

- ▶ Jornadas de Pneumologia e Cuidados Respiratórios em contexto hospitalar e domiciliário
- ▶ Um dia com a grávida
- ▶ Consulta dos Bonecos

## Nomeação do novo Conselho de Administração



# índice

- 2** Editorial
- 3** Nomeação do novo Conselho de Administração
- 4** Jornadas de Pneumologia e Cuidados Respiratórios - 3ª Edição - Ventilar
- 5** “Um dia com a grávida”
- 6** Consulta de Alterações de Deglutição
- 7** Vertigem Posicional Paroxística Benigna
- 8** Consulta dos Bonecos
- 9/12** Suplemento Científico: Incluir – “Oficinas para todos e para cada um” - Estudo observacional e piloto em Portugal

## ficha técnica

**Propriedade:**  
Hospital Distrital de Santarém, EPE  
Avenida Bernardo Santarém  
2005-177 Santarém

**Direção:**  
Conselho de Administração

**Contatos:**  
Telef. 243 300 200

**E-mail:**  
hdsinforma@hds.min-saude.pt

**Site:**  
www.hds.min-saude.pt

A newsletter **HDS*In*Forma** é uma publicação bimestral do Hospital Distrital de Santarém, EPE que integra o Suplemento Científico.

**Edição:**  
Marta Bacelar | Helena Graís  
**Impressão:** Frases Ilustradas, Lda  
**Tiragem:** 500 exemplares (Distribuição Gratuita)

# editorial



As minhas primeiras palavras para os leitores da revista HDS*In*Forma são, como não poderia deixar de ser, que é com grande orgulho e sentido de responsabilidade que aceitei o cargo de Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Santarém para o qual fui convidada pelo Ministério da Saúde e que mereceu a aprovação da CRESAP – Comissão de Recrutamento e Seleção Para a Administração Pública.

A tarefa que temos pela frente, não é, como seria de esperar, nem fácil nem recomendável para corações fracos.

Volto, como nos romances policiais, ao “*local do crime*” – Santarém!

Em 1986, ainda jovem, iniciei a minha atividade como profissional, no Centro Cultural e Regional de Santarém, da qual lembro agora os momentos de grande camaradagem e as amizades que por ali encontrei.

Passadas mais de três décadas, o regresso está marcado pelas dificuldades que a gestão duma Instituição como o Hospital de Santarém não deixará de colocar. Dificuldades que teremos de ultrapassar com uma prática de transparência e rigor. A tanto nos obrigam os nossos doentes, utentes, profissionais e parceiros nesta caminhada no seio do Serviço Nacional de Saúde.

Contamos com o apoio convicto das forças vivas da cidade e do Distrito bem como das críticas e elogios sinceros da população que no dia-a-dia fazem do Hospital de Santarém um local onde, em momentos difíceis, vão com a esperança de lá saírem com mais e melhor saúde.

A nossa tarefa não vai ser fácil, nem esperávamos que o fosse!

Só o futuro nos dirá se fomos bem-sucedidos.

*Dr.ª Ana Infante | Presidente do C.A.*

## Nomeação do novo Conselho de Administração

Texto e Fotos Marta Bacelar

Pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2018 de 20 de julho, e sob proposta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, foi nomeado o novo Conselho de Administração (CA) do Hospital Distrital de Santarém, EPE (HDS), para um mandato de três anos.

Iniciou funções no dia 30 de julho e é constituído pelos seguintes membros: Presidente – Dr.ª Ana Infante

Vogal Executiva – Dr.ª Sónia Sanfona

Vogal Executivo – Dr. Miguel Silva

Diretor Clínico – Dr. Paulo Sintra

Enfermeiro Diretor – Enf.º João Formiga.

A Presidente do Conselho de Administração é Administradora Hospitalar desde 1990, além das responsabilidades inerentes ao seu cargo, assumiu a coordenação no HDS das seguintes áreas: Gestão de Tecnologias de Informação, Planeamento e Controlo de Gestão, Desenvolvimento e Organização, Comunicação e Imagem, Gestão de Doentes, Instalações e Equipamentos.



Enf. João Formiga | Dr. Paulo Sintra | Dr.ª Ana Infante | Dr. Miguel Silva | Dr.ª Sónia Sanfona

A Vogal Executiva, Dra. Sónia Sanfona, é licenciada em Direito e pós graduada em Direito Biomédico, tendo assumido a gestão das áreas de Recursos Humanos, Serviço Social e Gabinete do Cidadão.

O Diretor Clínico, Dr. Paulo Sintra, é especialista em Cirurgia Geral, com competência em Gestão de Unidades de Saúde pela Ordem dos Médicos e Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde pelo ISCTE Business School, sendo-lhe atribuída a responsabilidade pela gestão das áreas de Prestação de Cuidados Clínicos.

O Enfermeiro Diretor, Enfermeiro João Formiga, é licenciado em

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, pós-graduado em Formação e Supervisão Pedagógica, com mestrado em Enfermagem Avançada e pós-graduado em Gestão de Unidades de Saúde. Foi-lhe atribuída a gestão das áreas da Direção de Enfermagem, Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade, Gestão do Risco e Central de Esterilização.

