

5 Ensaio de um modelo preventivo de educação para a saúde na área da depressão e da ansiedade em adolescentes e jovens adultos

■ Raul Alberto Cordeiro¹ ■

RESUMO

A população jovem é especialmente vulnerável a fenómenos como a exclusão social, em especial, na fase de transição da vida escolar para a vida laboral, com todas as implicações que daí podem advir para a capacidade de desenvolver um sentido de futuro.

Em comparação com a população adulta, os jovens são um grupo de risco de doença mental pela vulnerabilidade a que estão sujeitos na sociedade actual, tais como preocupações de natureza financeira, emprego, oportunidades de formação ou desorganização familiar. Note-se que o modelo de família tem sofrido rápidas transformações revelando novas representações sociais e um campo fértil para as perturbações do foro mental.

Apesar de recolhida a informação, de trabalhos elaborados os dados e múltiplos estudos tem sido difícil implementar um plano consistente e articulado de educação para a saúde mental junto da população adolescente.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Ansiedade, Adolescência; Programa

ABSTRACT

The young population is especially vulnerable to phenomena such as social exclusion, especially in the transition from school to working life, with all the implications that might ensue for the ability to develop a sense of future. Compare to adulthood, young people are a risk group for mental illness by the vulnerability they are submitted, concerning financial and employment problems, training opportunities or family disorganization. Note that the family model has undergone rapid changes revealing new representations and a fertile ground for mental disorders of the forum.

Although the collected information, the data produced and multiple studies have been difficult to implement a consistent and structured education for mental health in the adolescent population.

KEY WORDS: Depression; Anxiety; Adolescence, Program

INTRODUÇÃO

Segundo o Relatório da Organização Mundial de Saúde intitulado *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future* (WHO, 2010) a base para uma boa saúde mental é definida nos primeiros anos da infância e da adolescência.

A evidência mostra o valor a longo prazo da promoção da saúde mental dos jovens. No entanto, o foco da política social e dos prestadores de cuidados de saúde em geral tem-se centrado mais na doença mental e no seu tratamento esquecendo, no entanto, uma necessidade urgente de desenvolver, de forma mais abrangente, serviços de apoio e intervenção para jovens numa perspectiva preventiva.

Os problemas de saúde preocupantes para a população jovem durante a primeira metade do séc. XX como doenças infecciosas ou a mortalidade infantil diminuíram a sua importância em favor dos problemas de saúde mental e marcaram uma fase das decisões em política de saúde.

Palfrey e col. (2005) referem-se à fase seguinte (meados do séc. XX) como fase de “nova morbilidade” dos jovens, onde se incluíram as preocupações com os problemas emocionais, de comportamento e de aprendizagem, fruto de estudos novos e inovadores nestas áreas.

Actualmente (Palfrey e col., 2005; WHO, 2008) vivemos um quadro de “morbilidade milenar” onde a saúde mental e as influências sociais e económicas aumentaram a sua importância nos sucessos dos projectos de saúde individuais e colectivos em especial junto da população jovem aumentando igualmente as exigências dos processos de decisão técnica e política em saúde.

Rowling (2006) refere que vários factores têm conduzido a alguma imprevisibilidade das trajectórias de vida das populações jovens, fruto do sentido global das relações sociais, das escolhas e das decisões sobre os estilos de vida bem como da formação do sentido de identidade e da formação de relações interpessoais.

Várias perturbações da saúde mental estão perfeitamente identificadas como tendo início na adolescência e início da

¹ Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde de Portalegre, raulcordeiro@essp.pt

Submetido em 13-07-10. Aceite em 15-11-2010.

