



# Promoção da saúde mental: uma perspectiva desenvolvimental

## Resumo

A promoção da saúde mental infantil é vital para qualquer sociedade porque: (1) são comuns os problemas infantis de foro psiquiátrico; (2) um número significativo destes problemas têm mau um prognóstico; e (3) muitas perturbações na idade adulta têm as suas raízes em factores de risco da infância. Para além disso, há evidência que indica que a prevenção de saúde mental na infância pode ter um importante impacto positivo quer ao micro-nível, para as crianças e suas famílias, quer ao macro-nível, para as instituições e comunidades. É, por isso, surpreendente que, até agora, lhe tenha sido dispensada tão pouca atenção, especialmente no Reino Unido. Esta revisão divide-se em quatro partes. É apresentada, em primeiro lugar, uma perspectiva desenvolvimental e ecológica teórica para explicar aspectos em que a conceptualização e a prevenção dos problemas de saúde mental das crianças difere do trabalho feito com adultos. São, seguidamente, apresentados exemplos de trabalho ao nível familiar, bem como exemplos de iniciativas orientadas em escolas - com crianças individualizadas, com turmas e com toda população escolar. É realçado o papel potencial das escolas como foco eficaz para a promoção da saúde mental e para a prevenção de doenças de foro psiquiátrico, tendo em consideração um modelo ecológico de desenvolvimento. A última parte desta revisão considera um exemplo específico de considerável preocupação - as crianças excluídas das escolas - e sugere que a adopção de uma estratégia de prevenção poderá ser, efectivamente, a melhor forma de abordar o problema.

Este artigo não estabelecerá uma clara distinção entre os estudos que são desenhados tendo em vista a promoção de saúde mental e aqueles que são apresentados para prevenção de perturbações de foro psiquiátrico. O Instituto Americano do Comité Médico (1994) para a Prevenção das Perturbações Mentais diferenciou a promoção da saúde da prevenção, considerando, no entanto, ser uma extensão lógica ao

modelo de prevenção de doença. Contudo, a distinção que fez entre a promoção da saúde e a prevenção da doença tem menos utilidade quando se lida com crianças, por várias razões.

Em primeiro lugar, as crianças continuam a desenvolver competências ao longo da infância, enquanto se vão desenvolvendo. Assim, o desenvolvimento das competências que visam aumentar o bem-estar, especialmente quando têm como alvo as crianças que podem estar em risco de desenvolver doenças mentais, pode ter efeitos preventivos importantes (Sroufe e Rutter, 1984). As intervenções dirigidas a jovens crianças têm, muitas vezes, objectivos gerais (McGuire e Earls, 1991), podendo os aspectos pelos quais a vida das crianças é melhorada estar relacionados com conceitos de saúde mental, como é o caso do aumento da auto-estima e da diminuição do comportamento anti-social, quando os objectivos definidos foram originalmente fixados em termos de desenvolvimento cognitivo ou de sucesso académico (Barnes, McGuire *et al.*, 1997). Em segundo lugar, a atenção prestada ao desenvolvimento normal pode orientar estratégias de intervenção dirigidas aos problemas de saúde mental. O campo da psicopatologia desenvolvimental clarificou através de que formas os aspectos de comportamento normativo e desenvolvimental, tais como as relações com os pares ou a auto-estima podem estar ligados à vulnerabilidade a problemas posteriores, como, por exemplo a depressão e o comportamento anti-social (Sroufe e Rutter, 1984).

Os problemas com as relações com os pares parecem aumentar o risco de ocorrência de perturbações na infância e no início da adolescência. Situam-se entre os maiores preditores da perturbação de conduta na adolescência (Dodge *et al.*, 1986; Reid, 1993; Sroufe e

J. Barnes

Leitor sénior em  
Psicologia

Leopold Muller  
University Department  
of Child and Family  
Mental Health, Royal  
Free Hospital School  
of Medicine, Londres,  
Reino Unido

Psychology, Health  
& Medicine,  
Vol. 3, Nº1, 1998

Carfax Publishing,  
Taylor and Francis Ltd





Rutter, 1984) e, sobretudo, entre os factores psicológicos individuais relacionados causalmente com a depressão na infância (Attie e Brooks-Gunn, 1992; Finch *et al.*, 1989; Harter, 1990; Kovacks, 1990; Renouf e Harter, 1990; Suomi, 1991).

Por último, enquanto que muitas das intervenções de saúde mental para os adultos têm como alvo o indivíduo, na infância foi demonstrado que o alvo deve ser antes o meio envolvente da criança (McGuire e Earls, 1991). Assim, o foco têm sido os pais, os professores e as instituições, como, por exemplo, as escolas, onde as crianças passam a maior parte do seu tempo. Foi sugerido (Levitt *et al.*, 1991) que as prevenções terão pouca influência, a longo prazo, nas mudanças de comportamento em hábitos de saúde, tais como fumar, beber ou participar em brigas, a menos que os problemas sejam compreendidos como parte do tecido económico e sócio-cultural comunitário. Esta atenção prestada a um leque mais amplo de influências possíveis, reflectindo a influência dos teóricos ecologistas, tais como Bronfenbrenner (1979), proporciona uma maior eficácia quando se conceptualiza e intervém para prevenir problemas de saúde mental infantil do que uma abordagem que se concentra no indivíduo.

### Intervenção precoce

Recentemente, a atenção tem sido dirigida para a consideração de estratégias para prevenir perturbações de foro psiquiátrico e disfunções psicológicas em jovens, para além de os tratar quando emerge uma perturbação (Coie *et al.*, 1993; Institute of Medicine, 1994; NIMH, 1993). Existem várias intervenções bem avaliadas, eficazes e promissoras para perturbações em adultos, mas tem sido enfatizada a importância de se pensar na prevenção de problemas do âmbito psiquiátrico desde idades precoces (McGuire e Earls, 1991).

A importância de se introduzir a prevenção o mais cedo possível pode ser ilustrada por estudos recentes da história natural da perturbação de conduta. Foram identificados dois sub-tipos: a de início precoce e a de início na adolescência. A perturbação de conduta de início precoce foi consistentemente ligada a resultados mais pobres, incluindo o comportamento anti-social grave e crónico (Loeber *et al.*, 1990; Moffitt, 1993; Robins, 1966), sendo plausível a subsequente co-morbilidade com outras perturbações, tais como a depressão, o uso abusivo de substâncias e o comportamento anti-social. Há, também, evidência crescente que indica que a depressão de início precoce na infância e na adolescência é preditiva de resultados pobres (Harrington *et al.*, 1990). Em termos mais gerais, é claro que tanto as flutuações no humor como o diagnóstico de depressão aumentam dramaticamente na adolescência (Fleming e Offord, 1990; Rutter, 1986; Rutter et al., 1986). É, por isso, importante abordar os factores de risco para a ocorrência de tais problemas de saúde mental em idades precoces.