O novo Conselho de Administração integra um membro proposto pelo Ministro das Finanças, Dr. Miguel Silva, licenciado em Economia, ficando responsável pela gestão das áreas Financeira, Aprovisionamento e Hoteleira.

O Conselho de Administração, dando cumprimento à Missão e Visão do Hospital, pauta-se pela defesa de um Serviço Nacional de Saúde que responda às necessidades e anseios da população que serve e conta com a colaboração, empenho e motivação de todos os colaboradores desta Instituição.



Dr.ª Ana Infante

Exerceu atividade desde 2007 até à data atual no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Exerceu ainda funções no Instituto Português do Sangue, no Hospital Pulido Valente, no Hospital de Santa Cruz e no Centro Hospitalar de Cascais, com responsabilidade nas diversas áreas de gestão. Foi Administradora-Delegada dos Hospitais Distritais do Fundão e da Covilhã e foi Vogal Executiva do Centro Hospitalar da Cova da Beira. Exerceu ainda a função de Vice-presidente do Serviço Nacional de Proteção Civil.

# Jornadas de Pneumologia e Cuidados Respiratórios em contexto hospitalar e domiciliário

Texto Gustavo Reis<sup>1</sup> Fotos Serviço de Pneumologia e Just News

3ª edição

# ventilar

O Serviço de Pneumologia do Hospital Distrital de Santarém, organizou no passado dia 11 de Maio, a **3.ª edição de Ventilar - Jornadas de Pneumologia e Cuidados Respiratórios em contexto hospitalar e domiciliário**.

Nestas jornadas, dirigidas aos profissionais de saúde habitualmente envolvidos no tratamento e seguimento dos doentes respiratórios estiveram presentes cerca de 200 participantes, entre os quais médicos, enfermeiros, cardiopneumomologistas e fisioterapeutas.

Na perspetiva da comissão organizadora existe uma grande necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde, para a patologia respiratória do sono e reabilitação respiratória, com incentivo à melhoria da qualidade em saúde, promovendo a excelência na prática clínica e a articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários.

A intervenção inicial das Jornadas, foi da responsabilidade de Susana Sousa, secretária da Comissão de Trabalho de Patologia Respiratória do Sono da

Sociedade Portuguesa de Pneumologia, seguida de um painel de discussão que integrou o Dr. Joaquim Saraiva, Diretor do Serviço de Pneumologia e Marília Boavida, Diretora Clínica do ACES Lezíria, que abordou a articulação entre os cuidados de saúde primários e o hospital no que respeita à patologia do sono.

O programa contemplou ainda duas mesas redondas intituladas "Seguimento e referência de doentes com SAOS nos cuidados de saúde primários" e "Reabilitação Respiratória. Como? Quando? Onde? Com quem?", que contaram com a preleção de vários profissionais de saúde, entre os quais, pneumologistas, fisiatras, cardiopneumologistas e fisioterapeutas.



Dotados de um carácter mais prático decorreram *workshops* dedicados à execução e interpretação da gasimetria arterial, interpretação de relatórios de ventilação não invasiva no seguimento de doentes com SAOS, ensino de terapia inalada e gestão organizacional da ventilação não invasiva. A componente de inclusão destas Jornadas e o facto de não ser habitual uma reunião científica dar igual relevância aos cuidados respiratórios em contexto hospitalar e domiciliário, é responsável pelo interesse que a iniciativa tem suscitado, constituindo um factor verdadeiramente motivador para a comissão organizadora, que deu já início ao planeamento da edição do próximo ano.

<sup>1</sup>Assistente Hospitalar de Pneumologia



# UM DIA COM A GRÁVIDA

Texto Sofia Sousa<sup>1</sup>; Liane Lúcio<sup>1</sup> Foto Carolina Rocha<sup>2</sup>

além disso, proporcionaram diversas informações relativas à gravidez, trabalho de parto e parto.

Os Serviços de Obstetrícia e a Neonatologia apresentaram o tema da família e da importância do papel dos avós. Foi ainda disponibilizado um espaço para massagens às grávidas, ecografias 3D e 4D, um espaço para sessão fotográfica às grávidas, o Hospital da Bone-

cada (com o apoio da Faculdade de Medicina de Lisboa), uma Feirinha de artesanato e muitas actividades para toda a família, ao longo de todo o dia.

Relativamente à parte programática, este ano contámos com uma mesa redonda, com relatos de papás, na primeira pessoa, de experiências vividas recentemente na nossa maternidade. No que concerne ao papel do pai durante o trabalho de parto, ficou claro para toda a plateia que cada vez mais a nossa maternidade é um

serviço dinâmico, proactivo, que vai de encontro aos novos conceitos de trabalho de parto e parto humanizado e, acima de tudo, que respeita a mãe e o pai enquanto elementos activos no nascimento do seu filho.

Foi ainda realizado um *Showcook* de comida saudável, dinamizado pela equipa Bimby, uma demonstração de dança com as crianças do Colégio Valle dos Príncipes, uma aula de Yoga para grávidas, um *flashmob* onde participaram várias grávidas do nosso Distrito e a organização do evento terminou da melhor forma, com um espectáculo musical excepcional, com a cantora Débora D'Oliveira, que encantou com a sua voz e encanto.

