zubrick et al., 2000).

Neste esforço, podemos encarar as **escolas** como fortes contribuidoras para a diminuição dos problemas de saúde mental, quer **directamente** (respondendo às necessidades das crianças que sofrem de doença mental e em risco de vir a sofrer) quer **indirectamente** (desenvolvendo programas de promoção da saúde mental dirigidos a toda a população escolar). Este potencial das escolas enquanto contexto de prevenção e promoção da saúde mental tem sido sublinhado em documentos importantes nos últimos anos (por exemplo, WHO, 2001).

De seguida enquadrámos as actividades de prevenção e promoção da saúde mental como estratégias de intervenção psicológica em contexto educativo, analisando a sua importância e benefícios.

2.1. Intervenção Psicológica em Contexto Educativo

Já nos é familiar o **contributo da Psicologia a nível escolar** como abrangendo um amplo e diversificado conjunto de problemas, entre os quais, as dificuldades de aprendizagem, a indisciplina na sala de aula, o relacionamento profissional entre alunos e agentes educativos ou alunos e pares, as competências de estudo ou os problemas emocionais que dificultam a aprendizagem.

No entanto, para promover um ambiente de aprendizagem saudável, as escolas também precisam de desenvolver um **programa de saúde escolar que inclua a promoção da saúde mental, a prevenção de problemas mentais e a intervenção psicológica** junto daqueles que já possuem problemas mentais graves (Kopela & Clarke, 2005).

Apesar do objectivo fulcral das escolas ter sido sempre a educação, a promoção eficaz da saúde mental exige que a ênfase mude – de um foco exclusivo na educação dentro da sala de aula para uma abordagem mais compreensiva na qual a **promoção da saúde mental** opera de modo consistente **ao longo do currículo, do ambiente escolar e dos serviços escolares**, sendo **integrada** em programas e estruturas **dentro da escola** (Patton et al., 2000).

A **missão das escolas** é educar os alunos para se transformarem em cidadãos responsáveis e competentes. Por isso, as escolas asseguram o domínio de capacidades de leitura, escrita,

matemática e ciência, tal como promovem uma boa compreensão da história, literatura, arte, línguas estrangeiras e diversas culturas. Contudo, a **agenda educativa** e a **escola bem-sucedida** também é aquela que inclui a promoção das **competências sociais e emocionais dos jovens**, da sua **saúde mental** enquanto **fundamentos da personalidade saudável e do envolvimento cívico** (Greenberg et al., 2003).

O bem estar e a saúde mental são condições essenciais para uma aprendizagem bem sucedida e só podem ser desenvolvidas em cooperação com as escolas. Por outro lado, os resultados académicos contribuem para a saúde, em geral, e para a saúde mental, em particular. **O bem-estar mental suporta uma aprendizagem bem sucedida e esta também suporta o bem-estar mental** (Jané-Llopis & Braddick, 2008). Se as escolas quiserem atingir resultados educacionais positivos, é fundamental que a promoção de uma saúde mental positiva seja uma parte integral do ethos escolar (Jané-Llopis & Barry, 2005).

Nas últimas duas décadas tem sido possível observar um crescimento da investigação e das boas práticas sobre a **prevenção e a promoção da saúde mental nas escolas**. A intervenção psicológica nesta área opera com **várias designações** que não apenas a da “saúde mental”. Por exemplo, “aprendizagem emocional e social”, “literacia emocional”, “inteligência emocional”, “resiliência” ou “competências de vida” (Weare & Nind, 2011).

O líder mundial da intervenção psicológica em contexto educativo são os **Estados Unidos**, onde numerosos programas de saúde mental eficazes estão em funcionamento e são considerados um sucesso de modo consistente por diversas avaliações e revisões sistemáticas e rigorosas (Zins et al., 2004). De modo semelhante, na **Austrália** existem já diversos programas a produzir resultados positivos robustos (Shucksmith et al, 2007).

Existem diversas **estratégias de promoção da saúde mental** em contexto educativo que podem ser classificadas tendo em conta a sua relação com o início de uma perturbação mental, ou seja, tendo em conta se o objectivo da intervenção é prevenir ou tratar um problema mental ou comportamental em crianças e adolescentes (Kutash et al., 2006):

- A maior parte das crianças nunca apresentarão problemas emocionais e comportamentais com gravidade ou persistência suficiente para impedir o seu funcionamento ou interações diárias. No entanto, as **intervenções universais ou a prevenção primária** em contexto educativo dirigem-se a todas as crianças com o objectivo de prevenir a existência de problemas mentais, emocionais e comportamentais;
- Para as crianças e adolescentes que já estão em risco de desenvolverem problemas de saúde mental existem **intervenções selectivas ou de prevenção secundária** que se dirigem a alunos ou grupos de alunos que partilham uma mesma problemática ou os mesmos factores de risco, com o objectivo de prevenir que esses problemas aconteçam;
- As intervenções para tratar problemas *de saúde mental* ou **prevenção terciária** são dirigidos a crianças ou jovens que já apresentam problemas mentais.