### Intervenções na família

#### *Enquadramento teórico*

As crianças cujos progenitores sofrem de problemas de saúde física ou mental têm sido foco de considerável atenção. Um conjunto de estudos de crianças cujos pais sofrem de perturbação afectiva demonstram a importância das intervenções na família (Beardslee e Wheelock, 1994; Downey e Coyne, 1990). Um modelo particularmente importante para se compreender a influência da perturbação afectiva parental nos problemas de saúde mental das crianças, compatível com a teoria ecológica, é aquele onde a perturbação afectiva parental é tratada como um marcador para uma constelação de dificuldades familiares e factores de risco associados, constelação essa que conduz a fracos resultados nas crianças (Rutter, 1990; Sameroff e Chandler, 1975). Por exemplo, a presença de emoções críticas extremas manifestadas sobre e sob um diagnóstico de depressão parental traz riscos adicionais para os problemas da criança (Schwartz *et al.*, 1990). Além disso, não é a perturbação de humor parental por si só, mas a cronicidade e a gravidade da perturbação que determinam quais as crianças, entre aquelas cujos pais sofrem de perturbação grave, que mais doentes ficam (Keller *et al.*, 1986). Está, também, bem fundamentado que ter dois progenitores que sofrem de perturbação (Merikangas *et al.*, 1988) ou ter um dos progenitores identificado com um diagnóstico co-mórbido (Weissman *et al.*, 1987), aumenta, também, o risco para as crianças.

Os mecanismos psicossociais por meio dos quais o distúrbio parental influencia o desenvolvimento das crianças parecem ser, principalmente, a discórdia familiar e a interferência com as funções parentais (Downey e Coyne, 1990; Rutter, 1990; Beardslee e Wheelock, 1994). Há substancial evidência de taxas mais elevadas de divórcio e de discórdia conjugal em famílias onde um dos progenitores sofre de depressão (Downey e Coyne, 1990). Existe, também, evidência considerável indicando que a função parental nos pais que sofrem de depressão é prejudicado ao longo o ciclo vital (Beardslee e Wheelock, 1994; Downey e Coyne, 1990). As mães deprimidas revelam que sofrem de mais circunstâncias negativas do que as mulheres que não sofrem de depressão (Cohn *et al.*, 1990; Field *et al.*, 1985; Field *et al.*, 1990), usam mais agressão verbal, criticismo e negativismo (Cohn et al., 1990; Gordon *et al.*, 1989), agressão física (Zuravin, 1988) e têm menos capacidade de resolução de conflitos (Kochanska *et al.*, 1987).



*Exemplo: pais que sofrem de perturbações afectivas:* O trabalho preventivo pode ser dirigido, com êxito, à redução do criticismo, discórdias e outras interacções difíceis entre pais e filhos (p. ex. Webster-Stratton e Herbert, 1993). Contudo, o exemplo que se segue ilustra uma abordagem diferente e possivelmente complementar, usando um modelo de resiliência. A estratégia de intervenção preventiva desenvolvida em Boston por Beardslee e colaboradores que tem como alvo a deficiente comunicação entre pai e filho e os equívocos nas relações parentais, visa ajudar os pais a aumentar o bem-estar dos filhos antes destes desenvolverem problemas de saúde mental. A intervenção usada com crianças dos 8 aos 14 anos baseia-se na premissa segundo a qual uma maior compreensão de si próprio é um importante factor protector de desenvolvimento posterior de perturbação e uma componente essencial da resiliência (Beardslee, 1983; Beardslee e DeMaso, 1982; Beardslee e Podoresky, 1988). A intervenção ilustra, assim, o interface entre a promoção da saúde/bem-estar e a prevenção de doença mental. O seu objectivo não é alterar o comportamento dos pais ou tratar a sua doença, mas proporcionar meios através dos quais todos os elementos da família possam usar um maior conhecimento da doença dos progenitores para promover a saúde nos filhos. A intervenção prossegue, trabalhando com os progenitores com vista a conhecer os antecedentes da sua perturbação e a fazer emergir as suas preocupações, fornecendo, seguidamente, informação sobre a depressão, quer através de preleções apresentadas a pequenos grupos (intervenção educativa), quer de uma forma mais pormenorizada, sendo visitados por um médico (intervenção de prevenção clínica). As famílias envolvidas na intervenção de base clínica recebem várias visitas domiciliárias durante as quais os progenitores e o médico desenvolvem estratégias que os primeiros podem usar para evitar os equívocos com os filhos sobre a sua doença e encorajar a sua resiliência. Encoraja-se a discussão sobre a doença dos progenitores no seio familiar, enfatizando o seu significado para os filhos. Um ensaio controlado randomizado demonstrou que os pais que são alvo de intervenções de base clínica revelam uma mudança positiva mais acentuada nas atitudes reveladoras do modo como a doença influencia a vida familiar e uma maior comunicação com os filhos do que o grupo da intervenção educativa, mudanças essas que permanecem após 18 meses (Beardslee *et al.*, 1993).

*Exemplo: mães que sofrem de perturbações alimentares.* A investigação de famílias em que a mãe sofre de uma perturbação alimentar demonstrou uma relação complexa semelhante entre a doença parental, o desenvolvimento da criança e os problemas de saúde mental infantil. Esta investigação dá, igualmente, um exemplo das vantagens potenciais da intervenção na primeira

até ao nível pré-natal. Foi demonstrado numa extensa amostra comunitária que a presença de extrema preocupação com as formas corporais durante a gravidez é significativamente preditiva da intenção de alimentar o bebé a biberão em vez de o amamentar (Barnes *et al.*, 1997). Embora que este facto em si não indique necessariamente um risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental nas crianças, concluiu-se que a intenção de não amamentar o(s) filho(s) estava relacionada com perspectivas de controlo e centradas no adulto em relação aos horários de refeição e de sono dos bebés. Outros estudos demonstraram que as mães que sofrem de perturbações alimentares, tais como bulimia nervosa, e os seus filhos que têm um ano de idade, têm horários de refeição mais conflituosos (Stein *et al.*, 1994), sendo a extensão do conflito mãe-filho um importante preditor de crescimento infantil reduzido que se mantém até ao fim de quatro anos, em comparação com um grupo de controle onde não existiam problemas alimentares (Stein, comunicação pessoal). Está bem fundamentado que o conflito progenitor-filho é um preditor importante de problemas comportamentais, em particular da agressão e do comportamento hiperactivo (Campbell, 1995). Assim, as crianças cujas mães sofrem de problemas alimentares são vulneráveis a problemas de saúde física e mental durante o seu desenvolvimento, podendo a intervenção que tem como alvo a identificação pré-natal das mães que têm problemas alimentares oferecer uma oportunidade para uma iniciativa importante de saúde mental infantil, se orientada num contexto de saúde comunitário, tais como clínicas pediátricas e serviços de consulta pré-natal.