Pelo terceiro ano consecutivo este evento é um sucesso, pelo que a equipa da Maternidade do Hospital de Santarém está de parabéns, pelo seu trabalho, empenho e dedicação. E para o ano esperamos mais uma nova edição...

<sup>1</sup>Enfermeira Especialista; <sup>2</sup>Interna de Ginecologia/Obstetrícia

A 3ª edição de **UM DIA COM A GRÁVIDA** é um evento organizado pela Maternidade do nosso Hospital, que decorreu no passado dia 23 de Junho, no Jardim da República.

Ano após ano, este evento supera todas as expectativas no que diz respeito à organização, envolvimento e adesão por parte dos casais grávidos e recém papás, contando este ano com mais de 800 visitantes, ao longo de todo o evento.

O intuito deste evento era promover o trabalho que se desenvolve na nossa Maternidade, pelo que cada Serviço tinha um espaço, onde abria as portas aos casais grávidos, apresentando o trabalho desenvolvido pelos seus profissionais de saúde. Assim, o Bloco de Partos levou a conhecer aos visitantes o trabalho realizado pelos profissionais, na promoção do contacto pele com pele, entre o pai e o bebé, nas cesarianas, assim como a informação sobre a utilização da Bola de Pilates, durante o trabalho de parto. Para



# Consulta de Alterações de Deglutição

Texto Isabel Guerreiro<sup>1</sup>; Sara Fidalgo<sup>2</sup>; Mário Galveias<sup>3</sup> Fotos Serviço de ORL

A deglutição é um processo complexo que envolve múltiplas estruturas (lábios, língua, faringe, laringe, esófago), assim como a existência de uma excelente coordenação entre todas.

Quando existe uma alteração numa ou mais estruturas envolvidas na deglutição surgem os problemas de deglutição.

O Serviço de ORL do Hospital de Santarém realiza a **Consulta de Alterações da Deglutição** com o objetivo de avaliar doentes que apresentem alterações de deglutição, nomeadamente engasgamento por líquidos, alimentos pastosos ou sólidos. Avalia também doentes nos quais se suspeita da existência destas alterações devido a pneumonias de aspiração frequentes, tosse durante ou logo após a alimentação, "voz molhada" logo após a ingestão de líquidos, perda de peso ou desidratação.

Estas alterações podem surgir em doentes com alterações do sistema nervoso central como Acidente Vascular Cerebral, Doença de Parkinson, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, demência, doença de Alzheimer, doentes com neuropatia alcoólica e diabética, síndrome de Guillain-Barré, miastenia gravis, polimiosite, envelhecimento /idade ou associada a procedi-

mentos cirúrgicos como a cirurgia da coluna cervical, cirurgia da tireóide e cirurgia de tumores da cavidade oral e laringe. Por vezes também pode estar associada a fármacos.

A Consulta é realizada por um médico Otorrinolaringologista e uma Terapeuta da Fala. Após realizada a história clínica do doente, é realizado o exame objetivo da orofaringe e laringe onde se observa a oclusão labial, a arcada dentária, a alterações de sensibilidade do palato, a mobilidade das cordas vocais e sensibilidade da hipofaringe.

Seguidamente, realiza-se um exame específico denominado Videoendoscopia de Deglutição, realizado através da introdução de um endoscópio flexível pela fossa nasal até a hipofaringe, visualizando-se a zona da hipofaringe e laringe.

De seguida são dadas aos doentes quantidades predefinidas de diferentes consistências alimentares (néctar, líquido, pudim e bolacha) corados com azul de metileno, o que permite melhor visualização, de forma a observarmos se há retenção destes alimentos em algum local ou se há aspiração/penetração dos alimentos para a traqueia.

De acordo com as alterações encontradas, o doente é referenciado para uma consulta de terapia da fala, onde são prestadas variadas orientações no que diz respeito à alimentação. Nessas consultas, são realizados exercícios/manobras que permitem ultrapassar as alterações encontradas, tendo como principal objetivo uma alimentação eficaz e segura. Noutros casos pode ser



Fig. 1 - Videoendoscopia de deglutição

ponderada a colocação de sonda naso-gástrica ou PEG (gastrostomia percutânea endoscópica), para permitir uma alimentação com maior segurança. Com menos frequência, podem ser realizados outros procedimentos cirúrgicos adaptados ao caso específico de cada doente.

Esta consulta iniciou-se em Maio de 2017, tendo já sido avaliados e tratados nesta consulta mais de 120 doentes, provenientes principalmente dos Serviços de Medicina, Otorrinolaringologia, Medicina Física e de Reabilitação e Neurologia.

É nossa intenção sensibilizar enfermeiros para que venham no futuro rastrear nas enfermarias possíveis doentes com alterações de deglutição e formar um grupo de Disfagia neste Hospital, multidisciplinar, composto por Otorrinolaringologia, Terapia da Fala, Medicina Interna, Medicina Física e de Reabilitação, Gastroenterologia, Neurologia, Nutrição e Enfermagem.