2.2. Importância e Benefícios da Escola como Contexto de Prevenção e Promoção da Saúde Mental

As escolas constituem um dos contextos-chave para promover a saúde mental e prevenir as doenças mentais devido a um amplo conjunto de motivos:

- São um ambiente em que existe um **contacto acessível, directo e diário com as crianças e os adolescentes**, e até, frequentemente, com as suas **famílias**. Os períodos desenvolvimentais da infância e a adolescência apresentam oportunidades únicas para a construção das bases necessárias a uma boa saúde mental. As escolas representam veículos e espaços privilegiados para que isso aconteça (Stewart, 2008);
- Frequentar a escola é **obrigatório**, é na escola que as crianças e os jovens **passam a maior parte do seu dia** (em média, 7 horas por dia, cerca de 260 dias por ano) e o espaço onde adultos têm um contacto directo com elas. Portanto, a escola é um espaço onde os jovens socializam, fazem amigos e onde são **influenciados por diversos modelos adultos**, que influenciam o seu desenvolvimento (Greenberg et al., 2003; Stewart, 2008);
- As escolas desempenham um papel fundamental não só no desenvolvimento académico e no ensino de competências de aprendizagem, mas também no **desenvolvimento social e emocional**, através do papel que têm na construção da **identidade**, nas **relações interpessoais** e noutras competências transversais de vida (Greenberg et al., 2003);

Neste sentido, promovendo a saúde mental, as **escolas** podem desempenhar um **papel positivo e protector** das crianças e adolescentes:

- Criam **resiliência**, proporcionando às crianças e jovens os recursos internos para lidar com os stressores negativos e ultrapassar desafios e dificuldades. As escolas podem **reforçar o “sistema imunitário”** das crianças ao criarem ambientes que promovam o bem-estar e ofereçam apoio e orientação (Weare & Nind, 2011);
- Contribuem para o desenvolvimento positivo dos jovens numa variedade de domínios, incluindo aumento da **satisfação com a escola e a vida**, o envolvimento com a escola e a **qualidade de vida** (Miller, Gilman & Matens (2008);
- Melhoram a **regulação emocional**, as **estratégias de coping** e de **resolução de problemas**; melhoram a empatia e o ajustamento psicológico; **diminuem o bullying e a agressão** (JCMH, 2013; Clarke & Barry, 2010; Anderson et al., 2000);
- Aumentam o **compromisso e o envolvimento com a escola** – as crianças investem mais esforço no trabalho escolar e melhoram as suas atitudes face à escola; melhoram o **desempenho escolar e diminuem o absentismo** (Clarke & Barry, 2010; Zins et al., 2004).
- Aumentam o **bem-estar** dos jovens, das suas famílias e comunidades (Barnes & Muller, 1998; Patton et al., 2000);

- Oferecem **oportunidades para a procura de ajuda** – as evidências sugerem que é mais provável que as crianças e os adolescentes procurem ajuda quando nas suas escolas existem oportunidade de aconselhamento psicológico, onde impera a confidencialidade e o anonimato (Slade, 2002);
- **Reduzem** os problemas de aprendizagem e os problemas disciplinares, o bullying e a violência dentro e fora da escola, os problemas emocionais (como a depressão e a ansiedade), o tabagismo, o abuso de álcool e de substâncias, assim como os comportamentos de risco para a saúde e as experiências sexuais precoces (CSG, 2007; Greenberg et al., 2003; Weare & Nind, 2011; Anderson et al., 2000);
- Favorecem positivamente as perspectivas de futuro no que diz respeito a **empregabilidade, produtividade e perspectivas salariais**, integração social e relacionamento interpessoal (Parsonage, 2012);
- **Diminuem o impacto económico da falta de saúde mental.** As crianças pouco saudáveis e bem-sucedidas do ponto de vista social e emocional têm menor probabilidade de se tornarem cidadãs activas e economicamente produtivas enquanto adultas. Investir no bem-estar mental da geração seguinte, em última instância, também se pode traduzir em benefícios e poupanças económicas para os contribuintes (Santor et al., 2009).

3. Custo-Efectividade da Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo

Analisamos as vantagens dos programas de prevenção e promoção da saúde mental em contexto educativo. Mas serão estes programas eficazes no tratamento e na redução dos problemas mentais? Os seus efeitos serão estáveis e duradouros o suficiente para terem repercussões positivas, a longo prazo, no desenvolvimento e no bem-estar mental? Para além disso, do ponto de vista económico, serão rentáveis? Valerá a pena o investimento? O capítulo que se segue procura dar resposta a estas questões.

3.1. A Efectividade da Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo

Várias revisões e meta-análises demonstram que **a prevenção e a promoção da saúde mental são eficazes na redução dos problemas mentais e sintomas de perturbações mentais** (Jané-Llopis et al., 2005), assim como na redução do comportamento agressivo e anti-social (Bor, 2004), no uso de substâncias (Tobler et al., 2000) e no aumento das capacidades de coping (Kraag et al., 2006) **de crianças e adolescentes.** Confirma-se ainda que **os efeitos são estáveis e duradouros** (Jané-Llopis, 2002).