## Intervenção baseada na escola

### *Enquadramento teórico*

Foi afirmado (Rutter, 1991) que a maior possibilidade que as crianças com problemas de conduta e perturbações emocionais, especialmente as que foram diagnosticados em idade precoce, têm de mudar o seu comportamento reside, principalmente, na melhoria das suas circunstâncias familiares, nas relações positivas de grupos de pares e nas boas experiências escolares e bastante menos no contacto directo com clínicos tais como os pedopsiquiatras. A infância oferece uma oportunidade inigualável para a promoção e prevenção universais, uma vez que a introdução dos programas nas escolas possibilita o acesso a todas as crianças. Um número significativo de crianças em idade escolar e pré-escolar tem dificuldades comportamentais e emocionais acentuadas, indicando percentagens entre os 15 e os 20% (Campbell, 1995; McGuire e Richman, 1986b; Richman *et al.*, 1982). Um problema-chave na





promoção da saúde mental infantil é a identificação das crianças que têm probabilidades de ter problemas ou que manifestam já uma acentuada dificuldade. Embora a maior parte das jovens crianças que têm problemas não sejam conhecidas dos profissionais de saúde mental, podem ser identificadas através dos serviços sociais ou das clínicas pediátricas (Kurtz et al., 1994) e, invariavelmente através seus professores e pares na escola (McGuire e Richman, 1986a). Melhorar as experiências escolares e as relações com os pares pode ser tão importante, se não mais, do que intervir ao nível da família.

### *Pares*

A intervenção orientada com a inclusão de pares que não manifestam problemas, especialmente quando dirigida a competências no relacionamento com os pares, pode ter poderosos efeitos preventivos. Este facto é importante uma vez que estudos observacionais documentaram aspectos em que a presença de uma só criança que sofre de acentuados problemas de saúde mental pode reduzir a qualidade das interacções entre os outros elementos do grupo (McGuire e Richman, 1989). As crianças agressivas provocam, muitas vezes, retaliações e provocações dos pares, o que incrementa e amplia o desenvolvimento dos seus problemas anti-sociais (Patterson *et al.*, 1992; Reid, 1993). Elas têm, igualmente, probabilidades de ser rejeitadas pelos pares menos agressivos (Dodge *et al.*, 1992), agravando, assim, a perturbação de conduta (Parker e Asher, 1987). Desde a escola primária, as crianças agressivas cometem mais erros e distorções do que os não agressivos quando analisam o comportamento dos outros, assumindo, com frequência, uma intenção agressiva onde não a há (Dodge *et al.*, 1986; Spivack e Shure, 1974). Esta distorção cognitiva das situações sociais terá muita influência nos relacionamentos que as crianças agressivas estabelecem e pode contribuir para o aumento dos problemas sociais na escola, com os pares. Por serem rejeitadas, as crianças com características agressivas semelhantes tendem a tornar-se amigas, o que lhes aumenta o risco de desenvolvimento do comportamento anti-social na infância tardia. Deste modo, foi posta em movimento uma cadeia de factores combinados que opera, agora, independentemente do meio de risco familiar original.

O trajecto de influência entre o isolamento dos pares e a doença depressiva é complexo. A fraca popularidade entre os pares está relacionada com a depressão e com os sintomas depressivos (Jacobsen *et al.*, 1983), o fraco relacionamento com os pares (e.g. não ter um melhor amigo, menos contacto com amigos, mais experiências de rejeição) contribui para aumentar, com o decorrer do tempo, o efeito depressivo (Venberg, 1990), enquanto que estar deprimido, inversamente, parece contribuir para contínuos

As iniciativas desenhadas com vista a realçar as competências sociais com os pares ou a proporcionar situações onde o sucesso escolar é provável, potenciam o aumento da auto-estima e a promoção da saúde mental para a maioria das crianças, ao mesmo tempo que actuam como prevenção de saúde mental para as crianças vulneráveis. Foi demonstrado que na adolescência as boas relações com os pares podem funcionar como um factor protector, particularmente se o relacionamento com os pais não for apoiante (Hawkins *et al.*, 1992), sugerindo que este nível de influência é um alvo pertinente para as estratégias de prevenção dentro do contexto normativo escolar.

### *Exemplo: intervenção para melhorar as relações com os pares.*

Embora os programas que identificam as crianças em risco poderem ter, à primeira vista, mais pontos em comum com a fase de prevenção terciária, podem existir implicações importantes do âmbito da promoção da saúde mental, na medida em que há probabilidades dos efeitos operarem a vários níveis. É provável, por exemplo, que a redução do comportamento agressivo de algumas crianças numa turma tenha um efeito indirecto, na medida em que se promove a saúde mental melhorando o contexto da turma para os seus pares e para o corpo docente. A Negociação Interpessoal aos Pares, inicialmente desenvolvida para ser usada em crianças que manifestam graves problemas comportamentais em contextos clínicos (Selman e Schulz, 1990), foi alargada, posteriormente, para poder ser aplicada no meio escolar. A intervenção centra-se na melhoria das relações com os pares através da criação de competências e do aumento da auto-estima em vez de se concentrar apenas no afastamento dos comportamentos indesejáveis, inserindo-a confortavelmente dentro de um modelo de intervenção de promoção de saúde. Ela é particularmente pertinente porque desenvolveu-se a partir da teoria desenvolvimental e normativa (Selman, 1980), sendo, então, aplicada à prevenção de problemas de saúde mental em crianças que revelam um comportamento difícil (Yeates *et al.*, 1991). Foi solicitado aos professores que, dentro das suas turmas, identificassem as crianças em risco de vir a desenvolver problemas graves, evidenciando quer um comportamento agressivo, quer um afastamento social significativo. As crianças com estes estilos interpessoais opostos formam pares, uma vez que duas crianças agressivas tendem, constantemente, a hostilizar-se mutuamente e duas crianças excluídas dificilmente interagem. Sob a égide de sessões de aconselhamento com duração de uma hora e orientadas pelos profissionais de apoio psicológico e realizadas pelo menos uma vez por semana na escola, a “formação de pares” aborda o desenvolvimento de estratégias de negociação. Usando exemplos





hipotéticos ou reais, as duas crianças, em conjugação com o profissional de aconselhamento, criam soluções alternativas de orientação de relações interpessoais. Os incidentes que emergem nas sessões de pares são generalizadas a situações que ocorrem na sala de aulas, no recreio ou noutros locais da escola. A base teórica é aquela segundo a qual as crianças que cometem comportamentos de risco ou inadequados necessitam de estar cientes das implicações dos seus actos (conhecimento), compreendê-los em relação à sua história pessoal (significado pessoal) e desenvolver, seguidamente, estratégias de orientação para poderem evitar comportamentos inadequados no futuro (orientação). Cada uma destas áreas é conceptualizada numa série de níveis desenvolvimentais usados pelo profissional de aconselhamento para conduzir os indivíduos desde os níveis mais baixos até aos mais elevados (Selman *et al*, 1993). Ainda não foram feitas avaliações em larga escala desta abordagem, mas a utilidade da “formação de pares para prevenção” foi demonstrada numa escola primária da periferia de Boston, EUA e está a ser implementada em várias outras escolas (Selman *et al*, 1991).