Fig. 2 - Néctar, líquido, pudim e bolacha corados com azul de metileno

# Vertigem Posicional Paroxística Benigna

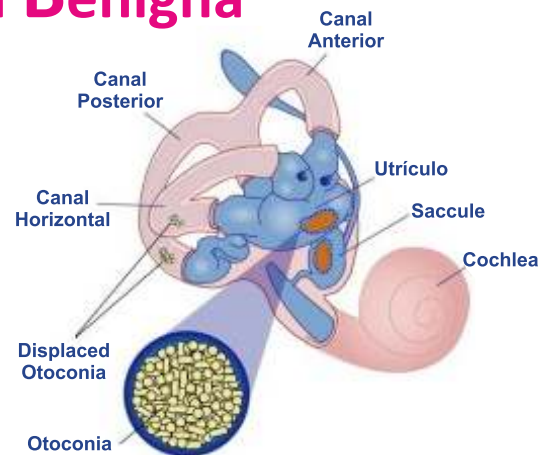
Texto Ana Margarida Simões<sup>1</sup>; Mário Galveias<sup>2</sup>

Cerca de um terço da população tem, em alguma fase da sua vida, sintomas relacionados com desequilíbrio ou tonturas e estas queixas são causa frequente de recurso ao Serviço de urgência. Pode atingir qualquer idade, a sua incidência aumenta exponencialmente na população idosa. A causa mais frequente de vertigem é a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), chegando aos 50% em algumas séries. O seu nome, descritivo, indica-nos algumas das suas características:

**V** - é uma verdadeira vertigem com sensação ilusória de movimento, frequentemente rotatória;  
**P** - é posicional, uma vez que apenas se manifesta em determinadas posições cefálicas;  
**P** - é paroxística, ou seja, ocorre subitamente (com estímulo posicional), não sendo mantida;  
**B** - e é benigna, em analogia com a sua topografia periférica e exame neurológico sem alterações. A VPPB resulta do deslocamento de pequenas otocónias (cristais) de carbonato de cálcio do utrículo vestibular, no ouvido interno, para 1 dos 3 canais que refe-

reenciam as 3 unidades no espaço e servem de pilar no equilíbrio, nomeadamente durante as rotações cefálicas e na fixação ocular. Estes cristais que se libertam passam a ser a causa de informação errada que chega aos centros reflexos e que origina movimentos característicos dos olhos (nistagmo) e conseqüentemente vertigem, daí que o diagnóstico seja feito olhando para os olhos do doente em determinadas posições provocatórias para definirmos o diagnóstico de VPPB, o lado afetado e finalmente o canal envolvido.

É também frequente a utilização de uma máscara com câmara para observação em pormenor dos movimentos oculares. Esta determinação precisa, permitirá proceder à terapia reabilitadora específica e assim atingir a cura desta patologia. Existem várias manobras diagnósticas para cada um dos canais, sendo a mais frequente a manobra de Dix-



Hallpike para o canal semicircular posterior. De acordo com as características do nistagmo encontrado, assim se prossegue para outra manobra diagnóstica ou para a manobra reabilitadora adequada.



Manobra de Dix-Hallpike

É importante salientar que nem todas as vertigens/tonturas posicionais são VPPB, existindo outras causas, nomeadamente metabólicas, cervicogénicas e centrais que podem ser causas de vertigem posicional.

<sup>1</sup>Assistente Hospitalar de ORL; <sup>2</sup>Diretor do Serviço de ORL

## CAUSAS

A causa não está esclarecida, mas sabe-se que o traumatismo craniano potencia o seu aparecimento e o atingimento bilateral.

Por outro lado, tratando-se de uma patologia frequente em idades mais avançadas, poderá ter algum componente degenerativo.

A VPPB pode ocorrer isolada ou associada a outras patologias do sistema vestibular, nomeadamente défice vestibular agudo, Doença de Menière, surdez súbita ou enxaqueca.

## TRATAMENTO

O tratamento com manobras reabilitadoras (fisioterapia específica) pode ser muito eficaz.

No entanto, sabe-se que existe uma percentagem considerável em que existe recorrência e alguns casos que não respondem às manobras.

Não existe tratamento medicamentoso eficaz para esta situação.


A avaliação e o correto diagnóstico permitirão a sua terapêutica mecânica adequada.

# Consulta dos Bonecos

Texto e Fotos Liliana Gabriel\*

A Equipa do Serviço de Pediatria realizou, no passado dia 11 de junho, a 6ª edição da Consulta dos Bonecos e acolheu mais um grupo de crianças, nesta edição oriundos do Jardim de Infância de S. Domingos, Agrupamento de Escolas Alexandre Herculano.

Este Projeto teve início em junho de 2012 e tem sido realizado todos os anos com uma Escola Básica ou Jardim de Infância da cidade de Santarém. São desenvolvidas atividades lúdico-pedagógicas com o objetivo de ultrapassar os receios que a vinda ao Hospital encerra, de forma a promover um sentimento de tranquilidade e bem estar das crianças que nos procuram.

O Serviço de Pediatria quer continuar a estreitar laços com a comunidade escolar, afastando o receio das batas brancas e agradece a todos os profissionais envolvidos neste Projeto. 

\*Educadora de Infância - Serviço de Pediatria



## Objetivos do Projeto:

- ▲ Desmistificar a ansiedade da vinda ao hospital;
- ▲ Inculcar nas crianças e nos adultos a importância do brincar;
- ▲ Ajudar as crianças a desenvolverem uma linguagem mais técnica;
- ▲ Desenvolver a criatividade;
- ▲ Fomentar a imaginação;
- ▲ Desenvolver a capacidade física, emocional e social da criança;
- ▲ Desenvolver a autonomia, autocontrole e confiança para a criança se expressar e comunicar.