Weare e Nind (2011) analisaram 52 artigos de revisão sobre a efectividade da promoção da saúde mental nas escolas. As intervenções revistas demonstravam ter **efeitos significativos nas**

crianças, nas salas de aula, nas escolas e nas comunidades envolvidas, assim como um **impacto claro e positivo na saúde mental**, nos problemas mentais, na aprendizagem social e emocional, na violência, no bullying e nos resultados educativos. Por exemplo:

- Catalano et al. (2002) avaliaram 25 programas de promoção do desenvolvimento positivo de crianças e jovens, que incluíam a promoção de competências sociais, emocionais, cognitivas, auto-eficácia, identidade bem definida e positiva, entre outros resultados de saúde mental. Dentre estes programas:
 - 19 revelaram provocar **mudanças positivas no comportamento infantil** (melhoria das competências interpessoais, qualidade das relações entre pares e com os adultos, autocontrolo, resolução de problemas, auto-eficácia e compromisso com um bom desempenho escolar e académico);
 - 24 demonstraram provocar **melhorias significativas em problemas do comportamento**, incluindo o consumo de álcool e drogas, a indisciplina escolar, o comportamento agressivo, a violência ou o comportamento sexual de risco;
 - Os programas eficazes partilhavam características e princípios comuns: todos procuravam reforçar as competências sociais, emocionais, cognitivas e/ou comportamentais, a auto-eficácia, os padrões de comportamentos considerados saudáveis e adequados pela família e pela comunidade; 75% dos programas tinha como objectivo reforçar os laços saudáveis entre os jovens e os adultos, aumentando as oportunidades e o reconhecimento da participação dos jovens em actividades sociais positivas; 96% dos programas recorria a manuais ou outras formas curriculares estruturadas e 80% durou nove meses ou mais;
- Diekstra (2008) analisou 19 revisões sobre intervenções com uma abordagem universal e que promoviam aprendizagem social e emocional. A maior parte dos programas revelaram ter um **impacto significativo nas competências sociais e emocionais**; nas **atitudes relativas ao self e aos outros** e nas **atitudes face à escola**, aos testes e às notas. O **impacto positivo nos problemas do comportamento** foi igualmente significativo, assim como nos **problemas emocionais** (stress, ansiedade, depressão, ideação suicida), embora menos neste último caso (por exemplo, 10% de redução na depressão). Os programas de curta duração foram menos eficazes do que os programas de longa duração. Os programas mostraram um impacto mais alargado em crianças em risco, mas produziram **efeitos em todas as crianças, de todas as idades e de ambos os géneros**;
- Durlak et al. (2011) realizaram uma meta-análise de 213 programas de aprendizagem social e emocional, baseados na escola, e que envolveram 270 034 alunos desde o Jardim de Infância até à escola secundária. Comparativamente ao grupo de controlo, os participantes destes programas revelaram 11% de melhoria no desempenho em testes, 25% de melhoria nas competências sociais e emocionais, 10% de **diminuição na indisciplina na sala de aula, na ansiedade e depressão**. Estes efeitos duraram até pelo menos seis meses depois da intervenção;
- Farrington e Ttolfi (2009) analisaram 89 relatórios sobre 53 programas diferentes cujo objectivo era reduzir o bullying e a vitimização (ser alvo de bullying). Os programas

demonstram ser eficazes e, em média, permitiram **reduzir o bullying em 20% a 23%** e a **vitimização em 17% a 20%**;

- Hahn et al. (2007) fizeram uma revisão sistemática de 53 estudos sobre os efeitos de programas escolares universais para a prevenção do comportamento agressivo e violento. De forma consistente, estes programas demonstraram estar associados à **diminuição da violência** (infracção de regras, agressão verbal e física, comportamentos agressivos, impulsivos e indisciplinados na sala de aula). Os resultados benéficos verificaram-se em **todos os níveis escolares**, desde o Jardim de Infância à escola secundária;
- Reddy et al. (2009) analisaram 29 estudos sobre programas de prevenção e intervenção para crianças e adolescentes em risco de e com problemas emocionais. Os resultados suportam a ideia de que os programas de prevenção e intervenção implementados nas escolas são eficazes em **evitar o aparecimento de problemas de comportamento emocionais**, contribuindo também para **reduzir estes sintomas** em crianças e adolescentes com perturbações emocionais.

Estes estudos e respectivos resultados indicam que existem **evidências empíricas sólidas** de que os programas de prevenção e promoção da saúde mental, baseados na escola, podem influenciar positivamente um conjunto diverso de resultados académicos, sociais e de saúde (Greenberg et al., 2003).

Desta forma, **é completamente justificado o investimento na saúde mental através de intervenções baseadas nas escolas**. Estas intervenções **são eficazes** se forem bem desenhadas e implementadas, demonstrando **efeitos benéficos nas crianças e jovens**, quer **nas salas de aulas**, quer **nas suas famílias e comunidades** (Weare & Nind, 2011).

