



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA
SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde
da Lisboa

Área de Especialização em Políticas de Gestão e Administração em serviços
de Saúde

PLANO DE DESENVOLVIMENTO DUM SERVIÇO DE
AUDIOLOGIA CLÍNICA. ESTUDO DOS CENTROS DE
SAÚDE NO CONCELHO DE ALBUFEIRA

Trabalho de projeto apresentado por:

Keith d'Ávila Pacheco van Duijvenbode

Orientador:

Professor Doutor Domingos Afonso Braga

Lisboa

Novembro 2012

PLANO DE DESENVOLVIMENTO DUM SERVIÇO DE
AUDIOLOGIA CLÍNICA. ESTUDO DOS CENTROS DE
SAÚDE NO CONCELHO DE ALBUFEIRA.

Trabalho de projeto apresentado por:

Keith d'Ávila Pacheco van Duijvenbode

Orientador:

Professor Doutor Domingos Afonso Braga

Lisboa

Novembro 2012

Agradecimentos

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos aos utentes e profissionais dos cinco Centros de Saúde pertencentes ao Concelho de Albufeira nomeadamente: Ferreiras, Paderne, Olhos d'Água, Guia e Albufeira, pela participação e por todo o incentivo recebido durante o processo de recolha de dados. À ARS Central- pela autorização concedida para o início da pesquisa, e ao Professor Doutor Domingos Afonso Braga pela orientação e apoio científico disponibilizado.

Agradecimentos especiais à minha família: primeiramente ao meu esposo Ray Quentin van Duijvenbode e filho Kevin d'Ávila van Duijvenbode pela paciência, dedicação e amor ao longo do processo construtivo e desenvolvimento do projeto. Ao meu querido irmão Adelson Martins Pacheco Júnior que sempre acreditou no meu potencial e incentivou o meu crescimento, ao meu pai Adelson Martins Pacheco e à minha mãe Maria Tereza d'Ávila Pacheco, que sempre abraçaram as minhas decisões na busca dos meus sonhos e objetivos, à Yvonne Ter Beke e Ferdinand Hugo van Duijvenbode pelo suporte oferecido em todas as situações.

Agradecimentos a Cristiana Ferreira, ao amigo Felipe Leão e Renata dos Santos Santos Fernandes, à Júlia Maria da Rocha Vilaverde Justino e Aleksandra Serbim, e a todos aqueles que - de forma direta ou indireta- acompanharam o desenvolvimento e conclusão do projeto.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo elaborar um Plano de Desenvolvimento do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira, baseado nas informações obtidas através de duas visões distintas, onde uma relaciona-se com a perspetiva do utente e a outra sob a ótica do profissional Médico e Enfermeiro.

O processo de desenvolvimento deste trabalho de projeto foi realizado em três fases. Foi iniciado através de pesquisa e revisão bibliográfica que envolveu os temas sobre o Serviço Nacional de Saúde, o envelhecimento humano e o desenvolvimento comunitário. Na segunda fase foi iniciado a aplicação dos inquéritos com os utentes e entrevistas com os profissionais dos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira, finalizando com a sua análise.

Tendo este trabalho um enfoque sobre as perdas auditivas e por se tratar de um tema que pode abranger vários grupos etários foi dado ênfase as perdas auditivas decorrentes do processo de envelhecimento.

Palavras-chave: projeto em audiologia clínica, audiologia, perda auditiva, projeto em saúde.

ABSTRACT

The main objective of this research aimed to create a plan for the Development of Clinical Audiology Service in the Public Health Centres of the Municipality of Albufeira based on information obtained from two different views, where one relates to the perspective of the general public and the other from the perspective of the professional i.e. Doctors and Nurses.

The development process of this project was conducted in three phases. In the first phase through research and literature review involving the themes of the National Health Service, human ageing and community development. The second phase started with the carrying out of surveys and interviews with the general public and with the health professionals of the Health Centers in the Municipality of Albufeira and ending with its analysis.

Hearing loss being the main focus of this work, and because this is a subject that can span several age groups, emphasis was made on hearing loss resulting from the ageing process.

Keywords: clinical audiology project, audiology, hearing loss, health project.

ÍNDICE

<u>ÍNDICE DE FIGURAS</u>	9
<u>ÍNDICE DE QUADROS</u>	10
<u>ÍNDICE DE TABELAS</u>	12
<u>ÍNDICE DE ANEXOS</u>	14
<u>1 - INTRODUÇÃO</u>	15
<u>1.1 – Considerações Metodológicas</u>	20
<u>2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL</u>	25
<u>2.1 - O Serviço Nacional de Saúde</u>	25
<u>2.1.1 - Cuidados de Saúde Primários</u>	30
<u>2.1.2 - Grupos de carreiras “SKILL-MIX”</u>	39
<u>2.1.3 - Plano Nacional de Saúde</u>	42
<u>2.1.4 - Qualidade dos Serviços de Saúde</u>	45
<u>2.1.4.1 - Satisfação do Utente</u>	45
<u>2.1.4.2. Qualidade de vida</u>	48
<u>2.2 - Envelhecimento humano</u>	55
<u>2.2.1. Alterações associadas ao envelhecimento</u>	57
<u>2.2.2. Deficiência auditiva</u>	60
<u>2.2.3 - Capacidade de adaptação</u>	63
<u>2.2.4 - Longevidade X Esperança de vida</u>	66
<u>2.3 – Desenvolvimento Comunitário</u>	67
<u>2.3.1 - Audiologia e o seu papel na saúde</u>	71
<u>3. Plano de Intervenção Social e Diagnóstico da Situação</u>	76
<u>3.1 – Diagnóstico da Situação com base na Análise SWOT</u>	77
<u>3.2 PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIAL</u>	86
<u>3.2.1 Objetivos Propostos</u>	87
<u>3.2.2 Pressupostos do Modelo de Intervenção</u>	89
<u>3.2.3 Mecanismos de funcionamento do plano</u>	91
<u>4 – CONTEXTO DE ESTUDO</u>	96
<u>4.1 - Caracterização da população do Concelho de Albufeira</u>	96
<u>4.1.1 - Caracterização Geo - demográfica</u>	96
<u>4.1.2 - População Residente</u>	97
<u>5 – ANÁLISE DOS RESULTADOS</u>	101

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

<u>5.1 – Entrevistas realizadas com os profissionais Médicos e Enfermeiros dos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira</u>	101
<u>5.1.1 – Caracterização</u>	101
<u>5.1.2 - Análise de Conteúdo</u>	102
<u>5.2 – Análise dos dados dos questionários aos utentes dos Centros de Saúde</u>	125
<u>5.2.1 - Género</u>	125
<u>5.2.2 - Grupos etários</u>	125
<u>5.2.3 - Importância da audição</u>	126
<u>5.2.4 - Cruzamento: Importância da audição x Avaliação auditiva</u>	126
<u>5.2.5 - Regularidade da avaliação</u>	128
<u>5.2.6 - Tempo de espera</u>	129
<u>5.2.7 - Local de exame</u>	129
<u>5.2.8 - Cruzamento: Infecção auditiva x Avaliação auditiva</u>	130
<u>5.2.9 - Tipo de tratamento</u>	131
<u>5.2.10 – Cruzamento: Avaliação auditiva x Perda auditiva</u>	132
<u>5.2.11 – Tempo da perda auditiva</u>	133
<u>5.2.12 – Cruzamento: Tempo da perda auditiva x Idade</u>	133
<u>5.2.13 – Queixas auditivas</u>	135
<u>5.2.14 – Cruzamento: Indicação de prótese auditiva x Ajuda médica</u>	137
<u>5.2.15 – Cruzamento: Indicação de prótese x Local de exame</u>	139
<u>5.2.16 – Cruzamento: Não uso de prótese x Perda auditiva x Indicação de prótese</u>	141
<u>5.2.17 - Importância da avaliação e o porquê</u>	142
<u>5.2.18 – Fases de exame</u>	143
<u>5.2.19 – Importância do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira</u>	144
<u>6 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</u>	146
<u>6.1 - Conclusões</u>	146
<u>6.2 - Recomendações</u>	152
<u>7 - PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORAGANIZACIONAL NOS CENTROS DE SAÚDE DO CONCELHO DE ALBUFEIRA</u>	153
<u>7.1 - Intervenção</u>	154
<u>7.2 - Consulta de Diagnóstico</u>	154
<u>7.3 - Reabilitação</u>	154
<u>7.4 - Aplicação do plano de Intervenção</u>	156
<u>7.5 - Avaliação do Plano de Intervenção</u>	158
<u>8 - BIBLIOGRAFIA</u>	159

9 – ANEXOS..... 164

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma do Serviço Nacional de Saúde.....	28
Figura 2 – Organograma tipo de um Centro de Saúde de 2ª Geração e sua inserção na estrutura do Serviço Nacional de saúde.....	34
Figura 3 – Conceito global de saúde.....	54
Figura 4 – Mapa do Concelho de Albufeira.....	96
Figura 5 – Banana da fala: Audiograma dos sons de acordo com a frequência (Hz) e limiar de audibilidade dB).....	218
Figura 6 – Audiograma típico de perda auditiva decorrente do envelhecimento.....	219

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Grupos profissionais efetivos nos Centros de Saúde.....	41
Quadro 2 – Dimensões da qualidade de vida.....	51
Quadro 3 – Matriz SWOT da prestação de Cuidados de Saúde nos Centros de Saúde.....	85
Quadro 4 – População Residente.....	97
Quadro 5 - Comparativo da população residente em 1991 e 2001 por grupos etários.....	97
Quadro 6 – Comparativo dos anos de 2001 e 2011 que representam a população do Concelho de Albufeira.....	99
Quadro 7 – Deficiência auditiva em relação ao grupo etário.....	99
Quadro 8 – Distribuição da deficiência auditiva por freguesia.....	100
Quadro 9 – População deficiente auditiva quanto ao género.....	100
Quando 10 – Número de entrevistas realizadas e negadas.....	101
Quadro 11 – Grupo profissional: Tempo de profissão e Idade.....	101
Quadro 12 – Género dos profissionais.....	101
Quadro 13 - Percentual de Médicos e Enfermeiros entrevistados.....	101
Quadro 14 – Comparativo das respostas sobre a importância da audição....	105
Quadro 15 – Comparativo das respostas sobre as queixas auditivas.....	106
Quadro 16 – Comparativo das respostas sobre o procedimento adoptado....	108
Quadro 17 – Comparativo das respostas sobre profissional especializado....	110
Quadro 18 – Comparativo das respostas sobre audição e qualidade de vida.....	111
Quadro 19 – Comparativo das respostas sobre encaminhamento.....	113
Quadro 20 – Comparativo das respostas sobre informação.....	114
Quadro 21 – Comparativo das respostas sobre possibilidade de utilização do espaço.....	116

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Quadro 22 – Comparativo das respostas sobre a disponibilidade de gabinete.....	117
Quadro 23 – Comparativo das respostas sobre a parceria entre o Médico de Família e o Audiologista.....	119
Quadro 24 – Comparativo das respostas sobre a maior aderência aos Centros de Saúde do que a outros Serviços de Saúde.....	120
Quadro 25 – Comparativo das respostas sobre os fatores de inclusão.....	121
Quadro 26 – Comparativo das respostas sobre os fatores favoráveis.....	123
Quadro 27 – Comparativo das respostas sobre as dificuldades encontradas.....	124
Quadro 28 – Síntese dos resultados encontrados.....	151
Quadro 29 – Análise de Conteúdo (Entrevistas).....	161

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Sexo dos inqueridos.....	198
Tabela 2 – Grupo etário.....	198
Tabela 3 – Importância da audição.....	199
Tabela 4 – Cruzamento: Importância da audição x Avaliação auditiva.....	199
Tabela 5 - Qui-quadrado: Importância da audição x Avaliação auditiva.....	200
Tabela 6 – Regularidade da avaliação.....	200
Tabela 7 – Tempo de espera.....	201
Tabela 8 – Local de exame.....	201
Tabela 9 – Outros locais de exame.....	202
Tabela 10 – Cruzamento: Infecção auditiva x Avaliação auditiva.....	202
Tabela 11 – Qui-quadrado: Avaliação auditiva x Infecção no ouvido.....	203
Tabela 12 – Tipo de tratamento.....	203
Tabela 13 – Cruzamento: Avaliação da perda auditiva x Perda auditiva.....	204
Tabela 14 – Qui-quadrado: Avaliação auditiva x Perda auditiva.....	204
Tabela 15 – Tempo da perda auditiva.....	205
Tabela 16 – Cruzamento: Tempo da perda auditiva x Idade.....	205
Tabela 17 – Frequência das queixas.....	206
Tabela 18 – Cruzamento: Indicação de prótese auditiva x Ajuda Médica.....	207
Tabela 19 – Qui-Quadrado: Indicação de prótese x Ajuda médica.....	207
Tabela 20 – Cruzamento: Indicação de prótese x Uso de prótese.....	208
Tabela 21 – Qui-Quadrado: Indicação de prótese x Uso de prótese.....	208
Tabela 22 – Cruzamento: Indicação de prótese x Local de exame.....	209
Tabela 23 – Cruzamento: Indicação de prótese x Outros locais.....	210
Tabela 24 – Cruzamento: Não uso de prótese x Perda auditiva x Indicação de prótese.....	211

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Tabela 25 – Importância da avaliação auditiva.....	212
Tabela 26 – “Porquê” da importância da avaliação auditiva.....	212
Tabela 27 – Fases de exame.....	214
Tabela 28 – Importância do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde.....	214
Tabela 29 – “Porquê” da importância do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde.....	215

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Guião de entrevista.....	164
ANEXO 2 – Quadro de análise de conteúdo.....	166
ANEXO 3 – Questionário.....	193
ANEXO 4 – Análise estatística dos inquéritos.....	198
ANEXO 5 – Audiograma dos sons.....	218
ANEXO 6 – Audiograma típico decorrente do envelhecimento.....	219
ANEXO 7 – Autorização para recolha de dados.....	220

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho de projeto surgiu pelo interesse do pesquisador no que diz respeito aos Serviços de Saúde prestados em Portugal na área de Audiologia.

A informação sobre as filas de espera nos Hospitais Públicos para a realização de exames auditivos básicos e a ausência de investimento, por parte do Estado, na reabilitação auditiva dos casos de perdas auditivas já instaladas, suscitaram a pertinência do estudo. Isto por se tratar de um bem valioso, parte integrante da boa saúde e do bem-estar físico e psíquico, em que eleva a audição a um dos sentidos mais importantes do ser humano. Tendo em conta o pressuposto teórico-conceitual de que a audição tem um grande impacto, desde a infância, no processo de aquisição da linguagem, bem como ao longo da vida, para a comunicação e relação interpessoal, essa área deveria ser alargada e desenvolvida nos Serviços Primários de Saúde, visando contribuir para a melhoria da saúde individual dos cidadãos portugueses e conseqüentemente para a sua qualidade de vida.

Segundo Serrano (2008), um projeto social têm como foco fazer referência às necessidades básicas do indivíduo, que, segundo os organismos internacionais, são: **saúde**, educação, emprego e habitação.

Na visão do pesquisador os projetos sociais fomentam o propósito de satisfação do indivíduo ou de uma comunidade quanto as suas carências e necessidades básicas, que podem ser supridas através do empenho e algum investimento do Estado, dos profissionais envolvidos e da própria comunidade para pô-las em prática.

No processo de investigação-ação “*os investigadores e os atores conjuntamente investigam sistematicamente um dado e põem questões com vista a solucionar um problema imediato vivido pelos atores e a enriquecer o saber cognitivo, o saber-fazer, num quadro ético mutuamente aceite*”, (Guerra, 2000:53).

Ainda segundo o mesmo autor citado acima, numa perspetiva atual, hoje a sociologia revela um outro lugar para o ator, como sendo sujeito social capaz de dar sentido à sua ação.

O que se vê hoje, na área da Audiologia, é um *gap* tanto no processo inicial (deteção da perda auditiva em adultos), quanto na reabilitação das pessoas que apresentam um diagnóstico de surdez.

Os Serviços Públicos de Saúde, atualmente, fazem apenas “rastreios auditivos” em bebés com poucos dias de vida, o que já é um avanço e mostra alguma preocupação e respeito pelas necessidades básicas de saúde dos cidadãos. Entretanto, não há um controlo em relação as próximas fases da vida, não menos importante, em que o sujeito pode desenvolver perdas auditivas significativas, com consequências e impacto no na sua vida diária, atividades laborais e no convívio com outras pessoas.

Um indivíduo que é portador de uma perda auditiva sofre com o seu problema e muitas vezes por vergonha, falta de informação ou por questões financeiras, deixa essa questão por resolver, recorrendo a um profissional quando o problema já está bem avançado ou quando já não há meios ou solução disponível.

A realidade pública dos exames auditivos é uma fila de espera que, muitas vezes, gira em torno de um mês ou mais para a realização de um teste de audiometria básico, chegando a 6 meses de espera se no caso for necessário um timpanograma. Se há procura por esse tipo de serviço é porque há problemas e pessoas a espera de solução. A crise financeira e a nova política de austeridade corta, cada vez mais, com os gastos em saúde e o povo mais carenciado e envelhecido é negligenciado pela falta de cuidados básicos complementares.

Cabe ao Estado disponibilizar um leque maior de cuidados de saúde ao utente, de forma a reduzir o número de portadores de deficiência auditiva. Com um programa mais apertado de prevenção quanto aos danos auditivos, reabilitando aqueles que já foram diagnosticados e informando a população sobre a necessidade de proceder a uma avaliação auditiva anual. Se

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

adotássemos uma política preventiva, seria possível diminuir drasticamente o número de deficientes auditivos no futuro. Isto iria evitar custos adicionais ao Estado com tratamentos que podem ir além dos tratamentos convencionais, atingindo aspetos psicossociais com consequências no desempenho das tarefas diárias do indivíduo.

Muitas pessoas que apresentam este tipo de privação, mesmo que de forma parcial, sentem-se muito mais depressivos, mais isolados, com baixa autoestima e sentimento de incapacidade de realizar tarefas e desempenhar funções.

Este trabalho de Projeto cujo tema é “O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira” foi destinado à obtenção do grau de mestre em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde com especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Tendo o pesquisador experiência prática, em Portugal, do exercício da sua profissão no Sistema Privado, trabalhando com pessoas que apresentam um “padrão” económico-financeiro acima da média, houve a necessidade pessoal e motivação profissional de investigar o funcionamento dessa atividade no setor público. Como ponto de partida e pela questão da proximidade geográfica a opção mais viável foi conhecer o que a comunidade do Concelho de Albufeira pensa sobre a ideia de um Projeto de Ação Social que vise satisfazer as necessidades auditivas da população dessa Zona.

O presente trabalho teve como **população alvo** os utentes e profissionais Médicos e Enfermeiros dos cinco Centros de Saúde que pertencem ao Concelho de Albufeira, nomeadamente, Albufeira, Guia, Ferreiras, Paderne e Olhos D'Água.

As questões elaboradas aos utentes e a entrevista direcionada aos profissionais foram formuladas após a definição da problemática a ser trabalhada no estudo, de maneira a justificar a pertinência do tema de investigação.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi definido dois tipos de objetivos (geral e específicos), divididos sob a perspetiva do utente, e dos profissionais Médico e Enfermeiro, com a intenção de operacionalizar o objetivo geral do trabalho que é a elaboração de um Plano de Desenvolvimento do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira.

Análise de objetivos específicos sob duas visões.

→ Perspetiva do Utente:

1. Verificar a importância dada a audição;
2. Observar se a população costuma fazer avaliação auditiva e com que frequência o faz;
3. Verificar onde a população costuma fazer o teste auditivo e o tempo de espera para a sua realização;
4. Observar se existem muitos casos de infeção no (s) ouvido (s) e o tipo de tratamento utilizado;
5. Verificar o número de pessoas que procurou ajuda Médica logo que sentiu dificuldades auditivas.
6. Verificar se há indicação Médica para uso de prótese auditiva;
7. Verificar as razões para o não uso de prótese auditiva;
8. Observar se a população considera que é importante avaliar a audição;
9. Investigar se existe uma fase específica da vida que consideram que é importante fazer um teste auditivo;
10. Verificar se os utentes consideram como uma mais-valia a inclusão deste serviço, com os testes auditivos, nos Centros de Saúde;

→ Visão ou perspetiva dos profissionais (Médico e Enfermeiro):

1. Verificar se costumam haver muitas queixas de utentes com dificuldades auditivas e qual é a faixa etária mais comum;
2. Investigar a capacidade de resposta do Centro de Saúde quanto as necessidades auditivas do utente;
3. Verificar se considera que ouvir bem proporciona uma melhor qualidade de vida;

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

4. Verificar se os profissionais consideram que o Centro de Saúde dispõe de espaço físico para a introdução do Serviço de Audiologia Clínica;
5. Observar se os profissionais consideram que a inclusão deste serviço poderia trazer benefícios a população que apresenta queixas auditivas;
6. Investigar as razões que fazem a população ter preferência pelo Centro de Saúde e não por outros Serviços de Saúde, quer no Particular ou no Privado;
7. Verificar as dificuldades para implementar o Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira;
8. Observar se consideram que existe informação suficiente sobre a perda auditiva destinada a população, principalmente aos idosos.

Segundo Serrano (2008) é muito importante o diagnóstico da realidade para a realização de projetos, porque permite evidenciar os principais problemas e suas causas, facilitando visualizar meios de ação para sua resolução gradual. Além disso, é através do diagnóstico que se pode obter o conhecimento da realidade. Isso torna esta ferramenta, teórico-metodológica, numa das mais importantes quanto a proximidade da realidade do objeto de estudo.

Este projeto de ação foi desenvolvido através de algumas questões importantes e que fazem parte da definição da investigação. As questões colocadas no inquérito aos utentes envolveram dados para caracterização da população de respondentes, 16 perguntas com respostas fechadas, 3 semiabertas e 2 abertas, que podem ser vistas nos anexos do trabalho. O número total de inquéritos realizados foi de 400 utentes, divididos de igual forma entre os 5 Centros de Saúde do Concelho de Albufeira. Por enquanto que na entrevista com os profissionais, foi elaborado um guião com 3 questões de caracterização da população e 15 perguntas relacionadas com a temática do estudo.

Trata-se de um trabalho do tipo exploratório - descritivo de carácter transversal, já que ocorre apenas num determinado momento, realizado através de uma abordagem mista com recurso a tratamento quantitativo e

qualitativo dos dados recolhidos, contribuindo para a elaboração de um Plano de Desenvolvimento em Audiologia Clínica nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira. Visando os objetivos propostos, fez-se uso dos seguintes instrumentos metodológicos tendo em conta a natureza qualitativa e quantitativa do estudo: observação direta, através de inquéritos por questionário; entrevista semi-diretiva e, recolha e análise bibliográfica.

1.1 – Considerações Metodológicas

O trabalho de pesquisa envolve ações que devem ser planeadas e pensadas de forma racional e sistemática, com a intenção de auxiliar no desenvolvimento do processo de investigação. Sendo assim, os recursos provenientes do processo metodológico criado para orientar o investigador, será fonte de garantia da objetividade para a realização do tratamento dos dados recolhidos. Segundo Gil (1987), Através da conceção moderna sobre planeamento, na qual é apoiada a Teoria Geral dos Sistemas, há o envolvimento de quatro elementos importantes para à sua compreensão: o processo, a eficiência, os prazos e as metas. Com a sistematização da pesquisa, é possível obter uma maior eficiência à investigação e assim chegar as metas estabelecidas.

A metodologia utilizada no estudo foi escolhida de acordo com os objetivos propostos. Sendo assim, foram unidas duas abordagens, quantitativas e qualitativas onde, segundo Fortin (1996:322), a primeira é *“baseada na perspetiva teórica do positivismo, que constitui um processo dedutivo, pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo”*. Por enquanto que, na abordagem qualitativa, a base é a perspetiva naturalista, e o seu foco está em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as descrições, as explicações e as significações dadas pelos participantes e pelo investigador no que diz respeito ao fenómeno e a descrição semântica com preferência as estatísticas probabilísticas. Além disso, este mesmo autor refere que a estratégia de

triangulação, que é a utilização de diferentes métodos combinados, no mesmo estudo, promove o aumento da fiabilidade dos dados.

O processo de recolha de dados foi baseado na classificação das técnicas de pesquisa utilizadas nas Ciências Sociais, onde há distinção entre as técnicas documentais e não documentais. Tendo em consideração os aspetos a que a pesquisa se propõe foi utilizada a técnica documental, onde foi realizado um trabalho de pesquisa tanto ao nível bibliográfico como documental. Isso porque, através da pesquisa bibliográfica é possível aprofundar, enquadrar e compreender a realidade social a que o estudo se propõe, além de possibilitar a validação e pertinência da informação que existe sobre o tema. Na pesquisa documental, foram utilizadas **fontes inadvertidas** através de dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística, que segundo Bell (1993), podem ser utilizadas com outro tipo de finalidade diferente daquela com que foram produzidas, mas que representam o tipo mais comum e mais valioso de fonte primária.

O método de coleta de dados deve seguir um plano previamente estabelecido, através de instrumentos de medida escolhidos (Fortin, 1996). Pensando nisso, com o intuito de se chegar aos objetivos propostos, foi elaborado um **inquérito por questionário** aos utentes que frequentam os cinco Centros de Saúde pertencentes ao Concelho de Albufeira, como instrumento de recolha de informação quantitativa que reúne as condições ideais para quantificar uma multiplicidade de dados e auxilia no processo de análise e correlação. Além disso, trata-se de uma técnica que apresenta-se sob forma simples, por ser mais rápido e menos dispendioso, cujas questões visam dar resposta a temática do estudo. Com a utilização da técnica de amostragem intencional, através de **entrevistas semi-diretivas** dirigida aos profissionais Médicos e Enfermeiros, foi possível obter informações que contribuiram para um melhor conhecimento da realidade estudada, bem como, para o cruzamento destes dados.

A população inquirida corresponde aos habitantes do Concelho de Albufeira que representa um número populacional total de 31.543 habitantes

(INE, 2001- 2011), que frequentam os Centros de Saúde da Guia, Olhos D'Água, Ferreiras, Albufeira e Paderne.

Visto que uma amostra é constituída por pessoas, empresas, famílias, etc., o que determina a unidade amostral é o objetivo proposto pelo estudo. Sendo assim a seleção da amostra a partir de uma população (amostragem) representa a escolha do grupo de pessoas ou o subconjunto de uma população, que deverá ser representativa sobre o universo a que se pretende estudar, segundo Fortin, (1999). Nesta perspetiva, a amostra escolhida para o presente estudo revela-se de forma significativa, e por se tratar de uma amostra aleatória foi realizado um cálculo matemático da sua dimensão com a intenção de controlo sobre a precisão e confiança associada ao resultado. Esta amostra aleatória representativa do estudo representa o número de utentes inscritos nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira, cuja amostragem é de carácter aleatório ou probabilística estratificada, onde há a divisão da população em grupos. Sendo assim, a população do estudo foi subdividida por idade (compreendida entre os 18 anos e os 65 e mais anos), sexo e Centro de Saúde que está inscrito, atingindo um total de 400 utentes, onde a amostra final representa uma amostragem simples dos componentes que pertencem a cada subgrupo. Isto porque, segundo Carmo (1999), o interventor social deve conhecer a cultura do sistema-cliente e suas especificidades, tais como: a idade, o género, o estatuto social, as particularidades étnicas e linguísticas, etc. Diante do exposto, o universo da amostra foi calculado, para um erro de 0,05% com um grau de confiança de 95% com a aplicação dos inquéritos nos Centros de Saúde da Guia, Albufeira, Ferreiras, Paderne e Olhos d'Água (Anexo 4 – Análise estatística dos inquéritos).