# HDS Forum

SUPLEMENTO CIENTÍFICO

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém, EPE

## INcluir Oficinas para todos e para cada um

*Estudo observacional e piloto em Portugal*

Ricardo Miguel Vieira de São João - Escola Superior de Gestão e Tecnologia IPS & Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa-CEAUL; Teresa Coelho - Escola Superior de Saúde - IPS; Paula Pinheiro; Maria Teresa Massano; Carla Sofia Ferreira; Ana Mendes Castelo; Marta Bacelar - HDS



### RESUMO

As pessoas com doença mental (DM) são frequentemente confrontadas com o estigma e preconceito e sujeitas à exclusão social. Atento a essa realidade, o Serviço de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém (SPHDS) desenvolveu um projeto piloto de inclusão social para pessoas com DM. Na sua fase inicial agora retratada, o objetivo do estudo epidemiológico de tipo observacional, consistiu em aferir na comunidade o estigma na DM através da aplicação de um questionário a 414 indivíduos. Foram avaliadas questões sociodemográficas, psicossociais e de estereótipos associados à DM. Resultados: 18% dos inquiridos referiram sofrer ou já ter sofrido de uma DM e 40% já ter tido contacto com alguém da família com DM. Perante o cenário de na comunidade haver um doente com DM grave, 59,2% diz ser a favor do tratamento médico compulsivo e 44,5% pelo seu internamento hospitalar. Conclusão: o estudo revela não indiferença a esta patologia e existência de estigma.

### INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença mental (DM) pode provocar na pessoa alterações da capacidade de pensar, sentir, fazer juízos críticos, lidar com a realidade e estabelecer fortes relações pessoais (Neeb, 2000), alterações que se podem constituir como fatores de vulnerabilidade, nomeadamente no que se refere ao estigma. O estigma da DM, está presente na nossa sociedade e pode representar para a pessoa doente não só uma importante fonte de sofrimento como dificultar a concretização dos seus projetos indivi-

duais, o que justifica que desde 2005 o estigma tenha tido um enfoque especial por parte da OMS. Em Portugal apesar das campanhas anti-estigma realizadas, o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) veio reafirmar o forte estigma na população portuguesa face à DM e considera-o como uma ameaça ao programa de saúde a esta população específica (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2012). O PNSM procura desenvolver programas para as populações em risco na comunidade, por forma a evitar o afastamento de doentes do seu meio natural, bem como fomentar

estratégias que evitem a estigmatização das pessoas com doença mental (DM) e problemas tipicamente associados à DM não tratada, tais como a deterioração social e cognitiva, o desemprego, o abuso de substâncias e a sobrecarga familiar. As pessoas com DM são com frequência confrontadas com o estigma e preconceito, aumentando assim o risco de exclusão social, com impacto nos aspetos familiares, laborais, sociais, afetivos e relacionais. O Diagnóstico Social no Município de Santarém (CLASS, 2013) elaborado pelo Conselho Local de Ação Social, identifica a

saúde mental como um dos eixos no qual é necessário atuar; facto esse igualmente corroborado no Relatório Saúde Mental na Lezíria e Médio Tejo (Rede Social, 2015), que ainda aponta a escassez de soluções de inclusão social para essa patologia.

A presente investigação, encontra-se inserida no Projeto de inclusão social para pessoas com DM, “/Incluir-Ofic/Nas para todos e para cada um”, baseado na criação de “oficinas artísticas” e co-financiado pela Fundação EDP. O projeto teve como objetivo avaliar o impacto das oficinas na diminuição do estigma da DM e na exclusão social, potenciando as competências pessoais, relacionais e artísticas dos participantes e consequente aceitação e reconhecimento do valor das pessoas com DM pela comunidade. Nesse sentido, foram criados dois grupos: um grupo de controlo constituído por indivíduos sem DM e outro grupo constituído por indivíduos com DM. Nessa medida, o Projeto pretende criar respostas diferenciadas no combate à exclusão social e no aumento da auto-estima. O projeto teve início em dezembro de 2016 e a duração de um ano.

## METODOLOGIA

Considera-se o estudo realizado como um estudo epidemiológico de tipo observacional. O objetivo geral é o de aferir na comunidade da área de intervenção do HDS o estigma na DM. Com recurso à estatística multivariada, foram analisadas relações/associações do estigma na DM com variáveis demográficas, socioeconómicas e psicossociais.

## População e amostra

Um aspeto pertinente consiste no cálculo da dimensão amostral, ou

seja, o número de respondentes que deverá figurar no estudo para que as conclusões possam ter um carácter inferencial. Uma vez que o HDS está inserido na região Lezíria do Tejo, os últimos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014) referem uma população residente de 246.952 habitantes (divisão geográfica em vigor a 31 de dezembro de 2013). Relativamente à prevalência de doença mental em Portugal é referido pela Direção Geral de Saúde no seu último relatório (DGS, 2016) um valor global de 3,5% sendo a mais elevada entre os países europeus. A equipa de investigação optou pela maior taxa de prevalência (3,5%) conjugada com o menor erro tolerável de amostragem (2%), conduzindo a uma dimensão amostral de 324 indivíduos. No entanto, por uma medida de prevenção, optou-se por um incremento de cerca de 28% no tamanho amostral. A dimensão amostral fixou-se em 414 indivíduos, sendo a amostra selecionada de forma aleatória e os inquéritos aplicados em Outubro de 2016 e passado um ano, em 2017.