Embora vários estudos já incluam projectos e programas de promoção da saúde mental na Europa, a maior parte deste trabalho continua a ser realizado nos Estados Unidos e, por isso, **é necessário desenvolver o trabalho** no âmbito da saúde mental **nas escolas europeias** (Weare & Nind, 2011).

Ainda assim podemos enumerar dois exemplos de programas de promoção da saúde mental aplicados com sucesso na Europa:

- **Friends for Life** é um programa de prevenção da ansiedade, dirigido a crianças e jovens entre os 7 e os 16 anos, que tem sido utilizado em escolas de vários países europeus, entre os quais o Reino Unido, a Alemanha e Portugal. O objectivo do programa é desenvolver a resiliência nas crianças e jovens, ajudando-as a lidar e a gerir a sua ansiedade. O programa é composto por 10 sessões e 2 sessões de reforço; ocorre durante o tempo de aula e tem sido considerado eficaz quer seja realizado por professores quer por clínicos;

- **Social and Emotional Aspects of Learning** (SEAL) é um programa de promoção de competências sociais e emocionais que subjazem a aprendizagem eficaz, ao comportamento positivo e à saúde e bem-estar mental. Tem sido implementado com sucesso em 90% das escolas primárias inglesas e 70% das escolas secundárias.

3.2. A Custo-Efectividade da Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo

Um programa de saúde escolar eficaz... pode ser um dos investimentos mais custo-efectivos de uma nação, na medida em que pode melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde.

(Gro Harlem, Director Geral da Organização Mundial da Saúde, Abril de 2000).

Existe **pouco conhecimento empírico sobre os custos dos serviços de saúde mental nas escolas** (Kutasch et al., 2006). Ringel e Sturm (2001) estimam que os **custos anuais** destes serviços excedam os **\$11.68 (€8,60) biliões** ou \$172 (€126,58) por criança. No entanto, esta estimativa é baseada na análise de dados de um questionário sobre saúde mental de apenas um ano (1998) que, regra geral, exclui os custos dos serviços de saúde mental que são prestados por funcionários das escolas. McCabe (2007) estima o custo de uma intervenção de promoção da saúde mental representativa em cerca de **£132 (€159,95) por criança**.

Os países que parecem ter realizado avaliações económicas mais abrangentes acerca das intervenções dirigidas a crianças e jovens são o Reino Unido, os Estados Unidos e a Austrália (Roberts & Grimes, 2011). Por exemplo, uma revisão de literatura sobre intervenções eficazes dirigidas a crianças concluiu que o **retorno do investimento variava entre \$1.80 (€1,33) e \$17.07 (€12,57) por cada dólar (€0,75) gasto** (Károlyi, 2010). Segundo Friedli e Parsonage (2007), por cada caso prevenido através de intervenção os custos poupados são estimados em £150,000 (€181,800) para problemas de comportamento graves.

Uma revisão de **programas de prevenção e de promoção da saúde mental infantil**, com base na escola e que envolviam a aprendizagem de competências sociais e de auto-regulação com o objectivo de reduzir problemas de comportamento, como o uso de substâncias, demonstrou que este tipo de intervenção tem um **custo baixo**, mas origina **retornos económicos elevados**. O custo por aluno varia entre \$8 – 29 (€7,83 – €25,68) (em valores de 2003), mas os benefícios por aluno variam entre \$204 – 746 (€180,62 – €660,51). Dois dos programas revistos significavam um retorno de \$2 (€1,77) por cada dólar (€0,89) investido, um terceiro programa significa um retorno de \$45 (€39,84) por dólar (€0,89) investido (*US Department of Health and Human Services, 2007*).

Roche et al. (2008) realizaram uma análise de custo-benefício de um **programa de prevenção** (*Better Beginnings, Better Futures*) dirigido a todas as crianças da comunidade entre os 4 e os 8 anos, com o objectivo de reduzir os **problemas emocionais e comportamentais**. A análise foi realizada quando crianças que participaram no programa já tinham 14/15 anos. O custo total do programa, por criança, foi estimado em \$2.964 (€2,18). Tendo em conta informação sobre serviços sociais, de saúde, de educação e legais, **a poupança estimada, por criança, foi de \$938 (€690,37)**.

