

sobre mim” ($b_{(i1)} = -0.178$; $\chi^2_{(1)}$ Wald = 6.125; $p < 0.01$; $OR = 0.837$), 5 - “pensar que nada me poderá ajudar” ($b_{(i5)} = -0.428$; $\chi^2_{(1)}$ Wald = 43.941; $p < 0.001$; $OR = 0.652$), 7 - “pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde” ($b_{(i7)} = 0.264$; $\chi^2_{(1)}$ Wald = 5.229; $p < 0.05$; $OR = 1.302$), 8 - “pensar que o tratamento tem efeitos secundários” ($b_{(i8)} = 0.330$; $\chi^2_{(1)}$ Wald = 12.150; $p < 0.001$; $OR = 1.391$), e 9 - “ser muito tímido, sentir vergonha” ($b_{(i9)} = -0.296$; $\chi^2_{(1)}$ Wald = 22.911; $p < 0.001$; $OR = 0.744$). Também apresentam significado estatístico a familiaridade ($b_{(familiaridade)} = -0.104$; $\chi^2_{(1)}$ Wald = 146.995; $p < 0.001$; $OR = 0.901$), o estigma pessoal ($b_{(estigma pessoal)} = -0.016$; $\chi^2_{(1)}$ Wald = 7.177; $p < 0.01$; $OR = 0.984$) e o estigma percebido ($b_{(estigma percebido)} = -0.404$; $\chi^2_{(1)}$ Wald = 41.230; $p < 0.001$; $OR = 0.667$).

Tabela 3 - Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável “pedido de ajuda” em função em função das perceções relativamente às barreiras percebidas, familiaridade e estigma pessoal e percebido acerca da depressão (N=4938)

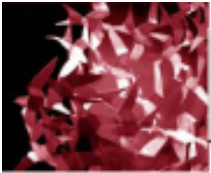
Itens/variáveis	IC 95% EXP(B)					
	Exp(B)			Inferior	Superior	
(i1) Opinião negativa sobre mim...	-0.178	.072	6.125**	.837	.727	.964
(i5) Pensar que nada me poderá ajudar...	-0.428	.065	43.941***	.652	.574	.740
(i7) Dificuldades em aceder profissional...	0.264	.115	5.229*	1.302	1.038	1.632
(i8) Efeitos secundários...	0.330	.095	12.150***	1.391	1.155	1.675
(i9) Ser muito tímido, sentir vergonha...	-0.296	.062	22.911***	.744	.659	.840
Familiaridade (1)	-0.104	.009	146.995***	.901	.886	.916
Estigma pessoal acerca da depressão	-0.016	.006	7.177**	.984	.973	.996
Estigma percebido acerca da depressão	-0.404	.063	41.230***	.667	.590	.755
Constante	2.911	.187	243.566***	18.380		

$G^2_{(9)} = 304.528$; $p < .001$; R^2 Cox & Snell = .061; R^2 Nagelkerke = .083

Graus de liberdade = 1; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Realça-se deste modo que os adolescentes e jovens que têm intenção de pedir ajuda no caso de sofrer de uma depressão, é mais provável que não receiem que as pessoas tenham uma opinião negativa de si, não perspetivem que não há nada que se possa fazer. Contudo, consideram que é difícil aceder aos profissionais, nos efeitos secundários da medicação, mas não consideram que ser tímido e ter vergonha tenha influência como impedimento ao pedir ajuda.

Não ter familiaridade ou contacto com doentes, é um preditor significativo da intenção de pedir ajuda, assim como níveis mais baixos de estigma pessoal e estigma percebido, comparativamente com aqueles que não têm intenção de pedir ajuda.

**Discussão/conclusão:**

Em termos de intenção de procura de ajuda em saúde mental os estudos revelam que os indivíduos apresentam maior intenção de procura de ajuda para a depressão, comparativamente a outras perturbações mentais recorrentes nestas faixas etárias (Wright, Jorm, & Mackinnon, 2011).