## INSTRUMENTO

O estigma foi avaliado pelo questionário de atribuição AQ-9 (Corrigan, 2012), dividido em três secções que abordam respetivamente: localização geográfica e questões demográficas; questões socioeconómicas e psicossociais (relativas à experiência com pessoas com doença mental); e por fim um conjunto de nove perguntas que permitem avaliar o estigma na DM. O conjunto destas nove perguntas consiste no Questionário de Atribuição AQ-9 (traduzido por Oliveira & Azevedo, 2014), que é uma versão reduzida do Questionário de Atribuição –

AQ-27 (Corrigan, 2012). As referidas questões têm como objetivo primordial avaliar o estigma da doença mental através de nove fatores, como “responsabilidade”, “pena”, “irritação”, “perigosidade”, “medo”, “ajuda”, “coerção”, “segregação” e “evitamento”, através da apresentação de uma vinheta de um caso de um sujeito com esquizofrenia (o “José”). O AQ-9 é constituído por 9 itens de auto-preenchimento, numa escala do tipo Likert de 1 (“não ou nada”) a 9 (muito ou completamente). Após cotação dos itens de cada factor obtém-se um valor para cada estereótipo, sendo que o estigma é diretamente proporcional ao resultado obtido.

## RESULTADOS E SUA DISCUSSÃO

Os participantes são maioritariamente do sexo feminino (60,9%; 252). A idade média dos inquiridos é de 38 anos, sendo que os homens em termos médios (41,28 anos) são cerca de cinco anos mais velhos que as mulheres (35,87 anos). 84% dos respondentes afirma residir no distrito de Santarém e 46,16% terem filhos. No que diz respeito ao estado civil, indivíduos solteiros têm a maior representatividade (50,7%) em oposição aos viúvos (5,31%). Relativamente ao nível de escolaridade: 27,29% (113) apresenta formação superior; 46,13% (191) o 12º ano; 1,93% (8) são analfabetos e os restantes 24,63% (102) têm o ensino básico.

Quando interrogados se sofrem ou já sofreram de uma DM, 82,1% refere ainda não ter tido essa patologia, contudo 40,33% (167) refere já ter tido contacto com um familiar com DM, sendo que 59,39% na linha reta de parentesco e os restantes casos na linha

colateral. Se tivermos em conta o estado civil, a razão associada à DM, por ordem decrescente, é respetivamente: 0,56 nos divorciados; 0,38 nos viúvos; 0,33 nos casados e de 0,09 nos solteiros. Os resultados na amostra indicam que os divorciados e viúvos estão mais expostos à DM, o que pode dever-se, segundo a literatura, a uma carga psicológica e traumática superior pelo facto de existir uma "perda" associada.

Na continuidade da análise, procurou saber-se a frequência de DM tendo em conta quer a literacia, quer a profissão do inquirido. A amostra indicia, em termos globais, que quanto menor é a literacia, maior será a razão associada a DM (analfabetos 0,6; ensino básico 0,38; 12º ano 0,15 e Ensino Superior 0,19). Quando é tido em conta a profissão/ocupação do inquirido, verifica-se que a razão associada a DM é superior nos respondentes com menor ocupação, sejam eles desempregados (0,3) ou reformados (0,47). Contudo, no caso dos reformados, existe um fator de confundimento - a idade, uma vez que a incidência de DM é superior em idades menos jovens. Os resultados anteriores vêm ao encontro de publicações científicas relacionadas com o estigma na DM (Larson & Corrigan (2008); Link, Yang, Phelan & Collins (2004); Östman & Kjellin (2002).

Seguidamente, procurou-se verificar a influência do sexo e do estado civil e da sua interação em cada uma das questões (itens) que avaliaram o José, um cidadão com DM. Os itens em questão correspondem ao conjunto das últimas nove perguntas que permitem avaliar o estigma na DM proposto por Corrigan (2012). Serão apenas retratadas as questões onde os referidos fatores foram significativos, ilustrando-se

uma das questões a fim de evitar redundância.

Na questão "Acha que o José é culpado da sua condição presente" os fatores sexo e estado civil revelaram ser estatisticamente significativos, para um nível de significância, ou seja, irão contribuir para valores medianos distintos neste item como ilustrado na Figura 1. Da análise gráfica podemos verificar que os viúvos e

çado a fazer tratamento?" apenas o fator estado civil revelou ser estatisticamente significativo, embora o sexo e a interação sexo\*estado civil estejam muito próximos do limiar de significância.

A Figura 2, sintetiza as respostas dadas pela comunidade quando confrontada com o relato de um doente com esquizofrenia, que correspondem às respostas dadas ao questionário AQ-9.