Quanto a utilização do questionário como meio de recolha de dados, pode-se referir que foi anónimo, do tipo direto (visto que o inquerido é abordado dentro do Centro de Saúde), mas com a sua administração feita de forma indireta, tendo em conta que o próprio inquiridor procedeu a aplicação das respostas dadas pelo inquerido, apoiando-se na formulação de perguntas fechadas, semiabertas e abertas Anexo 3). Este método foi escolhido com a intenção de conhecer valores e opiniões e absorver a informação sobre a

temática de forma simples. O pré-teste foi realizado antes do seu formato final, e experienciado com um pequeno grupo de 15 pessoas, cujo objetivo era observar o grau de dificuldade das questões colocadas.

A organização e divisão do trabalho em várias etapas foi desde cedo, fundamental para auxiliar na recolha dos dados. Para isto, foi elaborado pelo pesquisador (através da informação fornecida no Centro de Saúde), uma tabela com o horário semanal dos profissionais e dia de maior fluência dos utentes, distribuído a cada Centro de Saúde individualmente. A intenção era evitar o desperdício de tempo com a espera de utentes e profissionais e evitar gastos com deslocamento nos dias em que a frequência de atendimentos era mais reduzida.

O processo de recolha de dados foi dividido em dois momentos. Numa primeira fase procedeu-se aos inquéritos realizados com os utentes e após a sua finalização, do total de utentes a ser inqueridos, é que foi dado início as entrevistas com os profissionais. Esta segunda ferramenta possibilitou explorar e sistematizar a perspetiva dos profissionais e veio acrescentar mais informações sobre a temática em estudo. Através da junção destas duas fontes de informação foi observado um contributo substancial para o melhor conhecimento da realidade que favoreceu a possibilidade de cruzamento dos dados.

As entrevistas foram orientadas através de um guião de perguntas (Anexo 1), que foi desenvolvido de acordo com os objetivos ao nível da informação que se pretendia alcançar. A princípio foi estimado aplicar esta técnica a um total de 10 Médicos e 5 Enfermeiras, devido o conhecimento inicial que se teve sobre o número de profissionais de saúde a exercer suas funções em cada Centro de Saúde. No entanto, a entrevista foi feita a um número ligeiramente menor de Médicos, perfazendo um total de 8 Médicos e 4 Enfermeiras.

Por último e para ter o *feedback* do estudo, foi realizada a análise estatística dos dados dos inquéritos, uma etapa extremamente trabalhosa e em alguns momentos, com resultados surpreendentes para o pesquisador. Para

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

isto, foi utilizado o tratamento de dados informatizados, recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 18.0 para Windows. Por enquanto que as entrevistas foram trabalhadas através de um processo exaustivo de análise de conteúdo. Neste caso a técnica de amostragem recolhida foi do tipo intencional, tendo em vista que a amostra representa os elementos escolhidos que são representativos da população, os profissionais Médicos e Enfermeiros, que desempenham suas funções nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira.

Para absorver toda a informação fornecida durante as entrevistas, recorreu-se ao apoio de meios tecnológicos com suporte de gravação fornecido através do sistema de apoio do telefone BlackBerry, ferramenta de áudio. A *posteriori* foi realizado o tratamento das entrevistas com recurso a informação de apoio sobre análise de conteúdo tendo como base a modalidade categorial temática, justificando seu uso por se tratar de um método qualitativo. A análise compreendeu duas etapas, onde num primeiro momento foi retirado excertos das entrevistas com a intenção de identificar as palavras-chave/temáticas abordadas. Numa segunda etapa, procedeu-se a construção de quadros síntese em grelhas de análise (Anexo 2), para limitar o discurso e dar ênfase aos pontos mais importantes. Graças as técnicas de investigação utilizadas e descritas foi possível montar uma base de operacionalização que permitiu alcançar os objetivos propostos.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1 - O Serviço Nacional de Saúde

Durante o percurso, de cerca de 350 anos da história inicial do país, os serviços assistenciais na doença e de promoção da saúde da população passaram por várias fases de desenvolvimento.

A fase classificada como inicial ou fase 0 é assim denominada de acordo com o período que corresponde a Independência Nacional. Nesta fase existia uma carência de instituições tanto individuais como coletivas, organizadas com a finalidade de prestar assistência na doença. O que havia de facto eram práticas caritativas, ligadas a questões religiosas e também por ações pessoais, em Ferreira (1990).

Já na fase 1, considerada como a fase de organização de serviços, houve o aparecimento indiscriminado de instituições caritativas locais, etc., através da intervenção de representantes reais e entidades profanas e religiosas.

Na fase 2, onde pode ser observada a diferenciação funcional dos serviços que foram criados, houve uma preocupação em dividir as instituições assistenciais com cuidados ambulatoriais das instituições de internamento. Também foi realizada uma diferenciação dos profissionais curadores: Físicos, Cirurgiões, Boticários...etc. Foi nesta fase que foi dado início ao ensino de forma oficial para os Físicos, além do reconhecimento das profissões de Físico, Cirurgião e Boticário. Foram criadas intervenção de ações sanitárias, através dos próprios municípios, com o incentivo do poder régio, das instituições religiosas e cortes. Bem como, foi instaurada uma disciplina administrativa pelo poder régio e concelhos.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

A fase 3 foi a fase da especialização das ações curativas, com a preocupação de reorganizar os meios curativos tanto na sua funcionalidade como no aspeto estrutural, principalmente nos hospitais. No entanto, através dessa evolução não foram observados grandes mudanças nas condições de saúde da população.

O Serviço Nacional de Saúde foi criado segundo a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, onde foi instituída uma rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, através da qual o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde.

Após um longo percurso e muitas mudanças o SNS passou a ter uma relação com a Constituição, onde foi fixado um conjunto de características como a universalidade, generalidade e tendência a gratuitidade tudo baseado por questões de imposição constitucional, segundo Novais J. em Simões (2010).

Sendo assim, o SNS foi constituído por uma rede de órgãos e serviços, com o objetivo de prestar cuidados globais e integrados a toda a população, no que diz respeito a promoção e vigilância da saúde, bem como a prevenção e o diagnóstico da doença, o tratamento dos doentes e a sua reabilitação médica e social.

Além disso, o SNS pode contar com o apoio de alguns estabelecimentos e atividades de ensino e atua de forma articulada, sob uma direção unificada, cuja gestão é feita de forma descentralizada e democrática.

Com a extinção (Decreto - Lei nº344-A/83, de 25 de Julho) da antiga Secretaria de Estado da Saúde de que dependia e do Ministério dos Assuntos Sociais, foi criado o Ministério da Saúde, sem qualquer Secretaria de Estado, através da Lei Orgânica do IX Governo Constitucional.

Com a Lei nº56/79, de 15 de Setembro, foi conferido aos órgãos:

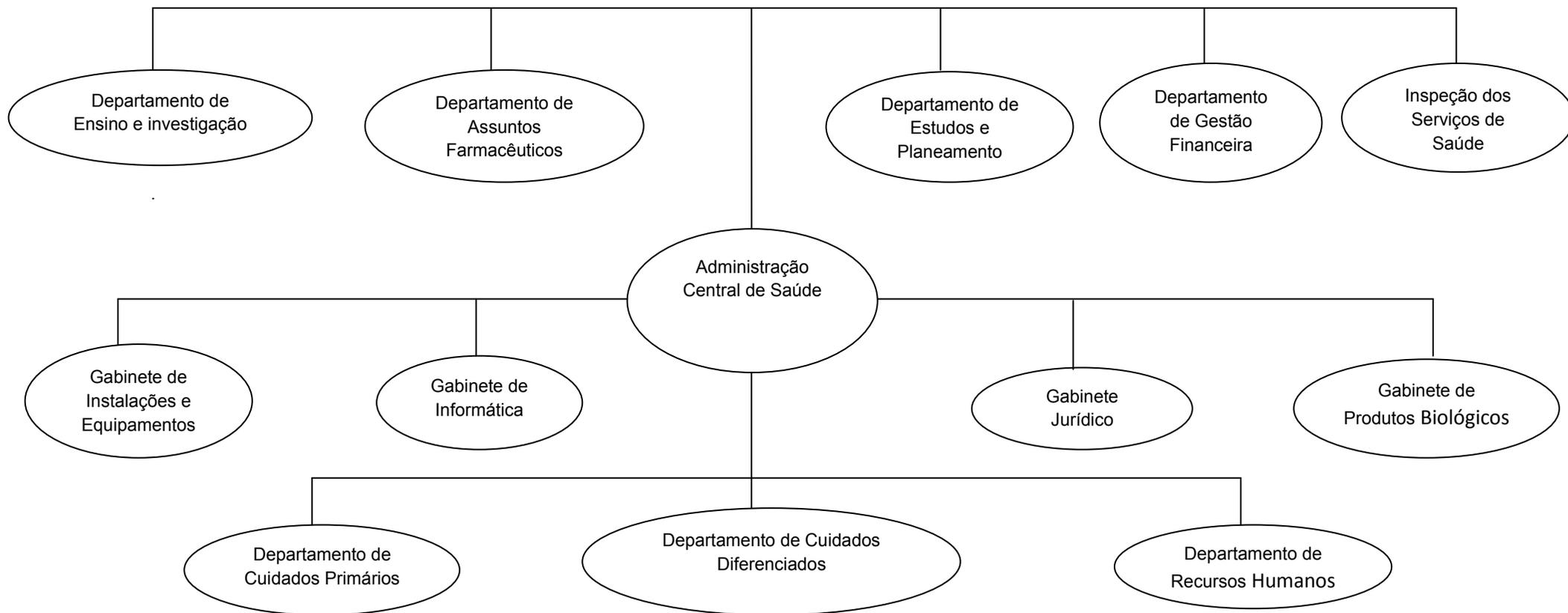
- Assegurar a distribuição racional, a hierarquização técnica e o funcionamento coordenado dos serviços;
- Definir a complementaridade de valências,

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

- Promover a descentralização decisória e a participação dos utentes no plano e na gestão dos serviços.

O desenvolvimento desses órgãos foi dividido em três níveis, sendo eles: Central, Regional e Local, que apresentam três naturezas distintas, Consultiva, Instrumental e Executiva respetivamente.

Figura 1 – Organograma do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 56/79, de 15 de Setembro)



Fonte: Gomes, (1986:7).

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Fazem parte dos Órgãos Centrais, o Órgão de Natureza Consultiva, Instrumental e Executiva.

Aos **Órgãos Centrais** compete:

- O estudo e proposta da Política de Saúde;
- Planear e avaliar a prestação de serviços e atividades de saúde;
- Elaborar normas de funcionamento de estabelecimentos e serviços;
- Inspeção técnica e avaliação de resultados;
- Tomar as decisões necessárias à organização e o funcionamento do SNS;
- Coordenar os diferentes sectores de atividade;
- Elaborar normas através de convénios com entidades não integradas no SNS, bem como a outorga de convénios de âmbito nacional;
- Participar em atividades interministeriais;
- Formação e investigação no campo da saúde;
- Tutela e fiscalização da atividade privada no âmbito do Sector da saúde.

O Conselho Nacional de Saúde faz parte do **Órgão de Natureza Consultiva**. Já o **Órgão de Natureza Instrumental** é representado pelo Departamento de Ensino e Investigação que é composto pelo:

- Instituto Nacional de Saúde do Dr. Ricardo Jorge;
- Escola Nacional de Saúde Pública;
- Escolas de Enfermagem;
- O Instituto de Genética Médica;
- Instituto de Clínica Geral;
- Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde;
- Os Internatos Médicos;

E pelo Departamento dos Assuntos Farmacêuticos, Departamento dos Estudos e Planeamento, Departamento da Gestão Financeira e pela Inspeção dos Serviços de Saúde.

Já os **Órgãos de Natureza Executiva** são formados pela Administração Central de Saúde, que integra o Departamento de Cuidados Primários, o Departamento de Cuidados Diferenciados, o Departamento de Recursos Humanos e os Gabinetes de Apoio (Gabinete de Instalações e Equipamentos, Gabinete de Informática, Gabinete Jurídico, Gabinete de Produtos Biológicos e Repartição Administrativa).

No que diz respeito aos Órgãos Regionais existem as Administrações Regionais de Saúde ou **ARS**, cuja função é:

- Executar a Política de Saúde;
- O registo dos dados e análise epidemiológica;
- Inspeccionar e controlar o exercício profissional,
- Fazer o planeamento e a avaliação e prestação de serviços e atividades de saúde;
- Formar e investigar no campo da saúde;
- Realizar convénios de âmbito regional com entidades não integradas no SNS.

Quanto aos Órgãos Locais (Concelhos) são aqueles que dependem das ARS e podem ser representados por Cuidados Primários de Saúde (Centros de Saúde) e por Cuidados Diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

2.1.1 - Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CPS) fazem parte integrante do Sistema de Saúde do qual constituem o Centro, assim como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. O Centro de

Saúde representa o primeiro nível relacionado ao contacto individual, familiar ou da comunidade, através do qual é possível obter assistência em saúde o mais próximo da população e permite fazer parte do primeiro contacto no processo permanente de assistência na saúde.

Segundo a Conferência de Alma-Ata: “*Os Cuidados de Saúde Primários*” são na verdade “*cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente credíveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e com um custo comportável para as comunidades e para os países, à medida que eles se desenvolvem, num espírito de autonomia e autodeterminação*”, Miranda (2010:30).

Segundo Biscaia (2006:22), “*os Cuidados de Saúde Primários são os Cuidados de Saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando ações de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida. Exigem e fomentam a autorresponsabilização, a autonomia e a participação ativa da comunidade e do indivíduo no planeamento, organização, funcionamento e controlo dos Cuidados de Saúde, tirando o maior partido possível dos recursos locais, nacionais e internacionais e desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades*”.

Num breve histórico, podemos citar um movimento ocorrido no século XIX “O Movimento dos Centros de Saúde”, onde teve início os dispensários gratuitos e clínicas preventivas que ofereciam Cuidados de Saúde à população com dificuldades económicas e aos imigrantes. Na verdade, a ideia dos dispensários públicos de Cuidados de Saúde Global, surgiu em 1893, em Chicago, nos Estados Unidos da América. Entretanto, em 1930 este movimento foi perdendo força e reapareceu trinta anos depois como um modelo mais global. Podemos dizer com isso que a Primeira Geração de Centros de Saúde em Portugal teve o “modelo” americano como fonte de inspiração.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Este movimento tinha como objetivo, oferecer Serviços de Saúde onde as pessoas vivem e de acordo com o modo como elas vivem. Neste sentido, existiam quatro ideias principais que dominaram o movimento: **a localização por distritos, a participação da comunidade, e uma organização estruturada que permitisse alcançar objetivos de eficiência e coordenação de cuidados preventivos.**

Com “O Movimento dos Centros de Saúde” veio também uma transformação no modo como os profissionais nas diversas áreas se relacionavam entre eles. Isto tornou-se evidente através do desenvolvimento do trabalho em equipas multidisciplinares que se apoiavam para se alcançar um âmbito tão vasto de Cuidados de Saúde.

Desde a origem do conceito e características que foram definidos na Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde de Alma-Ata (1978), Portugal tem um percurso histórico a nível de Cuidados de Saúde que datam mais 30 anos de existência. Durante esse percurso, houve o desenvolvimento desses mesmos cuidados onde foram identificadas quatro fases:

1ª Fase – desde 1971 até o período revolucionário de 1974 – 1975;

2ª Fase – considerada como a fase do Serviço Médico à periferia (1975/1982);

3ª Fase – A fase onde os Centros de Saúde estavam integrados (1983), e de expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979;

4ª Fase – A fase de transição.

Para além disso, os Centros de Saúde na sua evolução histórica apresentaram três gerações, cujo enquadramento histórico-político e suas características eram distintas.

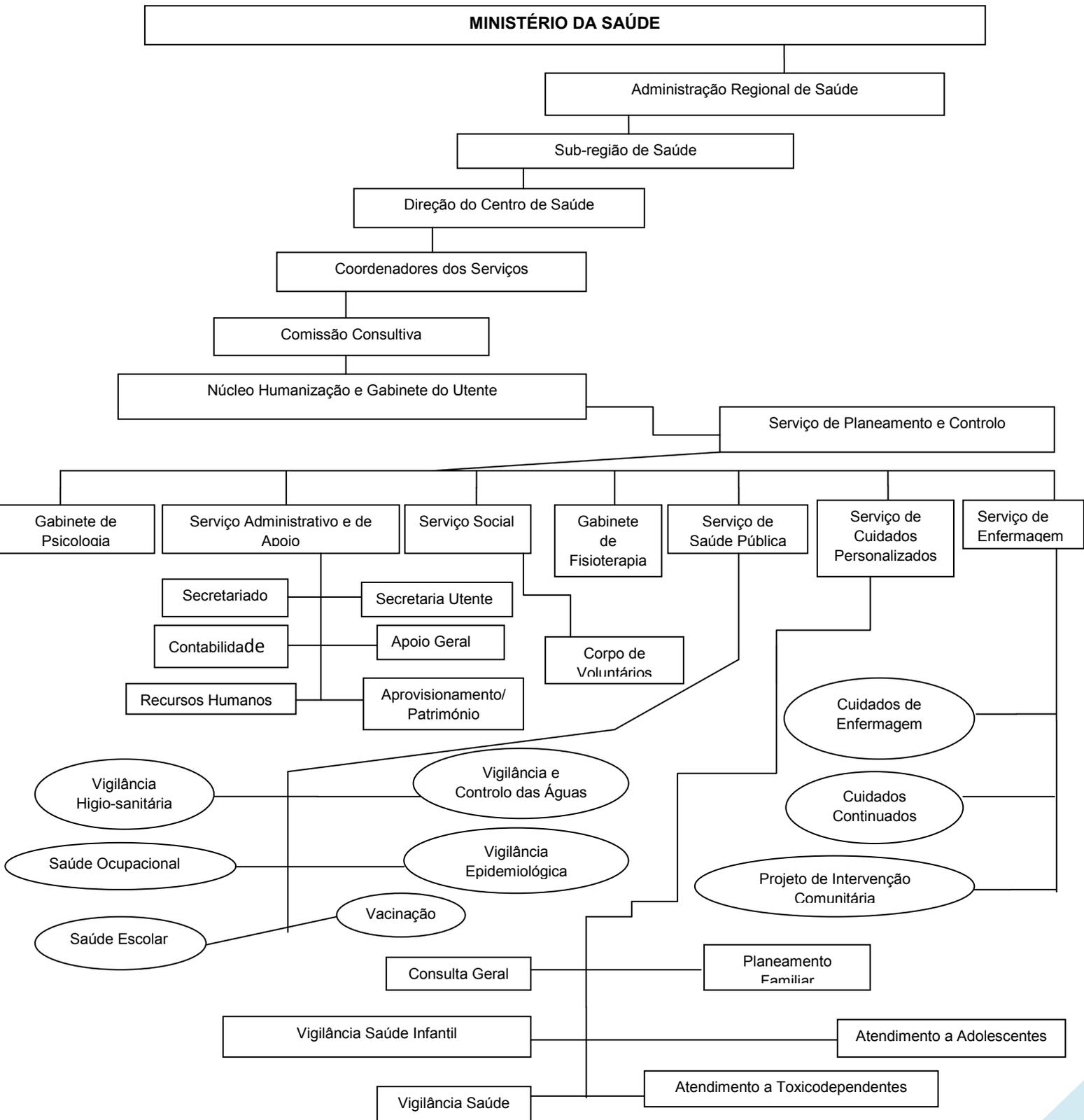
Com o Decreto – Lei nº413/71, 27 de Setembro, Lei Orgânica do Ministério da Saúde houve uma das maiores transformações nos Cuidados de Saúde Primários da história do Sistema de Saúde Português. A partir desse ponto foi construída as bases do Serviço Nacional de Saúde, que defende o direito à saúde a todos os portugueses, tendo o Estado a responsabilidade de o assegurar, dando origem à criação dos designados “Centros de Saúde de 1º

Geração”. Com este Decreto – Lei nº413/71, surgiu a filosofia que veio, sete anos depois, ser designada em Alma – Ata como os Cuidados de Saúde Primários, inserindo o Sistema de Saúde Português numa maior orientação para esses cuidados. Os Cuidados de Saúde Primários tornaram-se cada vez mais fortes com a consolidação do Serviço Nacional de Saúde surgindo a necessidade de instaurar os Centros de Saúde de 2ª Geração. Entretanto, alguns aspetos relevantes quanto aos Cuidados de Saúde Primários não conseguiram ser atingidos, observando-se uma baixa oferta no campo dos Cuidados em Saúde Oral, nos serviços de Psicologia ou de Cuidados de Fim de Vida. Houve a intenção de se fazer uma alteração no estatuto dos Centros de Saúde, objetivando atribuir autonomia e alguma hierarquia técnica aos Centros de Saúde de 3ª Geração, que nunca saiu do papel e foi substituída por uma nova Lei – Conhecida como a Lei da rede dos Cuidados de Saúde Primários. Porém, esta mesma Lei foi alvo de muitas críticas por se basear na carência de ganhos visíveis em termos de gestão e também pela abertura a que sujeitava os Centros de Saúde a serem geridos por interesses privados.

Atualmente há apenas Centros de Saúde de 2ª Geração ou cuja gestão depende de Hospitais SA, em que a tomada de decisão fica a cargo de cinco Administrações Regionais de Saúde em todo o país e que depende do Ministério da Saúde. Cada Administração Regional é subdividida e classificada como Sub-Regiões de Saúde. Além disso, os Centros de Saúde não apresentam autonomia, salvo sejam aquelas referentes as decisões de gestão corrente.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Figura 2: Organograma – Tipo de um Centro de Saúde de 2ª Geração e sua inserção na estrutura do Serviço Nacional de Saúde.



Adaptado Fonte: (Biscaia, 2006:61)

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Os Cuidados de Saúde Primários fazem parte do reflexo das características socioculturais e económicas da sociedade em que estão inseridos e procuram promover a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade e também a autorresponsabilidade.

Através dos Cuidados de Saúde Primários há uma participação mais ativa da população, tornado possível encontrar o maior bem-estar de respeito, justiça e igualdade tanto na troca de conhecimentos como através de outros recursos. Afinal, a saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos e é neste sentido que os Cuidados de Saúde Primários devem dar ênfase a sua promoção, com campanhas educativas e com a **prevenção** da doença. Com isto, podemos dizer que um Serviço de Saúde que visa os indivíduos, as famílias e a comunidade em geral prestam cuidados para além da atividade que desenvolvem dentro do Centro de Saúde.

O Artigo 12º, no ponto 2.3, dá ênfase ao escalão distrital dos Centros de Saúde e relata que os Centros de Saúde dispunham de várias valências e atividades de apoio, dentre as quais vale ressaltar a profilaxia da cárie dentária; da cegueira; da **surdez** e do cancro, em Ferreira (1990).

Já segundo o Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa:

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à proteção da saúde é realizado:
 - a) Através de um Serviço Nacional de Saúde Universal e Geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos Cuidados da Medicina Preventiva, Curativa e de Reabilitação;

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em Recursos Humanos e Unidades de Saúde;

c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos Cuidados Médicos e medicamentosos;

d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o Serviço Nacional de Saúde, de forma a assegurar, nas Instituições de Saúde Públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade, etc.

“Planeamento de Saúde é o processo que a Administração de Saúde, em conjunto com a população, leva a cabo para conseguir, em áreas (países, regiões, etc.) e prazos determinados, os melhores níveis de saúde das populações em causa, utilizando do modo mais racional e eficaz os recursos à sua disposição. Em resumo, o planeamento é um processo pelo qual se decide conseguir um futuro melhor do que o presente, mudando o que é necessário para lá chegar” (Duran,1989:19).

No entanto, para se chegar ao objetivo pretendido é importante salientar a dependência de alguns fatores, como a qualidade do plano elaborado e da capacidade de gestão da administração, como também dos interesses e valores à saúde atribuídos pelo indivíduo e pela sociedade.

Levando-se em consideração que todos nós somos sensíveis aos transtornos de saúde, há sempre a “preocupação” por parte da população em tentar promover a saúde ou mesmo em protege-la. Quando se faz um planeamento de saúde, estamos a contribuir de forma a conseguir alcançá-lo e

assim utilizar os meios para se chegar ao fim que é promover a saúde e o bem-estar.

Desta forma, através do planeamento podemos, conhecer as necessidades reais de saúde que as pessoas, as famílias e as comunidades estão a viver numa escala que vai desde as doenças e problemas individuais até às alterações do meio ambiente, físico, social e económico, que podem acarretar em doenças ou outras alterações. Além disso, através da oferta de serviços disponibilizados a comunidade torna-se possível satisfazer algumas necessidades que podem ser indispensáveis no dia-a-dia do indivíduo e nas suas relações sociais.

No entanto, a tomada de decisão relativamente a um Sistema de Saúde, fica a cargo do poder político, que busca relacionar as necessidades encontradas e os meios disponíveis no intuito de sanar problemas de saúde individuais e coletivos, através da infra-estrutura dos Serviços de Saúde, sectores e instituições ligadas à saúde das pessoas. A finalidade desta ação é proporcionar mais saúde, porém, como trata-se de um valor difícil de ser atingido, porque também não o podemos medir, o poder político conta com o apoio dos Recursos Humanos, Físicos e Financeiros para alcançar ainda que parcialmente, este objetivo. Afinal, quanto menos se conseguir identificar as necessidades, menor será a capacidade da população em defender a sua saúde e a do próprio poder político em atribuir valores.

O que se espera no processo de planeamento não é a tomada de decisão sobre uma determinada situação, mas sim que através dele seja possível identificar a natureza e dimensão do problema, as suas causas, as suas inter-relações, as suas consequências; para com isso, apresentar propostas que sejam possíveis de calcular e definir objetivos que são importantes para a resolução deste mesmos problemas.

Sob o ponto de vista das tendências evolutivas dos Sistemas de Saúde da União Europeia, existem alguns aspetos que devem ser levados em consideração. Como exemplo, podemos destacar o impacto que a evolução demográfica tem na organização dos Serviços de Saúde, afinal com a

industrialização, veio também o crescimento populacional e atualmente há aumento da população com 65 e mais anos, e até mesmo com 75 e mais anos. **O resultado desse aumento populacional nessa faixa etária gera também um maior gasto em saúde devido a prevalência de doenças crónicas sem redução das doenças agudas e dos acidentes** (Anderson, 1992, e Banta, 1998 citado por Giraldes, 1997).

Na tentativa de solucionar o problema dos gastos com os Cuidados de Saúde, foi mantido o modelo biomédico tradicional reducionista para situações consideradas agudas, entretanto foi observada a importância de desenvolver concomitantemente, os Serviços Sociais, Cuidados Domiciliários e Comunitários fazendo face aos problemas relacionados a população idosa e aos deficientes físicos e mentais.

Kellog (1995) e Trnobranski (1995) ambos citados por Giraldes (1997) relatam que o Sistema de Saúde Inglês, durante a sua reforma, tinha como objetivo a melhoria dos cuidados aos idosos e aos deficientes mentais e físicos, dando ênfase a manutenção da **autonomia** e da **independência** como situações de grande importância.

Numa perspetiva humana e eficiente, é importante encarar o desafio a que as Organizações de Saúde devem confrontar para estabelecer uma dinâmica de estratégias preventivas que levem em consideração o aumento da esperança de vida e suas consequências físicas e limitações a que o indivíduo está sujeito com o avançar da idade.

O Estado suporta um crescimento cada vez maior na despesa, no que diz respeito aos cuidados hospitalares e aos encargos com medicamentos. Em 1997, esta despesa atingiu 2,2% do Produto Interno Bruto tornando-se no maior valor dos países que fazem parte da OCDE.

Segundo a avaliação da OCDE em 1998 em BISCAIA (2006), as despesas de saúde têm apresentado um maior crescimento em Portugal em relação aos outros países. Ficou reconhecido que os fatores que mais influenciam estes dados são: o envelhecimento da população e o progresso

tecnológico em medicina, que através de uma maior procura consequentemente gera uma maior despesa.

A despesa total em saúde no PIB tem vindo a aumentar desde 1979, onde nesta altura havia uma taxa de 4,5%. Apesar de se ter registado uma pequena inflexão da curva no ano de 2007 a taxa ficou em 9,9%. Sendo assim, Portugal mantém-se com um aumento maior do que a média dos países da União Europeia, apresentado valores superiores atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, (2010).