*Exemplo: intervenção para melhorar as interacções na turma.* É possível intervir ao nível da turma, como alternativa à intervenção directa, para melhorar o comportamento de crianças específicas que estão em risco de desenvolverem problemas de saúde mental. O exemplo do Good Behaviour Game (GBG), desenvolvido na Universidade Johns Hopkins, Baltimore, por Kellam e colaboradores (Kellam, 1990), tem particular interesse na medida em que coloca muita da responsabilidade da implementação nos alunos e não no professor, sendo o seu objectivo reduzir tanto o comportamento agressivo como o tímido, de modo semelhante à “formação de pares para prevenção”. Trabalhos anteriores demonstraram que as crianças que evidenciaram fraco aproveitamento escolar, comportamento agressivo e que estavam socialmente isolados dos seus pares eram os que se encontravam em maior risco de abandonar a escola e de delinquir (Kellam *et al*, 1975). O enquadramento teórico para o GBG inclui a adaptação social dentro de um quadro desenvolvimental (Kellam, 1990). O racional para a intervenção centra-se no interface entre os indivíduos e o seu meio e o status social que obtêm dentro desse meio, identificando o ambiente da sala de aulas como o campo social crucial.

Dado que os professores não dispõem de tempo para orientar programas individuais de orientação comportamental, o GBG é desenhado como uma actividade da aula baseada em equipas. Os professores dividem as turmas em várias equipas, tentando distribuir equitativamente as crianças com problemas comportamentais pelas várias equipas. Todas as equipas podem “ganhar” se o seu grupo não ultrapassar um determinado número de comportamentos

disruptivos, durante períodos de tempo específicos, enquanto decorre o jogo. Às crianças tímidas é dado um papel especial, dando a conhecer à turma o progresso feito pela sua equipa. Num ensaio randomizado de 19 escolas onde foram aplicados ou o GBG, ou uma actividade diferente desenhada para melhorar o aproveitamento escolar (Mastery Learning) ou nenhuma intervenção, foi demonstrado que o GBG teve um impacto significativo no comportamento agressivo e no comportamento tímido (Doland *et al*, 1997).

## Efeitos da escola

Existem várias revisões sobre os efeitos das experiências escolares no comportamento (Maugham, 1988; Mortimore *et al*, 1988; Rutter, 1985; Sylva, 1994), estando a divulgação de todas as suas conclusões fora do âmbito deste artigo. São diversos e complexos os factores que estão associados ao êxito e ao bem-estar dos alunos, precisando as análises de ter em linha de conta as características dos alunos e dos seus pares. Contudo, há substancial evidência que reitera que a natureza da escola influencia, de facto, os resultados académicos, depois de se terem tido em consideração os factores de nível individual. Foram estudadas as características da escola ao nível do professor (expectativas, estilo de comportamento, etc.), da turma (e.g. tamanho e composição do grupo) e ao nível da escola. As escolas bem sucedidas distinguem-se pelo exercício de uma direcção com objectivos, pelo envolvimento dos funcionários na tomada de decisões, pela consistência entre os funcionários e pelo envolvimento dos pais (Maugham, 1988; Rutter *et al*, 1979). Os mecanismos envolvidos não foram ainda suficientemente analisados, mas a investigação feita junto de populações vulneráveis, tais como crianças desfavorecidas em idade pré-escolar das periferias urbanas (Lazar e Darlington, 1982; Schweinhart e Weikart, 1993) e mulheres que cresceram em meio institucional (Rutter e Quinton, 1984), sugerem que, quando os outros aspectos das suas vidas não lhes proporcionam experiências de realização, a natureza da sua vida escolar pode ser relevante para o desenvolvimento de sentimentos de auto-eficácia e auto-estima que são importantes para o bem-estar posterior (Maugham, 1988). A revisão feita por Sylva (1994) sobre as influências da vida escolar no desenvolvimento das crianças conclui, de modo idêntico, que as escolas são primordiais para a promoção de resultados positivos a longo prazo, assinalando que muitos efeitos da vida escolar podem ser indirectos, estar relacionados com mudanças na motivação e com auto-conceitos e crenças sobre o seu sucesso.

*Exemplo: intervenção para reduzir o “bullying”.* O papel da “escola” tem estado implícito em estudos tais como o projecto “15.000 horas” (Rutter *et al*, 1979), estando a ser feito, na Europa





e nos EUA, um trabalho interessante para introduzir alterações ao nível da escola, em medidas que irão beneficiar a saúde mental de todas as crianças dentro da escola. O programa mais notável deste género, em termos de êxito ao nível do indivíduo e de amplitude da intervenção, foi desenvolvido na Noruega por Olweus (1993). Após ter orientado estudos que mostraram a amplitude do *bullying* e a gravidade das suas implicações para as vítimas (Olweus, 1978), Olweus desenhou um programa de múltiplos níveis para reduzir o *bullying*. A iniciativa requer o empenhamento ao nível governamental, da escola, da turma e do indivíduo. Olweus conseguiu mostrar uma redução acentuada no *bullying* e além disso, o que é de particular relevância para um modelo de promoção da saúde, o programa levou a um aumento notável da consciencialização do público sobre as implicações do *bullying* para o bem-estar das vítimas e da comunidade escolar mais alargada.

O programa de intervenção é desenhado tendo subjacente o princípio de que é um direito democrático fundamental para uma criança sentir-se seguro na escola. A veiculação desta mensagem a alunos, professores e pais, a orientação sobre as formas de lidar com *bullies* (p. ex. maior supervisão nos intervalos das aulas), o estabelecimento de regras de turma sobre o *bullying*, o uso regular de reuniões de turma, as discussões sérias com os *bullies* e seus pais e uma atmosfera escolar que encoraja todos os alunos a divulgar a ocorrência de *bullying* são essenciais para sua intervenção. Foram avaliadas 112 turmas do 4º ao 7º ano em 42 escolas primárias e secundárias, usando um desenho pré-pós, com avaliações feitas ao longo de 24 meses (Olweus, 1994). Os resultados demonstraram que o *bullying* sofreu uma redução tanto nos rapazes como nas raparigas, ocorrendo muito menos casos novos, o comportamento anti-social tais como vandalismo e furto nas escolas sofreu uma redução geral, o clima social da escola melhorou e os intervalos durante o dia passado na escola foram melhor usufruídos. Olweus conseguiu, assim, mostrar que é possível demonstrar mudança ao nível da escola e criar um ambiente escolar caracterizado pelo entusiasmo e interesse positivo e pelo envolvimento dos adultos que possuem limites bem definidos sobre comportamento inaceitável. O aspecto mais importante do seu trabalho, reflectindo a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1979) é o facto de estarem a ser considerados, pelos adultos na comunidade, vários níveis de influência - o nível da escola, o nível da turma e o nível do indivíduo - em conjunto com uma hiper-consciencialização das implicações de saúde mental do *bullying*.