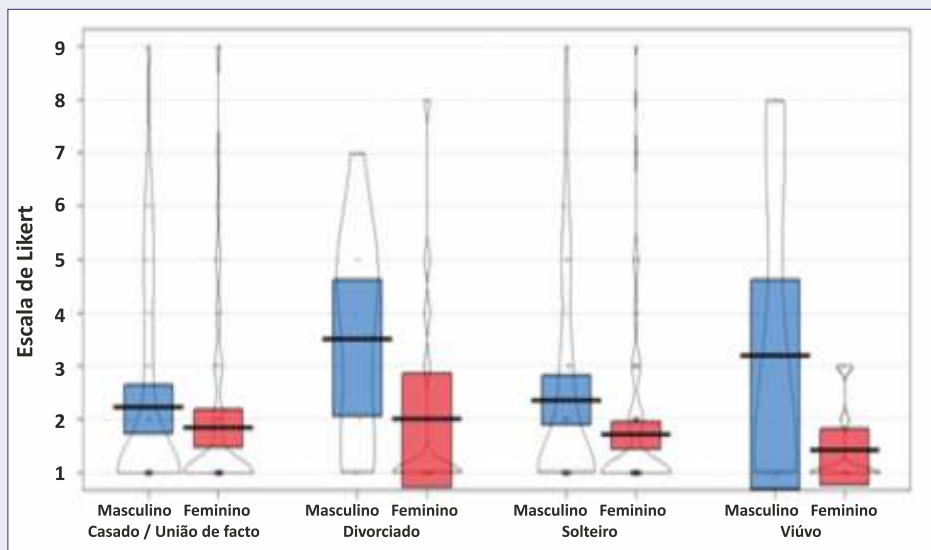


Fig. 1 - Acha que o José é culpado pela sua condição presente

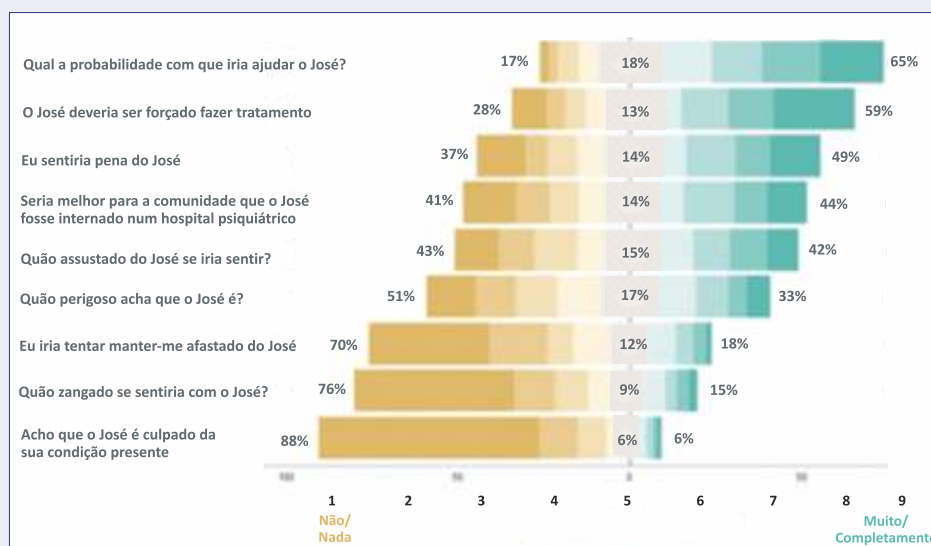


Fig. 2 - Como avaliaria o José: um cidadão com esquizofrenia

divorciados, tendo em conta o sexo, apresentam valores medianos mais díspares. Na questão "Quão zangado se sentiria com o José?", o sexo e a interação sexo\*estado civil revelaram-se igualmente significativos. Na questão "O José deveria ser for-

Perante a questão "Qual a probabilidade com que iria ajudar o José?", a maior parte dos inquiridos revela grande probabilidade em ajudar o José (65%), 18% revelam neutralidade, enquanto, que 17% manifestaram não ter intenção em ajudá-lo. Quando questionados

“Se o José deveria ser forçado a fazer tratamento médico mesmo contra a sua vontade”, 59% dos inquiridos revelam essa intenção e 28% manifestam não haver necessidade de tratamento forçado. O sentimento de pena é o terceiro mais manifestado, 49% da população manifesta-se com este sentimento e 37% revela não ter este sentimento presente (fator “pena”). Verificou-se que 88% dos inquiridos não manifestam sentimentos de culpa em relação à condição do José e 76% não manifestam sentimentos de raiva, uma vez que não se sentiriam zangados com o José. Numa análise geral à figura 3, verificou-se que na sua maioria, os inquiridos referem: “ajudar o José” (fator “ajuda”), “não se iriam manter afastados do José” (fator “evitação”); “não ficariam zangados com o José” (fator “raiva”), “não consideram o José perigoso” (fator “perigosidade”), “não iriam sentir-se assustados com o José” (fator “medo”) e que “achavam que o José não era culpado da sua condição” (fator “culpa”). Contudo, “consideram que o José deve ser forçado a fazer tratamento” (fator “coerção”) e que “seria melhor para a comunidade que o José fosse internado num hospital psiquiátrico” (fator “segregação”). Verifica-se que os indivíduos do sexo feminino expressaram uma

menor probabilidade de culpa em relação ao José. Ambos os sexos (70%) são unânimes em relação à evitação, ao tentarem manterem-se afastados do José. No sexo masculino estão presentes sentimentos de estigma em relação à segregação, 56% dos inquiridos referem que seria melhor para a comunidade se o José fosse internado num hospital psiquiátrico. Considerando o fato do inquirido já ter sofrido de DM, os inquiridos revelaram, no global, menos atitudes estigmatizantes, para a culpa, raiva e evitação. O facto de já terem sofrido de doença mental facilitaria o apoio ao José e seria motivo de ajuda e coerção para o tratamento forçado do doente mental.