O crescimento da despesa pública no PIB entre 1979 e 2006 apresentou uma proporção de 3,1% para 7,1%. Já na despesa privada em saúde no PIB também foi observado um aumento de 1,4% para 2,8%, com tendência a estabilizar nos últimos anos.

Os Cuidados de Saúde Primários têm aumentado a despesa total com Cuidados de Saúde devido a uma maior aposta nesse tipo de Cuidado de Saúde (2006:19%). Entretanto, há uma relação inversa na despesa privada (2006:13%).

Além disso, a despesa com medicamentos também representa uma elevada parcela da despesa em saúde, onde observou-se um aumento de 2007 para 2008 (2008:18,6%).

Atualmente há na despesa total em medicamentos no PIB apresenta valores de 2,02%, que são inferiores aos registados em 2002 (2,20%), mas que não representa o mais baixo, que foi conseguido em 2003 (2,00%).

No período de 2002 para 2003 houve uma redução no consumo em euros de medicamentos *per capita*, porém desde então foi observado um aumento (2008:331,1 euros).

2.1.2 - Grupos de carreiras “SKILL-MIX”

O Serviço Nacional de Saúde Português apresenta 6 grupos de carreiras profissionais que atuam nos Cuidados Primários de Saúde, sendo elas:

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Médicos (Clínica Geral, Saúde Pública e Hospitalar, esta com 45 especialidades), Enfermeiros (6 especialidades), Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (18 áreas), Técnicos Superiores de Saúde (8 áreas), Administradores Hospitalares, Pessoal dos Serviços Gerais (5 áreas) e ainda sete carreiras do Regime Geral da Administração Pública, (Biscaia, 2006).

Entretanto, vem sendo observado um crescente número de competências entre as várias profissões. Isto ocorre devido a criação de novos cursos universitários na área da saúde, da passagem a licenciatura da Enfermagem e dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, bem como da própria transformação e crescimento não regulamentado das diferentes profissões. Neste sentido, as áreas que mais levantam estas questões são a prevenção, a reabilitação e a saúde mental.

Para tornar possível desenvolver trabalhos de equipas de saúde multiprofissionais, adequando de acordo com as necessidades de cada população, cabe aos gestores e políticos definir qual será a melhor combinação de competências (skill-mix) a partir dos grupos de profissões e também de definir os novos papéis.

No entanto, segundo o Ministério da Saúde – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) os Cuidados de Saúde prestados nos Centros de Saúde da área de Albufeira são os descritos no quadro abaixo, cujo item do tipo de pessoal Técnico envolvido neste processo não pôde ser observado por não ter sido divulgado (Leal, 2008).

Quadro 1 – Grupos profissionais efetivos nos Centros de Saúde

Centros de Saúde	Quadro 1 – Grupos profissionais efetivos nos Centros de Saúde										
	Medicina Geral e Familiar	Clínicos Gerais (não especialistas)	Médicos Saúde Pública	Outros Médicos Especialistas	Total de Médicos	Enfermeiros	Pessoal Técnico Superior	Pessoal Técnico	Pessoal Administrativo	Outro Pessoal (Serv. gerais, auxiliar e outros)	Total efetivos
Albufeira	21	2	1	0	24	30	3	8	24	25	114

Fonte de Dados: IGIF 2005

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Segundo Biscaia (2006:25), o Royal College of General Practitioners do Reino Unido apresenta como conceito para o profissional dos Cuidados de Saúde Primários, “*Qualquer profissional de saúde cuja qualificação em Cuidados de Saúde é reconhecida por uma entidade com estatuto para tal aprovado pelo Governo, e que atende clientes/pacientes diretamente sem necessidade de referência por outro profissional ou que trabalha numa Instituição de Cuidados de Saúde Primários de acesso livre*”. Como trata-se de uma definição ampla, pode estar incluído Médicos (Médicos de Família, Médicos de Saúde Pública, Médicos Dentistas, Médicos de Geriatria, Médicos de Saúde Escolar, Psiquiatras Comunitários e, em alguns países, Médicos de Medicina Interna ou Pediatras, ou até outras especialidades), Enfermeiros, Técnicos de Saúde, Psicólogos, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Dietistas, Técnicos do Serviço Social, Auxiliares de Ação Médica, Ajudantes Familiares, Pessoal Administrativo e Gestores.

2.1.3 - Plano Nacional de Saúde

Numa visão global, os indicadores apontam para um conjunto nacional, de ganhos em saúde sustentados, década após década. No entanto, diante do limitado número de indicadores disponíveis e do mau funcionamento do sistema de gestão da informação e do conhecimento, a nossa capacidade para compreender a realidade nacional com a intenção de planejar com mais detalhe as intervenções conducentes em mais ganhos em saúde está condicionada.

Neste sentido, para alcançar mais ganhos em saúde de uma forma global, levando-se em consideração a situação na União Europeia e em Portugal, foram definidas como prioridades as estratégias centradas na família e no ciclo de vida e na gestão da doença ou enfermidades.

→ Família e ciclo de vida

Existem vários tipos de abordagens que buscam compreender a saúde e planejar as intervenções necessárias, entretanto as que se baseiam no ciclo de

vida estão cada vez mais a ganhar notoriedade. Este facto pode ser justificado porque esta abordagem permite uma melhor visibilidade, de forma mais integrada, de todos os problemas de saúde que devem ter prioridade nos diferentes grupos etários, diferentes papéis sociais que conjugarão ao longo da vida nos diferentes *settings*, de acordo com o género. Através do ciclo de vida também é possível conjugar momentos especiais, como o nascer, o morrer e outros momentos como a entrada para a escola, o primeiro emprego, o casamento, o divórcio, a reforma, entre outros, que são parte integrante das oportunidades para a educação e para a saúde, para ações de prevenção, para rastreios de doenças e outras intervenções.

No que diz respeito ao nascimento, segundo o Plano Nacional de Saúde 2004/2010, dentre as várias orientações estratégicas e intervenções necessárias na promoção da saúde infantil é importante destacarmos a necessidade de oferecer intervenção precoce as crianças portadoras de deficiência ou que estão em risco de atraso grave de desenvolvimento, uma atenção especializada, bem como a implementação de Centros de Desenvolvimento Infantil.

Na juventude, podemos destacar, o incentivo ao estilo de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura. Que no que remete à audição, também poderiam ser feitas orientações importantes sobre o uso prolongado e acima dos níveis de audibilidade aconselhados nos equipamentos de MP3.

Já na fase adulta, é importante salientar os riscos ocupacionais a que os trabalhadores estão expostos e o seu impacto na morbilidade resultante.

Para isto, foram criadas algumas orientações estratégicas que visam investir na prevenção secundária; onde nessas intervenções, principalmente nos Cuidados de Saúde Primários e ações de Serviços de Saúde Pública, devem ser estabelecidas as devidas diferenças entre os géneros; Criar prioridade na prevenção da doença, dando ênfase ao diagnóstico precoce; Melhor o acesso nas intervenções terapêuticas; Promover uma melhoria do estilo de vida, buscando uma vida mais saudável que irá favorecer a uma melhor saúde.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

E finalmente, o envelhecimento ativo, que é uma fase da vida onde podemos destacar uma diminuição de ambientes que proporcionem uma maior autonomia e independência para as pessoas com défices auditivos, visuais, etc., com o objetivo de diminuir os acidentes com idosos (quedas, traumatismos, atropelamentos).

Outros pontos que devem ter prioridade são: a família, através da capacitação na prestação de cuidados informais; os lares de idosos, os Centros de Saúde e Hospitais e as Unidades de Cuidados Continuados.

Quanto ao nível estatístico referente a longevidade, foi observado que no período compreendido entre 1990/92 e 2006/08 a esperança de vida em Portugal teve um acréscimo de quase 5 anos, com um valor de 78,9 anos. Isso mostra que a diferença média da longevidade dos portugueses tem atenuado, apesar de ainda estar inferior a média dos países da Europa.

Foi observado também que há uma tendência cada vez menor de nascimentos em mulheres com menos de 20 anos, representando 4,2 nascimentos por 100 nados vivos em 2008. Em contrapartida, há um aumento da proporção de nascimentos em mulheres com idade ≥ 35 .

Outro valor que supera à média dos países europeus foi, à partir do ano 2000, o percentual de crianças com baixo peso à nascença, apresentando um menor crescimento a partir do ano de 2004.

No que diz respeito a autoavaliação da população sobre o seu estado de saúde (muito bom e bom) o maior percentual (80 e 90%) foi obtido nos grupos etários mais jovens (abaixo dos 25 anos), com uma diminuição dessa perceção com o aumento da idade.

Quanto à esperança de vida saudável aos 65 anos os homens apresentam-se em maior número do que as mulheres, entretanto as mulheres têm maior esperança de vida.

A taxa de mortalidade evitável por Cuidados de Saúde tem diminuído, em todas as regiões, bem como o número de mortes prematuras devido ao acesso atempado aos Cuidados Médicos (prevenção secundária).

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Além disso, a taxa de mortalidade evitável por prevenção primária tem diminuído, o que evidencia que a população portuguesa tem adotado comportamentos e atitudes mais saudáveis, contribuindo assim para uma diminuição do número de óbitos prematuros.

Atualmente há alguns Programas considerados prioritários, a nível nacional, de controlo de algumas doenças, nomeadamente o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, Oncológicas, da VIH/sida e um Plano Nacional de Saúde Mental. No entanto, apesar da necessidade de abertura de um leque de outras possibilidades de intervenção para promover mais saúde para a população, não há conhecimento de outros programas disponíveis para a área auditiva por exemplo.

Segundo Gomes et al (1986), o Departamento de Cuidados Primários (Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários) referia que era da competência desse Departamento atuar na prevenção da doença e promoção da saúde em ambulatório. O que destinava-se aos Cuidados Primários de Clínica Geral, Materno-infantis, Saúde Escolar e Geriátrica, bem como os cuidados especializados das áreas de Oftalmologia, Estomatologia, Otorrinolaringologia e de Saúde Mental.

2.1.4 - Qualidade dos Serviços de Saúde

2.1.4.1 - Satisfação do Utente

A satisfação do utente numa perspetiva teórica, segundo McIntyre et al (2002:19), refere-se ao “*leque variado de reações do utente à experiência dos Cuidados de Saúde.*” Numa análise aplicada, este conceito refere-se a “uma das dimensões dos Serviços de Saúde que devem ser avaliadas quando se monitoriza a qualidade dos mesmos.”

Os utentes têm opiniões diferentes sobre os diferentes aspetos relacionados com os Cuidados de Saúde, onde uma das distinções realçadas é a forma técnica do cuidar e a forma humana ou interpessoal desse cuidar, também conhecida como “arte do cuidar”. Significa com isso dizer, que há vários aspetos envolvidos na avaliação do utente com a construção de escalas nas mais variadas dimensões a avaliar.

A satisfação do utente é um indicador muito importante da qualidade dos serviços prestados. Além disso, foi observado alguns aspetos que estão intimamente ligados a satisfação do utente com os Cuidados de Saúde, mostrando que esses são mais passíveis de seguir as orientações médicas, permanecer com o profissional atual e com isso, obter ganhos em seu estado de saúde (Fitzpatrick, 1993; Leventhal, Zimmerman & Gutman, 1984; Thus, Baker & Whitfield, 1992 citado em McIntyre et al, 2000).

Ainda dentro dessa análise, existem outros aspetos a considerar nos Cuidados de Saúde Prestados, que tem algum peso na avaliação do utente. Segundo Roter (1989) citado por McIntyre et al (2000), na sua análise a 41 estudos comparativos de aspetos relacionados com o comportamento dos Médicos e a satisfação dos seus utentes, verificou que esses consideram como aspeto mais importante para a sua satisfação, a informação que o profissional lhe oferece em relação ao seu problema e tratamento.

Para Crosby citado por Mezomo (2001:71), qualidade significa “conformidade com os requisitos” e não bondade ou elegância, porque estes são conceitos subjetivos que não esclarecem o seu conceito. Ele faz a relação de qualidade a um *standard*, já que uma vez definido torna-se claro e pode-se caminhar para a produção ou serviço de alta qualidade.

Crosby considera como *standard* o “zero defeitos”, que significa “fazer a coisa certa já da primeira vez”, e melhorar na fase seguinte, Mezomo (2001: 71).

Saindo da definição da qualidade da área industrial e sendo mais específico quanto a qualidade na saúde, é possível dizer que deve ser vista

como “ *uma extensão da própria missão da organização, que é a de atender e exceder as necessidades e expectativas de seus clientes*”, (Mezomo, 2001:73).

Para Donabedian citado por Mezomo (2001), existem 3 dimensões para a qualidade, sendo elas: a técnica, a interpessoal e a ambiental.

Na técnica destaca-se a aplicação do conhecimento científico e técnico para promoção da solução do problema de saúde do paciente. A interpessoal faz relação entre o prestador de serviço e o paciente. Já a ambiental está relacionada com a existência de comodidades que se pode oferecer ao paciente quanto ao conforto e o bem-estar.

Para o processo destes conceitos ou sua operacionalização, há uma necessidade de trabalhar de forma contínua e permanente sobre as expectativas dos clientes, bem como, efetuar um trabalho de comparação com os melhores prestadores de serviços de forma a criar um ambiente de trabalho adequado e propiciar a melhoria contínua dos processos envolvidos.

A filosofia da qualidade como um processo de melhoria continuada, foi vista como uma oportunidade para melhorar os problemas que afetam de forma crónica vários sectores, inclusive a saúde.

Os Serviços de Saúde já se entendem como organizações que utilizam “recursos”, executam “processos” em busca de “resultados”. Para se trilhar esse caminho, é necessário utilizar princípio de administração para se alcançar os seguintes objetivos:

- “1- Obter níveis de excelência nos procedimentos administrativos e clínicos e no atendimento das necessidades dos clientes.
- 2- Otimizar o uso dos recursos (materiais, humanos, financeiros e tecnológicos).
- 3- Maximizar os benefícios aos pacientes;
- 4- Minimizar os riscos dos pacientes;
- 5- Garantir a máxima satisfação de todos os clientes internos e externos.

6- Reduzir os custos e eliminar o desperdício.

A filosofia de melhoria da qualidade teve um longo percurso histórico com grandes mudanças ao longo dos anos, onde defendeu o “Controlo” nos anos 60, a “Avaliação” nos anos 70, a “Garantia” nos anos 80, a “Melhoria” nos anos 90 e agora fala-se em “Desenvolvimento. Dando enfoque ao *“respeito à pessoa, a equidade, a paz e ao resgate da dimensão ética da organização e do trabalho profissional.”* (Mezomo, 2001:107).

“Aquilo que vale a pena ser feito vale a pena ser bem-feito”

(Claus Möler citado por Mezomo 2001:63).

2.1.4.2. Qualidade de vida

No passado a qualidade de vida era tida como uma filosofia ou uma arte para viver, muita coisa mudou ao longo dos tempos e atualmente falamos de um conceito. Este conceito está representado em várias áreas, desde a ecologia até a organização do trabalho, incluindo a área da medicina que está constantemente a elaborar escalas de avaliação da qualidade de vida de acordo com as patologias.

A qualidade de vida é um termo difícil de conceituar, visto ser de natureza abstrata e que pode ter diferentes significados, para diferentes pessoas, em locais e situações diferentes. Trata-se de uma noção humana que apresenta muitos significados de acordo com experiências, conhecimentos e valores de indivíduos e coletividades. Esses significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura em que esses indivíduos são parte integrante.

Este termo qualidade de vida foi referido pela primeira vez por Pigou em 1920, em um livro sobre economia e bem-estar. Em seu livro, fazia alusão sobre o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e o orçamento do Estado. Entretanto, para outro autor, esse termo havia sido utilizado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em 1964. Johnson

referia que “ os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Referindo-se dessa forma à qualidade de vida em termos económicos (Leal, 2008:04).

Com o passar dos anos, Augus Campbell, em meados da década de 70, declarou que o termo qualidade de vida apresentava algumas dificuldades quanto a sua definição por se tratar de algo muito falado mas pouco entendido. “... Uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é” (Leal, 2008:4). Já nessa altura, em 1978, havia a preocupação da OMS na International Conference on Primary Health Care em declarar que “todos os indivíduos têm direito não apenas aos cuidados físicos mas também aos cuidados psicológicos e a uma **qualidade de vida** adequada” (WHO e UNICEF, Alma Ata, Rússia, Setembro de 1978, citado em Sousa, 2001).

Nos anos 80 outros estudiosos ao refletirem sobre o conceito, consideraram que envolvia diferentes perspetivas, entre elas a biológica, psicológica, cultural e económica, tratando-se de um conceito multidimensional, em Leal (2008).

Na década de 90 foi observado que o conceito de qualidade de vida não era apenas multidimensional mas que também tinha por trás toda uma carga de subjetividade. Isto porque cada indivíduo avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal. Assim, podemos verificar esta premissa através do conceito dado em medicina e enfermagem, que fazem uma relação entre a qualidade de vida e a saúde, e definem com “ o valor dado ao tempo que se tem para viver, é condicionado por desequilíbrios, estados funcionais, perceções e oportunidades sociais, que por sua vez são também influenciados pela doença, acidentes, tratamentos ou políticas de saúde” (U.S. Department of Health and Human Services, 1990 citado por KING e HINDS,1998:5, citado em Sousa, 2001).

Segundo Arnaldo Ribeiro, em 2005, citado por Leal (2008:04), a definição de qualidade foi tida como “*um termo que surgiu como conceito de condições de vida no trabalho, como um conjunto de aspetos de bem-estar,*

saúde e segurança física, mental e social, capacidade de desempenhar atividades com segurança e com máximo de aproveitamento possível da energia de cada trabalhador (produtividade) ”.

Com o passar dos anos o conceito de qualidade de vida evoluiu de tal forma que passou a ser avaliado através de diferentes perspetivas, nomeadamente, biológica, cultural, económica e psicológica. Além disso, houve uma valorização dos aspetos relacionados com a satisfação, qualidade dos relacionamentos, realização pessoal, perceção de bem-estar, possibilidades de acesso a eventos culturais, oportunidades de lazer, entre outros, como a felicidade, solidariedade e liberdade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde citado por Dantas (2003:2), a qualidade de vida é “ *a perceção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Incluem ainda, seis domínios principais como a saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual.

Alguns autores utilizam da expressão bem-estar subjetivo, tendo em vista que implica a forma como cada pessoa se sente ao nível físico e psicológico e nas suas relações com o meio.

Podemos observar que há uma evolução desse conceito, na tentativa de, cada vez mais, “dar vida aos anos”, considerando tanto os aspetos objetivos como também a subjetividade que o tema representa, em Kluthcovsky e Takayanagui (2006).

Há três referências sobre a qualidade de vida, sendo elas, a histórica, a cultural e a de padrões de bem-estar estratificados. A primeira diz que a qualidade de vida que pode ser diferente numa mesma sociedade de acordo com a época. A cultural, que apresenta valores e diferentes necessidades de acordo com a cultura de um povo. Por último, os padrões de bem-estar estratificados que entre classes sociais, com forte desigualdade social, onde o

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

conceito de qualidade de vida tem uma relação com o bem-estar das camadas mais favorecidas da sociedade.

Quadro 2 – Dimensões da qualidade de vida

<u>Dimensões</u>	<u>Indicadores</u>
Funcionamento Físico	Atividades de vida diária, mobilidade, independência, exercício, capacidade de trabalhar, de se divertir ou de ir à escola, capacidade de autocuidado, capacidade de realizar atividades relacionadas com a alimentação e a dieta.
Funcionamento Psicológico	Estado de: ansiedade, depressão, raiva e alegria; Estado cognitivo: orientação, memória, concentração, atenção, pensamento, alerta, confusão. Perceção de bem-estar: Satisfação com a vida, felicidade, atitude positiva, sucesso pessoal, paz interior, perceção de controlo, esperança. Espiritualidade, experiências transcendentais, altruísmo. Autoestima, autoimagem, autocontrolo, sentimento de eficácia.
Funcionamento Social	Funcionamento sexual, intimidade, carinho. Manutenção de relações interpessoais com os profissionais de saúde. Negociação com as organizações de saúde/burocracias. Participação em grupos de autoajuda ou atividades de voluntariado.
Sintomas relacionados com a saúde ou os tratamentos	Níveis de fadiga ou energia. Capacidade física e força. Náuseas, vômitos, diarreia, obstipação. Inflamação das mucosas, disfagia ou dispneia. Dor, infeções, dermatites. Perturbações do sono e repouso. Relacionados com efeitos secundários dos medicamentos.

Fonte: Sousa (2001).

Segundo KING e HINDS (1998) citado por Sousa através dos resultados de investigação da Q.V. pode-se por exemplo: prever a sobrevivência; documentar padrões de deficiência ou de recuperação; comparar os resultados de diferentes tipos de terapias para a mesma doença; documentar a qualidade dos cuidados; comparar os resultados de terapias tradicionais e não tradicionais; diagnosticar pessoas em risco de desenvolverem processos psicológicos mórbidos e ainda para prever as alterações provocadas pelos

tratamentos a realizar e para fins organizacionais (orçamentos, distribuição de recursos, materiais e humanos).

Para Ribeiro (1994) citado por Sousa as técnicas de avaliação impõem a consideração dos aspetos positivos em detrimento dos aspetos negativos, com a consideração da avaliação em dois planos, sendo eles: ao nível do bem-estar e da funcionalidade; bem como, a consideração da interação de aspetos físicos, mentais e sociais.

Neste sentido, há uma diversidade de métodos para medir a Q.V., onde cada um deles tem a sua utilidade e diferentes resultados. As suas metodologias podem ser de três tipos: quantitativas, qualitativas ou mistas.

Os Cuidados de Saúde prestados também contribuem para uma melhor qualidade de vida da população. Segundo dados do Ministério da Saúde (2010), existem em Portugal Continental:

- 103 Hospitais Públicos (24 Especializados e 79 Gerais);
- 86 Hospitais Privados;
- 363 Centros de Saúde (agrupados em 74 ACES);
- 230 Unidades de Saúde Familiar;
- 131 Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Nos últimos anos houve um crescente aumento do número de Médicos Especialistas por 100 mil habitantes. O valor mais elevado foi na Região de LVT (Lisboa e Vale do Tejo), com uma proporção de 330/100 000 habitantes, segundo dados do Ministério da Saúde (2010).

Também foi observado, embora com oscilações, um aumento temporal do número de Médicos de Medicina Geral e Familiar/Clínicos Gerais por 100.000 habitantes, mostrando que em 2007, este valor foi superior nas Regiões do Centro (71,4/100 000 hab.) e no Algarve (69,9/100 000 hab.).

Quanto ao número de profissionais Enfermeiros por 100 mil habitantes, houve um aumento considerável nos últimos anos (524,5/100 000 hab., em

2008). Sendo a Região do Centro a que apresenta maior rácio (586,6/100 000 hab.).

Os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica que trabalhavam nos Hospitais Públicos em Portugal continental perfaziam um total de 6734 (Setembro 2009), 938 nos Hospitais Privados (2008) e 1262 nos ACES (2008).

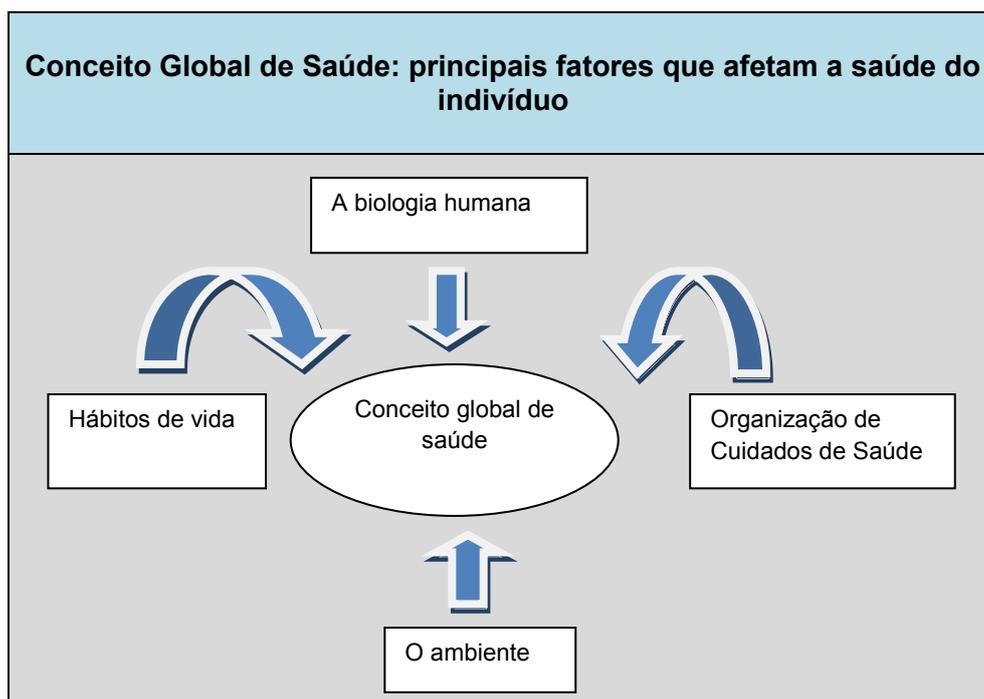
Será que podemos dizer que quanto melhor for a saúde melhor é a qualidade de vida?

Segundo a OMS, *“a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença e de enfermidade”*, (Berger, 1995:108). Esta perspetiva nos mostra que todos os indivíduos e em quaisquer circunstâncias, como por exemplo a idade, poderão estar ao alcance do bem-estar e tirar partido das suas capacidades funcionais. No entanto, raramente é possível estar de forma simultânea, em perfeita saúde e num estado completo de bem-estar físico, mental e social. E quando isso acontece, será num estado passageiro, Berger (1995).

Madeleine Blanchet (1987) citado por Berger (1995) diz que a definição dada pela OMS não é parte da realidade, porque propõe atingir um estado ideal, tornando-se numa “visão idealista”.

Numa abordagem mais recente e global, podemos ressaltar a definição de saúde de Dunn (1973) também citado por Berger (1995:108), que *“descreve a saúde como o estado que permite a uma pessoa funcionar com o seu potencial máximo, num determinado aspeto específico”*. Esta definição nos remete a ideia da permanente adaptação do indivíduo a todos os níveis. Sendo assim, é uma visão realista, global e dinâmica sendo válida para todas as idades.

Figura 3 – Conceito Global de Saúde.



Fonte: Pessoas idosas – Uma abordagem global. Processo de enfermagem por necessidades. Lusodidacta (1995:109).

A relação saúde-qualidade de vida pode também ser vista em oposição. No entanto, é senso comum que uma maior qualidade de vida proporciona ganhos em saúde.

Segundo Ivan Illich, citado por Couvreur (2001), a saúde não é, em primeiro lugar, um problema dos Médicos. Em sua obra, *Nêmesis Médicale* ele denuncia o que chama de expropriação da saúde pela medicina. Que tem como consequência mudar o papel ativo do homem, no que diz respeito a sua saúde, num papel passivo.

A Abordagem Holística também defende uma conceção global da medicina, e considera que *“influenciados pela medicina tradicional tornámo-nos passivos e adquirimos o hábito de não nos escutarmos e de nos submetermos aos outros, negando assim a nossa própria responsabilidade”*, em Couvreur, (2001:43).

A qualidade de vida tem então, um significado diferente da qualidade em saúde, que segundo Palmer (1982) citado por Sousa em Silva (2010:20), esta

última refere-se a “*produção de saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes*”.

A definição elaborada pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (USA, JCAHO, 1993) citado por Silva et al (2010:20) para a qualidade em saúde, diz que é “*o modo como os Serviços de Saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados*”.

2.2 - Envelhecimento humano

Desconhece-se o que efetivamente é o envelhecimento e quais são os mecanismos que podem dar origem a esse processo. Numa análise ao sentido lato, o envelhecimento ocorre durante todas as fases do desenvolvimento humano até a senescência, onde em cada uma dessas fases há uma sequência de transformações de carácter intrínseco que acontece de forma progressiva no tempo e que são consideradas universais para cada espécie.