*Exemplo: intervenção para fornecer suporte no âmbito da saúde mental para todos os elementos da escola.* Foi desenvolvida nos EUA uma iniciativa teoricamente idêntica, mais ligeiramente mais global. O programa Yale New Haven Primary Prevention

(YNHPP), também chamado School Development Program, visa aumentar o conhecimento, no ambiente escolar, de todo o tipo de questões de saúde mental para que se tornem uma componente essencial da experiência escolar. Foi desenhado para reduzir a incidência das perturbações psicológicas na população, reduzindo, assim, a necessidade de esforços ao nível secundário e terciário mais dispendiosos e trabalhosos. Esta iniciativa desenvolvida no Yale University Child Study Centre (YUCSC) baseia-se nos princípios de saúde mental que enfatizam a inter-relação entre o desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento sócio-emocional e que salientam a grande influência que os professores e o meio escolar têm na saúde mental dos alunos e no seu sucesso académico (Comer, 1985). O YNHPP centra-se na criação de um clima ou ambiente social desejáveis nas escolas, por forma a efectivar um processo de ensino e aprendizagem de orientação coordenada, do programa de desenvolvimento do currículo e dos funcionários. Contudo, ao contrário do exemplo anterior, o seu objectivo é introduzir uma mudança no sistema, com vista a modificar os elementos disfuncionais do meio escolar sem identificar as subpopulações do corpo estudantil, tais como alunos altamente agressivos e disruptivos. Ao contrário dos projectos tradicionais de saúde mental levados a cabo nas escolas, o YNHPP não se centra nas crianças e/ou suas famílias como “doentes”, nem considera o programa de saúde mental menos importante do que o programa académico. Usando uma perspectiva ecológica, o trabalho fundamenta-se na ideia segundo a qual os alunos terão um melhor aproveitamento escolar e desempenho social, bem como benefícios académicos, sociais e psicológicos suplementares se o sistema organizacional e de direcção da escola proporcionar aos funcionários, professores, pais e alunos competências e apoio educativos e de interacção adequados.

Os traços principais da intervenção são: (1) o estabelecimento de uma equipa de direcção (composta por administradores, professores, pessoal auxiliar e progenitores); (2) a formação de uma equipa de saúde mental multidisciplinar; (3) a integração de eventos artísticos e desportivos num calendário escolar coordenado; e (4) a criação de um programa para encorajar o envolvimento parental. A equipa de direcção identifica os problemas e as oportunidades na escola, distribui e promove recursos, estabelece programas para resolver problemas e monitorizar os resultados. A equipa de saúde mental oferece serviço de consulta, especialmente aos funcionários, na orientação dos problemas comportamentais dos alunos. Esta abordagem foi aplicada primeiramente em duas escolas primárias da periferia urbana em New Haven, Connecticut, ao serviço de populações minoritárias e desfavorecidas, tendo alcançado progressos no aproveitamento escolar e na competência social, quer no final do programa, quer no follow-up dois anos depois



(Comer, 1985; Cauce *et al.*, 1987). Está, actualmente, em curso um ensaio randomizado em Maryland (Jessor, 1993) e está a ser usado, presentemente, o YNHP em mais de 100 escolas americanas.

## Crianças excluídas da escola: implicações de saúde mental

### *Enquadramento: crianças em risco*

Enquanto que a revisão anterior sugere que as escolas são potencialmente importantes para a promoção da saúde mental, muitas escolas no Reino Unido parecem não ter, actualmente, êxito em abordar adequadamente as questões de saúde mental. Especificando, não obstante as linhas orientadoras do DfEE aconselharem à não exclusão de crianças que apresentam dificuldades emocionais e comportamentais para acelerar o processo de avaliação (DfEE, 1994), muitas escolas parecem usar a exclusão de alunos como um meio de lidar com os problemas emocionais e comportamentais. Este facto desloca o problema para outra área de prestação de serviços e, em muitos casos, exacerba os problemas. As exclusões da escola estão a aumentar, com uma predição, baseada em nítidas tendências de aumento de 1990 em diante, segundo a qual mais de 14.000 alunos serão, no Reino Unido, excluídos das escolas no ano lectivo 1995/1996 (Parsons, 1996). Contudo, há evidência suficiente que indica que estes jovens apresentam riscos múltiplos de vir a desenvolver problemas de saúde mental, muitos deles vivendo em comunidades desfavorecidas, no seio de famílias pobres, socialmente isoladas e monoparentais (OFSTED, 1996). Por exemplo, uma percentagem significativa (21%) das crianças excluídas de 39 escolas estudadas pelo OFSTED, estavam sob os cuidados dos serviços sociais aquando da sua exclusão, indicando ruptura familiar e experiências de perda. Além disso, muitos relatos narrativos de crianças excluídas fazem referência ao luto de um familiar próximo (Bright, 1996; Kingston, 1996). Estas e outras crianças vulneráveis apresentam um risco significativo de vir a desenvolver doenças depressivas para além de problemas comportamentais, mas este aspecto das necessidades psicológicas das crianças disruptivas parece ser o que terá menos probabilidades de vir a receber atenção.

A orientação e tratamento das crianças com problemas emocionais e comportamentais difere largamente entre as várias escolas e entre os diferentes órgãos competentes, tendo sido constatada a necessidade de educação especial a poucas crianças que foram excluídas (Blyth e Milner, 1993; OFSTED, 1996; Parffrey, 1995). De facto, algumas LEA (Local Education Authority) não incluem as dificuldades emocionais e comportamentais nos seus quadros de necessidades educativas especiais (Passmore, 1996). Quando se

solicita uma opinião de foro psicológico, o objectivo do encaminhamento, muitas vezes, parece ser mais a confirmação do psicólogo de que a criança não se adequa a uma escola comum, do que a solicitação de um tratamento psicológico (Tödman *et al.*, 1991).

O facto do número de crianças excluídas estar a aumentar, bem como a exclusão definitiva das escolas de crianças cada vez mais jovens tem sido fonte de crescente preocupação. Os sintomas de perturbação de oposição manifestados por uma criança jovem podem ser preditivos de consequências bastante graves na adolescência e na idade adulta, com custos quer em termos pessoais, quer para a sociedade (Hinshaw *et al.*, 1993; White *et al.*, 1990). Miller (1996) sugere que é provável que os professores de crianças muito jovens se sintam particularmente embaraçados quando têm que procurar ajuda para lidar com crianças jovens que revelam problemas comportamentais. Antes até de ingressarem na escola, um número substancial de crianças com acentuados problemas comportamentais e emocionais são inseridos em ambientes de grupo que não fornecem intervenções eficazes para os seus problemas (McGuire e Richman, 1986; 1989), havendo probabilidade destas crianças mais vulneráveis continuarem a revelar um comportamento difícil nas primeiras escolas onde ingressam (McGuire e Richman, 1987). No entanto, a identificação precoce, assistida por um tratamento bem planeado é exequível, estando a sua eficácia comprovada (McGuire e Earls, 1991; Tremblay *et al.*, 1991). É, assim, vital que seja feita uma avaliação mais abrangente dos problemas e das necessidades destas crianças para quem é equacionada a possibilidade de exclusão nas escolas primárias.