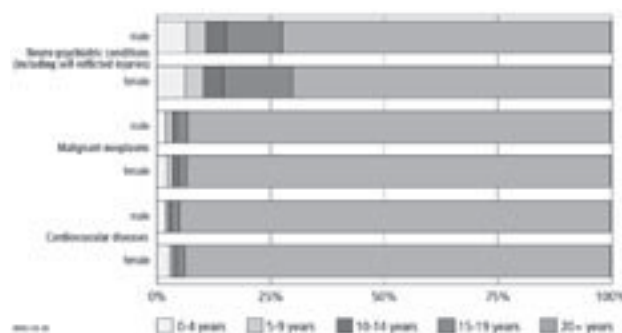
Citação: Cordeiro, R. A. (2010). A Auto-Estima na Pessoa Portadora de Ostomia de Eliminação Intestinal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4, 38-44.

idade adulta como as perturbações do humor, a esquizofrenia, os comportamentos aditivos de álcool e outras substâncias (WHO, 2001).

Os custos de não actuar de forma preventiva são enormes, sejam a nível económico ou a nível social, afectando a esfera social, familiar e a força de trabalho em geral (ver Figura 1).

Apesar do aumento da significância dos problemas de saúde mental em populações jovens, estudos recentes (Suhrcke e col., 2007) revelaram uma diminuição em cerca de 6% dos orçamentos da saúde destinados a programas de saúde com populações jovens, com consequências futuras incalculáveis. Refira-se que a presença de doença mental em populações jovens pode levar a custos dez vezes maiores na idade adulta (Suhrcke e col., 2007).

Figura 1 – N.º de anos de vida perdidos (DALY 2000) devidos a várias doenças por idade e género (Fayyad, Jahshan e Karam, 2001)



Um problema generalizado parece ser o entendimento dominante do conceito de saúde mental como a ausência de doença mental, pecado em que a própria investigação tem incorrido inúmeras vezes, ignorando outros conceitos que consideramos obrigatórios, como a resiliência que pode/deve ser utilizado como indicador de saúde mental positiva, de bem-estar, de recursos individuais positivos, de auto-estima, de optimismo, de coerência, de espírito de iniciativa e de capacidade de desenvolver relações mutuamente satisfatórias e lidar com as adversidades (Lethinen, 2008).

Outra questão que é importante equacionar é que tipo de estrutura de apoio pode dar respostas mais adequadas a uma população tão especial. Dados recentes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) estimam que apenas cerca de 10 a 15% dos jovens com problemas de saúde mental recebe apoio de serviços de saúde mental.

É um desafio às estruturas de apoio de saúde mental para jovens dar a conhecer as oportunidades de ajuda que existem e escolher a forma de comunicação mais adequada em particular para populações ainda mais específicas fora do alcance dos serviços de saúde e dos serviços de apoio social.

Está levantado o problema da acessibilidade a estas estruturas, além de deverem ser pensadas e estruturadas de forma a diminuir o estigma da problemática da doença do foro mental. O desafio de ter que ser abordado por um técnico de saúde mental é passível de minar a motivação ou de desencorajar o envolvimento dos jovens em programas específicos (Small e Memmo, 2004).

Outras das características essenciais que devem nortear estas estruturas é a capacidade de proporcionar um suporte compreensivo de qualidade.

Equipas pluridisciplinares são cada vez mais essenciais para um apoio abrangente evitando assim o foco de atenção num único sintoma ou comportamento. Intervenções eficazes devem olhar o adolescente como “um todo” numa etapa específica de desenvolvimento incluindo estratégias de prevenção e de promoção da saúde.

Quer as abordagens de promoção quer as de prevenção tem origens semelhantes e devem incluir quer a prevenção de problemas e comportamentos saudáveis, quer a promoção do desenvolvimento positivo (Weissberg e col., 2003; Catalano e col., 2002; Durlak e Wells 1997). Repetição excessiva da palavra “quer”.

Ambos os tipos de abordagem exigem a integração de quadros teóricos e de intervenção com o contributo das diversas ciências sociais e humanas (Weissberg e col. 2003).

Estudos têm mostrado que os programas preventivos de saúde mental podem levar a mudanças positivas no ajustamento psicológico e comportamental, desempenho académico e habilidades cognitivas (Flay 2002; Kellam e Anthony, 1998; Durlak e Wells, 1997; Elias e col., 1991).