O envelhecimento não ocorre da mesma maneira ou com o mesmo ritmo para todas as pessoas. Bourlière, citado por Berger e Mailloux-Poirier (1995) ressaltam que há variações nas modalidades de senescência de uma população humana para outra e até mesmo dentro de uma mesma população. Este fenómeno é chamado de envelhecimento diferencial.

O processo de envelhecimento humano envolve aspetos individuais e sociais, fatores biológicos e genéticos, bem como aspetos psicossociais, comportamentais e ambientais. Ou seja, a senescência é um processo multifatorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. Trata-se de um processo fisiológico que ocorre em todas as estruturas do organismo, onde cada órgão e tecido apresentam um ritmo próprio de envelhecimento.

Segundo a OCDE citado por Pinto (2007), para efeitos de reforma são considerados como idosos, o conjunto de indivíduos com 65 e mais anos.

Já segundo Litré, em 1978, citado por Pinto (2007), o envelhecimento é a última idade, com início aos 60 anos, podendo ser mais ou menos retardada, segundo a constituição individual, o género de vida, e uma série de outras situações.

Por enquanto que Ferreira (2004) diz que é apenas um processo fisiológico considerado normal e que ser velho não significa que tem que ser doente.

Na realidade, o envelhecimento faz parte de uma série de modificações morfológicas e funcionais corporais, que são caracterizadas pela redução da eficácia de todos os órgãos e sistemas.

Existem várias Teorias que pretendem justificar o envelhecimento, embora este seja um processo multifatorial. Entretanto, a teoria mais antiga, da década de 50, a Teoria da Programação, referia que o processo de envelhecimento é traçado nos genes, cuja morte é algo pré-programado.

O processo de envelhecimento envolve situações de efeitos cumulativos com influências extrínsecas e um programa molecular intrínseco de envelhecimento celular. Levando em consideração algumas Teorias que existem, sobre o envelhecimento, podemos observar algumas divisões com dois grupos: Teorias Estocásticas e as Teorias Deterministas.

→ Teorias Estocásticas

Esta Teoria defende que o processo de envelhecimento se dá através de sucessivas lesões que acabam por gerar um desgaste que tem como consequência uma disfunção celular e morte, também conhecida como desgaste e rutura.

Ainda nesta mesma definição, podemos encontrar também, a Teoria da Lesão/Reparação do ADN; Teoria da Oxidação/Radicais Livres, Teoria do ADN Mitocondrial e a Teoria das Radiações.

→ Teorias Deterministas

Segundo essa Teoria, o envelhecimento é uma consequência direta de um programa genético, tendo como relógio molecular ou biológico, o genoma. A explicação para o envelhecimento é de que este ocorre porque há diferentes espécies que têm uma longevidade máxima marcada, onde o cão vive mais ou menos 10 anos; o rato 1020 a 1050 dias e o homem vive até no máximo 120 anos.

Quanto as Teorias Deterministas, estas podem ser representadas pela Teoria das Mutações Somáticas; Teoria Genética; Teoria Neuroimunoendócrina e Teoria das Telomerasas.

Independente da teoria em questão, é facto que pouco se sabe sobre a causa do envelhecimento, o que certo é que acaba por ser parte integrante do mistério da vida e da morte.

Além das Teorias que foram referidas anteriormente, existem alguns fatores que podem estar associados ao envelhecimento. Considera-se então os fatores genéticos, ambientais e comportamentais.

2.2.1. Alterações associadas ao envelhecimento

Quando nascemos temos apenas o que chamamos de reflexo auditivo, que é inibido quando iniciamos o processo de aprendizagem, e as novas respostas ao som são adquiridas de acordo com a experiência auditiva. O primeiro ano de vida de um bebé é de grande aprendizagem. Através da informação auditiva nós recebemos os conceitos básicos necessários para a construção da linguagem, organizada em diferentes processos como neuropsicológico, biológico e emocional, permitindo desenvolver o significado simbólico. A audição, como um sentido especial em si, surge mais tarde, pois a criança armazena todo tipo de informação sem triagem. Os sons só começam a ter um significado real quando se inicia o processo de aprender a ouvir, e esse processo pode ser influenciado pelo meio ambiente.

A audição tem um papel fundamental no processo de aquisição e desenvolvimento da fala, bem como no seu controlo e modificação do desempenho vocal. Neste sentido e devido a sua importância, uma perda auditiva pode restringir o indivíduo, num contexto de experiência social, comportamento emocional, progresso educacional e linguístico. Além disso, é através deste sentido de alerta que podemos nos defender de algumas situações de perigo.

O processo do envelhecimento ocorre de forma global na organização biológica. Pode ser visto, nas células, nos tecidos, nos órgãos e sistemas e em todo o organismo.

Os idosos na maioria dos casos sofrem modificações importantes do ouvido. Essas mudanças fazem parte de um processo que ocorre ao longo da vida e ocorrem de forma progressiva. Podem estar associadas à exposição contínua ao barulho, a fatores genéticos, tóxicos ou circulatórios, sendo mais comum observar a existência de perdas mais seletivas do que absolutas e totais.

Com o envelhecimento surge uma alteração ou “atrofia” do canal auditivo externo, suas paredes tornam-se mais finas e há uma redução na produção de cera. No que diz respeito ao ouvido médio, poderá ocorrer uma rigidez do sistema ossicular e do tímpano, gerando uma surdez do tipo condutiva ou também uma atrofia do nervo auditivo.

O surgimento dos problemas acima citados promove uma perda auditiva que passa a ser mais perceptível quando o indivíduo encontra-se na faixa dos cinquenta anos, agravando-se consideravelmente a partir dos 70. Estima-se que em cada quatro pessoas com idade superior aos 60 anos, uma sofra de perda da audição significativa a ponto de ser considerada como surda. Independentemente da idade, a taxa de incidência é maior nos homens do que nas mulheres.

Segundo Katz (2002), a partir da terceira ou quarta década da vida e consoante o género, mais comum no sexo masculino, há também o surgimento de dois tipos de pêlos que crescem no interior do meato acústico externo e

tornam-se mais espessos mais longos e mais perceptíveis provocando o acúmulo de cerúmen, principalmente nos idosos impedindo ou bloqueando parcialmente a entrada do som.

O problema auditivo mais comum nesta fase da vida é a presbiacúsia ou surdez de percepção, onde há uma degenerescência neuronal das células ciliadas da cóclea e dos sensores do ouvido interno, o que provoca uma diminuição na amplitude das frequências ouvidas, ocorrendo em maior grau nas frequências elevadas, ou seja, nas frequências que correspondem aos sons agudos. Esse tipo de perda provoca um prejuízo para a conversação, podendo ser pior em ambientes ruidosos, justamente porque a discriminação dos sons torna-se mais difícil. A linguagem passa a ter um grau de dificuldade, tornando-se ininteligível. As consoantes não são tão bem percebidas, porque estão situadas na faixa de frequência mais aguda, o que dificulta a percepção das palavras e, conseqüentemente, a interpretação da informação recebida fica prejudicada. Têm um carácter de prevalência no sexo masculino, como dito anteriormente, podendo ser compensada através do uso de aparelhos auditivos.

O idoso também queixa-se do aumento da presença de acúfenos ou zumbido, que são sensações auditivas anormais como campainhas, estalinhos e barulhos semelhantes. Estas sensações indesejadas ocorrem devido à degenerescência progressiva do nervo auditivo.

Para além dos sinais de envelhecimento citados, há também os sinais sociais. Muitas vezes, um corpo envelhecido é tido como um corpo deteriorado e socialmente inútil. Países desenvolvidos ou que ambicionam ser desenvolvidos manifestam na prática que a idade é algo sem valor social e até consideram como sendo um dos fatores de prejuízo económico, por não contribuir e gerar um custo na despesa pública. Essa visão pode ser agravada, se somado a idade houver ainda outros fatores associados, como a pobreza, a baixa educação, a solidão ou o ser pensionista e até mesmo o facto de ser mulher, porque as mulheres com o avanço da idade, é vista como ainda mais inútil do que os homens.

A própria “resignação” do idoso para com o seu processo de envelhecimento, faz com que ele aceite a sua desvalorização, o que prejudica a sua saúde física e mental. Esse tipo de comportamento pode levá-lo a depressão, a falta de motivação, a perda da autoestima, ao isolamento etc.

Por esta razão é importante que após a identificação da perda auditiva, que pode ser prolongada ou permanente, possa ser dado início ao processo de habilitação ou reabilitação auditiva através da indicação de uma prótese.

O aparelho auditivo é a ferramenta que irá promover a amplificação sonora, de forma a satisfazer as necessidades auditivas do indivíduo que dele necessita. Através da prótese, é possível amplificar os sinais de fala, os sons ambientais, os sinais de perigo (alarme de incêndio) e de alerta (campainhas de porta ou telefone), além dos sons que melhoram muito a qualidade de vida (música, canto dos pássaros e outros). Também tem um importante papel de facilitador na educação e no desenvolvimento psicossocial e intelectual do portador de deficiência auditiva.

2.2.2. Deficiência auditiva

Segundo Almeida (2003), a perda auditiva é a incapacidade total ou parcial para escutar sons em um ou ambos os ouvidos.

A perda auditiva ou surdez pode ser classificada seguindo alguns critérios audiométricos, como neurosensorial (equivalente a um problema coclear), de condução (quando sua localização é no ouvido externo ou médio) ou mista (quando há um problema em tanto a nível coclear como no ouvido externo ou médio). Além disso, a perda auditiva pode ser classificada como ligeira (quando a perda encontra-se na faixa de 26 a 40 dB), moderada (de 41 a 55 dB), moderada severa (de 56 a 70 dB), severa (de 71 a 90 dB) e profunda (acima de 90 dB), Nunes (1998).

Compreende-se que a perda auditiva reduz a audibilidade da fala impossibilitando a comunicação. Tem sido também claramente demonstrado que a experiência de uma perda auditiva reduz de uma forma global a

qualidade de vida. A perda auditiva tem sido associada com sintomas de depressão, sentimento de solidão e de uma diminuição da rede social. Segundo Jill (2009) adicionalmente, provas qualitativas tem demonstrado que a perda auditiva afeta o *status* psicossocial do cônjuge do indivíduo com perda auditiva.

Os aspetos psicossociais da perda auditiva são multidimensionais e podem ser classificados em termos emocionais, cognitivos, interpessoais, comportamentais e reações físicas á perda auditiva. Por exemplo, uma reação cognitiva é o aumento do esforço necessário para a compreensão da fala em situações auditivas difíceis. Após um período prolongado deste esforço extra, estes indivíduos podem tornar-se desatentos ou apresentar dificuldade de concentração.

E como a perda auditiva pode resultar em *stress* poderão ocorrer reações físicas como fadiga, tensão muscular, dores de cabeça, problemas de estômago e problemas de sono. Uma reação emocional á perda auditiva é o estigma, a vergonha ou a desgraça associada a algo que é socialmente inaceitável. Como resultado do estigma associado á perda auditiva, os indivíduos poderão isolar-se, evitando interações sociais, e ou, fazem *bluff* alegando falhas de comunicação. Estes comportamentos e sentimentos podem resultar numa mudança da identidade social bem como num sentimento de incerteza social.

Salesa (2005) diz que as causas de perdas auditivas podem ser muito variadas, que podem estar relacionadas a fatores ambientais, como infeções e por fatores genéticos. Atualmente acredita-se que a surdez tenha uma influência genética em cerca de 80% dos casos.

A deficiência auditiva pode ser congênita, ou seja, o indivíduo nasceu com a deficiência devido a malformações do ouvido, pode ocorrer por fatores genéticos, doenças adquiridas pela mãe como rubéola e toxoplasmose que são transmitidas para o feto durante a gestação, ou pelo uso de medicamentos que afete o ouvido do bebé. Esta deficiência também pode ocorrer no momento do nascimento devido a complicações no parto e baixo peso, ou ao longo da vida causada pelas deficiências adquirida através de infeções de ouvido, por

doenças como Meningite, Caxumba, Sarampo, pelo uso de medicamentos ototóxicos ou pelo processo natural de envelhecimento.

Além disso, há situações relacionadas com a prematuridade do bebé e estima-se que a probabilidade de haver uma surdez de grau profundo num recém-nato é de um a dois por mil. No entanto, esses valores podem aumentar substancialmente, de vinte a quarenta vezes mais, se considerarmos aqueles bebés que passaram pela Unidade de Cuidados Intensivos, o que torna este cenário num verdadeiro problema de saúde pública.

Segundo Serrano (2009) há uma estimativa que cerca de cento e doze crianças em cada cem mil são portadoras de uma perda auditiva congénita permanente e uma em cada cem mil adquirem uma perda mais tarde.

Os bebés prematuros são considerados como grupo de risco para a surdez do tipo neurossensorial, com um aumento do risco quando em associação com outros fatores. Deste modo, cerca de 10% das perdas auditivas tem relação com a prematuridade, também em 10% dos casos de perdas auditivas em bebés prematuros também há a situação do baixo peso ao nascer. Para além disso, os bebés prematuros tem maior probabilidade de contrair infeções como meningite, citomegalovírus, otite média entre outras (Almeida et al (2002), em Serrano M. et al 2009).

Geralmente a surdez da criança prematura vem acompanhada de situações como baixo peso, estados de anoxia e de hipoxia, a ventilação mecânica, a hiperbilirrubinémia, sépsis grave, gemelaridade, ou antibioterapia com recurso a medicamentos ototóxicos.

Através de uma abordagem médica da deficiência auditiva podemos destacar a necessidade de identificar, de maneira precoce, a perda auditiva através da realização de avaliações completas para se chegar a um diagnóstico preciso e com isso traçar o tratamento adequado.

No que toca aos idosos, o processo de envelhecimento biológico apresenta a característica progressiva e de degeneração, que leva o indivíduo a uma diminuição da sua eficiência funcional cujos mecanismos de defesa tornam-se mais enfraquecidos, em Ferreira (2004).

Ferreira (2004) diz que o envelhecimento social, pode ser visto através do isolamento do idoso quanto a vida social tendo como consequência a perda da interação com outros indivíduos.

A perda auditiva acaba por se tornar numa das piores privações sensoriais, e torna-se numa das condições mais incapacitantes. Isto porque para além das implicações psicossociais na sua qualidade de vida e na qualidade de vida de quem convive com eles, limita a ação do doente ou o impede de desempenhar o seu papel social de forma plena.

Com o avanço da idade vem a presbiacusia (perda auditiva no idoso) ou o decréscimo fisiológico da audição, que também podem estar associados pela interação de outros fatores como o ruído, a alimentação, os medicamentos, tensão ou stress diário e a predisposição genética. Na realidade a presbiacusia ocorre por alterações degenerativas no sistema auditivo como um todo, com mais ênfase nas frequências agudas, o que explica a dificuldade na compreensão da fala. Um indivíduo que desenvolve este tipo de deficiência mostra-se frustrado pela incapacidade de compreender o que seus familiares e amigos estão dizendo. As situações de conversa representam para ele um desafio sendo mais cómodo afastar-se ou evitar estas situações. Este isolamento é escolhido como meio de evitar condições embaraçosas que ocorrem devido a falta de compreensão ou respostas inapropriadas que são dadas pela ausência de compreensão do que foi dito. Muitas vezes o idoso que apresenta uma deficiência auditiva pode ser visto como uma pessoa confusa, desorientada, distraída, não comunicativa, zangada, velha ou senil.

2.2.3 - Capacidade de adaptação

A capacidade funcional, numa visão global, do indivíduo está relacionada com a sua competência quanto a prática de atividades correntes, comuns ao ser humano.

Segundo a OMS em Pinto (2007), as consequências derivadas das doenças podem apresentar três níveis de classificação, sendo eles: deficiências, incapacidades e desvantagens de carácter social.

As **deficiências** podem ser representadas pela perda ou anomalia de uma determinada estrutura ou função anatómica, fisiológica ou psicológica, Pinto (2007).

Segundo Boothroyd em Ferreira (2004), a deficiência auditiva representa qualquer perda auditiva, independentemente da sua causa, do seu tipo ou grau de severidade (podendo abranger desde uma perda leve até uma perda total e também deficit de atenção auditiva, sem alteração de limiar).

Segundo Berger (1985) como foi citado anteriormente, os idosos na maioria dos casos sofrem algumas modificações importantes do ouvido. Através de um processo que ocorre ao longo da vida e de forma progressiva. Estas alterações podem estar associadas à exposição contínua ao barulho, a fatores genéticos, tóxicos ou circulatórios, sendo mais comum observar a existência de perdas mais seletivas do que absolutas e totais.

A **incapacidade** pode ser vista como a restrição ou mesmo a perda da capacidade do indivíduo em praticar atividades que são consideradas como normais para o ser humano, em consequência de uma deficiência, em Pinto (2007).

A **desvantagem** é um desajuste das limitações que aparecem, em consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade, com os recursos a que o indivíduo dispõe ou tem acesso, o que o coloca numa situação de desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal, em Pinto (2007).

Houveram algumas mudanças, ditas mais positivas, quanto as classificações referidas. Assim, ficou definida a incapacidade como sendo a atividade/restricção da atividade e a desvantagem social passou a ser participação/restricção da participação. Já a definição de deficiência manteve-se inalterada, em Pinto (2007).

Ao falar nesses aspetos, devemos ter em consideração a diferença entre doença no sentido biológico – *disease*, que corresponde a uma deficiência e doença – *illness*, que representa às incapacidades e desvantagens que uma pessoa possa apresentar.

Ainda segundo o mesmo autor, para além dos conceitos citados, existe mais um conceito, o de **dependência funcional**, que está relacionado com a consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade/restrrição de uma determinada atividade. Isto remete a uma desvantagem social/restrrição da participação, que leva à necessidade do auxílio de terceiros para a execução de determinadas atividades.

Há duas formas de envelhecimento não patológico:

- **Envelhecimento habitual** – é caracterizado por sofrer as consequentes perdas habituais relacionadas com a idade, onde os efeitos do próprio envelhecimento fisiológico são estimulados por fatores extrínsecos.
- **Envelhecimento bem-sucedido ou ativo** – É caracterizado pelo envelhecimento em que as perdas são mínimas ou não existem, onde os fatores extrínsecos não têm um papel ativo.

Já no **envelhecimento patológico** há uma influência da doença sob o envelhecimento habitual de forma marcante.

“Envelhece como se vive”

Autor desconhecido.

Segundo o novo conceito de envelhecimento ativo criado pela OMS, numa abordagem gerontológica, há que se otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, para promover a qualidade de vida à medida que se envelhece, bem como à participação contínua dos indivíduos, nos mais variados níveis, nomeadamente, no social, económico, cultural, espiritual e cívico, não se restringindo apenas a atividade física ou laboral.

Apesar da dificuldade em separar o envelhecimento da doença, é possível referir que na doença existe uma primeira fase dita “subclínica”, em que esta pode estar presente mas que ainda não se manifestou, podendo isso ocorrer, através da exposição a fatores de risco, de um modo agudo ou cumulativo. Em contrapartida é frequente há presença de mais de uma doença nos idosos, onde os sintomas podem, por vezes, ser vagos ou atípicos e envolver vários órgãos.

Quanto ao acompanhamento assistencial, faz-se importante ressaltar a necessidade de que este seja feito cada vez mais de forma preventiva. Para isso, vale ressaltar a aplicabilidade dos três níveis de prevenção:

- **Prevenção primária:** Minimizar o surgimento de alterações através da promoção da saúde.
- **Prevenção secundária:** Reduzir o período de tempo das alterações, promovendo o tratamento precoce limitando a sua evolução.
- **Prevenção terciária:** Minimizar problemas relacionados a complicações e suas sequelas.

2.2.4 - Longevidade X Esperança de vida

“Queremos dar mais anos à vida, e mais vida a esses anos!”

John F. Kennedy.

A expectativa de vida humana está associada há vários fatores que interagem em conjunto. Esses fatores podem ser de origem intrínseca ou extrínseca ao organismo. Com a diminuição das doenças consideradas agudas e de influências ambientais foi possível diminuir a mortalidade precoce das populações mais desenvolvidas.

Com a baixa nas taxas de mortalidade tem ocorrido um aumento na esperança média de vida. Este facto vem contribuir para um aumento da população idosa em detrimento do que acontecia no passado. Segundo o Censo do INE (2001), entre 1991 e 2001 foram observados um aumento de sessenta e oito para cento e dois idosos por cada cem jovens, com uma previsão de que em 2050 este número atinja os duzentos e quarenta e três.

No que diz respeito ao género, entre o sexo feminino, foi observado em meados da década de 90 que o número de jovens foi ultrapassado pelo número de idosas, enquanto no sexo masculino a proporção de jovens ainda se mantém superior à de idosos. A presença da superioridade do número de mulheres é fruto da maior esperança de vida, aumentando com o avançar da

idade. Estudos mostram que entre 1960 e 2050 a proporção do número de jovens caiu de 37 para 30%. Já na hipótese média de projeção da população mundial das Nações Unidas, haverá uma diminuição no número de jovens, atingindo cerca de 21% do total da população em 2050. Enquanto isso, a proporção da população mundial com 65 ou mais irá aumentar, com base no mesmo período, 15,6%. Sendo assim, haverá um crescimento da população idosa de quatro vezes mais que a população jovem.

Apesar de todas as mudanças quanto a expectativa de vida, o limite máximo de longevidade para o homem está fixado em 120 anos, no entanto, são raros os que ultrapassam os 100 anos de idade.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2010), em 2008 a **população jovem** (0 a 14 anos), tem uma representação de 15% em relação a população total. Estima-se que até 2060 haverá uma diminuição da população jovem \leq a 14 anos de 12%. Em contrapartida, estima-se que a **população com idade \geq 65** anos apresente uma tendência oposta, com um aumento de 18% para os 32% entre 2008 e 2060. Já com relação a **Taxa Bruta de Natalidade**, apesar de ter vindo a decrescer nos últimos anos, registou-se um aumento entre 2007 e 2008, principalmente nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e no Algarve.

Entretanto, o **Índice Sintético de Fecundidade** mantém-se nos últimos anos, apresentando valores iguais ou inferiores a 1,5 crianças por mulher, onde havia sido encontrado um mínimo de 1,3 em 2007. Enquanto isso, no que diz respeito a **Taxa Bruta de Mortalidade** apesar de algumas oscilações, há uma tendência global decrescente, principalmente nas Regiões Norte e em Lisboa e Vale do Tejo.

2.3 – Desenvolvimento Comunitário

“Vivemos num mundo em que o empobrecimento cresce em todas as sociedades, mesmo as mais ricas; um mundo onde triunfam as desigualdades entre os homens e as mulheres, entre os países do Norte e do Sul, entre os jovens e os mais idosos, entre as cidades e o campo, um mundo que consome o laço entre os humanos e a natureza...Mas vivemos também num mundo em

que por todo o lado surgem iniciativas, projetos, movimentos de cidadãos e cidadãs determinados a alterar a face do planeta, conciliando abertura ao mundo e satisfação local das necessidades.” Ezequiel Ander-Egg citado por Nunes (2008:1).

Segundo Hoven e Nunes (1996), a configuração europeia da realidade socioeconómica e política individuais devem ser contextualizadas em unidades mais amplas, que estão inter-relacionadas, de forma a se chegar a um melhor entendimento.

A pobreza pode ser vista através dos baixos rendimentos, com situações de insuficiência na área da formação, da capacidade de emprego, na saúde, alojamento e isolamento. Com o aumento desses problemas, a saúde ou “*uma má saúde*” passa a ser a consequência desse quadro de pobreza. Com isso, há uma diminuição da procura dos Serviços de Saúde pelos utentes, no intuito de evitar gastos adicionais ao orçamento familiar, também sustentado por questões de carácter cultural do cuidar da saúde atempadamente à situação de doença. Além disso, há outra situação preocupante que se revela nas áreas ou em algumas regiões pobres, em que se tem por hábito uma fraca implantação de equipamentos e Serviços de Saúde.

Com o aumento da situação de pobreza, houve uma mudança no contexto europeu, revelando um deslocamento da incidência das pessoas idosas, (que são as mais atingidas), para a população em idade ativa.

Num contexto económico, Portugal continua a ser um dos países menos prósperos da União Europeia. Houve um período de crescimento económico no período de 1986 a 1991 e logo a seguir instalou-se um aumento recessivo entre 1992 a 1994, no entanto esse período parece-nos tão atual. Levando-se em consideração que o crescimento económico e a criação de maior riqueza determinam a melhoria do bem-estar social não podemos dizer que estamos numa situação que o promova, ainda pior para aqueles com menos posses.

Com essa realidade, veio também o espírito de desenvolvimento local, através de muitas iniciativas de dimensão variável. O próprio tema de investimento no desenvolvimento local foi motivado através de um redireccionamento da intervenção, com integração entre o social e o económico, o político e o cultural, entre políticas de macro dimensão orientadas a escala municipal, com o objetivo de renegociar particularidades e diferenças em prol da homogeneização.

Nessa perspetiva de iniciativas e desenvolvimento de projetos locais que Portugal tem emergido, na tentativa de melhoria das condições de vida e do trabalho das populações.

O termo desenvolvimento pode ser definido, segundo o dicionário da língua portuguesa “como um ato ou efeito de desenvolver” e indica crescimento e progresso. No entanto, o desenvolvimento a que este trabalho pretende dar prioridade não está ligado a questões de crescimento ou de produção económica, e sim a questões sociais na orientação de trabalhos e elaboração de planos, que possam introduzir um determinado serviço ou especialidade de saúde em prol da comunidade.

Segundo Carmo (1999:77), o Desenvolvimento Comunitário é “*um processo tendente a criar condições de progresso económico e social para toda a comunidade, com a participação ativa da sua população e a partir da sua iniciativa.*”

Estamos vivendo nos tempos “modernos”, na era da tecnologia, do desenvolvimento da ciência e dos meios de informação. No entanto, as comunidades ainda apresentam sintomas de atraso com algum impacto no seu desenvolvimento, relacionados com a realidade social, geográfica dos territórios e com a ausência da preocupação com a saúde da população, especialmente os idosos, por parte do poder político. O problema socioeconómico continua em evolução, e somado a essa questão, outras áreas como a educação, a cultura e o aspeto social entre as comunidades rurais e urbanas apresentam, ainda hoje, um “GAP” perceptível. Estes estigmas são

provenientes de sintomas exógenos e endógenos, causados pela falta de emprego, fraca dinamização da economia local, ao abandono dos territórios e á uma elevada taxa de analfabetismo, etc. Como consequência, temos uma realidade que leva a exclusão social da população menos favorecida e uma falta de conhecimento quanto aos cuidados a ter com a sua saúde e suas consequências futuras.

Com o envelhecimento da população e diminuição da população jovem e adulta ativa provenientes do êxodo rural, instalou-se o “desânimo” e diminuição da expectativa de melhoria da qualidade de vida tanto ao nível individual quanto ao coletivo, com as quais é importante dar alguma atenção e providenciar soluções práticas e possíveis para sanar alguns problemas de grande impacto social.

Há que se levar em consideração que o desenvolvimento de uma região deve ser considerado através da análise das características próprias de cada região, pois as regiões são interdependentes seja ao nível horizontal (regiões que fazem parte da mesma ordem ou escala, como os distritos) como ao nível vertical (regiões cuja ordem da hierarquia são diferentes, como distritos e concelhos). Essa complexa interligação não pode ser posta de parte quando se fala em termos de análise e ainda menos em termos de política, onde estão em causa objetivos de planeamento.

O desenvolvimento referido neste estudo poderia ser iniciado através do Planeamento de uma Política Regional de Saúde, que vise satisfazer as necessidades básicas da comunidade. Se as estatísticas apontam para um aumento da longevidade, há que se tentar trabalhar mais e melhor no sentido de prevenir doenças ou dar solução aos problemas que apresentam impacto substancial no dia-a-dia do indivíduo e na sua relação com o meio.