## Razões para a falta de atenção prestada aos problemas de saúde mental infantil

É evidente que as escolas não dispõem de recursos nem de pessoal auxiliar necessários para lidar adequadamente com questões de saúde mental. Dada a competitividade do mercado, foi sugerido que os administradores das escolas recorrem mais à exclusão do que à averiguação do caso ou à procura de outros encaminhamentos. (Blyth e Milner, 1993; Parsons, 1996). O acompanhamento feito por instituições de cariz religioso a crianças que sofrem de problemas de saúde mental está identificado como um dos desastres da imposição do National Curriculum (Parffrey, 1995). Parffrey concluiu que as decisões quanto ao destino destas crianças variavam - ensino domiciliário, instalações temporárias de serviços sociais ou uma unidade de encaminhamento de alunos, com professores que possuem, muitas vezes conhecimentos de psicologia e de psiquiatria mínimos. Reconhece-se que as unidades de encaminhamento de alunos, em particular, são de construção fragmentada, possuem fracas condições de alojamento ao nível da





qualidade das condições físicas e têm um corpo docente que não fornece apoio nem optimismo aos seus alunos (Garner, 1996). Deste modo, a experiência e a orientação de crianças com problemas emocionais e comportamentais pode ter mais pontos em comum com o modelo de justiça criminal (Blyth e Milner, 1993). Estas crianças são realojadas em espaços de fracos recursos sem intervenção terapêutica. As crianças que foram excluídas não receberam, em norma, aconselhamento, orientação comportamental, encaminhamento psiquiátrico ou outro tipo de ajuda, apesar das entrevistas aprofundadas com alunos que se encontravam em unidades para crianças excluídas indicarem que podem fornecer ajuda (Garner, 1996; Gersh e Nolan, 1994).

Também foram identificados outros aspectos do ensino, sendo, em particular, a formação pedagógica e o apoio psicológico inadequados dos professores apontados como um factor crucial no aumento das crianças excluídas (OFSTED, 1996). Pensa-se que não foi dada aos professores, durante a sua formação pedagógica, formação suficiente em questões de saúde mental ou em como orientar o comportamento. O relatório do OFSTED conclui que « professores ... não sabiam qual a diferença entre o comportamento insatisfatório e o comportamento emergente de distúrbios emocionais fortemente alicerçados», o que implica que há espaço para um aumento do conhecimento sobre questões de saúde mental nas escolas e nas instituições de formação de docentes.

Um terceiro factor que está relacionado pode ser a natureza dos problemas manifestados pelas crianças excluídas. Os motivos de exclusão centram-se nos sintomas de perturbação de conduta e de oposição, tais como discutir com os adultos, provocar, culpar terceiros, ficar zangado, ressentido e iniciar brigas. A perturbação de conduta é única na medida em que tende a gerar angústia nos outros e não na criança (Kolvin e Bhate, 1990), estando em debate a justificação para incluir estes sintomas em sistemas que definem a perturbação mental (Ritchers e Cicchetti, 1993). Isto pode levar, de algum modo, à explicação da ambivalência na orientação destes sintomas no seio de sistemas escolares. De grande importância é, no entanto, o facto de existir muita evidência que indica que a perturbação de oposição e a perturbação de conduta são, frequentemente, co-mórbidas com outros diagnósticos psiquiátricos, incluindo a perturbação de défice da atenção com hiperactividade, dificuldades de aprendizagem específicas, ansiedade e depressão (Hinshaw *et al.*, 1993). Além disso, as crianças que revelam estes comportamentos de conduta e que não são tratadas têm grande probabilidade de terem um mau prognóstico, com um risco acrescido de delinquência, isolamento social dos pares, dificuldades de relacionamento e potencial comportamento criminal em adultos, com grandes custos para si próprios, para as suas famílias e para a sociedade (Loeber, 1988).

## Soluções?

É necessária ter uma visão mais sofisticada do aluno excluído, planejar políticas e práticas que reconheçam a individualidade de cada caso (Parsons, 1996). Pode ser difícil ajudar estas crianças dado que o sistema de ensino não tem sido capaz de lidar com elas. Contudo, estas crianças não estão necessariamente a ser ajudadas do modo mais adequado. Há maior probabilidade das estratégias serem punitivas do que terapêuticas, sendo as crianças que têm problemas comportamentais e emocionais percebidas mais como culpadas do que como vítimas (Parsons, 1996). Pode não ser realista esperar que os sistemas de ensino forneçam intervenções de saúde mental, mas estas são a chave para a identificação das necessidades das crianças e para o acesso aos serviços mais adequados. Seria mais eficaz se as crianças não chegassem ao ponto de se tornarem elementos não tolerados de uma comunidade escolar. Uma maior atenção prestada a iniciativas ao nível do ensino que sensibilizem as crianças, pais e professores para as questões de saúde mental poderia evitar que as crianças chegassem a esse “ponto sem retorno”. Foi, recentemente, recomendado que deveria ser feita, no Reino Unido, uma abordagem estratégica no sentido de fornecer serviços de saúde a crianças e adolescentes, com uma colaboração mais estreita entre os serviços de saúde, os serviços sociais e educativos e outras organizações profissionais ou de voluntariado (Audit Commission, 1994; Health Advisory Service, 1995) e de satisfazer estas necessidades.

## Conclusões

Esta revisão apresentou a promoção de saúde mental numa perspectiva desenvolvimental, ilustrando exemplos através dos quais as intervenções conseguiram progressos nos resultados desenvolvimentais em crianças e adolescentes. Parece que o contexto escolar é de particular relevância, oferecendo a possibilidade para intervenções que abordam problemas de saúde mental sob uma perspectiva ecológica e desenvolvimental. Esta abordagem possibilita a promoção do bem-estar para a maioria das crianças, ao mesmo tempo que evita o aumento das dificuldades para aquelas que já têm dificuldades emocionais e comportamentais. A maior parte da investigação inovadora procede do exterior do Reino Unido. Exemplos como o Head Start (Lazar e Darlington, 1982), o estudo Yale New Haven Primary Prevention (Comer, 1988) e o trabalho de Olweus (1993) mostraram que é possível obter efeitos de longo prazo e ao nível do sistema, a partir de iniciativas baseadas na escola. Uma conceptualização mais abrangente da saúde mental como uma prioridade educativa, no Reino Unido, para todas as crianças, em conjugação com o fornecimento de





serviços terapêuticos dentro do contexto escolar para as crianças que já revelam problemas, salientaria o valor do meio escolar e reduziria o estigma actualmente associado às dificuldades comportamentais e emocionais. A iniciativa de reduzir o *bullying* foi implementada com êxito em algumas escolas do Reino Unido (Smith e Thompson, 1991). Seria vantajoso prestar-se uma atenção permanente à praticabilidade desta estratégia, em conjugação com o estudo de um modelo mais abrangente de oportunidade escolar, tal como aquele desenvolvido por Comer, para que a saúde mental infantil se torne uma preocupação para toda a comunidade escolar. Iniciativas tais como o Dia Mundial da Saúde Mental conduziram ao desenvolvimento de materiais sobre saúde mental para ser usado nas escolas como componente do currículo geral da aula. É necessário desenvolver uma política a nível nacional, reconceptualizando o desenvolvimento comportamental e desenvolvimental infantil dentro de um quadro ecológico e pró-activo que forneça suporte positivo para toda a escola em conjugação com intervenção terapêutica no terreno para as crianças em risco de desenvolver sérias dificuldades. Desta forma promover-se-á a saúde mental das crianças, professores e pais.