Em Portugal, o *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016* (Ministério da Saúde, 2008) e o *relatório Recomendações para a Prática Clínica – Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários* (Ministério da Saúde, 2009) vêm reconhecer as perturbações da saúde mental como a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade na sociedade actual definindo a organização de serviços de psiquiatria e saúde mental para a infância e adolescência como uma das áreas estratégicas a desenvolver.

Pelas características da organização dos serviços de saúde mental em Portugal não tem sido possível dar respostas de qualidade às necessidades dos adolescentes seja a nível de prevenção seja a nível de tratamento. Instituições do foro da saúde, da educação, da área social e da área da justiça tardam em articular-se de forma efectiva.

Começamos pela saúde para referir que a organização anunciada e as várias reformas para os cuidados de saúde primários tardam em ser eficazes seja pela falta de técnicos

especializados (médicos especialistas em psiquiatria da infância e adolescência, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, psicólogos clínicos e educacionais, técnicos de serviço social por ex.) seja pela manifesta incapacidade de articulação de uma miríade de serviços nacionais, regionais e locais, públicos e privados (ONG), da educação ou da justiça.

A nível hospitalar o cenário não é mais animador sendo a falta de recursos humanos apenas um (de grande importância) dos entraves a uma maior eficiência e eficácia nos ganhos em saúde da população jovem.

No meio escolar, apesar dos princípios enunciados no Programa Nacional de Saúde Escolar (Ministério da Saúde, 2006, p.10) de que *“a escola, a par de poder ser um ambiente de excelência para a promoção da saúde, tem uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e dos jovens, no seu desenvolvimento académico e emocional, competindo à saúde escolar zelar pela sua saúde física e mental”* e dos resultados agora publicados pela Organização Mundial de Saúde de avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (WHO, 2010) que revelam uma cobertura quase total dos Cuidados de Saúde Primários a nível de Saúde Escolar, e um aumento, embora modesto das intervenções de promoção da saúde em saúde escolar com orientações técnicas definidas não é possível em qualquer dos casos verificar indicadores de ganhos em saúde mental da população jovem.

O Ministério da Educação (2010a) através da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular enuncia na sua área on-line de Educação para a Saúde que *em contexto escolar, Educar para a Saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao tal bem-estar físico, social e mental como áreas prioritárias para a promoção e educação para a saúde:*

- Educação alimentar e actividade física;
- Consumo de substâncias psico-activas;
- Sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis;
- Saúde mental e violência em meio escolar

Esta mesma Direcção Geral revela no seu Edital de 2009/2010 (Ministério da Educação, 2010b) que de entre as áreas prioritárias, a Saúde Mental é a área menos trabalhada no total dos estabelecimentos escolares até ao 12o Ano de Escolaridade o mesmo acontecendo por Regiões do País.

Quando elencados e priorizados os temas pelas Escolas, na área da saúde mental e violência em meio escolar, verifica-se a predominância dos temas associados à violência sexual, à violência no exterior da escola, à cidadania ou às relações familiares não havendo nenhuma evidência clara da inclusão dos temas das perturbações do humor ou da ansiedade nos temas priorizados.

Ainda assim o mesmo documento (Ministério da Educação, 2010b) revela que os Centros de Saúde são os principais parceiros das escolas (em 88% das acções realizadas) potenciando assim a qualidade das intervenções.

A organização a nível escolar afigura-se adequada sendo que actualmente quase 100% das Escolas até ao 3º Ciclo têm a área da Promoção e Educação para a Saúde organizada (Ministério da Educação, 2010b).

O Projecto de Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) desenvolvido em articulação entre o Ministério da Saúde através da Direcção Geral da Saúde e o Ministério da Educação foi alvo de Relatório pela última vez em 2000 (Ministério da Saúde, 2000) não sendo evidentes nas actividades e relatórios produzidos os temas da saúde mental.