Segundo a Comissão de Coordenação da Região do Algarve (2001:78) “a atuação regionalmente desconcentrada na área da saúde circunscreve-se à definição e desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde (SLS). Esses sistemas são conjuntos de recursos da saúde articulados e organizados segundo um critério geográfico - populacional, implantado tanto nas zonas

urbanas como nas zonas rurais, desenhado a partir das necessidades definidas em termos de risco de uma comunidade, responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais”.

Os Centros de Saúde, Hospitais e Instituições Privadas, com e sem fins lucrativos, as Organizações Não-governamentais e Instituições Comunitárias que intervêm na área da saúde e Unidade de Saúde Pública representam esses Sistemas de Saúde, que desenvolvem um trabalho de complementaridade, coordenando recursos e capacidades necessárias para a satisfação das características e necessidades locais. No entanto, compete a decisão sobre a desconcentração de competências ao Ministério da Saúde, que foi reforçada com a criação dos SLS.

2.3.1 - Audiologia e o seu papel na saúde

A disciplina da audiologia teve seu surgimento durante a Segunda Guerra Mundial. O pós-guerra trouxe muitas consequências auditivas como resultado da exposição aos mais variados ruídos bélicos. Foi Robert West, Terapeuta da Fala, que advertiu para a expansão dessa área para a audição. Apesar de não haver um termo definido para esta área proposta por West, indícios mostram que já havia o interesse nos distúrbios ligados a audição desde 1936.

O termo Audiologia pode ter sido criado por Norton Canfield, Otorrinolaringologista e/ou por Raymond Carhart, Terapeuta da Fala e Linguagem, em 1945. Não se sabe ao certo quem foi o responsável por este termo. No entanto, é sabido que ambos estavam ligados ao Planeamento e Implantação de Programas de Reabilitação Auditiva em Hospitais Especializados, que haviam sido criados para os militares durante a Segunda Guerra Mundial. Na atualidade, o pai da Audiologia reconhecido é o Carhart.

“ *É uma nova profissão da área da saúde que trata do estudo da audição normal e de seus distúrbios*”, Bess (1998:18).

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

A Audiologia refere-se à ciência da audição e ao estudo do processamento auditivo e dedica-se a auxiliar indivíduos com problemas auditivos centrais ou periféricos.

Sua evolução se deu com um ramo de campo afins, como a Patologia da Fala e da Linguagem, a Medicina, a Educação Especial, a Psicologia e a confecção de aparelhos de amplificação auditiva.

Segundo Bess (1998:18), outra definição mais abrangente da Audiologia “*é a disciplina envolvida na prevenção, identificação e avaliação dos distúrbios da audição, na seleção e avaliação de aparelhos de amplificação auditiva e na habilitação/reabilitação de indivíduos com deficiência auditiva*”.

A área da Audiologia pode ser dividida em diferentes especialidades, isto difere de acordo com a população a ser atendida ou mesmo ao local de trabalho do Audiologista. Como exemplo há uma área de especialização em Audiologia Pediátrica, onde é feita a identificação, à avaliação e o manejo do recém-nascido, bem como do bebé e da criança em fase escolar com deficiência auditiva. Este profissional enfatiza seus conhecimentos nas causas da surdez infantil, no desenvolvimento da audição em crianças, o desenvolvimento das crianças, a triagem audiológica e a avaliação de crianças de diferentes faixas etárias e o aconselhamento dos pais.

Outra área de especialização do Audiologista é a Audiologia Médica ou Clínica. Este profissional na maior parte das vezes trabalha em um Centro Médico, prestando auxílio ao Médico na realização do diagnóstico preciso do distúrbio auditivo. Nesta situação, o Audiologista faz uso de testes muito sofisticados e especializados que ajudam a encontrar a causa do problema auditivo e despendi muito do seu tempo a determinar se a perda auditiva deve-se a um problema na orelha média, na orelha interna ou nos centros superiores do sistema auditivo (tronco cerebral e do córtex).

Uma outra área de atuação da Audiologia com grande visibilidade é a Audiologia de Reabilitação. Este profissional oferece atendimento adequado a quem apresenta um *deficit* auditivo, podendo ser ainda mais especializado no que diz respeito ao público que atende (crianças ou adultos). A ele cabe

promover a amplificação adequada ao indivíduo, através de aparelho de amplificação sonora individual (AASI), que é utilizado como ferramenta para compensar a perda auditiva. Também faz parte do seu trabalho, instruir o utente a cerca do uso e cuidado com a prótese.

Na área industrial, também podemos encontrar os chamados “Audiologistas Industriais”, cujo trabalho envolve exclusivamente o ambiente industrial. Sendo assim, desenvolvem Programas de Proteção do Ruído para os funcionários das indústrias. São então, desenvolvidos Programas de Preservação Auditiva, que tem como objetivo proteger os funcionários da ação nociva do ruído, através da redução dos níveis de ruído produzidos por equipamentos ruidosos, do acompanhamento da audição dos empregados, da informação sobre os efeitos danosos do ruído e do uso de equipamento de proteção auditiva individual.

Outra área de especialização que pode ser destacada é a Audiologia Educacional, onde o profissional Audiologista trabalha nas Escolas Públicas. Nesta situação, cabe ao Audiologista identificar, avaliar e acompanhar todas as crianças em fase escolar com problemas auditivos temporários ou permanentes. Também aqui ele tem o seu papel na escolha dos AASIs das crianças que apresentam deficiência auditiva e presta ajuda aos professores de classes regulares em Programas Educacionais.

Nos Estados Unidos da América é comum a admissão de um a quatro Audiologistas na maior parte dos Hospitais. Tem sido cada vez mais crescente o número de Serviços Audiológicos nos Hospitais e nas Clínicas para o atendimento de doentes crónicos, bem como, nas Instituições de Serviço de Saúde Domiciliar. Esse aumento se deve a alguns fatores que em primeiro lugar, podemos destacar a necessidade de desenvolver e aumentar os Programas de Reabilitação nos Hospitais, isso porque o sistema de ressarcimento do governo neste país (ex. Medicare), realçou as estadias hospitalares de curta duração e serviços de ambulatório para reabilitação posterior, cujo serviço de Audiologia faz parte. Outro fator de grande relevância é uma maior consciência a respeito do valor global da Audiologia e suas contribuições na área da saúde. Por último, embora não menos importante, é a

questão do aumento do envelhecimento populacional, onde um terço da população procura os Serviços de Saúde, inclusivamente os Serviços Audiológicos.

Os Serviços Audiológicos prestados no ambiente hospitalar tendem a ter uma característica mais médica. De forma padrão, os Serviços Audiológicos concentram-se em dar informações sobre a identificação e a localização de um distúrbio auditivo. Através de testes auditivos sofisticados, o Audiologista irá avaliar a função da orelha média, a orelha interna, as vias nervosas até o cérebro e as porções auditivas do cérebro. Estas informações serão utilizadas juntamente com os dados obtidos de outras áreas, como Otologia (especialistas em ouvido), Neurologia, Pediatria e Psicologia com a finalidade de se chegar a um diagnóstico final. Dentro do ambiente hospitalar, o profissional Audiologista é parte integrante de uma equipa multidisciplinar de profissionais Médicos e Não-médicos.

Além de fornecer dados a equipa que irão colaborar para a determinação do diagnóstico, existem também outros serviços em que o Audiologista é responsável como, prescrição de AASIs (aparelho de amplificação sonora individual), a orientação de pacientes com outros dispositivos auditivos não-convencionais, bem como o acompanhamento auditivo de pacientes que são tratados com drogas que poderiam prejudicar a audição (ototóxicos).

As medidas audiológicas utilizadas passam pela otoscopia ou meatoscopia que trata-se da inspeção do conduto auditivo externo (CAE) e da membrana timpânica, com o objetivo de descartar a existência de possíveis alterações; a audiometria, teste básico mais conhecido, permite aferir se a audição periférica é normal, quantificando as perdas auditivas e estabelecendo o topo diagnóstico. É realizada rotineiramente em Clínicas Particulares, Serviços Públicos, Fábricas e Escolas para fornecer diagnóstico, controlar a evolução de tratamentos otológicos, selecionar e adaptar próteses auditivas, monitorar a audição de indivíduos expostos a ruídos e quando se suspeita de qualquer problema relacionado com a comunicação; a audiometria vocal que é o teste onde a função auditiva é avaliada através da capacidade de

comunicação, ou seja, a possibilidade de compreensão e expressão da fala. Esta função necessita da integridade das estruturas periféricas e centrais do aparelho auditivo, as quais são responsáveis por um processo fisiológico complexo que envolve atividades sensoriais e corticais.

A audiometria vocal é uma técnica bastante antiga, que segundo Portmann, é utilizada desde a Segunda Guerra Mundial. Esta técnica consiste em avaliar a audição do indivíduo, através da compreensão das palavras. Dentre as várias listas de palavras propostas, as que foram elaboradas por Lafon et Fournier são as mais utilizadas, em Collet (1993).

Através do registo gráfico da audiometria tonal e vocal é possível classificar os diferentes tipos de surdez.

A audiometria vocal é uma técnica que permite dar informação sobre as células ciliadas internas e externas, através de uma exploração periférica do órgão de Corti e das vias auditivas centrais e funções superiores. É muito comum a correlação entre a logaudiometria e a audiometria tonal.

3. Plano de Intervenção Social e Diagnóstico da Situação

O Plano de Intervenção Social em Audiologia Clínica no Concelho de Albufeira 2012 – 2014, é um plano elaborado para a população desta área, cujo trabalho a desenvolver será realizado dentro dos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira em parceria com vários profissionais de saúde, tendo como objetivo prevenir a surdez desta população. Entretanto, considera-se que para a sua inserção, é fator de maior relevância, a autorização do Conselho Diretivo da ARS Algarve, disponibilidade física e espaço adequado, o apoio dos profissionais do Sistema Nacional de Saúde da área de Assistência Social, Terapeutas da fala, Psicólogos, Médicos de Família, Médicos Otorrinos, Enfermeiro etc., bem como todo apoio Técnico e Tecnológico para a realização dos exames auditivos para que assim seja dado início a este processo.

Tendo em conta que a audição é um sentido extremamente importante e que deve ser visto como tal, faz-se necessário a realização de programas de carácter informativo, direcionados aos profissionais envolvidos. A intenção dos programas é esclarecer aos profissionais sobre o objetivo e as metas que o Programa de Intervenção Auditiva tenciona alcançar. Além disso, através destes encontros, é possível explicar de forma clara, a relevância e justificação da interação com os outros profissionais de saúde em benefício da saúde auditiva da população.

A “*démarche* de projeto “é utilizada como meio de ação para investigadores que trabalham na transformação do sistema de formação, que pode ser utilizada para a realização de mudanças concretas, embora com amplitude muitas vezes limitada, conduzindo os atores interessados e tocando-os nas suas atividades quotidianas, em Barbier (1996:19).

As apostas de envolvimento de uma “*démarche*” de projeto podem ser demasiado longas, e envolve várias formas para a resolver que no âmbito da investigação e do desenvolvimento, passam por um processo primário de conceção ou produção de uma mudança, com a intenção de promoção da identificação dos vários elementos envolvidos nas situações de interesse para lá chegar. Além disso, através da análise da dinâmica dos processos poderá se

identificar uma produção de saberes ou mesmo de relação entre os fatos. Já a fase da produção de representações, está relacionada com a possível mudança, numa perspetiva de investigação-ação sendo parte integrante do resultado da “*démarche*” de projeto (1996:21).

Os atores envolvidos neste processo, que pode ser individual ou conter grupos restritos, instituições, formações sociais maiores, mostram-se desde logo com um grande empenho no processo de desenvolvimento, que pode ser apresentado de diversas formas, e prosseguem com a ideia de racionalizar a sua condução. Dito isso, torna a “*démarche*” de projeto, a nível ideológico, como algo dinâmico, com movimento, de progresso e de mais-valia se opondo a ideia de estagnação e conformismo (1996:21).

Ao pensar em algo dinâmico, com movimento e que prever o progresso, este Projeto apresenta como principal missão diminuir os danos provenientes da perda auditiva, para que estes indivíduos se tornem em pessoas mais produtivas e independentes nas suas atividades diárias o que possibilitará uma melhoria da sua qualidade de vida e desempenho laboral.

Antes de mais, para se chegar ao melhor desenvolvimento do Projeto e levando em consideração os resultados encontrados, fez-se necessário a realização da Análise SWOT para obter o diagnóstico da situação que será apresentado e explorado a seguir.

3.1 – Diagnóstico da Situação com base na Análise SWOT

Entre os anos 60 e 70 houve o surgimento de iniciativas ligadas a promoção da participação comunitária dos cidadãos sobre a tomada de decisão na área da saúde, onde a prática da educação para a saúde e a prevenção de doenças foram o enfoque principal destas estratégias. Através do “diagnóstico comunitário” quanto aos problemas de saúde da população era possível analisar suas causas e planejar ações estratégicas de solução.

As estratégias para a promoção da saúde não se apresentam com uma definição única, tendo o contributo de diversas escolas. Um exemplo disto é o

modelo SWOT da Escola de Design, que tornou-se um importante referencial para o planeamento estratégico ou a Escola de Empreendedorismo que prioriza a visão, a liderança e a inovação, Mintzberg (1990) citado por Miranda (2010).

Segundo o mesmo autor citado acima, podemos destacar que “A promoção da saúde é o resultado dos avanços da investigação científica, das conquistas sociais e da evolução do conceito de saúde, Miranda (2010:17).”

O IAPMEI diz que a Análise SWOT “é uma ferramenta de gestão muito utilizada pelas empresas para o diagnóstico estratégico, em que o termo SWOT é composto pelas iniciais das palavras Strengths (Pontos Fortes), Weaknesses (Pontos Fracos), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças)”. Sendo que esta ferramenta apresenta 2 subdivisões de análise que se complementam, chamadas de Análise Externa e Análise Interna, em www.iapmei.pt.

A Análise Externa está ligada a fatores oriundos do Mercado e do Meio Envolverte, representados por decisões e circunstâncias que estão fora do controlo direto da empresa. Sendo assim, as Oportunidades representam os aspetos positivos da envolvente, cujo impacto têm um peso significativo nos negócios da empresa. Já as Ameaças apresentam o mesmo impacto no negócio com uma representação de aspetos negativos da Envolverte.

Enquanto isso, a Análise Interna pode ser vista como aquela que representa “os principais aspetos que diferenciam a empresa ou o (s) produto (s) dos seus concorrentes”, em www.iapmei.pt. Na sua subdivisão podemos citar os Pontos Fortes e os Pontos Fracos em relação aos seus principais concorrentes.

Levando em consideração que este estudo procurou dar prioridade as necessidades da população no que diz respeito às perdas auditivas, procedendo a um diagnóstico da situação e identificando os seus Pontos Fortes e os seus Pontos Fracos, recorreu-se a realização do modelo SWOT (Tabela 0) para a posterior definição de algumas estratégias. Diante da realidade encontrada foi possível visualizar as possíveis Oportunidades e

Ameaças que poderão surgir para a introdução do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde e respetivos Pontos Fortes e Fracos, tão importantes para desenvolvimento do plano.

Segundo Carmo (1999), o interventor social deve ter o conhecimento dos principais elementos que integram o ambiente da intervenção, tanto ao nível político, económico como sociocultural, para assim traçar um quadro de Ameaças e de Oportunidades estratégicas.

Para uma melhor perceção da realidade, os meios utilizados para a coleta de dados permitiram uma conexão entre o que foi observado com as informações colhidas, que puderam ser cruzadas com as informações já existentes em outras fontes (como os dados do INE), e assim chegar a resultados mais concretos.

Os profissionais envolvidos no estudo (Médicos e Enfermeiros), em sua maioria participaram e mostraram interesse pela pesquisa. No entanto, houve alguns que negaram a sua participação.

Além disso, através da entrevista realizada com os profissionais Médicos e Enfermeiros, foi observado que todos valorizam a audição como um sentido importante, variando apenas sobre o ponto de vista da relação que fazem sobre a sua importância no dia-a-dia. Também houve uma valorização quase unânime deste sentido por parte dos utentes entrevistados nos Centros de Saúde, e na importância da realização dos testes auditivos.

Foi observado que os Médicos em sua maioria referem que há queixas auditivas nos Centros de Saúde, enquanto um pouco mais da metade dos Enfermeiros entrevistados concordam com esta questão. Além disso, dividem a mesma opinião quanto a prevalência da perda auditiva com o avançar da idade, confirmando os achados encontrados em bibliografia e através dos dados do INE.

Com a intenção de saber qual é o procedimento adotado nos Centros de Saúde diante das queixas auditivas, este tema foi alvo de questionamento. Sendo assim, observou-se que não há meios de suprir as necessidades nesse campo, sendo todos os pacientes, com queixas auditivas, encaminhados para

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

realização de exames no Hospital Público e submetidos a uma fila de espera até que haja possibilidade de realização do mesmo. Isto também pode ser justificado devido a ausência de um profissional especializado nesta área a trabalhar nos Centros de Saúde. Sendo ele o profissional com formação, poderia atuar em parceria com o Médico e descentralizar as consultas no Hospital. Sendo a audição um sentido importante e considerado como tal pelos profissionais entrevistados, também foi unânime a concordância entre a relação da audição com a qualidade de vida. Ou seja, todos concordam que ouvir proporciona uma melhoria na qualidade de vida.

Foi interessante observar que a metade dos Médicos referem que as pessoas têm informação sobre a perda auditiva, um resultado contraditório visto que os mesmos referem que os utentes procuram o Centro de Saúde para obter orientação quanto a especialidade que precisam procurar para a solução do seu problema de saúde ou o procedimento a seguir nesses casos, mostrando claramente a sua falta de informação sobre o assunto. Já os Enfermeiros concordam, uma maioria, que de fato há pouca informação sobre a perda auditiva tanto para os profissionais como para os utentes com este tipo de queixa.

Quanto a disponibilidade do espaço físico do Centro de Saúde para a introdução de outros serviços de especialidade, particularmente o de Audiologia Clínica, foi observado que a maioria dos Médicos relatam que não há condições físicas para isto. Numa opinião contrária encontra-se a maior parte dos Enfermeiros que referem que há possibilidade de utilização do espaço físico dos Centros de Saúde para outras especialidades. Neste sentido, foi questionado a possibilidade de utilização das salas dos Médicos e/ou Enfermeiros para outras especialidades (em horários distintos), a resposta da maioria dos Médicos manteve-se quanto a sua possibilidade, enquanto os Enfermeiros dividiram opiniões e apenas metade passou a concordar com a possibilidade do uso do seu gabinete.

Sob uma perspetiva de parceria entre Médico de Família e Audiologista foi unânime a opinião de Médicos e Enfermeiros quanto ao aspeto positivo

desta parceria visto que pode oferecer ganhos em saúde e informação para o utente.

Os Médicos acreditam que a maior procura dos utentes pelos Centros de Saúde do que outros Serviços de Saúde se dá por questões financeiras. Enquanto isso, a maioria dos Enfermeiros têm uma visão diferente, e pensam ser por causa da presença do Médico de Família.

Numa análise de opinião sobre a ausência de consultas de especialidades nos Centros de Saúde, foi observado que a metade dos profissionais do grupo dos Médicos concorda que é por questões financeiras. Já os Enfermeiros apresentaram opiniões bastante diversificadas face a esta questão.

Quanto a opinião dos profissionais Médicos, quando questionados sobre a possibilidade de inclusão do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde no futuro foi em sua maioria de carácter negativo. Já os Enfermeiros concordaram em sua maioria que existe esta possibilidade para o futuro. Entretanto, os Médicos tiveram opiniões bastante variadas quando interrogados sobre as dificuldades encontradas para a inclusão dessa especialidade, sugerindo que fosse por falta de profissionais da área, de espaço, de verba para pagar os vencimentos, dificuldades em marcar consultas e por questões políticas. Do ponto de vista dos Enfermeiros a metade acha que não há dificuldades, enquanto a outra metade justifica que seja por falta de espaço ou de profissionais da área.

Já nos inquéritos realizados com os utentes foi possível identificar que a maior parte dos inqueridos são do sexo feminino e que há uma prevalência do grupo etário situado entre os 65 e mais anos, seguido dos 45 aos 54 e 55 aos 64 anos.

Segundo os dados colhidos pelo Instituto Nacional de Estatística 2011 (INE), foi observado que houve um aumento populacional em quase todas as freguesias do Concelho de Albufeira para ambos os sexos (população: 40.657), quando comparado com o ano de 2001 (população: 31.543), excetuando a

freguesia de Olhos d'Água que em 2001 apresentava-se com 3.504 e em 2011 com 3.309.

Quanto a deficiência auditiva, foi visto através do senso 2001 do INE, que há uma tendência quanto ao aumento do número de deficientes auditivos com o avançar da idade, com um maior índice registado na freguesia de Olhos d'Água. Já na prevalência da perda auditiva quanto ao sexo, pode ser visto que apesar de não haver uma diferença significativa dessa variável, o sexo masculino mostrou-se com uma maior incidência.

Do total dos inqueridos, foi observado que a maioria refere que a audição é um sentido importante. Apesar disso, através do estudo foi possível verificar que embora as pessoas considerem a audição importante ou extremamente importante não há uma preocupação em fazer os exames auditivos. Já aquelas pessoas que fizeram testes auditivos, em sua maioria, o fizeram apenas numa situação pontual, não se lembram quanto tempo foi preciso esperar para o dia do exame e fizeram-no em outros locais que não estavam especificados nas categorias indicadas.

Quanto as infeções auditivas, uma maioria relatou não ter episódios de infeção nos ouvidos, entretanto as que referiram ter, grande parte não fez ou procurou tratamento. No entanto, na necessidade do tratamento foi observado que o Médico é o ator principal da ação e sendo assim apresenta uma maior procura para esta finalidade.

Infelizmente, da mesma forma que não há preocupação em fazer um rastreio auditivo também foi observado que a maioria das pessoas que dizem ter dificuldades auditivas apenas uma pequena fatia refere ter realizado um teste auditivo. O grande e maior grupo representativo das perdas auditivas situam-se na faixa etária dos 65 e mais anos e referem sentir esse problema há menos de 5 anos. Nesta situação não foi possível retirar uma conclusão exata visto que apesar da probabilidade das pessoas mais velhas virem a sofrer de perda auditiva, esta verifica-se também em todas as faixas etárias, não sendo uma característica apenas do grupo dos 65 e mais anos. Isto porque há distribuições que vão contra os números gerais e parecem indicar que a idade,

em certos casos não parece ser um elemento indicador da maior ou menor prevalência da perda de audição.

Dividindo posição de topo, os inqueridos com perda auditiva referiram como situações principais de dificuldade auditiva o ouvir e não perceber o que é dito, e a dificuldade na perceção de sons e fala num ambiente ruidoso. Das pessoas que procuraram ajuda médica para solucionar o seu problema de audição, foi observado que uma larga maioria não teve prescrição ou indicação para o uso de próteses auditivas e que convivem com o seu problema sem solução e sem a ajuda dos aparelhos. A maioria das pessoas que fizeram seus exames auditivos recorreu a Clínicas Privadas onde uma minoria teve indicação de próteses. Apenas um quarto do total dos inqueridos diz ter feito os exames no Hospital Público, e em sua maioria não houve indicação para o uso de próteses. Enquanto isso, uma minoria que revelou ter feito os exames no Hospital Privado recebeu indicação para o uso de próteses. Vale ressaltar que com igual peso ao das Clínicas Privadas encontra-se a opção “Outros locais”, que foi identificado como clínicas especializadas em próteses auditivas, onde em todos os casos foi indicado o uso de aparelho auditivo.

Ainda fazendo referência as pessoas que apresentavam perda de audição, uma minoria que foi indicado o uso de prótese não o faz por questões financeiras ou por vergonha.

Foi muito interessante observar que todos os inqueridos referem ser importante avaliar a audição, isso porque o que parece ser importante nem sempre é tido como prioridade, sendo assim o exame auditivo só é feito em situações de grande necessidade. Para fazer um gancho sobre esta questão, também foi questionado a fase da vida que os inqueridos consideravam ser a mais importante para a avaliação da audição. As respostas mostraram-se bastante divididas e semelhantes em resultados se ou quando comparadas, revelando que a maioria concorda que deve ser feita uma avaliação na infância ou juventude, seguida da vida adulta ou velhice. Estes dados são curiosos, uma vez que as pessoas se inclinam a achar que, apesar da perda auditiva ter incidência sobretudo em idades mais avançadas, que a avaliação - como forma de rastreio ou prevenção - deve ser feito logo na fase mais inicial da vida.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Quem sabe se este exame estivesse incluído no Plano Nacional de Saúde poderia ter um grande índice de adesão como meio de prevenção de perdas auditivas, facilitando o diagnóstico e tratamento atempadamente.

Para finalizar, todos os inqueridos referiram que a inclusão do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde seria uma mais-valia para a saúde auditiva da população, variando apenas na forma como as respostas foram apresentadas, visto terem sido de carácter pessoal e por se tratar de respostas abertas.

Quadro 3 – Matriz SWOT da prestação de Cuidados de Saúde nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira.

Análise SWOT	
Pontos Fortes	Pontos Fracos
<p>→ Espaço físico: Amplo, arejado e com boas divisões de atendimento ao utente;</p> <p>→ Acessibilidade: Central, próximo da população concelhia, estacionamento amplo, acessível a população idosa;</p> <p>→ Financeiro: Taxas moderadoras mais acessíveis para consultas, evita gastos com deslocamento;</p> <p>→ Tempo de espera: Atendimento rápido, com marcação para breve;</p> <p>→ Adesão: Promove uma maior procura desse serviço de saúde pela comunidade e consequente prevenção e tratamento de problemas de saúde;</p> <p>→ Credibilidade e confiança: Maior credibilidade nos serviços prestados, possibilidade de integração direta entre profissionais;</p>	<p>→ Informação: Ausência de informação sobre a perda auditiva;</p> <p>→ Flexibilidade : Falta de organização para a inclusão de outras especialidades e de horários para utilização das salas por outros profissionais;</p> <p>→ Prevenção: Ausência de programas de rastreio auditivo e consequente prevenção e reabilitação de perdas auditivas;</p> <p>→ Queixas auditivas: Ausência de resposta do Centro de Saúde para as necessidades auditivas da população;</p> <p>→ Encaminhamento: Queixas auditivas encaminhadas para o Hospital Público (gastos com deslocamento e com taxas moderadoras mais altas, dificuldade de marcação rápida).</p>
Oportunidades	Ameaças
<p>→ Física: Capacidade de integrar o Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira;</p> <p>→ Prevenção: Possibilidade de trabalhar na prevenção da deficiência auditiva;</p> <p>→ Retorno: Elevada capacidade de resposta quanto ao diagnóstico da perda auditiva;</p> <p>→ Ganhos: Saúde auditiva preventiva, exames auditivos periódicos e encaminhamento para reabilitação auditiva com maior capacidade de resposta.</p> <p>→ Descentralização : Promove a descentralização do atendimento nos hospitais com uma maior procura por este serviço nos Centros de Saúde..</p> <p>→ Qualidade de vida: Promove uma melhor qualidade de vida para a população.</p>	<p>→ Verba: Investimento financeiro inicial;</p> <p>→ Interesse político: Interesse político em promover a solução dos problemas auditivos.</p>

Fonte: Elaboração própria

3.2 PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIAL

Por tudo que foi exposto e tendo como prioridade fazer face aos problemas apresentados, este modelo de intervenção na área auditiva, procura dar ênfase as queixas dos utentes e preencher algumas lacunas que existem nos Centros de Saúde, bem como considerar a existência de dificuldades de resposta dos próprios Hospitais Públicos para o diagnóstico e encaminhamento dos problemas reportados.

Segundo Ferreira (2004), vários comitês científicos sobre a audição da criança fazem referência de que o diagnóstico da perda auditiva deve acontecer entre o terceiro e quarto mês de vida do bebé. Isto é recomendável para que seja feita a intervenção atempadamente sem que haja prejuízos para o desenvolvimento da linguagem da criança.

No que diz respeito ao adulto, um diagnóstico rápido pode minimizar os efeitos negativos da deficiência auditiva através do uso de recursos tecnológicos disponíveis, como os aparelhos de amplificação sonora (AAS), ou próteses auditivas e equipamentos auxiliares para a audição, em Ferreira (2004).