## BIBLIOGRAFIA

- Attie, I e Brooks-Gunn, I (1992). Development issues in the study of eating problems and disorders. In: J.H. Crowther, S.E. Hobfoll, M.A.P. Stephens e D.L. Tennenbaum (Eds). *The etiology of bulimia: the individual and familial context* (pp. 35-50). Washington, DC: Hemisphere.
- Auditt Commission (1994). *Seen but not heard. Co-ordinating community child health and social services for children in need*. London: HMSO.
- Barnes McGuire, J., Stein, A. e Rosenberg, W. (1997). Evidence-based medicine and child mental health services. A broad approach to evaluation is needed. *Children & Society*, 11, 89-96.
- Barns, J., Stein, A., Smith, T., Pollock, J. e The Alspac Study Team (1997). Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast feed. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90, 551-559.
- Beardslee, W. (1983). *The way out must lead in: life histories in the civil rights movement*. Westport, CT: Lawrence Hill and Co.
- Beardslee, W. e DeMaso, D. (1982). Staff groups in pediatric hospital: content and coping. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 712-718.
- Beardslee, W. e Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: the importance of self-understanding and relationships. *The American Journal of Psychiatry*, 115, 63-69.
- Beardslee, W., Salt, P., Porterfield, K., Rothberg, P., Van de Velde, P., Swatling, S., Hoke, E., Moilanen, D. e Wheelock, I. (1993). Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychology*, 32, 254-263.
- Beardslee, W. e Wheelock, I. (1994). Children of parents with affective disorders: empirical findings and clinical implications. In: W.M. Reynolds e H.F. Johnston (Eds), *Handbook of depression in children and adolescents*. Plenum Press.
- Blyth, E. e Milner, J. (1993). Exclusion from school: a first step in exclusion from society? *Children & Society*, 7(3), 255-268.
- Bright, M. (1996). School's out. Forever. The Observer Review, 17 November, p.6.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Campell, S. (1990). *Behavior problems in preschool children: clinical and developmental issues*. New York: Guilford Press.
- Campell, S. (1995). Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.
- Cauce, A., Comer, J. e Schwartz (1987). Long term effects of a systems-oriented school prevention program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 127-131.
- Cohn, J., Campbell, S., Matias, R. e Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15-23.
- Coie, J., Watt, N., West, S., Hawkins, D., Asarnow, J., Markman, H., Ramey, S., Shure, M. e Long, B. (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Comer, J. (1985). The Yale New Haven Primary Prevention Project: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24(2), 154-160.
- Comer, J. (1988). Educating poor minority children. *Scientific American*, 259 (5), 42-48.
- Department for Education and Employment (1994). *Circular number 9/94. The education of children with emotional and behavioural difficulties*. London: DfEE.
- Dodge, K., Coie, J. e Brakke, N. (1982). Behavior patterns of socially rejected and neglected preadolescent: the roles of social approach and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 389-409.
- Dodge, K., Pettit, G., McClasky, C. e Browns, M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51 (2, n.º 213).
- Dolan, L., Kellam, S., Brown, C., Werthamer-Larsson, L., Rebeck, G., Mayer, L., Laudloff, J., Turkman, J., Ford, C e Wheeler, L. (1992). The short-term impact of two-classroom-based preventive interventions on aggressive and shy behavior and poor achievement. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 317-345.
- Downey, G. e Coyne, J. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S. e Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega, N., Goldstein, S. e Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.
- Finch, A., Lipovsky, J. e Casat, C. (1989). *Anxiety and depression in children and adolescents: negative affectivity or separate constructs? In: P.C. Kendall e D. Watson (Eds). Anxiety and Depression: distinctive and overlapping features* (pp. 171-202). San Diego, CA: Academic Press.
- Fleming, J. e Offord, D. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Garner, P. (1996). Case-study-evidence from offsite and pupil referral units. *Children & Society*, 10, 187-196.
- Gersh, I. e Nolan, A. (1994). Exclusions: what the children think. *Educational Psychology in Practice*, 10(1), 35-45.
- Gordon, D., Harnmen, C., Adrian, C., Jaenick, C., Hiroto, D. e Burge, D. (1989). Observations of interactions of depressed women with their children. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 50-55.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. e Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harter, S. (1990). Causes, correlates and the functional role of global self-worth: a life-span perspective. In: R. Stenberg e J. Kollogian (Eds). *Competence considered* (pp. 68-97). New haven, CT: Yale University Press.
- Hawkins, J., Catalano, R. e Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hayden, C. (1994). Primary age children excluded from school. *Children & Society*, 8, 257-273.
- Health Advisory Service (1995). *The commissioning role and management of Child and Adolescent Mental Health Services*. London: HMSO.
- Hinshaw, S., Labey, B. e Hart, E. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.