A área de investigação, mais ligada a centros de investigação avançada sediados maioritariamente em instituições de ensino superior, tem dado resposta em situações específicas com compromisso da saúde mental em crianças e jovens reunindo dados que permitem intervenções mais adequadas como são os casos das doenças do comportamento alimentar e dos comportamentos aditivos.

É ainda evidente a carência de programas de formação em saúde mental da infância e adolescência para técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos), profissionais da educação, da segurança social e dos serviços judiciais de menores se atendermos que grande parte da problemática de saúde mental envolvendo jovens exige uma intervenção pluridisciplinar (ver Figura 2).

Figura 2 - Orientação para intervenções de saúde mental a crianças e adolescentes (WHO, 2003)

Treatment	Psycho-therapy	Cognitive-behavioural therapy	Psycho-pharmacological therapy	Family therapy	School intervention	Counselling	Specialized interventions	Other
Learning disorders								
Hyperactivity/ADHD			*					
Tic								
Depression (and suicidal behaviour)			*					
Phobias								
Schizophrenia								

*Specific treatment depends on the age of the child or adolescent



Figura 3 – Prevalência de perturbações de saúde mental na Europa e Estados Unidos (Adaptado de Remschmith e Schmit, 2001)

Early-onset disorders with lasting impairment	
Mental retardation	2% Autism ~ 0.5%
Atypical autism	1.1% Receptive language disorder 2-3%
Expressive language disorder	3-4% Dyslexia 4.5%
Developmental disorders	
Disorders of motor development	1.5% Nocturnal enuresis (in 9-year olds) 4.5%
Encopresis (in 7-year olds)	1.5% Oppositional defiant disorder ~ 6.0%
Disorders of age-specific onset	
Mutism (in 7-year olds)	0.8% Stuttering 1.0%
Specific phobias	3.5% Obsessive-compulsive disorder 1.0-3.5%
Anorexia nervosa	0.5-0.8%
Developmentally dependent interaction disorders	
Feeding disorder (at age 2)	3.0% Physical abuse and neglect ~ 1.5%
Sibling rivalry (in 8-year olds)	14.0%
Early-onset adult-type disorders	
Depressive episode	2.0-4.0% Agoraphobia 0.7-2.6%
Panic disorder (in adolescents)	0.4-0.8% Somatoform disorders 0.8-1.1%
Schizophrenia (in adolescents)	0.1-0.4% Bipolar disorder (in adolescents) <0.4%
Alcohol abuse (in adolescents)	~10.0% Alcohol dependence (in adolescents) 4.0-6.0%
Personality disorders (in 18-year olds)	~1.0%

As perturbações do humor e da ansiedade são hoje reconhecidas como importantes questões clínicas entre a população adolescente (WHO, 2003; Remschmith e Schmit, 2001 – Ver Figuras 2 e 3) surgindo em destaque na população jovem, frequentemente associadas a outros factores.

No caso das perturbações do humor e mais concretamente da depressão realça-se a sua associação com fenómenos de auto e heteroagressividade mais ou menos extremos e com o consumo de substâncias aumentando exponencialmente o risco de doença mental.

As perturbações de ansiedade pela sua natureza mais diversificada (das fobias à perturbação de pânico) podem levar ao isolamento social e à falta de realização pessoal consequente implicando busca de soluções multivariadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento.

A nossa proposta centra-se na necessidade de um modelo de educação para a saúde eficaz na prevenção da depressão e da ansiedade em adolescentes e jovens adultos.

Podemos assim apontar os pilares fundamentais (Figura 4) de um programa de educação para a saúde mental sobre ansiedade e depressão em adolescentes e jovens adultos:

1º Pilar: A Família

Melhorar a capacidade das famílias para enfrentar situações potencialmente debilitantes do seu contexto é a chave para a saúde humana.

Melhorar a comunicação sobre as emoções no seio familiar de adolescentes pode ajudar a reduzir as consequências do isolamento.