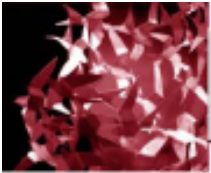
Os resultados do presente estudo revelam que existe uma margem considerável de adolescentes e jovens, que têm intenção de pedir ajuda (61.7%) caso venham a sofrer de um problema similar ao relatado na vinheta, um valor ainda assim inferior à apresentada noutros estudos (Burns & Rapee, 2006; Jorm, Wrigth & Morgan, 2007; Reavley & Jorm, 2011).

Poderá ajudar a explicar estes resultados o facto da procura de ajuda implicar a expressão do domínio da vida pessoal e íntima, e neste sentido alguns jovens receiam a exposição aos outros, sejam eles familiares, namorados ou mesmo amigos, o que poderá aumentar relativamente aos profissionais de saúde mental.

É provável que muitos adolescentes e jovens não consigam colocar-se ou entender a situação descrita na vinheta, quer seja por imaturidade emocional (Rickwood et al., 2005; Jorm, 2012), desconhecimento, quer ainda por considerar que estes sintomas constituam aquilo que se designa habitualmente como “crise da idade”, uma situação transitória que passa com o tempo. As implicações que decorrem destes factores têm impacto na intenção de procura de ajuda, podendo aumentar o tempo que decorre entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o recurso à ajuda profissional. É um facto assumido que o atraso na procura de ajuda tem implicações directas nos resultados em saúde (Jorm, 2012).

Relativamente ao estudo das fontes informais de ajuda, os estudos evidenciam diferentes pessoas a quem os adolescentes e jovens podem recorrer para procurar ajuda e apoio, nomeadamente, familiares, amigos e inclusive professores. Existe também documentado na literatura o facto de os adolescentes e jovens preferirem as fontes informais de ajuda (Sheffield, Fiorenza, & Sofronoff, 2004; Rickwood et al., 2005; Jorm, 2012).

No presente estudo, à excepção dos amigos, todas as restantes pessoas são consideradas para o pedido de ajuda, assumindo a mãe um papel de destaque. O não considerar os amigos como pessoas com quem falaria, pode dever-se a muitos factores, nomeadamente não lhe reconhecerem competências para prestar ajuda,



questões de anonimato e confidencialidade e inclusivamente a percepção de que eles desconhecem e não valorizam os sintomas.

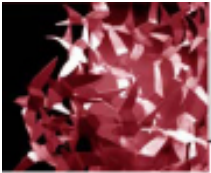
Ainda que estes resultados sejam promissores em termos de saúde mental salienta-se que as fontes informais são importantes mas não suficientes. Podem mesmo ser prejudiciais se a informação prestada for imprecisa e sem utilidade, tendo como consequência o agravamento dos sintomas e o atraso na procura de ajuda especializada (Power, Eiraldi, Clarke, Mazzuca, & Krain, 2005; Jorm, 2012). Uma das respostas possíveis para estes problemas, passa por exemplo pela generalização da formação e sensibilização da população sobre as questões da primeira ajuda em saúde mental.

Relativamente à 3.^a questão de investigação, os resultados encontrados são idênticos aos observados noutros estudos (Jorm et al., 2007; Calear et al., 2011).

Diversos fatores poderão ser evocados para justificar estes resultados. Observa-se que o medo da opinião dos outros, o pensar que nada poderá ajudar e a timidez e vergonha não constituem barreiras à intenção de procura de ajuda, pelo contrário, podem conduzir à procura. É provável que se trate de um resultado das campanhas de sensibilização da opinião pública acerca da depressão, que apresentam esta perturbação como algo que pode acontecer a qualquer pessoa em qualquer momento, não sendo sinónimo de fraqueza pessoal (Loureiro et al., 2008).

No entanto, as dificuldades em aceder aos profissionais de saúde mental e o medo dos efeitos secundários dos psicofármacos são considerados impedimentos ao pedido de ajuda. Relativamente aos profissionais e serviços de saúde, pode dever-se à complexidade e acessibilidade à rede de cuidados de saúde mental. Tanto os jovens como os adultos tendem a não saber aceder e navegar nos cuidados de saúde mental, quando esta componente é fundamental para a procura de ajuda, como referem Rickwood et al. (2005).