O modelo que se propõe realizar acaba por se tornar numa estratégia indireta de reinserção social, visto que para muitas pessoas que apresentam dificuldades auditivas há uma tendência ao isolamento, uma autoimagem negativa e tornam-se em pessoas mais dependentes e depressivas. Deste modo é dada uma nova oportunidade para que possam ser produtivas, autónomas, sociais e como consequência ter uma melhor qualidade de vida. No entanto, para que seja dado início a este percurso, é importante que haja a participação de todos os profissionais do Centro de Saúde com o objetivo de chegar aos melhores resultados com qualidade na intervenção.

Sendo o Técnico de Diagnóstico e Terapêutica em Audiologia o profissional que apresenta as habilitações necessárias para o diagnóstico e reabilitação das perdas auditivas, faz todo o sentido que venha a desempenhar o seu papel em benefício da saúde da comunidade. Seu contributo é feito

através da realização de exames auditivos diversos e encaminhamento para reabilitação auditiva através de aparelho de amplificação sonora individual, consoante a necessidade observada em cada caso. Vale salientar a necessidade de valorizar outras áreas profissionais que podem estar envolvidas neste processo através de profissionais de Assistência Social, Psicólogos, Médico Otorrinolaringologista etc., do próprio Sistema Nacional de Saúde, que trabalhem como agentes facilitadores em situações de necessidade para se chegar ao sucesso do processo.

3.2.1 Objetivos Propostos

Segundo a própria Política de Saúde que diz que “...da responsabilidade pela saúde da população e o correspondente grau de universalidade (para todos os grupos beneficiados), de integralidade e equidade... e modalidades de trabalho a efetuar pelos Serviços de Saúde”, em Ferreira (1990:13).

É baseado neste princípio de equidade de acesso dos Serviços de Saúde prestados nos Centros de Saúde à população, o objetivo deste modelo é conseguir detetar o maior número de casos de perda auditiva e intervir de forma precoce para que não haja maiores prejuízos à saúde do utente ou comprometimento do seu desempenho social. Todo este processo é pensado de forma a proporcionar uma melhor eficácia e eficiência da intervenção proposta.

1. Formação para informação

Fornecer informação básica aos profissionais de saúde dos Centros de Saúde sobre a especialidade de Audiologia, suas implicações na saúde do utente, contributo na assistência dos casos de queixas auditivas, parceria com outros profissionais como Médicos Otorrinolaringologistas, Psicólogos, Assistentes Sociais etc., tornar-se – á numa mais-valia para o utente.

2. Diagnóstico das perdas auditivas

Para o diagnóstico das perdas auditivas é necessário que sejam realizados exames auditivos aos utentes que apresentam queixas auditivas (crianças ou adultos), com consultas previamente marcadas nos Centros de Saúde.

3. Reabilitação auditiva

Após o diagnóstico positivo da perda auditiva a reabilitação através do uso de próteses de amplificação sonora individual é o próximo passo a dar em busca dos objetivos a que este plano se propõe. Para isto, é preciso que o utente ultrapasse algumas fases importantes que estão ligadas ao processo de reabilitação. Em primeiro lugar, pode-se citar a própria aceitação do indivíduo mediante o seu problema de surdez e compromisso em comparecer as sessões onde serão realizados os ajustes necessários para a adaptação da prótese. O processo de reabilitação normalmente é rápido, no entanto, a casos particulares em que merecem mais atenção e requerem um pouco mais de tempo para se chegar ao resultado pretendido. Durante a primeira sessão de adaptação e consoante o audiograma do utente é possível identificar o aparelho mais indicado para cada caso, sendo então selecionado aquele que preenche os requisitos necessários para auxiliá-lo no dia-a-dia levando em consideração o seu *Life style*. O aparelho auditivo irá fornecer meios para que o indivíduo consiga obter ganhos significativos no desempenho de suas atividades diárias bem como, uma melhoria da sua qualidade de vida.

4. Qualidade técnica da intervenção

Para garantir a qualidade técnica da intervenção será necessário estabelecer um conjunto de estratégias que devem ser adotadas com a intenção de se chegar a bons resultados durante todo o processo, levando em consideração às expectativas e necessidades dos utentes, tendo por base experiências anteriores locais ou internacionais que mostraram sucesso na sua execução. Obviamente

que o modelo escolhido para esta finalidade deverá sofrer ajustamentos para que seja integrado de acordo com a realidade local e necessidades apresentadas onde se pretende aplicar.

3.2.2 Pressupostos do Modelo de Intervenção

Este modelo está integrado a um conjunto de pressupostos teóricos ligados as práticas profissionais e éticas do Técnico de Audiologia. No entanto, por se tratar de um modelo elaborado para esta finalidade em particular e sob a visão ou perspetiva do autor, este mesmo modelo pode sofrer alterações e/ou adaptações consoante as necessidades que possam vir a ser impostas. No entanto, deve ser frisado que quaisquer que sejam as mudanças ou melhorias nesse sentido devem ter sempre como base as características específicas dos contextos de intervenção e da qualidade do serviço prestado aos utentes em prol da saúde e do seu bem-estar.

A máquina que move o modelo apresentado é o próprio Sistema Nacional de Saúde, através da contratualização do profissional habilitado para esta tarefa (Técnico de Audiologia), em parceria com todo o conjunto de profissionais necessários, ligados ao SNS, para propiciar o desenvolvimento da melhor prática e sucesso quanto a intervenção a ser realizada no utente. Isto porque o utente deve ser visto como um todo, com diversas necessidades que requerem uma abordagem multidimensional. Sendo assim, os pressupostos aqui levantados devem ser analisados dentro do Sistema do Centro de Saúde em que o utente se situa, sendo da responsabilidade das pessoas que dão suporte a este sistema de articular, mediar, negociar com todas as estruturas envolventes necessárias para dar apoio as situações que surgirem para se chegar aos objetivos propostos.

1. Priorizar as necessidades do utente

O utente deve ser visto como o centro da ação, através de uma visão humana onde é dado ênfase aos aspetos que envolvem as suas necessidades específicas, tendo em conta o grau da perda auditiva apresentada, a possibilidade de reabilitação através de aparelho auditivo, o impacto social que a sua privação auditiva têm nas suas

atividades diárias e laborais, a diminuição da sua capacidade de obter meios financeiros para gerir a sustentabilidade da família ocasionado pela deficiência, os problemas emocionais derivados desses fatores, o *stress*, a ansiedade, a depressão etc.

2. Relação com o utente

A relação com o utente deve ser vista com base na proximidade e confiança mútua, o que irá favorecer um ambiente de motivação para o seu “recomeço” no mundo auditivo e servirá de estímulo para que se sinta capaz de desempenhar tarefas antes postas de parte por causa da sua deficiência. A família tem um papel fundamental neste processo, visto que dividem mais tempo com a pessoa envolvida e por isso podem ajudar no seu processo de reabilitação e incentivar o seu desempenho.

3. Aquisição das próteses auditivas

As próteses auditivas ainda são tidas como um produto de grande impacto financeiro, visto que estão disponibilizadas no mercado com preços muitas vezes inacessíveis ao bolso da maioria dos portugueses. Para driblar esta situação sugere-se que sejam criadas parcerias com algumas empresas de aparelhos auditivos onde é disponibilizado ao utente um aparelho auditivo modelo básico, versão mais acessível, que poderia ser cedido através da segurança social. Para além disso, este modelo propõe uma parceria com o profissional Assistente Social para que seja feita uma análise das reais possibilidades económicas de cada utente que recebe uma indicação de prótese. Após uma análise da sua situação financeira e mediante ausência de recursos, seria possível então obter a prótese indicada a cada situação.

4. Compromisso com o processo de reabilitação

Para alcançar os resultados pretendidos é necessário que haja um compromisso entre o profissional Técnico de Audiologia e o utente durante todo o processo de reabilitação.

O Técnico de Audiologia deve estar devidamente preparado e atualizado sobre todos os meios existentes para a solução do/dos problema/s que possam surgir no percurso da reabilitação. Fazendo parte deste pressuposto podemos citar os meios técnicos e tecnológicos, afinação adequada das próteses a realidade auditiva do sujeito e de acordo com as dificuldades apresentadas pelo mesmo, confeção de moldes quando necessário, ter formação sobre os aparelhos quando os modelos forem substituídos, etc.

Ao utente é importante firmar o seu compromisso em comparecer sempre as sessões marcadas para dar continuidade ao processo de reabilitação e adaptação a prótese, disponibilizar informações necessárias ao bom desempenho do processo, estabelecer um laço de confiança com o profissional que o acompanha, utilizar a prótese em todas as situações propostas, etc.

5. Articulação inter e intrainstitucional

Para o bom funcionamento do modelo e tendo em conta os meios de informação existente faz-se necessário o desenvolvimento de uma articulação em rede para que seja possível a colaboração com outros profissionais quer seja na área de Audiologia ou em outras áreas, objetivando uma maior rapidez, flexibilidade e eficiência de resposta quando necessário em cada caso.

3.2.3 Mecanismos de funcionamento do plano

Tal como qualquer projeto e tendo este uma base de ação social, sua introdução no Sistema Nacional de Saúde requer algum investimento inicial para tornar possível o seu funcionamento, através da contratualização de profissional capacitado para executar as tarefas nesta área, disponibilização de espaço físico e adequado, meios materiais e tecnológicos e criação de parcerias entre os profissionais do SNS etc.

A) Ponto de partida da Intervenção

Este Plano de Intervenção pode ser aplicado a todos os utentes que se dirigem aos Centros de Saúde que estão inscritos, a procura de solução para o seu problema auditivo. Baseado no princípio da equidade, será feito o atendimento e diagnóstico das perdas auditivas a todas as pessoas que apresentarem dificuldades auditivas. No entanto, a reabilitação através do uso de próteses auditivas será feita apenas nos casos em que seja verificada a incapacidade financeira para suportar esse custo.

B) Consulta de Diagnóstico

A consulta de diagnóstico dos problemas auditivos é o ponto de partida para definir qual tipo de intervenção será realizada em cada caso em particular. Através dele também é possível chegar ao grau de severidade da perda auditiva e verificar a possibilidade de reabilitação com auxílio de prótese.

C) Reabilitação

A reabilitação é um processo que envolve cinco fases para se chegar aos resultados propostos.

→ Fase 1: Indicação e seleção da prótese

A indicação da prótese para o modelo apresentado, é feita de acordo com critérios como o tipo de perda auditiva e o grau, em conjunto com exame auditivo vocal para se chegar ao ouvido com melhor discriminação auditiva. Visto ser um aparelho base e acessível financeiramente, não caberá aqui o seu aspeto físico (grande ou pequeno), já que este fica a mercê da vaidade e não da sua finalidade ou utilidade, logo a seleção do aparelho estará limitada aos aspetos citados. No entanto, dependendo das queixas referidas pelo utente pode ser necessário a confeção de moldes auriculares personalizados para a adaptação a prótese.

→ Fase 2: Confeção dos moldes personalizados

Atualmente uma grande maioria dos fabricantes de próteses auditivas criaram mecanismos próprios para utilização das próteses sem a necessidade do uso de moldes personalizados. No entanto, há pessoas que apresentam algumas limitações. Pensando nisso pode-se ter como alternativa a confecção dos moldes personalizados, em lojas de aparelhos auditivos, que apesar de ter um custo para sua produção, não representam grande peso económico, podendo vir a ser suportado pelo próprio utente.

→ Fase 3: Adaptação a prótese

A adaptação a prótese auditiva é feita principalmente consoante a motivação e envolvimento do utente para com o seu processo. Uma pessoa que perde a audição após aquisição da linguagem apresenta vantagens e desvantagens durante o processo.

As vantagens mais comumente observadas é o fato de poder interagir com outras pessoas, sem perguntas ou interrupções sobre o que foi dito. Conseguir comunicar é importante para a socialização e para a mente. Conseguir realizar tarefas diárias, ser mais independente, mais comunicativo e social, ter um maior rendimento no trabalho, etc.

As desvantagens estão relacionadas com fato de que com a surdez instalada experienciar momentos de grande silêncio, não ouvindo os ruídos externos que existem a sua volta, o que no princípio com a amplificação, pode-lhe causar alguma confusão.

O processo de adaptação a prótese auditiva é muito pessoal e pode diferenciar de pessoa para pessoa. Há casos em que se consegue o objetivo proposto rapidamente (menos de um mês). Enquanto isso, a situações particulares que requerem um pouco mais de tempo e paciência por parte do indivíduo a ser protetizado.

Durante o processo dos inquéritos, a que fiz questão de aplicar um a um para conseguir perceber de forma mais abrangente as respostas dadas, bem como das entrevistas realizadas com os profissionais envolvidos nos Cuidados Primários de Saúde nos Centros de Saúde já referidos, onde pude enumerar

algumas situações que podem ser favoráveis as mudanças a quê este trabalho se propõe.

→ Fase 4: Finalização do processo de intervenção

O processo de intervenção audiológica é concluído quando há um *feedback* positivo e satisfação do utente. Esta é a melhor fase de todo o processo visto que os objetivos propostos foram alcançados com êxito e o utente não precisa voltar com data marcada para ser acompanhado.

Nos casos em que não há adaptação a prótese e na impossibilidade de seu uso, fica assim concluído o trabalho de intervenção e feita as devidas justificativas quanto ao não sucesso do processo.

→ Fase 5: Controlo

Nesta fase há que se firmar o compromisso com o utente quanto a necessidade de renovar o exame de audiometria em caráter anual, com a finalidade de observar se há mudanças significativas no limiar auditivo que implique em novos ajustes.

Vale salientar que após a reabilitação sempre que se fizer necessário o utente pode se dirigir ao Centro de Saúde para realizar novos ajustes.

D) Funcionamento Técnico e Tecnológico

Esta situação é a base inicial para dar início a prática do plano de ação. Como dito anteriormente, há necessidade de contratualização de profissionais capacitados para desempenhar esta tarefa, bem como da aquisição de meios necessários para a realização do trabalho.

O trabalho a que se pretende desenvolver requer o investimento das ferramentas básicas necessárias para o seu funcionamento. Sendo assim, pode-se considerar as seguintes indicações:

→ Fase 1: Diagnóstico e intervenção dos problemas de deficiência auditiva

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

- A) Material utilizado: (1 audiômetro com dois canais e 1 impedanciômetro e 1 computador portátil), que possa ser utilizado em todas as extensões. Equipamento que pode ser facilmente transportado pelo Técnico de Audiologia, todas as vezes que o mesmo for dar consulta.
- B) Compra de cabine acústica para realização dos exames ou sala devidamente tratada acusticamente.
- C) Propiciar acesso rápido aos Serviços de Otorrinolaringologia dos Hospitais Públicos para encaminhamento de pessoas com queixas auditivas de carácter Médico.

→ Fase 2: Diagnóstico precoce das perdas auditivas (prevenção)

- A) Material utilizado:
O mesmo equipamento utilizado para os adultos, aquisição de Jogos (lúdico) ou “*peep-show*”, equipamento de Otoemissões acústicas (OEA) e Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral (BERA).
- B) Rastreios auditivos dirigido as crianças em fase escolar com dia e horário previamente marcado, específico para a sua realização.
- C) Acompanhamento e reabilitação das perdas auditivas.
- D) Rastreio auditivo durante a adolescência e fase adulta.

Nesta situação pretendia-se fazer rastreios auditivos com regularidade às crianças em fase escolar, para propiciar a melhor aquisição da linguagem e o seu melhor desempenho escolar, rastrear as pessoas que possam ter antecedentes familiares com perdas de audição e outras situações que possam por em causa a saúde auditiva e reabilitar os utentes que apresentam perdas significativas da audição.

4 – CONTEXTO DE ESTUDO

4.1 - Caracterização da população do Concelho de Albufeira

4.1.1 - Caracterização Geo - demográfica

O Concelho de Albufeira pertence ao Distrito de Faro, e tem a sua sede situada na cidade de Albufeira. Encontra-se a 39 Km da capital distrital (Faro), a aproximadamente 250 Km da capital Portuguesa, Lisboa e a 70Km da fronteira com a Espanha (Ayamonte).

A Oeste, faz fronteira com o Concelho de Silves, a Norte com o Município de Loulé e a Sul com o Oceano Atlântico. É constituído por cinco freguesias (Paderne, Olhos d'Água, Guia, Albufeira e Ferreiras), e ocupa uma área de cerca de 140,70 Km², o que corresponde a cerca de 2,82% da área da região algarvia.

Figura 4 – Mapa do Concelho de Albufeira



Fonte: Google Maps

A sua população apresenta-se distribuída de forma desigual, tornando evidente o contraste entre as freguesias do litoral, onde é possível observar

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

uma grande expressão urbana em comparação com as zonas do interior do Concelho, onde a população está situada numa zona rural e com povoamento mais disperso, principalmente em Paderne.

Atualmente, este Concelho dedica-se a indústria turística, onde em tempos atrás, dedicava-se a prática da agricultura e da pesca. Apresenta 30 Km de costa com 23 praias, com acesso as principais ligações a Via do Infante que faz a conexão com à fronteira da Espanha, bem como com a Autoestrada A2 que liga a capital do país. Durante o verão, há um aumento de cerca de dez vezes o número da população residente, com o turismo nacional e estrangeiro, o que leva a sazonalidade nessa região. Embora, tenha havido um aumento do turismo fora de época.

4.1.2 - População Residente

A distribuição da população residente e divisão quanto ao género e grupo etário pode ser observada no quadro 4 e 5 respetivamente.

Quadro 4: População residente (Concelho de Albufeira)

POPULAÇÃO RESIDENTE	
TOTAL DA POPULAÇÃO	31 543
População Feminina	15 782
População Masculina	15 761
População Jovem (< de 15 anos)	5 266
População Idosa (65 e mais anos)	4 064

Adaptado Fonte: INE (censos 2001).

Quadro 5: Comparativo da População Residente em 1991 e 2001, por Grupos Etários.

POPULAÇÃO RESIDENTE X GRUPOS ETÁRIOS							
1991				2001			
Grupos etários				Grupos etários			
0-14	15-24	25-64	65 ou mais anos	0-14	15-24	25-64	65 ou mais anos
4093	3060	10 882	2 914	5 266	4 306	17 907	4 064
Total: 20 949				Total: 31 543			

Adaptado Fonte: INE (censos 2001).

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Através do quadro acima, é possível observar que entre os anos de 1991 e 2001, houve um aumento da população em todos os grupos etários excetuando no grupo de 65 ou mais anos, o que significa que nesta época houve um rejuvenescimento da população Concelhia.

Segundo dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística, este rejuvenescimento proporcionou um aumento da população economicamente ativa, visto que 17 531 indivíduos, ou seja, mais de 50% da população residente estavam em atividade (segundo o CENSOS 2001).

Com relação a esperança de vida, em 2000/2001 a população portuguesa tinha uma esperança média de vida para ambos os sexos de 76,9 anos. Este valor era inferior a média europeia que era de 78,2 anos. Para o sexo masculino havia uma esperança de vida de 73,5 anos, enquanto a média europeia era de 75,2 anos. Já no sexo feminino, a esperança de vida em Portugal era de 80,3 anos, também abaixo da média europeia de 81,2 anos.

Em 2003 foi observado que persistia a tendência no aumento da população do concelho numa ordem de 4,6%, acompanhado do rejuvenescimento populacional em detrimento da diminuição da população idosa.

Através da atualização do CENSOS 2011 verificou-se que houve um aumento populacional na maioria das freguesias do Concelho de Albufeira, exceto na freguesia dos Olhos d'Água, tanto em relação ao sexo feminino como em relação ao sexo masculino, em comparação com o ano de 2001.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

QUADRO 6 - Quadro comparativo dos anos de 2001 e 2011, que representam a população do Concelho de Albufeira (por freguesias e género).

População Residente						
	2011			2001		
	Homem	Mulher	H/M	Homem	Mulher	H/M
Albufeira	11 148	11 646	22 794	7 970	8 267	16 237
Ferreiras	3 174	3 228	6 402	2 532	2 419	4 951
Paderne	1 955	2 002	3 957	1 640	1 581	3 221
Olhos d'Água	1 652	1 657	3 309	1 776	1 728	3 504
Guia	2 069	2 126	4 195	1 864	1 766	3 630
Total	19 998	20 659	40 657	15 782	15761	31 543

Adaptado Fonte: INE (censos 2011).

Quanto a situação auditiva dos habitantes do Concelho de Albufeira, foi observado através de pesquisa documental dos dados colhidos pelo INE (censos 2001), que o número de deficientes auditivos de acordo com o grupo etário tem uma tendência a aumentar consoante o aumento da idade (Quadro 7 - Deficiência auditiva em relação ao grupo etário).

Quadro 7 – Deficiência auditiva em relação ao grupo etário no Concelho de Albufeira.

Grupo etário	Deficiência auditiva (números absolutos)
0-10 Anos	4
11 - 20 Anos	6
21 - 30 Anos	21
31-40 Anos	22
41- 50 Anos	22
51-60 Anos	24
61- 70 Anos	27
Mais de 70 Anos	68

Adaptado Fonte: Dados do INE:2001.

Podemos observar através do quadro 7 que o maior número de problemas auditivos registados foi na faixa etária acima dos 70 anos. No entanto, vê-se que há uma tendência de aumento da deficiência auditiva ao longo dos anos.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Ainda segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2001) pode ser observado a distribuição da deficiência auditiva por freguesias no Concelho de Albufeira, que mostra que a freguesia de olhos d'Água é aquela que apresenta o maior número de casos de perda auditiva (27%), seguido da freguesia da Guia (14%), Ferreiras (13%), Paderne (12%) e Albufeira (9%).

Quadro 8: Distribuição da deficiência auditiva por freguesia que pertencem ao Concelho de Albufeira.

Freguesias	Perda auditiva
Albufeira	9%
Paderne	12%
Ferreiras	13%
Guia	14%
Olhos d'Água	27%

Adaptado Fonte: INE (censos 2001).

Foi também objeto de pesquisa do INE o número de pessoas que apresentam perdas auditivas com relação ao género. No entanto, foi observado (quadro 9) que apesar da prevalência no sexo masculino da deficiência auditiva, não há uma diferença significativa quanto a essas variáveis.

Quadro 9: População com deficiência auditiva quanto ao género

Sexo	Deficiência Auditiva
Homens	100
Mulheres	94
Total H/M	194

Adaptado Fonte: INE (censos 2001).

5 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 – Entrevistas realizadas com os profissionais Médicos e Enfermeiros dos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira

5.1.1 – Caracterização

Quadro 10 – Número de entrevistas realizadas e negadas

Grupo profissional	Visitas realizadas	Entrevistas negadas	Entrevistas realizadas
Médico(a)	10	2	8
Enfermeiro(a)	5	1	4
Total	15	3	12

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 11 – Grupo profissional: Tempo de profissão e Idade

Grupo profissional	Tempo de profissão	Idade
Médico(a)	6 a 34 anos	35 a 57 anos
Enfermeiro(a)	13 a 30 anos	36 a 54 anos

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 12 – Gênero dos profissionais

Sexo	Mulheres		Homens	
	Nº	Médico(a)	6	Médico(a)
	Enfermeiro(a)	4	Enfermeiro(a)	0
Total	10		2	

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 13 – Percentual de Médicos e Enfermeiros entrevistados

Grupo profissional	Percentual
Médico	66,6%
Enfermeiro	33,3%

Fonte: Elaboração própria.

5.1.2 - Análise de Conteúdo

Segundo Bardin (1994:31), a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Através dessa ferramenta é possível sistematizar os tipos de comunicações, seguindo critérios como: o número de pessoas envolvidas na comunicação e a natureza da mensagem.

Partindo do esclarecimento sobre a análise de conteúdo, torna-se importante esclarecer a forma como foi aplicado o seu conhecimento.

Num primeiro momento foi realizada a descrição onde foram enumeradas as características do texto, após uma análise resumida, seguida da sua interpretação sobre o significado da informação e finalizando com a fase da inferência. Sendo assim, a análise de conteúdo ficou dividida sobre três aspetos:

- 1 – Pré- análise;
- 2 – Exploração do material;
- 3 – Tratamento, inferência e interpretação.

O material utilizado para gravação das entrevistas foi em formato áudio do telemóvel. A pré-análise foi realizada através da audição das gravações, seguidas de sua transcrição literal no papel e leitura do seu conteúdo para posterior tratamento.

Foram criadas unidades de registo, que abordou vários aspetos de acordo com os objetivos do estudo. Sendo que a organização dos conteúdos foram feitas de acordo com os temas ou categorias.

O tratamento e a interpretação dos dados foram realizados com o interesse de torna-los claros e objetivos, válidos e significativos, com a definição de categorias e subcategorias e visualização das perguntas realizadas com a respetiva disposição dos dados brutos das respostas dadas após o seu tratamento.

Diante dos dados colhidos, procedeu-se a análise de conteúdo dos mesmos através de uma descrição objetiva e sistemática, visando proporcionar

a melhor compreensão sobre os dados. Para este efeito, foi realizado um trabalho minucioso e exaustivo de forma a operacionalizar a informação para posterior tratamento.

Foi elaborado um total de 4 categorias, nomeadamente, “Audição”, “Espaço físico”, “Perspetiva do profissional” e “Visão para o futuro” com suas respectivas subdivisões, onde ao serem abordadas também serão divulgados os resultados da análise.

No modelo de análise de conteúdo construído para este estudo, foi feita a divisão das entrevistas de acordo com a profissão, onde foi evidente a necessidade de criação da codificação para divisão dos dois grupos. Sendo assim, num primeiro momento foi explorado os dados dos profissionais Médicos, entrevista aos Médicos representados por (Em), seguidos de entrevista aos Enfermeiros, representados por (Ee).

→ Caracterização dos informantes

1. Profissão dos informantes
2. Tempo de profissão
3. Idade

A idade e o tempo de profissão foram pedidos apenas como informação adicional quanto a idade média dos profissionais e o tempo que exercem a profissão.

→ Na categoria **audição**, foi considerado 7 subcategorias:

- 1- Importância da audição;
- 2 - Queixas auditivas x Relação etária;
- 3 – Procedimento adotado;
- 4 - Profissional especializado;
- 5 – Audição e qualidade de vida;
- 6 - Encaminhamento;
- 7 – Informação

1 – Importância da audição

Na subcategoria “Importância da audição” houve a intenção de saber o valor dado a este sentido e obter informações sobre a perceção do profissional sobre o seu impacto no dia-a-dia. A pergunta realizada foi “Considera que a audição é um sentido importante? Porquê?”

Com esta questão, foram obtidas respostas cujo “sim” foi unânime em todas as entrevistas, apresentando diferenças quanto a sua importância. Os entrevistados Em1, Em2, Em3 e Em8 concordam que ouvir é importante para a comunicação. Entretanto, Em1 refere ser também importante para o equilíbrio e Em3 diz que as crianças surdas têm dificuldades de aprendizagem. Enquanto os demais entrevistados referem:

Em4: “...importante para a relação com o meio ambiente...”.

Em5: “...para o dia-a-dia...”.

Em6: “...integração, sentir bem e não ficar isolado e proteção”.

Em7: “...autoconfiança, autonomia...independência”.

Em8: “...Perceção do que se passa a volta”.

Todos os profissionais Enfermeiros, concordam que ouvir é importante, sendo que (Ee1, Ee3 e Ee4) dizem que a audição favorece a comunicação e E3 completa que também é bom para situações de lazer. Apenas Ee2 refere:

Ee2: “Sim. Para saber onde é que há falhas, onde é que há necessidades, onde é que há coisas que têm que ser corrigidas”.

No quadro comparativo que se segue será dado ênfase apenas as respostas mais referidas em ambas categorias profissionais.

Quadro 14 – Comparativo das respostas sobre a importância da audição

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
-Todos responderam que a audição é importante. - Em1, Em2, Em3 e Em8: importante para a comunicação.	-Todos responderam que a audição é importante. - Ee1, Ee3 e Ee4: importante para a comunicação.