Seigle (2012) apresenta a análise de um **programa de prevenção do bullying** (*The Olweus Bullying Prevention Program*) considerado um dos melhores programas nesta área. O objectivo do programa é prevenir o *bullying* e melhorar as relações entre pares e as relações entre alunos e adultos. A implementação deste programa tem revelado grandes reduções nos comportamentos de *bullying*. O **custo total** da implementação deste programa ao longo de três anos, para 1,117,437 alunos seria de \$25.8 (€18,98) milhões ou de um custo médio de **\$7.70 (€5,67) por aluno**, por ano. Uma **análise do custo-benefício** mostrou que o custo total de implementação, por aluno, ao longo de três anos, foi de \$23.09 (€16,99). No entanto, este custo é reduzido para apenas \$2.07 (€1,52) por estudante quando é tida em conta a efectividade no programa na redução das visitas médicas e nos serviços relacionados com o *bullying*. Se as escolas onde o programa foi implementado reduzissem o número de alunos que abandonam a escola devido ao *bullying*, essas escolas poderiam **poupar \$17.1 (€12,58) milhões**. Deduzindo \$10.5 (€7,73) milhões aos custos de implementação do programa, as escolas poupariam \$6.7 (€4,93) milhões. Os **benefícios para a sociedade** da prevenção do bullying podem significar **\$1,412,995 (€1,04 milhões) por indivíduo, ao longo da vida**.

Kuo et al. (2009) apresentam uma análise de custo-efectividade a um programa de **rastreio da saúde emocional com base na escola**. Os custos deste rastreio variaram entre \$8.88 (€6,53) e \$13.64 (€10,04) por aluno, dependendo da prevalência de rastreios positivos nas escolas. De todos os alunos encaminhados para serviços, 72% foram encaminhados para serviços de apoio em seis semanas. A **custo-efectividade** foi estimada em \$416.90 (€306,84) por encaminhamento com sucesso quando 5% dos alunos apresentava um rastreio positivo; e em \$106.09 (€78,08) quando 20% dos alunos apresentava um rastreio positivo.

Aos et al. (2004) reviram um conjunto de programas de prevenção e intervenção precoce com resultados comprovados na redução do crime, diminuição do abuso de substâncias, melhoria dos resultados académicos, diminuição da gravidez adolescente, redução das tentativas de suicídio entre adolescentes, redução do abuso e negligência infantil e redução da violência doméstica.

Na tabela abaixo podem consultar-se os **benefícios económicos, os custos e os benefícios líquidos, por criança, de algumas intervenções**. A última coluna é a mais significativa uma vez que indica o benefício ou a desvantagem económica (em valor líquido) por criança.

Programa	População	Objectivo	Benefícios*	Custos*	Benefício Líquido*
Early Childhood Education for Low Income 3 and 4 Year Olds	Alunos do pré-escolar entre os 3 e os 4 anos	Aumentar o sucesso educativo dos alunos.	\$17,202 €12,650	\$7,301 €5366,41	\$9,901 €7277,87
Child Development Project	Alunos do ensino básico	Aumentar as competências académicas e o sentido de comunidade escolar. Prevenir problemas de comportamento. Melhorar as relações entre pares, educadores e pais.	\$448 €329,31	\$10 €7,35	\$432 €317,56

Life Skills Training	Alunos do 2º e 3º ciclos	Aumentar as competências sociais e de auto-regulação, nomeadamente relacionadas com o uso de drogas. Reduzir e prevenir o consumo de tabaco, álcool e marijuana.	\$746 €548,38	\$29 €21,32	\$717 €527,06
Seattle Social Development Project	Alunos do ensino básico, pais e professores	Desenvolvido para escolas em áreas urbanas com criminalidade elevada. Promove a ligação à escola, os laços entre a família e a escola e atitudes saudáveis face à escola e o desempenho académico.	\$14,426 €10,600	\$4,590 €3374,04	\$9,836 €7230,36
Strengthening Families	Pais e jovens entre os 10 e os 14 anos	Reduzir problemas de comportamento e abuso de substâncias através da melhoria das competências parentais, das relações pais-criança e da comunicação familiar.	\$6,656 €4892,77	\$851 €625,56	\$5,805 €4267,21
Adolescent Transitions Program	Jovens entre os 11 e os 17 anos	Melhorar as competências parentais e informar os pais sobre os riscos associados com os problemas de comportamento e o abuso de substâncias. Proporciona avaliação, apoio e outros serviços para famílias em risco.	\$2,420 €1778,92	\$482 €354,31	\$1,938 €1424,60
Multisystemic Therapy	Jovens entre os 11 e os 17 anos	Melhorar a capacidade familiar para ultrapassar as causas da delinquência. Promover a capacidade parental para monitorizar e disciplinar o jovem, substituindo as relações desviantes com pares por amizades pro-sociais.	\$14,996 €11,020	\$5,681 €4176,02	\$9,315 €6847,20

* Dólares de 2003. Valor por criança.

Fonte: Aos et al. (2004)

Após a análise económica destas intervenções, Aos et al. (2004) concluem o seguinte:

- O **investimento em programas eficazes para jovens delinquentes** é aquele que gera um benefício líquido mais elevado. Estes programas geram entre \$1,900 (€1397,91) a \$31,200 (€22,960) por jovem. Um programa que seja bem-sucedido a baixar as taxas de criminalidade juvenil assegura que seja gasto menos dinheiro no sistema judicial, em prisões e policiamento;
- Os **programas de educação precoce para crianças de 3 e 4 anos de famílias com baixos rendimentos** e alguns programas de desenvolvimento para jovens oferecem retornos muito atractivos do investimento;

- Embora os benefícios líquidos sejam relativamente baixos, muitos **programas de prevenção do abuso de substâncias** são custo-efectivos, uma vez que são pouco dispendiosos;
- **Nem todas as intervenções são custo-efectivas.** Alguns programas de prevenção são muito dispendiosos e produzem poucos benefícios.