2º Pilar: A sociedade e a consciência social

Nas organizações da sociedade civil e em toda a comunidade, aumentar o conhecimento sobre o desenvolvimento

psicossocial nos termos mais básicos pode ajudar a reduzir os obstáculos à compreensão de comportamentos dos adolescentes, aumentar a inclusão dos jovens e dessa forma reduzir os contextos nocivos.

Um entendimento social de que os adolescentes podem ter humor variável, que a preocupação com a sua socialização é normal, que os adolescentes fazem um esforço enorme no sentido da autonomia, pode ajudar a reduzir conflitos sociais e familiares e reduzir os efeitos negativos do conflito que pode levar à psicopatologia.

3º Pilar: As políticas de educação e a escola

A escola e os seus actores pelo papel que desempenham na formação cívica são moderadores de escolhas, modelos de estilos de vida saudáveis e campo privilegiado de identificação de ameaças ao desenvolvimento adolescente.

4º Pilar: As políticas de juventude

As políticas de juventude são formas plurais, nem sempre convergentes, avançando no desafio de fazer aproximar a juventude às instituições sociais e à realidade, com a disponibilização de estruturas organizadas (nível regional e local) e institucionais (escola, família, empresa, associações, administração pública, saúde) num propósito de conhecer os problemas e necessidades da juventude no contexto, de modo a adoptar os recursos adequados.

Por outro lado, nessas políticas deve existir uma dimensão ética e social, articulada com o objecto da ética política, já que todas as problemáticas dos jovens são em si problemas educativos, pedagógicos, sociais ou de saúde. Num conjunto de propósitos essas políticas devem incluir:

- (a) - integrar nos programas para a juventude os problemas dos jovens marginalizados ou inadaptados, incluindo elementos culturais da sua própria comunidade;
- (b) - desenvolver meios favorecedores da educação dos jovens para a paz, o respeito mútuo, tolerância, solidariedade, participação, compreensão e diversidade de culturas e povos;
- (c) - apoiar as iniciativas dos jovens, incluindo as de tipo informal, nos âmbitos políticos, culturais, sociais e económicos (empresariais);
- (d) - aproximar as políticas de juventude à complexidade social e económica, dando uma resposta global aos reais problemas dos jovens, o que requer que sejam políticas articuladas com a política social e económica do Estado mais descentralizadas e com maiores recursos financeiros.

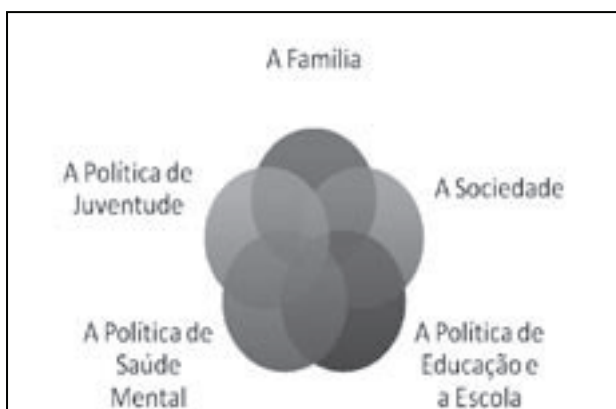
5º Pilar: As políticas de saúde mental

Segundo o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (WHO, 2008) os pilares para uma vida com saúde mental devem assentar nos primeiros anos de vida referindo que mais de 50% das doenças mentais têm o seu início durante a adolescência e que problemas de saúde mental podem ser encontrados em 10% a 20% dos jovens, com taxas mais altas nos grupos mais desfavorecidos da população.

Os políticos, parceiros sociais e outros intervenientes devem agir na saúde mental dos jovens e na educação, através de medidas como:

- Desenvolvimento de mecanismos para a detecção precoce da perturbação da doença mental no contexto do sistema educativo;
- Disponibilização de programas que promovam as competências parentais;
- Promoção da formação para os profissionais envolvidos na saúde, educação, juventude e outros sectores relevantes da saúde mental e bem-estar;
- 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;
- Promoção da participação dos jovens na educação, cultura, desporto e trabalho.