Fonte: Elaboração própria.

O resultado das respostas apontam para aquilo que é senso comum, onde a audição é um sentido extremamente importante para desenvolver nossas capacidades comunicativas, para integração social, desempenho de tarefas, para o equilíbrio e que é fundamental em nosso dia a dia.

Também é através da audição que iniciamos o processo de aquisição e desenvolvimento da fala, bem como no seu controlo e modificação do desempenho vocal. Neste sentido e devido a sua importância, uma perda auditiva pode restringir o indivíduo, num contexto de experiência social, comportamento emocional, progresso educacional e linguístico. Além disso, é através desse sentido de alerta que podemos nos defender de algumas situações de perigo, em Ferreira (2004).

A audição é um processo binaural (ambas as orelhas), onde “através da comparação das duas entradas auditivas, o cérebro pode resolver complexidades auditivas, determinar a direção e otimizar um sinal relevante na presença de outros sons e ruídos” (Almeida, 2003:96).

2 – Queixas auditivas

Na subcategoria “Queixas auditivas x Relação etária” houve a preocupação de obter informações sobre a existência ou não de queixas auditivas, princípio importante para a percepção das necessidades da população sobre este aspeto. A pergunta elaborada foi “Costuma haver muitas queixas de utentes com dificuldades auditivas?”.

Numa visão geral, pode-se observar que há uma maioria (Em1, Em3, Em4, Em6, Em7, Em8) que concordam que existem queixas auditivas,

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

enquanto apenas 2 dos entrevistados (Em2, Em5) referem não ser frequente. A pergunta seguinte foi feita em conjunto com a pergunta anterior, mas a intenção é fazer referência a outra subcategoria “Relação da idade com a queixa auditiva”, cuja intenção é verificar se existe esta relação e em que fase da vida ocorre com mais frequência. A pergunta formulada foi “A partir de que faixa etária é mais comum?”. Quanto a faixa etária que costuma ser mais comum existirem queixas auditivas, foi observado que dividem-se as opiniões. Em1 refere que há queixas em todas as idades com mais incidência a partir dos 75 anos. Já Em3 concorda com Em6 e Em7 e referem que ocorre mais queixas auditivas depois dos 50 ou 60 anos de idade. Em4 refere que há uma predominância no grupo mais idoso. Por último e concordando em parte com Em1 está Em8 que diz que ocorrem em crianças.

Dos profissionais Enfermeiros, apenas dois (Ee1 e Ee4) referiram que “sim”, existem muitas queixas auditivas, sendo que Ee1 diz ser mais frequente a partir dos 60 anos enquanto Ee4 refere os 65 anos como fase mais comum. Já Ee3 diz que ocorrem queixas “as vezes”, a partir dos 50 anos. Por último, Ee2 diz que não é comum.

Quadro 15 – Comparativo das respostas sobre as queixas auditivas

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
<ul style="list-style-type: none">- A maioria (Em1, Em3, Em4, Em6, Em7, Em8) concorda que existem muitas queixas auditivas.- 3 concordam que há mais depois dos 50 ou 60 anos.- 2 diz que ocorre no grupo mais idoso.	<ul style="list-style-type: none">- A metade (Ee1 e Ee4) concorda que existem muitas queixas auditivas.- 1 diz ser mais frequente a partir dos 60 anos.- 1 diz ser mais frequente a partir dos 65 anos.

Fonte: Elaboração própria.

Estudos feitos nos Estados Unidos da América apontam que há um aumento significativo na prevalência da deficiência auditiva com o aumento da idade, sendo essa prevalência mais acentuada ao sexo masculino nas diferentes faixas etárias em relação as mulheres, em Musiek (2001).

Segundo dados nacionais do INE (censos 2001) Quanto a situação auditiva dos habitantes do Concelho de albufeira, o número de deficientes auditivos de acordo com o grupo etário também apresenta-se com uma tendência a aumentar consoante o aumento da idade (ver quadro 6 Deficiência auditiva em relação ao grupo etário)

Através do tratamento de dados estatísticos dos questionários realizados aos utentes, também foi possível observar através do cruzamento de duas categorias “Incidência da perda auditiva e Idade das pessoas” mais da metade dos inquiridos que dizem sentir perdas auditivas têm mais de 65 anos o que leva a concluir que a idade poderá estar relacionada com a perda da audição.

Este problema tem um grande impacto na vida das pessoas mais velhas que apresentam deficiência auditiva, visto que há uma tendência em reduzir sua função comunicativa. Além disso, a perda auditiva acarreta em problemas associados como: características psicológicas de retração, pessimismo, isolamento, sintomas depressivos, frustração, ansiedade e solidão, prejudicando o bem-estar social e emocional (Musiek , 2001: 343).

3 – Procedimento adotado

A subcategoria “Procedimento adotado” tinha a intenção de colher informações sobre as medidas de decisão tomadas e a capacidade de resposta do Centro de Saúde para esta questão. A pergunta elaborada foi “Qual é o procedimento adotado quando um utente refere diminuição auditiva?”.

Foi observado que a maioria dos entrevistados (Em2, Em3, Em4, Em7, E8) referem que numa fase inicial, fazem a inspeção do canal auditivo para observar se há cerúmen ou rolha de cera no ouvido. Quanto ao encaminhamento para exame de audiometria (Em1, Em2, Em3, Em5, Em7 e Em8) consideram necessária uma avaliação mais detalhada, e apenas E3 refere que recomenda TAC ao ouvido interno, enquanto Em7 recomenda timpanograma. A maioria (Em1, Em3, Em4, Em6, Em7, e Em8) concorda que também deve ser feito o encaminhamento para o Médico Otorrinolaringologista. De acordo com a resposta dada por Em6 conclui-se que não houve entendimento sobre a questão colocada.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Dois dos Enfermeiros entrevistados (Ee1 e Ee3) responderam que são encaminhados para o Médico Otorrino, sendo que Ee1 diz fazer uma observação do canal auditivo para ver se há cera; enquanto Ee3 diz que o Médica de Família encaminha para o Médico. Ee2 refere que fala com o utente cara a cara ou através da escrita e que os utentes são seguidos pelo Médico. Já Ee4 informa o utente onde encontrar um Técnico para fazer o exame e também informa o Médico de Família.

Quadro 16 – Comparativo das respostas sobre o procedimento adotado

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
- A maioria (Em2, Em3, Em4, Em7 e Em8) fase inicial observação do canal auditivo e encaminham para o Otorrino (Em1, Em3, Em4, Em6, Em7, e Em8).	- Apenas Ee1 observa o canal auditivo, Ee3 e Ee1 encaminham para o Otorrino, enquanto Ee2 e Ee4 encaminham para o Médico de Família.

Fonte: Elaboração própria.

Podemos observar, através do quadro acima, que embora haja a preocupação em observar e encaminhar o utente para o Médico ou serviço especializado, nestas situações de queixas auditivas os Cuidados de Saúde Primários não apresentam capacidade de resposta. Ficando o utente dependente do Hospital Distrital, que apresenta-se com um serviço deficiente diante do número de casos que não consegue responder atempadamente, como foi referido por alguns profissionais (ver anexo 2).

Na categoria “Local de exame” também podemos observar que as pessoas preferem ir para “Outros Locais” para fazer o exame auditivo do que seguir a orientação do Médico que encaminha para o Hospital Público. O que pode indicar que há alguma falha na resposta quanto ao serviço prestado.

A título de esclarecimento é importante saber que “a avaliação auditiva é realizada por meio de inúmeros testes subjetivos e objetivos, que buscam informações a cerca da audição periférica e central”, (Frota,1998:41).

Atualmente existem no mercado sofisticados tipos de equipamentos para exames auditivos, possibilitando uma avaliação mais fidedigna favorecendo

uma melhor atuação clínica por parte dos profissionais Médicos Otorrinolaringologistas ou dos Técnicos de Audiologia, Frota (1998).

Uma vez feito o diagnóstico da perda auditiva é fundamental que a intervenção através do uso de aparelho auditivo seja iniciada, principalmente se estiver em causa um problema auditivo numa criança. Isto porque, uma ação rápida poderá favorecer a estimulação necessária para o desenvolvimento da fala e aquisição da linguagem, Almeida (2003).

4 – Profissional especializado

Na subdivisão “Profissional especializado”, nesta categoria havia o interesse de verificar a ausência do profissional de Audiologia ou Médico Otorrino a exercer funções nos Centros de Saúde do Concelho e Albufeira. A pergunta elaborada foi “Há algum profissional, especializado nessa área, a trabalhar no Centro de Saúde? Sabe dizer porquê?”.

Todos os entrevistados responderam que não havia um profissional especializado nessa área a trabalhar nos Centros de Saúde. A diferença encontrada foi quanto a segunda questão colocada, onde Em2, Em5 e Em8 dizem que não sabem as razões da ausência dessa especialidade. Embora que Em2 diz “...aliás, até foi criado um gabinete, uma sala, aqui no Centro de Saúde, quando foi inaugurado, uma sala para fazer audiogramas. Forradas a cortiça e tudo, insonorizado, na sede em Albufeira. Mas nunca chegou a ser utilizado”. Enquanto isso, Em6 e Em7 concordam que há falta de dinheiro e interesse em disponibilizar este serviço a comunidade. Além disso, Em7 completa que também não há interesse político nessa questão. Já três dos entrevistados referem:

Em1: “...não há valência...faz parte dos hospitais distritais”.

Em3: “...não justifica porque não há muitos doentes...”.

Enquanto Em4 parece ter percebido que esse papel seria um trabalho acrescido para o Médico de Família.

Todos os Enfermeiros responderam que não há profissional especializado a trabalhar no Centro de Saúde. Sendo que, a metade (Ee1 e

Ee3) dos Enfermeiros acham que é por falta de verba, enquanto isso Ee2 pensa que é por causa da política do País e Ee4 diz que acha que não faz parte do projeto da ARS.

Quadro 17 – Comparativo das respostas sobre profissional especializado

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
-Todos os entrevistados responderam “não”. -Três dizem não saber as razões (Em2, Em5 e Em8); -Dois (Em6 e Em7) apontam falta de verba e interesse;	-Todos os entrevistados responderam “não”. -A metade (Ee1 e Ee3) aponta falta de verba.

Fonte: Elaboração própria.

Com esta investigação foi possível observar que não há profissional especializado na área da saúde auditiva a desempenhar suas funções nos Cuidados Primários de Saúde do Concelho de Albufeira, e os entrevistados apontam razões diversas para esta situação. No quadro 1 (pág. 32), cuja subdivisão mostra os profissionais Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica efetivos nos Centros de Saúde, não discrimina qual a classe técnica que está inserida nos Cuidados de Saúde Primários. Um pouco controverso é o Artigo 12º, no ponto 2.3, que dá ênfase ao escalão distrital dos Centros de Saúde e relata que os Centros de Saúde dispunham de várias valências e atividades de apoio, dentre as quais vale ressaltar a profilaxia da cárie dentária; da cegueira; da **surdez** e do cancro, em Ferreira (1990).

Será que não faz todo o sentido investir no diagnóstico precoce das doenças? Quem sabe assim haveria uma mudança da realidade atual, em que o Estado suporta um crescimento cada vez maior na despesa, no que diz respeito aos cuidados hospitalares e aos encargos com medicamentos, tendo, em 1997, esta despesa atingido 2,2% do Produto Interno Bruto tornando-se no maior valor dos países que fazem parte da OCDE, em Biscaia (2006).

5 – Audição e qualidade de vida

Na subdivisão “Audição e qualidade de vida”, a intenção foi investigar se faz parte do senso comum que este sentido proporciona uma melhoria na qualidade de vida do indivíduo. A pergunta realizada foi “Considera que ouvir bem proporciona uma melhor qualidade de vida? Por quê?”.

Quanto aos entrevistados, observou-se que todos consideram que ouvir bem proporciona uma melhoria na qualidade de vida e citaram diferentes aspetos. A comunicação e o convívio foram aspetos que considerei com igual significado, com um resultado maior de pessoas a referir essas situações (Em1, Em2, Em4, Em6 e Em8). Sendo que Em1 refere que também é bom para ouvir a televisão; Em2 diz que também é importante para que as pessoas possam falar mais baixo e com calma; Em3 completa dizendo que é para saber o que acontece a volta; Em6 refere também a segurança como outro ponto e Em8 diz que é importante para conseguir um emprego. Já Em5 e Em7 foi considerado como a mesma resposta tendo em vista que Em5 diz ser importante para o dia-a-dia e Em7 refere autonomia, independência e segurança situações que se relacionam com a vida diária. Por último, Em3 refere que proporciona uma vida melhor.

Os Enfermeiros responderam de forma unânime que ouvir bem proporciona uma melhoria na qualidade de vida porque é importante para a comunicação, sendo que Ee4 completou dizendo que também é bom para a interação ou convívio com outras pessoas.

Quadro 18 – Comparativo das respostas sobre audição e qualidade de vida.

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
-Todos responderam que ouvir proporciona uma melhor qualidade de vida. - (Em1, Em2, Em4, Em6 e Em8) é importante para a comunicação e convívio.	-Todos responderam que ouvir proporciona uma melhor qualidade de vida. - Todos referem ser importante para a comunicação.

Fonte: Elaboração própria.

Através do quadro acima foi possível identificar que todas as pessoas relacionam o ouvir bem com a qualidade de vida e concordam que é um sentido importante para a comunicação ou a relação com os outros.

A Organização Mundial de Saúde diz que a qualidade de vida é “ a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Incluem ainda, seis domínios principais como a saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual, em Dantas (2003).

6 - Encaminhamento

Na subdivisão “Encaminhamento” pretendeu-se investigar se um utente que apresente uma perda auditiva é encaminhado para o Médico Otorrino ou serviço especializado no Sistema Público ou Privado. Ou seja, a intenção era investigar que medidas de decisão são tomadas para solução do problema auditivo. A pergunta de investigação foi “ Um utente que não ouve bem é encaminhado para avaliação ou para um serviço especializado? Onde?

Nesta situação foi possível observar que todos os entrevistados responderam que “sim” que encaminham para um serviço especializado. A maioria (Em1, Em2, Em3, Em4, Em5, Em7 e Em8) refere que o local especializado é o Hospital Público, sendo que três deles (Em4, Em7e Em8) dizem encaminhar para o Médico Otorrino ou especialista. Apenas Em6 refere locais de prótese auditiva.

Quanto aos Enfermeiros, todos responderam que sim também, três deles (Ee2,Ee3 e Ee4), referiram que os utentes são encaminhados para o Hospital Público e Ee1 foi mais específico, e diz que encaminha para o Otorrino.

Quadro 19 – Comparativo das respostas sobre encaminhamento

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
-Todos responderam “sim” -Maioria (Em1, Em2, Em3, Em4, Em5, Em7 e Em8) Hospital Público.	-Todos responderam “sim” -Maioria (Ee2, Ee3 e Ee4) Hospital Público.

Fonte: Elaboração própria.

Vale salientar que nos Hospitais Públicos não é feito o trabalho de adaptação de prótese auditiva as pessoas com deficiência. Logo, essas pessoas encaminhadas acabam por fazer uma consulta de diagnóstico apenas para ter a confirmação do seu problema, passada essa etapa não se sabe que medidas são tomadas para a sua solução.

Somado ao que foi dito anteriormente está o problema das listas de espera para consultas, que é um processo demorado porque também não houve um desenvolvimento dos mecanismos de registo e controlo destas listas, tal como ocorre nas listas de espera cirúrgicas, segundo Vaz A. em Simões (2010).

7 – Informação

A última subdivisão da categoria “Audição” foi “Informação”, o interesse era saber se os profissionais achavam que as pessoas, e principalmente os idosos, tinham informação sobre a perda auditiva. A questão colocada foi “Na sua opinião, há informação disponível a população, principalmente aos idosos, sobre a perda auditiva?”.

Dos oito Médicos entrevistados, quatro (Em2, Em3, Em6 e Em8) responderam que “Sim”, que acham que as pessoas têm informação inclusive os idosos sobre a perda auditiva. Em2 refere que nos lugares que vendem prótese auditiva há informação; Em3 justifica sua opinião dizendo que os idosos que apresentam problemas procuram informação; enquanto isso, Em6 afirma que os utentes são pessoas informadas. Contrariando essa versão dos fatos, ficaram a concordar que “Não” Em1, Em5 e Em7. Onde Em1 diz que as pessoas não têm muita noção e que pensam que é natural; Já Em7 completa

que não há informação nem mesmo para os Médicos. Para finalizar Em4 ficou como indeciso e diz que “talvez não”, ou seja, talvez não haja informação, mas pensa que os idosos devem procura-la. Esta análise foi interessante, principalmente se fizermos uma ligação, a nível comparativo, com as respostas apresentadas na Subdivisão “Centro de saúde X Outros serviços de Saúde”. Nesta situação alguns dos Médicos referem que os utentes preferem ir ao Centro de Saúde do que para “Outros Serviços de Saúde” (Particular ou Privado), porque precisam de orientação quanto a especialidade que devem procurar para solucionar o seu problema de saúde.

Quanto aos Enfermeiros, a maioria (Ee1, Ee2 e Ee4) concorda que a informação é pouca, enquanto Ee3 diz não haver informação.

Quadro 20 – Comparativo das respostas sobre informação

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
-Metade (Em2, Em3, Em6 e Em8) concorda que há informação. -Maioria (Em1, Em2, Em3, Em4, Em5, Em7 e Em8) Hospital Público. -Em1, Em5 e Em7 concordam que não há.	-A maioria (Ee1, Ee2 e Ee4) concorda que há pouca informação.

Fonte: Elaboração própria.

Segundo Musiek (2001), quanto mais precocemente for identificada a perda auditiva e quanto mais rápido for a intervenção melhor serão os ganhos para o idoso ou deficiente auditivo. Além desse aspeto, existem evidências, mesmo que indiretas, que dizem que quanto mais precocemente há o diagnóstico da perda auditiva e dá-se início ao processo de reabilitação com a prótese, maior será o índice de sucesso com a reabilitação.

Podemos então concluir que o fator tempo tem um grande impacto na solução do problema, daí a necessidade de haver informação adequada sobre o que é a perda auditiva e suas medidas de tratamento ou soluções. Pessoas bem informadas têm uma maior capacidade de decisão.

→ Outra categoria importante foi aquela que se refere ao “**espaço físico**” do Centro de Saúde, onde foi considerado 2 subcategorias:

- 1 - Possibilidade de utilização;
- 2 - Disponibilidade de gabinetes.

1 – Possibilidade de utilização

Na subdivisão “Possibilidade de utilização” houve a intenção de investigar se os Centros de Saúde tinham capacidade física para a introdução de mais um Serviço da Saúde, cuja pergunta foi “Na sua opinião, há possibilidade de utilização do espaço físico do Centro de Saúde para este tipo de intervenção? Porquê?”.

Verificou-se que a maioria dos Médicos entrevistados (Em3, Em4, Em5, Em7 e Em8) referem que não há possibilidade de utilização do espaço físico do Centro de Saúde, e Em3, Em4 e Em5 dizem que é porque o Centro de Saúde é muito pequeno mas Em4 não descarta a possibilidade de haver espaço na Sede, enquanto isso Em7 e Em8 concordam dizendo não haver gabinetes para outra atividade. Contrários as opiniões mencionadas encontram-se Em1 e Em2 que referem ter na Sede (Albufeira) disponibilidade de espaço físico para isso. O único que respondeu diretamente e concordando com Em1 e Em2, que “sim” foi Em6, e acrescentou que havia um gabinete para isto.

Já os Enfermeiros, a maioria (Ee1, Ee3 e Ee4), concorda que há disponibilidade de espaço físico, enquanto Ee2 discorda isoladamente e justifica sua opinião dizendo que é necessário um gabinete que não haja barulho para a prática dessa atividade.

Quadro 21 – Comparativo das respostas sobre possibilidade de utilização do espaço

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
-Maioria (Em3, Em4, Em5, Em7 e Em8) refere que não há possibilidade. -Em3, Emm4 e E5 dizem que Centro de Saúde é muito pequeno	-A maioria (Ee1, Ee3 e Ee4) concorda que há possibilidade.

Fonte: Elaboração própria.

Segundo a observação do investigador, foi verificado que de fato existem poucas salas nos Centros de Saúde considerados mais pequenos. No entanto, os gabinetes não estão sempre ocupados em todos os dias e em todo o horário de funcionamento. Já na Sede há um maior número de salas mas não deu para perceber bem a dinâmica de funcionamento dos horários dos profissionais.

Este tema tornou-se mais completo com a inclusão da subcategoria “Disponibilidade de gabinetes”. Na verdade um veio complementar o outro, visto que na primeira situação, havia a intenção de saber quanto ao espaço físico em si (número de salas), enquanto na segunda situação há o interesse de saber se as mesmas salas existentes podem ser utilizadas em horários “abertos”, ou seja, que não tenha consultas ou atendimento, num determinado dia ou hora da semana.

2 – Disponibilidade de gabinete

Já na subcategoria “Disponibilidade de gabinetes”, havia o interesse de saber se o mesmo gabinete utilizado pelo Médico e/ou Enfermeiro poderia ser utilizado num outro horário ou dia da semana específico que não houvesse consultas ou atendimento. A pergunta colocada foi “Há atendimento Médico e/ou de Enfermagem todos os dias da semana com ocupação de todos os gabinetes existentes?”.

A maioria dos entrevistados responderam “sim” (Em1, Em2, Em3, Em4, Em5, Em7 e Em8), que todos os dias da semana os gabinetes estão

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

ocupados, e Em2 referiu que 1 dia na semana dá consultas na Sede, logo este dia há uma sala disponível, concordando em parte com Em6 que refere que “não”, nem todos os dias da semana há atendimento Médico e ou de Enfermagem com ocupação de todos os gabinetes existentes.

Os Enfermeiros tiveram opiniões divididas, sendo que Ee1 e Ee3 afirmam que há atendimento Médico e/ou de Enfermagem todos os dias da semana, enquanto Ee2 e Ee4 afirmam que não.

Quadro 22 – Comparativo das respostas sobre a disponibilidade de gabinete

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
-Maioria (Em1, Em2, Em3, Em4, Em7 e Em8) referem que “sim”.	-A metade (Ee1 e Ee3) concorda que “sim”.

Fonte: Elaboração própria.

Pela observação do investigador para realização dos horários de visita para entrevista aos Médicos e Enfermeiros ficou claro que há possibilidade de utilização dos gabinetes em determinados dias ou hora, coincidindo com a hipótese levantada. O que de fato existe é uma má gestão de utilização do espaço e do tempo que se dispõe. Se houvesse o interesse de investir na melhoria da saúde da população, com o acréscimo de outras especialidades há potencial para isto. A questão é só fazer referência a gestão do espaço para prestar mais Cuidados de Saúde Primários aos utentes, respondendo as necessidades que a população apresenta sem que haja prejuízos a qualidade do serviço prestado.

→ Outra categoria criada foi sobre a “ **Perspetiva do profissional**” com a dependência de duas subcategorias:

- 1 - Médico de Família e Audiologista;
- 2 – Centro de Saúde x Outros serviços de saúde;

1 – Médico de Família e Audiologista

Na subcategoria “Médico de Família e Audiologista” a intenção era verificar se os profissionais consideram que era uma mais - valia essa parceria entre o Médico de Família e o Audiologista e investigar os pontos considerados importantes. A pergunta “Considera que a inclusão do serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde em parceria com os Médicos de Família poderia ajudar a população que apresenta queixas auditivas? De que forma?”

Todos os entrevistados, sem exceções, referem que seria importante esta parceria, mas a forma como esta parceria poderia funcionar é referida através de aspetos diferentes. Quatro dos entrevistados (Em1, Em2, Em4 e Em8) disseram de forma diferente mas com o mesmo significado, que seria bom para o diagnóstico do problema. Sendo que Em1 acrescenta a questão da rapidez e por se detetar o problema mais precocemente, enquanto Em8 ressalta o tratamento. Em5 divide a mesma opinião que Em1 ao referir que seria mais rápido. Os outros entrevistados apresentam opiniões diversas:

Em3: “Isso podia ser num Centro de Saúde, por exemplo, como Albufeira, que têm mais especialidades. Que é para dar um apoio a alguns doentes...eu penso que isso deveria se trabalhar mais com o Otorrino do que com Médico de Família. É mais indicado”.

Em6: “Sim seria um apoio para podermos encaminhar esses utentes ...orientar para a aquisição de próteses e informação, controlarem (...)”.

Em7: “Sim. Para ter mais um serviço ...através da proximidade entre os próprios funcionários a trabalhar entre si, sendo tudo feito como benefício, para melhorar a qualidade para os utentes, o serviço prestado aos utentes...os utentes irão se beneficiar com tudo isso”.

Os Enfermeiros responderam na totalidade que “sim”, apresentando algumas diferenças na resposta final, quando Ee1 e Ee4 referem que seria bom para diagnosticar precocemente; enquanto Ee2 completa que era importante mas que os Médicos e Enfermeiros também deveriam ter

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

formação especializada e Ee3 refere que seria uma forma de fazer rastreios e prevenir problemas.

Quadro 23 - comparativo das respostas sobre a parceria entre o Médico de Família e o Audiologista.

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
-Todos referem que “sim”. -Metade (Em1, Em2, Em4 e Em8) refere bom para o “diagnóstico”.	-Todos referem que “sim”. -Metade (Ee1 e Ee4) refere bom para o “diagnóstico”.

Fonte: Elaboração própria.

A conceção da ideia do projeto foi amadurecendo com o desenvolvimento do trabalho de coleta de dados nos Centros de Saúde. Além disso, através da observação diária foi possível perceber as necessidades da população e definir meios para a solução do diagnóstico e reabilitação dos utentes com perda auditiva. Isto pode ser observado no capítulo 3.

2 – Centro de Saúde x Outros Serviços de Saúde

Já na subcategoria “Centro de Saúde x Outros Serviços de Saúde”, a intenção era observar se os profissionais dividem a mesma opinião que os utentes quanto a procura dos Serviços de Saúde prestados no Centro de Saúde. A pergunta formulada com este propósito foi “Na sua opinião, qual ou quais são as razões que fazem com que os utentes se dirijam aos Centros de Saúde e não a outros Serviços de Saúde quer no Particular ou no Privado?”.

Mais da metade dos entrevistados (Em3, Em5, Em6, Em7 e Em8) responderam que os utentes procuram mais os Centros de Saúde por questões financeiras, sendo que Em7 completa com a questão da indicação para outras especialidades. Os outros 3 entrevistados (Em1, Em2 e Em4) concordam que a escolha dos utentes estar relacionada com o fato de procurar primeiro o Médico de Família para este dar seguimento a consulta de especialidade.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

A maioria dos Enfermeiros (Ee1, Ee2 e Ee4) concordam que é por causa do Médico de Família que os utentes vem mais ao Centro de Saúde do que para “Outros serviços de saúde” (particular ou privado), sendo que Ee4 completa que talvez seja por questões financeiras também. Ee3 concorda em parte com Ee4 e diz ser por questões financeiras e por desconhecimento.

Quadro 24 – Comparativo das respostas sobre a maior aderência aos Centros de Saúde do que a Outros Serviços de Saúde.

Quadro comprativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
-Mais da metade dos entrevistados (Em3, Em5, Em6, Em7 e Em8) dizem ser por questões financeiras.	-Mais da metade (Ee1, Ee2 e Ee4) dizem ser por causa do Médico de Família.

Fonte: Elaboração própria.

Segundo o resultado da análise do questionário com os utentes foi observado que a maioria das pessoas considera importante a existência de meios de avaliação auditiva disponíveis nos Centros de Saúde por questões relacionadas com a acessibilidade que os mesmos auferem aos seus utentes, quer em termos físicos, como em termos económicos e em termos de proximidade afetiva (ver análise 6.2.17. Criação do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde).

→ A última categoria elaborada foi “ **Visão para o futuro**” que pretendeu explorar três aspetos:

- 1- Fatores de inclusão;
- 2- Fatores favoráveis;
- 3- Dificuldades encontradas.