As intervenções universais parecem ser as que geram menos benefícios comparativamente às intervenções de prevenção secundária e terciária. No entanto, é preciso ter em consideração que estes programas são custo-efectivos uma vez que são relativamente pouco dispendiosos de implementar e produzem benefícios para um número alargado de participantes (SAMHSA, 2007).

Os programas para crianças tornam-se **progressivamente mais custo-efectivos ao longo do tempo**, parcialmente devido ao facto dos benefícios monetários aumentarem dramaticamente à medida que os participantes entram na vida activa. Schweinhart et al. (2005) calcularam o benefício de um programa dirigido a crianças de 3 anos para melhorar o seu desenvolvimento cognitivo e social. Quando essas crianças atingiram os 40 anos de idade, os benefícios por participante no programa foi estimado em \$258,888 (€190,500). Deste valor, \$63,267 (€46,540) corresponderiam a salários mais elevados enquanto adultos. A maior parte dos benefícios estavam relacionados com o sistema de justiça e constituíram poupanças para os contribuintes.

Concluindo, os custos de realizar intervenções preventivas devem ser considerados no contexto do custo de não implementar este tipo de intervenções. **A prevenção, mesmo de uma pequena percentagem das perturbações mentais, resulta em poupanças económicas substanciais**, assim como numa **qualidade de vida melhorada** para crianças, famílias e comunidades. Os dados actuais sugerem que as intervenções preventivas proporcionam **benefícios económicos a curto e longo prazo**, sendo **altamente eficazes** (SAMHSA, 2007).

Conclusão

A saúde e o bem-estar mental das crianças e adolescentes, a forma como se desenvolvem e se tornam adultos, vão afectar a prosperidade e a estabilidade económica e social dos países Europeus ao longo das próximas décadas. Investir na promoção da saúde mental de crianças e jovens é um investimento no presente e no futuro (Stengård & Appelqvist-Schmidlechner, 2010), uma vez que os benefícios de prevenir e promover a saúde mental nos primeiros anos de vida sentir-se-ão ao longo de várias gerações em diferentes sectores, nomeadamente da saúde, justiça e educação.

O contexto educativo afigura-se como um contexto de excelência para implementar estratégias de prevenção e promoção da saúde mental dirigidas a crianças e jovens, sendo que estas estratégias têm um potencial de custo-efectividade muito grande, que justifica o investimento. Desta forma, o investimento no sector da saúde mental através da aposta na intervenção psicológica de promoção da saúde mental em contexto educativo permite reduzir e poupar custos.

Referências Bibliográficas

Aked J., Steuer N., Lawlor, E. & Spratt, S. (2009). *Backing the future: Why investing in children is good for us all*. London: NEF and Action for Children.

Anderson et al. (2000). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness – Shaping Public Health in a New Europe (Part Two)*. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. International Union for Health Promotion and Education.

Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

Audit Commission (2004). *Youth Justice 2004: A review of the reformed youth justice system*. London: Audit Commission.

Barnes, J., & Muller, L. (1998). Promoção da Saúde Mental: uma Perspectiva Desenvolvimental. *Psychology, Health & Medicine*, 3 (1).

Beecham, J., Bonin, E., Byford, S., McDaid, D., Mullaly, G., Parsonage, M. (2011). School Based Social Emotional Learning Programmes to Prevent Conduct Problems in Childhood. In M. Knaap, McDaid, D., Parsonage, M. (eds), *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.

Beecham, J. et al. (2002). Children with severe learning disabilities: needs, services and costs. *Children & Society*, 16, 168–181.

Bond, L., Thomas, L., Toumbourou, J., Paton, G., & Catalano, R. (2000). *Improving the lives of young Victorians in our community: A survey of risk and protective factors*. Melbourne, Australia: Center for Adolescent Health.

Bor, W. (2004). Prevention and treatment of childhood and adolescent aggression and antisocial behaviour: a selective review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 373–380.

Caldwell, R. (1992). *The Costs of Child Abuse vs. Child Abuse Prevention: Michigan's Experience*. Michigan Children's Trust Fund, P.O. Box 3007, Lansing, MI 48909.

CAMHS (2008). *Children and Young People in Mind: The final report of the National*. CAMHS Review. London: DfES.

CAMHS (2001). *Promoting Children's Mental health within Early Years and School Settings*. Department for Education and Skills.

Catalano, R., Berglund, M., Ryan, G., Lonczak, H. & Hawkins, J. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment*, 5 (15).

Clarke, A., & Barry, M. (2010). An evaluation of the Zippy's Friends emotional wellbeing programme for primary schools in Ireland.