Figura 4 - Os pilares fundamentais de um programa de educação para a saúde mental de adolescentes



A família e a escola parecem reunir consenso seja na dimensão social seja na dimensão política.

Parece-nos adequado a sugestão de um modelo com base no que podemos chamar de **Programa de Educação para a Saúde Mental**.

Em termos positivos entende-se a saúde mental como um estado de funcionamento óptimo do ser humano, no qual é fundamental a mobilização das qualidades da pessoa para otimizar o seu potencial.

Programa de Educação para a Saúde Mental

VALORES:

- O reconhecimento de que a informação adequada é essencial para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis perante a doença mental e a exclusão;
- O reconhecimento da saúde mental como um bem a preservar;
- O reconhecimento da importância da componente afectiva e do relacionamento com amigos, pais e pares amorosos como integrante de uma boa saúde mental;
- O respeito pela doença mental e pelos doentes mentais;

ESTRATÉGIAS

a) Formação dos agentes educativos (educadores, professores, profissionais de saúde, psicólogos escolares, auxiliares da acção educativa, técnicos de serviço social) criando competências para agir face às dúvidas e manifestações das crianças e jovens relativas à sua saúde mental;

b) Integração curricular e extracurricular de temas de saúde mental, numa lógica interdisciplinar entre as ciências sociais e humanas e outras actividades, privilegiando espaços grupais e eventualmente individuais;

c) Apoio às famílias na identificação precoce de perturbação da doença mental, nomeadamente através do seu envolvimento no processo de ensino/aprendizagem e/ou promoção de actividades específicas de formação dirigidas aos encarregados de educação ou dinamizadas por eles;

d) Apoio individualizado e específico às crianças e jovens que dele necessitarem, através da criação e manutenção de parcerias no interior da escola e com outros serviços da comunidade, nomeadamente os serviços de saúde mental regional e local – materializadas, por exemplo, no funcionamento adequado do atendimento nos Serviços de Psicologia e Orientação nas escolas e no estabelecimento de formas de articulação estreita e dinâmica destes com os cuidados de saúde primários.

OBJECTIVOS:

Decorrente dos valores definidos o grande contributo deste Programa é contribuir para uma informação mais adequada sobre a saúde mental e sobre os recursos individuais e colectivos promotores de saúde mental positiva.

No **domínio cognitivo** a educação em saúde sobre a saúde mental pode contribuir para um melhor conhecimento de:

- Os conceitos de saúde e doença mental;
- A saúde mental ao longo do ciclo vital;
- Os mecanismos individuais de resposta às perturbações da saúde mental;
- A forma como a sociedade encara a doença mental e a exclusão social;
- Os problemas de saúde mental na infância e adolescência e os mecanismos de prevenção;
- A protecção social e o acompanhamento na doença mental.

No **domínio comportamental**:

- Auto-identificação de sinais e sintomas de perturbação da doença mental;
- Educação para a cidadania: respeito pelo doente mental;
- Uma atitude preventiva face à doença mental

No **domínio das competências individuais**:

- Desenvolvimento de competências para tomada de decisão responsável;
- Desenvolvimento de competências de comunicação com amigos, pais, professores e pares amorosos;
- No desenvolvimento de competências para pedir ajuda e saber recorrer a apoios, quando necessário.