No que concerne aos efeitos dos medicamentos, o resultado obtido é também semelhante ao de outros estudos, tanto em populações jovens como de adultos. Existe a crença generalizada de que dos psicofármacos causam dependência, não resolvem os problemas e têm o «efeito zombie» (Loureiro et al., 2008; Jorm, 2012). O principal dado a reter neste caso vem da evidência que sugere que estas crenças podem implicar a não utilização dos medicamentos quando prescritos e a descontinuidade dos tratamentos (Jorm et al., 2007).



Em termos de estigma pessoal e percebido, os resultados evidenciam uma discrepância entre aquilo que os adolescentes e jovens pensam da depressão e aquilo que eles pensam que a sociedade pensa. Esta diferença, patente noutros estudos (Griffiths, Christensen, Jorm, Evans, & Groves, 2004; Griffiths et al., 2006; Jorm & Wright, 2008; Calcar et al., 2011;) é preocupante, por um lado pelo efeito que as expectativas sociais podem criar nos adolescentes e jovens, levando-os a sobrevalorizar o estigma percebido, por outro poderá reforçar o efeito negativo que esta barreira invisível tem na decisão de procura de ajuda (Rickwood et al., 2005; Rickwood & Thomas, 2012).

Atendendo aos resultados deste estudo, conclui-se a necessidade emergente de desenvolver programas ao nível da literacia em Saúde Mental, quer para os adolescentes e jovens, quer ainda para pais e profissionais de educação. A título de exemplo pode-se referir dois programas a decorrer em Portugal e no qual se enquadra este estudo, nomeadamente o programa «Feliz Mente» (<http://felizmente.esenfe.pt>) e o programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra), desenvolvido a partir do Mental Health First Aid (www.mhfa.com.au).

Potenciar a procura de ajuda quando necessário significa reduzir o tempo que medeia o aparecimento dos primeiros sintomas e a prestação de cuidados de saúde adequados. Sendo a adolescência e juventude períodos críticos em termos de desenvolvimento, a intervenção precoce ao nível da saúde mental evita o agravamento dos sintomas, não comprometendo o futuro pessoal e profissional dos indivíduos.

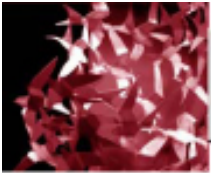
Referências:

Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425.

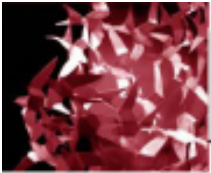
Associação Americana de Psiquiatria. (2006). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.

Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 29 (7), 983-1002.

Burns, J. R. & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29 (2), 225-239.



- Calear, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2011). Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: magnitude and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 129, 104-108.
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*, 8 (125).
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 342 -349.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka K., Jorm, A. F., & Nakane H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6 (21).
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry*, 12 (81).
- Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. (2007). Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *Medical Journal of Australia*, 187 (10), 556-560.
- Jorm, A. F. & Wright, A. (2008). Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 144-149.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67 (3), 231-243.
- Kelly, C. M., Mithen, J. M., Fischer, J. A., Kitchener, B. A., Jorm, A. F., Lowe, A., & Scanlan, C. (2011). Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5 (1).
- Loureiro, L. M., Dias, C., & Aragão, R. (2008). Crenças e Atitudes acerca das Doenças e dos Doentes Mentais: Contributos para o Estudo das Representações Sociais da Loucura. *Revista de Enfermagem Referência*, II (8), 33-44.



Loureiro, L. M., Mendes, A. M., Barroso, T. M., Santos, J. C., Oliveira, R. A., Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III (6), 157-166.

Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012). Tradução, Adaptação e Validação de um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) para Adolescentes e Jovens Portugueses a partir de um *Focus Group*. *Revista Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.

Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Power, T.J., Eiraldi, R.B., Clarke, A.T., Mazzuca, L.B., & Krain, A.L. (2005). Improving mental health service utilization for children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 20, 187-205.

Reavley, N. & Jorm, A. F. (2011). Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45 (10), 890-898.

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3).

Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 2 (5), 173-183.

Sheffield, J., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' Willingness to Seek Psychological Help: Promoting and Preventing Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (6), 495-507.

Wright, A., Jorm A. F., & Mackinnon, A. J. (2011). Labeling of mental disorders and stigma in young people. *Social Science & Medicine*, 73 (4), 498-506.