- Institute of Medicine (1994). *Report by the committee on the prevention of mental disorders* Washington, DC: National Academy Press.
- Jacobsen, R., Lahey, B. e Strauss, C. (1983). Correlates of depressed mood in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 11, 29-39.
- Jessor, H. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist* 48, 117-126.
- Kellam, S. (1990). Developmental epidemiologic framework for family research on depression and aggression. In: G.R. Patterson (Ed.), *Depression and aggression in family interaction* (pp. 11-48). Englewood Cliffs, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kellam, S., Branch, J., Agrawal, K. e Ensminger, M. (1975). *Mental health and going to school* Chicago, IL: Chicago University Press.
- Keller, M., Beardslee, W., Dorer, D., Lavori, P., Samuelson, H. e Klerman, G. (1986). Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. *Archives of General Psychiatry* 43, 930-937.
- Kingston, P. (1996). Damage limitation. The boy who came in from the cold. *Education Guardian*, 26 Novembro, 2-3.
- Kochanska, G., Kuczynski, L., Yarrow, M. e Welsh, J. (1987). Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young children. *Journal of Abnormal Psychology* 15, 441-456.
- Kolvin, I. e Bhat, S. (1990). Non-delinquent conduct disorders. In: P. Blugless e P. Borden (Eds), *Principles and practice of forensic psychiatry* (pp. 1021-1026). Edinburg: Churchill Livingstone.
- Kovacs, M. (1990). Comorbid anxiety disorders in childhood-onset depression. In: J. D. Maser e C.R. Cloninger (Eds), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 272-281). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kurtz, Z., Thorner, R. e Wolkind, S. (1994). *Services for the mental health of children and young people in England. A national review*. London: Department of Public Health.
- Lazar, I. e Darlington, R. (1982). Lasting effects of early education: a report from the consortium for longitudinal studies. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 47, 2-3.
- Levitt, M., Selman, R. e Richmond, J. (1991). The psychosocial foundations of early adolescent's high-risk behavior: implications for research and practice. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 349-378.
- Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance abuse. Evidence for developmental progressions. In: B. Lahey e A. Kazdin (Eds), *Advances in clinical child psychology*; volume II, (pp. 73-124). New York: Plenum Press.
- Loeber, R., Brinhaupt, V. e Green, S. (1990). Attention deficits, impulsivity, and hyperactivity with or without conduct problems: relationships to delinquency and unique contextual factors. In: R.J. McMahon e R. Peters (Eds), *Behavior disorders of adolescence*. New York: Plenum Press.
- Maughan, B. (1988). School experienced as risk/protective factors. In: M. Rutter (Ed.), *Studies of psychosocial risk: the power of longitudinal data* (pp. 200-220).
- McGuire, J. e Earls, F. (1991). Prevention of psychiatric disorders in early childhood. *Journal of Child Psychology* 31, 129-153.
- McGuire, J. e Richman, N. (1986 a). Screening for behaviour problems in nurseries: the reliability and validity of the Preschool Behaviour Checklist. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 27, 7-13.
- McGuire, J. e Richman, N. (1987). Outcome of behaviour problems in the preschool setting. *Child: Care, Health and Development*, 13, 403-414.
- McGuire, J. e Richman, N. (1989). Management of behaviour problems in day nurseries. *Early Child Development and Care*, 45 (special issue), 1-127.
- Merikangas, K., Weissman, M., Prusoff, B. e John, K. (1988). Assortative mating and affective disorders: psychopathology in offspring. *Psychiatry* 51, 48-57.
- Miler, A. (1996). *Pupil behaviour and staff culture*. London: Cassell.
- Moffitt, T. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Mortimore, P., Sammons, P., Stoll, L., Lewis, D. e Ecob, R. (1998). *School matters: the junior years* Wells, Somerset: Open Books.
- National Institute of Mental Health (1993). *The prevention of mental health disorders: a national research agenda*. Bethesda, MD: NIMH.
- OFSTED (1995). *Pupil referral units. The first twelve inspections* London: HMI.
- OFSTED (1996). *Exclusions from secondary schools 1995-1996*. London: HMSO.
- Olweus, D. (1978). *Aggression in schools: bullies and whipping boys* Washington DC: Hemisphere Press.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: what we know and what we can do* Oxford: Blackwell Publishers.
- Olweus, D. (1994). Annotation: bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35, 1171-1190.
- Parker, J. e Asher, S. (1987). Peer relations and later personal adjustment: are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Parsons, C. (1996). Permanent exclusions from schools in England in the 1990s: trends, causes and responses. *Children & Society* 10, 177-186.
- Paffrey, V. (1995). Failed children or systems failure? In: P. Farrell (Ed.), *Children with emotional and behavioural difficulties: strategies for assessment and intervention* (pp. 127-134). London: Falmer Press
- Passmore, B. (1996). Spotlight falls on limbo pupils. *Times Education Supplement*, 15 de Novembro.
- Patterson, G., Reid, J. e Dishion, T. (1992). *Antisocial boys* Eugene, OR: Castalia.
- Pugh, G. e McQuail, S. (1995). *Effective organisation of early childhood services* London: National Children's Bureau.
- Reid, J. (1993). Prevention of conduct disorder before and after school entry: relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology* 5, 243-262.
- Renouf, A. e Harter, S. (1990). Low self-worth and anger as components of depressive experience in young adolescents. *Development and Psychopathology* 2, 293-310.
- Richman, N., Stevenson, J. e Graham, P. (1982). *Preschool to school. A behavioural study* London: Academic Press.
- Richters, I. e Cichetti, D. (1993). Mark Twain meets DSM-III-R: Conduct disorder, development and the concept of harmful dysfunction. *Development and Psychopathology* 5, 5-29.
- Robins, L. (1966). *Deviant children grow up*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Rutter, M. (1985). Family and school influences on behavioural development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26, 349-368.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives. In: M. Rutter, C. Izard e P. Read (Eds), *Depression in young people: developmental and clinical perspectives* (pp. 3-30). New York: Guilford Press.
- Rutter, M. (1990). Commentary: some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental Psychology* 26, 60-67.
- Rutter, M. (1991). Services for children with emotional disorders. *Young Minds Newsletter* 9, 1-5.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. e Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 17, 35-56.
- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P. e Ouston, J. (1979). *Fifteen thousand hours: secondary schools and their effects on children*. London: Open Books.
- Rutter, M. e Quinton, D. (1984). Long-term follow-up of women institutionalised in childhood: factors promoting good functioning in adult life. *British Journal of Developmental Psychology* 18, 25-234.
- Sameroff, A. e Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: F. D. Horowitz, M. Hetherington e S. Scarr-Salopatek (Eds), *Review of child development research*, 4th. edition (pp. 187-244). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Schwartz, C., Dorer, D., Beardslee, W., Lavori, P. e Keller, M. (1990). Maternal expressed emotion and parental affective disorder: risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *Journal of Psychiatric Research* 24, 231-250.
- Schweinhart, L. e Weikart, D. (1993). A summary of significant benefits. *The High Scope Perry Pre-School Project study through age 27*. Ypsilanti, MI: High Scope.
- Selman, R. (1980). *The growth of interpersonal understanding: developmental and clinical analyses* New York: Academic Press.
- Selman, R. e Schultz, L. (1990). Making a friend in youth: developmental theory and pair therapy. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Selman, R., Schultz, L. e Yeates, K. (1991). Interpersonal understanding and action : a development and psychopathology perspective on research and intervention. In: D. Cichetti e S.L. Toth (Eds), *Rochester symposium on developmental psychopathology*, volume 3 (pp. 289-329). Hillsdale, NJ: Erlbaum.



- Selman, R., Schultz, L., Nakkula, M., Barr, D., Watts, C. e Richmond, J. (1993). Friendship and fighting: a developmental approach to the study of risk and prevention. *Development and Psychopathology*, 4, 529-558.
- Smith, P. e Thompson, D. (1991). *Practical approaches to bullying*. London: David Fulton.
- Spivack, G. e Shure, M. (1974). *Social adjustment of young children: a cognitive approach to solving real life problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sroufe, A. e Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Journal of Child Development*, 55, 705-711.
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S. e Fairburn, C. (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 733-748.
- Suomi, S. (1991). Primate separation models of affective disorder. In: J. Madden (Ed), *Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp. 195-214). New York: Raven Press.
- Sylva, K. (1994). School influences on children's development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 135-170.
- Todman, J., Justice, S. e Swanson, I. (1991). Disruptiveness and referral to educational psychology services. *Educational Psychology in Practice*, 6, 199-202.
- Tremblay, R., McCord, J., Boileau, H., Charlebois, P., Gagnon, C., LeBanc, M. e Larivee, S. (1991). Can disruptive boys be helped to become competent? *Psychiatry*, 54, 148-161.
- Vernberg, E. (1990). Psychological adjustment and experiences with peers during early adolescence: reciprocal, incidental, or unidirectional relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 187-198.
- Webster-Stratton, C. e Herbert, M. (1993). *Troubled families-problem children. Working with parents: a collaborative process*. New York: John Wiley & Sons.
- Weissman, M., Leif, P. e Bruce, M. (1987). Single parent women. *Social Psychiatry*, 22, 29-36.
- White, J., Moffitt, T., Earls, F., Robins, L., Silva, P. (1990). How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology*, 28(4), 507-533.
- Yeates, K., Schultz, L. e Selman, R. (1991). The development of interpersonal negotiation strategies in thought and action: a social-cognitive link to behavioral adjustment and social status. *Merrill-Palmer Quarterly*, 37, 369-405.
- Zuravin, S. (1988). Severity of maternal depression and three types of mother-to-child aggression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 377-389.