ACTIVIDADES

- A inclusão do conceito de saúde mental na estrutura curricular actual,
- Elaboração de uma proposta global de áreas e conteúdos,
- Definição de estratégias curriculares por ciclo de estudos (1º, 2º, 3º Ciclo, Secundário e Ensino Superior),

- Definição das estratégias de avaliação;
- Definição das regras de um espaço de mentorado e tutoria;
- Definição das regras de espaços inter-pares;
- Definição do papel dos pais e educadores;
- Definição das regras dos espaços de atendimento aos estudantes;
- Regras para a formação dos professores;

PARCEIROS

- Escola;
- Família;
- Associações de Pais e Encarregados de Educação;
- Associações de Estudantes;
- Serviços de Saúde (Psiquiatria da Infância e Adolescência, Cuidados de Saúde Primários, Hospitais);
- Ensino Superior (Escolas Superiores de Saúde e Educação, Univesidades);
- Instituto da Juventude;
- Organizações não-governamentais;
- Autarquias;
- Organizações associativas da juventude, desporto e cultura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Catalalano, R., Hawkins, D., Berglund, L., Pollard, J., e Arthur, M. (2002). Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? *Journal of Adolescent Health*, 31, 230–239.

Durlak, J. A., e Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115–152.

Elias, M., Gara, M., Schuyler, T., Branden-Muller, L., e Sayette, M. (1991). The promotion of social competence: Longitudinal study of a preventive school-based program.

American Journal of Orthopsychiatry, 61, 409–417.

Fayyad, J.A., Jahshan, C.S., e Karam, E.G. (2001). Systems development of child mental health services in developing countries. *Child Adolesc Psychiatr Clinics North Am.* 10, 745–763.

Flay, B. (2002). Positive youth development requires comprehensive health promotion programs. *American Journal of Health Behavior*, 6, 407–424.

Kellam, S., e Anthony, J. (1998). Targeting early antecedents to prevent tobacco smoking: Findings from an epidemiologically based randomized field trial. *American Journal of Public Health*, 88 (10), 1490–1495.

Lehtinen, V. (2008). *Building up good mental health. Guidelines based on existing knowledge*. Jyväskylä: Stakes Gummerus Printing.

Ministério da Saúde (2000). *Relatório de Actividades – Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde / Direcção Geral da Saúde / Divisão de Saúde Escolar.

Ministério da Saúde (2006). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Escolar.

Ministério da Saúde (2008). *Resumo executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde / Alto Comissariado da Saúde / Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Ministério da Saúde (2009). *Recomendações para a Prática Clínica – Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde / Alto Comissariado da Saúde / Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Palfrey, J., Tonniges, T., Green, M., e Richmond, J. (2005). Introduction: Addressing the Millennial Morbidity – The context of community pediatrics. *Pediatrics*, 4, 1121–1123.

Remschmidt, H e Schmidt, M.H. (2001). Disorders in child and adolescent psychiatry. In: Henn, F., Sartorius, N., Helmchen, H. (eds). *Contemporary psychiatry* (pp. 60.116). Berlin: Springer.

Rowling, L. (2006). Adolescence and emerging adulthood (12–17 years and 18–24 years). In: Cattán, M. e Tilford, S. (Eds.). *Mental health promotion. A lifespan approach* (pp. 100–136). New York: Open University Press.

Small, S. e Memmo, M. (2004). Contemporary models of youth development and problem prevention: Toward an integration of concepts, terms and models. *Family Relations*, 53, 3–11.

Suhrcke, M., Pillas, D. e Selai, C. (2007). Economic aspects

of mental health in children and adolescents. In: WHO. *Social cohesion for mental well-being among adolescents* (pp. 43–64). WHO/HBSC Forum 2007.

Weissberg, R., Kumpfer, K. e Seligman, M. (2003). Prevention that works for children and youth: an introduction. *American Psychologist*, 58 (6/7), 425–432.

WHO (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization. Acedido a 23 de Outubro de 2010 em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf

WHO (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 23 de Outubro de 2010 em http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf

WHO (2008). *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Acedido a 23 de Outubro de 2010 em <http://www.euro.who.int/Document/E91921.pdf>

WHO (2010). *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*. Copenhagen: World Health Organization. Acedido a 23 de Outubro de 2010 em http://www.euro.who.int/Document/MNH/MH_PromotionYoungPeople.pdf

WHO (2010). *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Acedido a 23 de Outubro de 2010 em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/03/WHO-Evaluation-NHP-Final-March16.pdf>