Clark, A. et al. (2005). Children with complex mental health problems: needs, costs and predictors over one year. *Child and Adolescent Mental Health*, 10 (4), 170–178.

CNSM e ACSS (2012). Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Documento Técnico de Suporte.

Currie C et al., eds (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

- Davis, A., Kruczek, T., & McIntosh, D. E. (2006). Understanding and treating psychopathology in schools: Introduction to the special issue. *Psychology in Schools*, 43, 413-417. Doi:10.1002/pits.20155
- Diekstra, R. (2008). *Effectiveness of school-based social and emotional education programmes worldwide – part one, a review of meta-analytic literature*. Social and emotional Education: an international analysis. Santander: Fundación Marcelino Botín, pp. 255-284.
- Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R., & Schellinger, K. (2011). The impact of enhancing students social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82 (1), 474-501.
- Edwards, T., CÉilleachair, A., Bywater, T. et al. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal* 334 (75), 682.
- Eurobarometer (2009). Parents' View on the Mental Health of their Child. Analytical Report.
- Farrington, D., & Ttofi, M. (2009). *School-based programs to reduce bullying and victimization*. Campbell Systematic Reviews.
- Friedli, L, Parsonage, M. (2007). *Mental Health Promotion: Building an Economic Case*. Belfast: Northern Ireland Association for Mental Health.
- Graham H., & Power C. (2003). *Childhood Disadvantage and Adult Health: A Lifecourse Framework*. London: Health Development Agency.
- Green, H., Mc Ginnity, A., Meltzer, H., Ford, T., & Goodman, R. (2005). *Mental Health of Children and Young People in Great Britain*. Basingstoke: Palgrave.
- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. (2003). Enhancing School-Based Prevention and Youth Development Through Coordinated Social, Emotional, and Academic Learning. *American Psychologist*, 58 (67), 466-474. DOI: 10.1037/0003-066X.58.6-7.466.
- Hahn, R. et al. (2007). Task force on community preventive services effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behaviour: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2), 114-129.
- Jané-Llopis, E. & Braddick, F. (Eds) (2008). *Mental Health in Youth and Education*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
- Jané-Llopis, E., & Barry, M. (2005). What makes mental health promotion effective?. *IUHPE – Promotion & Education Supplement 2*, pp. 1-9.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. & Patel, V. (2005). Mental health promotion works: A review. In E. Jané-Llopis, M. Barry, C. Hosman and V. Patel. (Eds.), *The Evidence of Mental Health Promotion Effectiveness: Strategies for Action*, IUHPE Special Issue, Supplement 2, 2005, 9–25.
- Jané-Llopis, E. (2002). *What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes*. Nijmegen: Nijmegen University.
- Juvonen, J., Le, V., Kaganoff, T., Augustine, C., & Louay, C. (2007). *Focus on the Wonder Years: Challenges Facing American Middle School*. Rand Education.
- Karoly, L. (2010). *Working Paper: Toward Standardization of Benefit–Cost Analyses of Early Childhood Interventions*. Santa Monica, California: RAND Corporation.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593-602.

- Knapp, M. et al. (2004). *An international review of cost-effectiveness studies for mental disorders*. Washington, DC, Fogarty International Centre of the National Institutes of Health.
- Kopela, J., & Clarke, A. (2005). *An integrated approach to promoting emotional wellbeing in the school setting*. HeadsUp Scotland, National Project for Children and Young People's Mental Health: A Position Paper.
- Kraag, G., Zeegers, M. Hosman, C. & Abusaad, H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of School Psychology, 44* (6), 449–472.
- Kuo, E., Vander Stoep, A., McCauley, E., & Kernic, M. (2009). Cost-effectiveness of a school-based emotional health screening program. *J Sch Health, 79*, 277-285.
- Kutash, K., Ducjnowski, A., & Lynn, N. (2006). *School-Based Mental Health – An Empirical Guide for Decision-Makers*. University of South Florida.
- Lafortune, D. (2012). Psychotropic Drug Use Among Children and Adolescents. *Integrating Science and Practice, 2* (1), 16-20.
- Lehr, C., Johnson, D., et. al. (2004). *Essential Tools: Increasing Rates of School Completion: Moving From Policy and Research to Practice*. Institute on Community Integration, National Center on Secondary Education.
- McCabe, C. (2007). Estimating the Cost Effectiveness of a Universal Mental Health Promotion Intervention in Primary Schools: a Preliminary Analysis. Report to the NICE Public Health Interventions Programme.
- Mental Health Europe, MHE (2002). *Mental Health Promotion of Adolescents and Young People*.
- Miller, D., Gilman, R., & Martens, M. (2008). Wellness promotion in the schools: enhancing students' mental and physical health. *Psychology in the Schools, 45* (1), 5-15. DOI: 10.1002/pits.20274
- Newman, D., Moffitt, T., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. & Stanton, W. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11–21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 552–562.
- Offord, D., Boyle, M., Racine, Y. et al. (1992). Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 916–923.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H., Jonsson, B. (2012). The Economic Cost of Brain Disorders in Europe. *European Journal of Neurology, 19*, 155-162.
- Parsonage, M. (2012). *Cost-Effective Mental Health Promotion*. London: Centre for Mental Health.
- Patton, G., Glover, S., Bond, L., Butler, H., Godfrey, C., diPietro, G., & Bowes, G. (2000). The Gatehouse Project: A systematic approach to mental health promotion in secondary schools. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34* (4), 586-593.
- Reddy, L., Newman, E., DeThomas, A., & Chun, V. (2009). Effectiveness of school-based prevention and intervention programs for children and adolescents with emotional disturbance: A meta-analysis. *Journal of School Psychology, 47* (2), 77–99.
- Ringel, J., & Sturm, R. (2001). National estimates of mental health utilization and expenditures for children in 1998. *Journal of Behavioral Health Services and Rh, 28* (3), 319-332.
- Roche, J. et al. (2008). Investing in Our Future: Highlights of Better Beginnings, Better Futures Research Findings at Grade 9. Kingston, Ont.: Better Beginnings, Better Futures Research Coordination Unit, Queen's University.
- Romeo, R., Knapp, M., Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behaviour in children – and who pays it. *British Journal of Psychiatry, 188*, 547–553.