Foram igualmente estudados os níveis de estigma com o contacto com a doença mental por parte dos participantes e verificou-se uma maior probabilidade de ajuda e coerção para o tratamento do doente mental e menor probabilidade de culpa, raiva e evitação.

## CONCLUSÃO

Relativamente às respostas obtidas no AQ-9, constatou-se, à semelhança do encontrado num estudo de Oliveira e Azevedo (2014) e Barbosa (2010) que teve por base a aplicação do AQ-27 (versão completa do AQ-9), que os parâmetros/domínios que obtiveram um maior grau de con-

cordância foram os relativos à ajuda, coerção para o tratamento e pena. Expressam uma atitude de simpatia e simultaneamente de paternalismo dos inquiridos para com a pessoa com DM. Este tipo de estigma é associado na literatura à falta de informação (Sousa et al., 2012), o que pode espelhar uma baixa literacia em saúde mental na amostra. Segundo Corrigan *et al.* (2012), as mulheres têm uma menor tendência a estigmatizar, indo ao encontro dos resultados agora apresentados. Relacionando os níveis de estigma com o contacto com a DM, do próprio ou familiar, pode perceber-se que a coerção e a ajuda são os fatores de estigma presentes. Manifestam atitudes positivas e pouco estigmatizantes para com as pessoas com esquizofrenia, decorrentes da sua familiaridade com a doença mental grave, nomeadamente culpa, raiva e evitação. Dados da literatura apontam para o facto de, tanto a educação quanto o contacto com a doença mental têm um impacto positivo na redução do estigma para com o doente mental (Corrigan *et al.*, 2012), o que foi corroborado neste estudo. Foi igualmente corroborado, com recurso à estatística multivariada, a influência de fatores demográficos, socioeconómicos e psicossociais associados ao estigma na DM.

## Referências

Barbosa T. (2010) Estigma face à doença mental por parte dos futuros profissionais de saúde mental [Dissertação]. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

CLASS (2013). Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017, Conselho Local de Ação Social de Santarém. Consultado em 19 abril de 2017. Disponível em <http://www.cm-santarém.pt/images/santarém/pdf/diagnosticosocial2014-2017.pdf>

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2012). Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.

Corrigan, P. (2012). A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness. Illinois Institute of Technology.

Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüschi N. (2012) Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*.63 (10):963-73

DGS (2016). Saúde mental em números 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, Portugal: DGS. Documento disponível em [http://www.apah.pt/media/publicacoes-technicas\\_sector\\_saude/2/saude.mental.pdf](http://www.apah.pt/media/publicacoes-technicas_sector_saude/2/saude.mental.pdf)

Freeman G.H. and Halton J.H. (1951). Note on an exact treatment of contingency, goodness of fit and other problems of significance.

Biometrika 38:141-149

Freitas, M. (2012). Vários olhares sobre o doente mental. Dissertação de Mestrado, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

(INE,2014) Estimativas de População Residente em Portugal e indicadores demográficos (CAOP2013) – 2011, 2012 e 2013. Consultado em 20 abril de 2017. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaque\\_s&DESTAQUESdest\\_boui=211394338&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque_s&DESTAQUESdest_boui=211394338&DESTAQUESmodo=2)

Larson, J. E., & Corrigan, P. (2009). The stigma of families with mental illness. *Academic psychiatry*, 32(2), 87-91.

Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. y Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.

Marques, A., Barbosa, T., e Queirós, C. (2010). O Estigma na Doença Mental Perspetivado por Futuros Profissionais de Saúde Mental. Poster apresentado no III Congresso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, Valladolid, Espanha.

Murphy, A., & Libreria, L. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (3), 186-193. doi:10.2975/31.3.2008.186.193

Neeb, K. (2000) Fundamentos de enfermagem de saúde mental. Loures. Lusociência.

Oliveira, A., Azevedo S. (2014) Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 30:227-34

Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494-498.

Palha, F., Guimarães, A., Castro-Henriques, M., Costa, N., e Campos, L. (2008). Stigmatization of people with mental illnesses: A preliminary study of university students opinions. Poster apresentado no International Colloquium of Schizophrenia, Porto, Portugal.

Pinto, I. (2015). Mental stigma in medical students – Medical School of Oporto University. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal. Spagnolo, A. Rede Social (2015). Saúde Mental - Avaliação Setembro de 2015, Plataformas Supra Concelhias da Lezíria e Médio Tejo. Consultado em 20-04-2017. Disponível em [http://app.com.pt/wp-content/uploads/2016/04/santarém\\_relatorio\\_saude\\_mental-LT-e\\_MT-c.15-set-2015.pdf](http://app.com.pt/wp-content/uploads/2016/04/santarém_relatorio_saude_mental-LT-e_MT-c.15-set-2015.pdf)