- Rones, M. & Hoagwood, K (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical Child and Family Psychological review*, 3 (4), 223-41.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2009). *The Chance of a Lifetime: Preventing Early Conduct Problems and Reducing Crime*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Santor, D., Short, K., & Ferguson, B. (2009). *Taking Mental Health to School: A policy-oriented paper on school-based mental health for Ontario*. The Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO.
- Schweinhart, L., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, W., Belfield, C., & Nores, M. (2005). *Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40*.
- Scott S., Knapp, M., Henderson, J., Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*. 323, 191. DOI: 10.1136/bmj.323.7306.191.
- Seigle, J. (Ed.) (2012). *The Cost Benefit of Bullying Prevention – a First-Time Analysis of Savings*. Highmark Foundation.
- Shucksmith, J., Summerbell, C., Jones, S., & Whittaker, V. (2007). *Mental Wellbeing of Children in Primary Education (targeted/indicated activities)*. London: National Institute of Clinical Excellence.
- Slade, E. (2002). Effects of School-Based Mental Health Programs on Mental Health Services by Adolescents at School and in the Community. *Mental Health Services Research*, 4, 151–166.
- Sourander, A., Multimäki, P. & Santalahti, P. (2004). Mental health service use among 18-year old boys: A prospective 10 year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (10), 1150–1158.
- Stengård, E. & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2010). *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*. World Health Organization.
- Stewart, D. E. (2008). Implementing mental health promotion in schools: A process evaluation. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10(1), 32-41.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Mental Health Services (2007). *Promotion and Prevention in Mental Health: Strengthening Parenting and Enhancing Child Resilience*. DHHS Publication No. CMHS-SVP-0175. Rockville, MD.
- Suhrcke, M., Pillas, D. & Selai, C. (2008). Economic aspects of mental health in children and adolescents. In WHO, *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. WHO/HBSC Forum 2007. 43–64.
- The Council of State Governments' (CSG) Healthy States Initiative (2007). *School Mental Health Services – Legislator Policy Brief*. US Department of Health and Human Services.
- The Joint Consortium for School Health (2013). *Mental Health Promotion in Schools*. Support Mental Health Promotion in Manitoba Schools.
- The National Institute for Healthcare Management Research and Education Foundation (2005). *Children's Mental Health: An Overview and Key Considerations for Health System Stakeholders*. NIHCM Foundation Issue Paper.
- Teachers College, Columbia University (2007). *The Social Costs of Inadequate Education*. The Campaign for Educational Equity.
- Tobler, N., Roona, M., Ochsborn, P., Marshall, D., Streke, A. & Stackpole, K. (2000). School based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 4, 275–336.

Waddell, C., Peters, R., Hua, R., & McEwan, K. (2007). Preventing Mental Disorders in Children: A Systematic Review to Inform Policy-Making. *Canadian Review of Public Health*, 98 (3), 166-173.

Weare, K., & Nind, M. (2011). *Promoting Mental Health of Children and Adolescents Through Schools and School Based Interventions – Evidence Outcomes*.

WHO/HSCB Forum 2007 Task Force (2007). *Social cohesion for mental health: Wellbeing among adolescents*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.

WHO (2005). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options, Summary Report*. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: World health Organization.

US Department of Health and Human Services (2007). *Promotion and prevention in mental health: strengthening parenting and enhancing child resilience*. Rockville, Maryland: US DHHS.

Zins, J., Weissberg, R., Wang, M., & Walberg, H. (2004). *Building Academic Success on Social and Emotional Learning*. New York: Columbia Teachers College.

Zubrick, S., Silburn, S., Burton, P., & Blair, E. (2000). Mental health disorders in children and young people: scope, cause and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 570–78.