1 – Fatores de inclusão

Na subdivisão “Fatores de inclusão” o investigador foi em busca da opinião dos profissionais sobre o porquê da ausência de consultas de especialidade nos Centros de Saúde. A questão colocada foi “Porque acha que o Estado não destina verba para a inclusão de algumas especialidades nos Centros de Saúde?”. O objetivo era perceber qual a opinião geral sobre os motivos da falta de consultas de especialidades.

As opiniões foram bem divididas, sendo que a metade dos entrevistados (Em1, Em2, Em4 e Em6) enfatizaram o aspeto financeiro como ponto principal. Sendo que Em1 e Em4 também acham que é por falta de recursos humanos; e Em6 diz que falta sensibilidade para isso. Enquanto isso, Em3, Em5 e Em8 dizem não saber as razões da não inclusão de especialidades. Por último, Em7 diz que é por questões relacionadas com a falta de interesse político e de incompetência.

Segundo a opinião dos Enfermeiros há uma diversidade de fatores, sendo que Ee1 diz não saber as razões, Ee2 diz que já houve especialidades anos atrás; Ee3 diz que é por questões económicas e por último Ee4 julga ser por má gestão, por não perceberem que é mais barato investir na prevenção do que no tratamento.

Quadro 25 – Comparativo das respostas sobre os fatores de inclusão.

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
- A metade (Em1, Em2, Em4 e Em6) refere o fator financeiro.	- Opiniões diversas.

Fonte: Elaboração própria.

Após a análise das respostas dadas parece que o maior entrave para a inclusão de consultas de especialidade nos Centros de Saúde tem a ver com a questão financeira. Já quanto ao segundo maior grupo são pessoas que dizem não saber as razões, curiosamente são Médicos e Enfermeiros estrangeiros que não querem responder por ter algum receio em se comprometer com a resposta.

É fato que estamos atravessando uma crise financeira de grande dimensão na Europa. A taxa de desemprego em Portugal atingiu proporções graves, com o aumento mais rápido de toda a EU (0,4%), chegando aos 13,6%, segundo dados da revista Courier Internacional (2012).

No entanto, devemos ter em consideração que estamos a acompanhar o aumento da esperança de vida e queda da taxa de natalidade da população europeia, fazendo este continente tornar-se um continente envelhecido. Como não havia de ser diferente, Portugal segue esta tendência, mostrando-se com taxas cada vez maiores da população idosa. Segundo dados publicados no Jornal Público (2012:47) “Em 1960 os indivíduos com mais de 65 anos constituíam 8% da população, em 2007 esta percentagem subiu para 17% e as projeções para 2050 preveem um aumento para 32%”. São dados bastante significativos para a gestão financeira dos gastos com o tratamento das doenças derivadas da idade. Isto porque, a partir dos 65 anos há um maior consumo de Cuidados de Saúde em comparação com as demais faixas etárias. O que fazemos então com esta estatística? Se fosse oferecido a população mais intervenções de carácter preventivo, quem sabe esta realidade não poderia ser diferente.

2 – Fatores favoráveis

Na subdivisão “Fatores favoráveis”, a intenção era saber a opinião dos profissionais quanto a futura criação e inclusão desse serviço nos Cuidados Primários de Saúde. Visto isto, a questão levantada foi “Acha que poderão existir fatores que possam favorecer no futuro a criação de Serviços de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde?”.

Para esta situação, foi observado que a maioria dos entrevistados (Em1, Em2, Em3, Em4, Em5 e Em7) concordam entre si e dizem que “não”, que não existem fatores favoráveis, no momento, para a inclusão desse serviço. Enquanto isso, Em6 e Em7 dizem que sim, mas não para breve. Durante as entrevistas foi visto que há uma descrença no Sistema Público de Saúde português e que não se coloca em causa a hipótese de melhoria dos

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Cuidados Primários de Saúde. Há sempre uma ideia de que tudo pode ficar ainda pior mas melhorar é algo fora do objetivo do Estado.

Na resposta dos profissionais Enfermeiros, uma maioria (Ee1, Ee3 e Ee4) concordaram que “sim”, que há fatores favoráveis para a inclusão deste Serviço aos Cuidados Primários de Saúde. Apenas Ee2 acha que “não” existem fatores favoráveis e acrescenta que é por falta de dinheiro.

Quadro 26 – Comparativo das respostas sobre os fatores favoráveis.

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
- Maioria (Em1, Em2, Em3, Em4, Em5 e Em7) concorda que “não”.	- Maioria (Ee1, Ee3 e Ee4) concorda que “sim”.

Fonte: Elaboração própria.

Nesta análise a classe profissional Médica, em sua maioria, parece mostrar-se desacreditada nas condições de melhoria que possam surgir no futuro no Sistema de Saúde português. No quadro dos Enfermeiros há ainda a chama da esperança que aguarda por dias melhores, onde haja a prática da garantia da igualdade de acesso e a equidade de cuidados para o bem-estar social.

Certo é que a criação ou introdução de especialidades nos Centros de Saúde são feitas através de políticas de saúde que procuram dar resposta as necessidades da população. Se houver esta preocupação, haverá oportunidade de trabalhar de forma preventiva nas doenças e meios de controlo dos problemas reportados. Há que existir sensibilidade política para conseguir de forma rápida, soluções adequadas para os problemas que surgem com o envelhecimento. Resolver os problemas de saúde da população faz parte da responsabilidade do Estado e de uma boa dose de vontade política para assim o concretizar.

3 – Dificuldades encontradas

A última subdivisão desta categoria refere-se as “Dificuldades encontradas”, cujo intuito era o de investigar mais a fundo a questão

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

levantada anteriormente de forma a clarificar as razões que impedem que este Serviço faça parte integrante dos Cuidados de Saúde Primários, na visão dos profissionais entrevistados. A pergunta realizada com esta finalidade foi “Que dificuldades encontra para a criação de consultas de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde?”.

As opiniões variaram bastante, apenas Em1, Em4 e Em8 concordam que é por causa de questões relacionadas com a falta de profissionais dessa área, sendo que Em8 também completa referindo não haver espaço para esta prática, concordando com Em5 que também pensa da mesma maneira. Em2 e Em6 dizem que é por causa dos vencimentos ou admissão de pessoal, sendo que Em2 também aborda a questão de ser necessário uma nova estrutura para a inclusão de mais serviços. Em3 pensa que deve estar associado as dificuldades para marcar consultas de Audiologia, enquanto Em7 refere que as dificuldades estão relacionadas a questões políticas.

Quanto aos Enfermeiros, foi observado que Ee3 e Ee4 concordam que não existem dificuldades para a introdução deste serviço; sendo que Ee3 completa que falta bom senso, qualidade e dinheiro; enquanto Ee4 refere gestão de espaço. Ee1 diz que há falta de recursos humanos e Ee2 insiste na questão financeira.

Quadro 27 – Comparativo das respostas sobre as dificuldades encontradas

Quadro comparativo das respostas mais apontadas	
Entrevista Médicos (Em)	Entrevista Enfermeiros (Ee)
-Opiniões divididas: Em1, Em4 e Em8 concordam que é por falta de profissionais.	- Metade Ee3 e Ee4 concordam que não há dificuldades.

Fonte: Elaboração própria.

Numa breve análise podemos dizer que os Médicos defendem como dificuldades: a falta de profissionais, falta de espaço, vencimentos ou admissão de pessoal, investimento em infraestrutura, dificuldades em marcar consultas e questões políticas. Já os Enfermeiros dizem que é: falta de bom senso, qualidade, dinheiro, gestão do espaço e falta de profissionais.

5.2 – Análise dos dados dos questionários aos utentes dos Centros de Saúde

5.2.1 - Género

Na caracterização da amostra quanto ao género, verificou-se que a maioria das pessoas inqueridas é do sexo feminino (65,5%), contra 34,5% que representam o sexo masculino (tabela 1, anexo 4).

5.2.2 - Grupos etários

De acordo com a tabela 2 - Grupos etários (anexo 4), podemos observar que a maioria (32%) dos inqueridos tem 65 ou mais anos, com peso igual de 22,5% estão as pessoas nas faixas etárias de 45 a 54 e 55 a 64 anos. O grupo etário dos 35 aos 44 anos representa 13,3%. Em número mais reduzido (7,5%), temos as pessoas com 25 a 34 anos e por fim o grupo etário menos representado com (2,3%), dos 18 aos 24 anos. Esta distribuição apresenta uma relação direta, uma vez que a medida que a idade aumenta também há um aumento do número de pessoas neste grupo etário.

Segundo os indicadores EUROPEP foi observado que grande parte das consultas (55,1%) foram realizadas tendo em conta o tratamento da doença arrastada ou doença crónica com sintomatologia. Confirmando esta situação, segundo divulgação do Jornal Público (2012:47), “estima-se que a faixa etária acima dos 65 anos consuma quatro vezes mais Cuidados de Saúde do que as restantes faixas etárias”, pelas mesmas razões citadas anteriormente. Isto explica o maior número de inquéritos realizados nas pessoas acima dos 45 anos.

5.2.3 - Importância da audição

Nesta categoria a intenção era observar se as pessoas consideram que ouvir é um sentido importante e o grau de importância que lhe atribuem.

Segundo a análise sobre a importância da audição apresentada na tabela 3 (anexo 4), foi observado que a maioria dos inqueridos (66,0%) consideram que ouvir é extremamente importante, 33,8% referem que a audição é um sentido importante e apenas 0,3% referem que a audição não tem importância.

A audição é geralmente reconhecido como um sentido importante. Sendo que, a maioria das pessoas considera mesmo a audição como extremamente importante (66% dos inquiridos). Talvez porque, como já foi citado anteriormente no enquadramento teórico, através da audição conseguimos desenvolver a nossa capacidade de aquisição e expressão da fala, que têm influência sob vários aspetos da nossa vida e que pode limitar o indivíduo na sua experiência social, no seu comportamento emocional e em situações ligadas ao contexto educacional e linguístico, (Ferreira, 2004), como também, podemos nos defender de algumas situações de perigo, GATANU (2001). Também deve ser levado em consideração que o ser humano é um ser social, e como tal a audição tem um papel de extrema importância para suas relações interpessoais. O grau de importância dada a audição teve como objetivo investigar se de acordo com a sua classificação havia uma maior preocupação com este sentido. Para isto, foi realizado um cruzamento desta variável com os exames auditivos.

5.2.4 - Cruzamento: Importância da audição x Avaliação auditiva

Este cruzamento tinha o interesse de investigar se as pessoas que consideram a audição como um sentido “importante” ou “extremamente importante” procuram avaliar as suas capacidades auditivas (Cruzamento entre a pergunta 8 e 9, tabela 4 do anexo 4).

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Do total de pessoas (263), que consideram a audição como um sentido extremamente importante apenas 32,3 %, que corresponde a 85 pessoas, fizeram uma avaliação auditiva contra uma maioria de 67,7 que não fez, 178 pessoas. Este achado vem mostrar que apesar da maioria das pessoas referiram que a audição é um sentido extremamente importante (66%), destas apenas um grupo de 85 utentes (32,3%) dizem ter feito uma avaliação auditiva.

Já com relação ao total de 135 pessoas que consideram a audição importante, apenas 28,9% o que corresponde a 39 pessoas fizeram a avaliação auditiva; enquanto uma maioria de 71,1%, o equivalente a 96 pessoas não fizeram o teste. Vale referir que a única pessoa que considera que a audição não é importante, também não realizou um teste auditivo.

Independentemente dos resultados encontrados quanto a opinião sobre a importância da audição em todas as categorias, a maioria não realizou testes auditivos.

Tudo isto pode ser verificado na análise da tabela 5 – Cruzamento: Importância da audição e avaliação auditiva (anexo 4) que nos mostra que não existe relação estatística entre as variáveis. Em suma, podemos dizer que apesar das pessoas classificarem a audição como um sentido extremamente importante ou importante, não há uma preocupação em observar como se encontra a sua acuidade auditiva. Através do teste Qui-quadrado é possível confirmar a falta de relação entre essas duas variáveis, onde o valor do nível crítico do teste de Qui quadrado de Pearson (0,624) é superior ao máximo aceitável de 0,05.

Este facto pode estar relacionado com a ausência de um conceito estabelecido sobre a necessidade de fazer o diagnóstico precoce das perdas auditivas, de forma a intervir precocemente para a solução do problema. Talvez isto também esteja associado a falta de uma política de saúde que dê ênfase a esta necessidade básica e importante.

A audição é um sentido extremamente importante para pessoas que desempenham tarefas diárias que possam pôr em risco a saúde física de

outrem. O próprio ato de conduzir requer que tanto a nível visual como a nível auditivo estejam aptos para esta tarefa.

5.2.5 - Regularidade da avaliação

Esta categoria visava investigar a regularidade com que as pessoas referiam fazer os testes auditivos, se foi apenas uma vez numa situação pontual ou porque tinham por hábito fazê-lo. A pergunta que identifica esta situação é a pergunta 10 que só foi realizada quando a 9 tinha uma resposta afirmativa.

Do total que fez avaliação auditiva? Mais da metade 61,6% fizeram-no numa situação pontual; 23,2% Diz fazê-lo quando solicitado pelo Médico. Com valores mais residuais, 12,8% anualmente e 2,4% semestralmente. Ou seja, das 32,3% pessoas inquiridas que afirmaram já ter feito avaliações auditivas, a maioria não o faz com regularidade, a maioria apenas fez uma vez, como pode ser visto na tabela 6 (anexo 4).

A larga maioria das pessoas não faz o teste espontaneamente, mas sempre que ocorre alguma situação pontual que o justifique ou quando indicado pelo Médico (23,2% + 61,6% = 84,8%).

De salientar também a figura do profissional Médico como um grande peso na realização dos testes auditivos, onde 23,2% das pessoas só fazem quando o Médico lhes indica. Isto mostra que não há grande autodeterminação das pessoas em fazer o teste, que só o fazem quando a situação os obriga ou quando o Médico os aconselha.

Para finalizar, temos 2,4% de pessoas que dizem fazer o teste de 6 em 6 meses, menos pessoas do que as que fazem anualmente. Provavelmente por se tratar de pessoas que apresentam algum problema auditivo que seja recomendável esse período de intervalo ou por questões alheias.

Segundo o portal do Ministério da Saúde (2010), existem 40 Programas Nacionais de Saúde que estão entre os principais instrumentos para a aplicação do Plano Nacional de Saúde. Têm carácter nacional e tradução a

nível regional e local e devem ser executados por todos os intervenientes no Sistema de Saúde, incluindo os cidadãos. No entanto, existem alguns programas considerados prioritários como por exemplo, estão representados pelas doenças Cardiovasculares, Oncológicas, para a Infeção VIH/Sida e para a Saúde Mental. Não havia divulgação ou não foi identificado até a data, nenhum Programa de Rastreio Auditivo ou de Intervenção Precoce sobre a Perda Auditiva.

5.2.6 - Tempo de espera

Na categoria “tempo de espera”, havia o interesse de investigar qual o tempo de resposta do serviço escolhido para a realização do exame auditivo.

Como pode ser observado na tabela 7 (anexo 4), do total das pessoas que fizeram o teste, mais de metade (50,4%) das pessoas não sabe quanto tempo precisou esperar para fazer o teste auditivo. Das pessoas que lembram quanto tempo precisaram esperar, uma maioria (27,2%) respondeu que esperou menos de uma semana; 9,6% esperou 15 dias, 8,8% mais de um mês. Apenas 4,0%, diz ter esperado cerca de um mês.

A conclusão que se chega é que a maioria das pessoas não sabem ou não se lembram quanto tempo esperaram. Levando em consideração que o SNS sempre é moroso, as pessoas já “sabem” que vão precisar esperar o tempo que for necessário, principalmente se aliado a isto houver alguma dificuldade financeira para ir ao Sistema Privado. Também é preciso fazer relação com o fator idade cujo potencial de memória já está bastante reduzido.

5.2.7 - Local de exame

Nesta análise havia o interesse em investigar se de acordo com o que foi dito nas entrevistas dos profissionais, encaminhamento dos utentes para o Hospital Público, se estes efetivamente se dirigiam para o local indicado ou se escolhiam outra alternativa.

Foi observado (tabela 22 anexo 4) que 32,1% dos inquiridos fez o teste auditivo em Clínicas particulares. Com igual peso de 32,1 % foi apontada a opção "outros locais" (tabela 23 anexo 4) que não estavam especificados nas categorias indicadas. Relativamente a análise dos "outros locais de exame", 44,4% realizou os exames em clínicas de aparelhos auditivos; 22,2% diz ter feito fora de Portugal; com valores iguais de 11,1% fizeram em Rastreios Auditivos, no Exército, e através da Medicina do Trabalho. Os Hospitais Públicos mostraram uma procura de 25%, por enquanto que nos Hospitais Privados apenas 10,7% procurou este serviço.

Desta análise é importante considerar que a preferência em fazer exames auditivos em Clínicas Particulares deve-se, muitas das vezes, ao fato dos testes serem realizados mais rapidamente do que nos Hospitais Públicos. Assim, evitam-se filas de espera e há um diagnóstico rápido para que se possa dar início a um tratamento ou reabilitação. Durante as entrevistas realizadas aos profissionais Médicos e Enfermeiros, muitos relataram esta deficiência no Sistema Público de Saúde em dar resposta atempadamente as necessidades auditivas apresentadas pelos utentes.

5.2.8 - Cruzamento: Infecção auditiva x Avaliação auditiva

Nesta análise pretendia-se investigar se havia muitos casos de infecção no ouvido, e se após este episódio de infecção as pessoas preocupavam-se em observar se houve algum prejuízo auditivo.

Foi observado que a maior parte das pessoas (63,2%), referem não ter nenhum episódio de infecção no ouvido. Em oposição a esta situação, encontra-se o total de 36,6% de pessoas que tiveram. No entanto, através do cruzamento entre as variáveis "Infecção auditiva" x "Avaliação auditiva" foi observado que do total de pessoas que tiveram infecção auditiva (36,6%), apenas 40,4% fizeram avaliações auditivas e uma maioria de 59,6% não fizeram esta avaliação.

Em relação as pessoas que não tiveram infecções no ouvido (63,2%), 25,8% fizeram avaliação e 74,2% não fizeram (tabela 10 anexo 4).

Concluimos então que, apesar da maioria, em ambos os casos, não terem feito avaliação auditiva, foi observado que as pessoas com caso de infeção foram aquelas que mais se preocuparam em fazer os testes auditivos. Isso quer dizer que, a incidência ou não incidência está relacionada com o facto de as pessoas fazerem ou não o teste auditivo. A relação entre as variáveis é corroborada estatisticamente pelo valor crítico do Teste do Qui-Quadrado (0,008), por ser inferior a 0,05 (ver tabela 11, anexo 4).

5.2.9 - Tipo de tratamento

Nesta análise pretendia-se verificar qual era o tipo de tratamento mais utilizado quando havia uma infeção auditiva que pode ser visto na tabela 12 do anexo 4.

Uma clara maioria de 65,3% dizia ter iniciado um tratamento referido por indicação Médica, ou seja, bem mais da metade dos inqueridos. Isto pode mostrar que o Médico tem grande influência sobre o tratamento a ser seguido pelo utente. Tanto a Audiologia como a Otorrinolaringologia estão cada vez mais desenvolvidas apresentando novos exames e técnicas de diagnóstico, em Frota (1998). Quanto mais precocemente é feito o diagnóstico de problemas auditivos mas rápido poderá ser feito o seu tratamento e conseqüentemente, menores serão os danos causados.

O número seguinte, também é bastante significativo, das receitas caseiras: 17,0%, seguido das pessoas que dizem não fazer nenhum tratamento 15,6%. Levando em consideração que 99,8% dos inqueridos referem que a audição é um sentido extremamente importante ou importante, é possível dizer que provavelmente, as pessoas desses dois grupos utilizam mezinhas caseiras ou não fazem tratamento, porque não tem condições financeiras de ir ao Médico Especialista ou porque desconhecem os prejuízos auditivos que podem ter com uma infeção no ouvido. Talvez o baixo nível de escolaridade aliado com a falta de informação, justifique esta opção.

Com um número residual de pessoas (2%), estão aquelas que seguem medicação sugerida por amigos ou familiares. Este aspeto é positivo, visto que

as infeções são doenças sérias e há riscos em tomar medicamentos que provavelmente exigem receitas médicas que não foram receitados por nenhum especialista, porque cada pessoa é diferente, cada medicamento pode ter contraindicações diferentes, dosagens diferentes, tempos recomendados para o seu tratamento, etc.

5.2.10 – Cruzamento: Avaliação auditiva x Perda auditiva

Este cruzamento visava investigar o número de utentes que já havia feito o teste auditivo e correlacionar com o número de pessoas que dizem apresentar uma perda de audição (tabela 13, anexo 4). Havia com isto, o interesse de saber se diante de uma deficiência auditiva as pessoas procuravam avaliar ou confirmar aquilo que sentiam.

O que foi observado é que das 136 pessoas que dizem ter perda auditiva (34,1% do total), 39% diz já ter feito avaliação à audição e 61% não chegou a fazer. Esta distribuição segue a tendência geral, que apesar das pessoas terem perda auditiva a maioria não procura fazer uma avaliação.

Quanto às 261 pessoas que dizem não ter perda de audição que representam 65,4% dos inqueridos, 27,2% já fez avaliação, contra 72,8% que nunca fizeram avaliações. Conclui-se então que independentemente das pessoas terem ou não uma perda auditiva foi observado que a maioria não procura fazer testes auditivos.

No entanto, há ligeiras diferenças quando relacionado com a distribuição geral que apontam para práticas diferentes em relação as pessoas que tem e não tem perdas auditivas. Ou seja, verifica-se que no total apenas 31,1% faz avaliações, mas quando associado a isto verifica-se que as pessoas que têm de facto perda de audição, a avaliação é mais recorrente (39,0%), estas pessoas que sofrem perda de audição fazem mais avaliações em média que os números gerais, ainda que seja uma prática minoritária. No geral, os que não fazem avaliação auditiva (68,9%), quando particularizando com o facto de terem ou não uma perda, verifica-se que as avaliações (61%) estão abaixo da média geral. Estes números não são muito significativos, porque a maioria em

peso não faz avaliações, mas verificam-se algumas disparidades nos valores que indicam que sobretudo são aqueles que sentem ter problemas de audição os que procuram avaliar o seu estado de saúde mais frequentemente.

O valor crítico do Qui-Quadrado (0,035) ao ser inferior a 0,05 nos mostra que há uma relação estatística entre estas duas variáveis (tabela 14, anexo 4).

5.2.11 – Tempo da perda auditiva

No que diz respeito ao tempo que os utentes referem apresentar uma perda auditiva, foi observado que no Universo dos indivíduos que sofrem deste mal a maioria (58,8%) diz ter este problema há menos de 5 anos; 27,2% referem que o problema teve início entre 5 e 10 anos; por enquanto que 13,2 % refere que tudo começou entre 11 ou mais anos. Apenas 0,7% referem que o problema de audição teve início desde o nascimento (ver tabela 15, anexo 4).

5.2.12 – Cruzamento: Tempo da perda auditiva x Idade

Nesta situação pretendia-se verificar se as pessoas que referiam ter perda auditiva, já as tinha há muito tempo ou não e fazer uma relação desta perda com a idade do indivíduo (tabela 16 do anexo 4).

Quando cruzadas as variáveis idade dos indivíduos e o tempo que sentem perda auditiva, verifica-se que, dos 2,2% do total dos inquiridos com 25 a 34 anos que dizem sofrer perda auditiva, a maioria de 66,7% diz que o sente desde há 5 a 10 anos, apenas um terço destes inquiridos diz sentir perda auditiva há menos de 5 anos. Há nesta distribuição uma alteração relativamente aos números globais, uma vez que a maioria dos inquiridos diz sentir perda de audição desde 5 a 10 anos. Estes números são no entanto baseados num total de 3 indivíduos, de um total de 136 que dizem sentir perda auditiva. É um número reduzido e um elemento revelador de que esta perturbação se verifica sobretudo nas pessoas mais velhas, uma vez que o número de pessoas que diz sentir perda auditiva também vai aumentando à medida que aumenta a faixa etária em que se inserem.

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Relativamente aos indivíduos de 35 a 44 anos que dizem sentir perda auditiva (total de 5,1% da amostra), a maioria de 57,1% diz sentir esta perda há menos de 5 anos; 28,6% confirmam que sofre de perda de audição desde há 5 a 10 anos e os restantes indivíduos (14,3%) há mais de 11 anos.

Das pessoas de 45 a 54 anos que confirmam ter perda do sentido da audição (22,1%), a clara maioria de 83,3% afirma tê-lo perdido há menos de 5 anos; 10% Destes indivíduos afirma sentir perda auditiva há mais de 11 anos e apenas 6,7% refere que o sente desde há 5 a 10 anos. Verificamos aqui uma ligeira discrepância em relação à distribuição geral desta tabela que nos revela uma relação inversa entre a quantidade de indivíduos com perda de audição e o tempo que dizem sentir esta perda, isto é, o número de pessoas com perda auditiva vai diminuindo à medida que aumenta o período da perda auditiva. Em todas as faixas etárias estudadas se verifica esta relação à exceção da faixa dos 25 a 34 anos e dos 45 aos 54 anos que mostra que há efetivamente mais pessoas com perdas auditivas superiores a 11 anos que as pessoas com perdas desde há 5 a 10 anos.

Dos inquiridos com 55 a 64 anos que dizem sentir perdas de audição (19,9% do total), retoma-se à distribuição global. A maioria (55,6%) diz padecer desta falta há menos de 5 anos, cerca de $\frac{1}{4}$ dos inquiridos diz sentir falta de audição desde há 5 a 10 anos (25,9%), 14,8% há mais de 11 anos e 3,7% diz ter problemas auditivos desde nascença.

Das pessoas com 65 e mais anos de idade que confirma ter falhas de audição (50,7%), cerca da metade do total dos inquiridos que dizem sofrer desta falta), a maior parte (50,7%) diz senti-la há menos de 5 anos, 25,9% desde há 5 a 10 anos e 14,5% há mais de 11 anos.

Esta distribuição dá-nos pistas relativamente à incidência da perda auditiva e a sua relação com a idade das pessoas. Verificamos que mais de metade dos inquiridos que dizem sentir perdas auditivas têm mais de 65 anos o que leva a concluir que a idade poderá estar relacionada com a perda da audição. Verifica-se também que na maioria das faixas etárias as pessoas que se queixam desta falta dizem senti-la há menos de 5 anos e que, no geral a medida que a duração da falha de audição aumenta diminuem o número de indivíduos. Isto revela que, no geral a falta auditiva tem maior incidência em pessoas mais idosas, porém parece ser uma condição de que as pessoas se

queixam há menos de 5 anos, independentemente da idade. Tal parece indicar que apesar da probabilidade das pessoas mais velhas virem a sofrer de perda auditiva, esta verifica-se em todas as faixas etárias. Também há distribuições que vão contra os números gerais e parecem indicar que a idade, em certos casos não parece ser um elemento indicador da maior ou menor duração da perda de audição.

A literatura nos mostra que a deficiência auditiva é uma das condições mais incapacitantes, limitando ou impedindo o indivíduo no desempenho do seu papel na sociedade, indo além do facto do indivíduo não ouvir bem, trazendo implicações psicossociais sérias para a pessoa e para aqueles que com ela convivem, Almeida (2003).

Os dados do INE (2001) vêm comprovar estes achados (Quadro 1, pág 36), onde mostram que apesar do maior número de problemas auditivos registados ser na faixa etária acima dos 70 anos, há um aumento destas perdas ao longo dos anos a partir da faixa etária dos 21 aos 30 anos.

Apesar das revelações relativamente à incidência da idade na perda auditiva, relativamente à duração da mesma, as discrepâncias da distribuição em certas faixas etárias, não permitem efetivar uma conclusão segura de que a idade dos indivíduos estará relacionada com a duração da perda da audição que dizem sentir.

5.2.13 – Queixas auditivas

Esta variável foi posta com a finalidade de observar o “grau” de dificuldade que as pessoas que dizem ter uma perda auditiva apresentam quanto as suas habilidades comunicativas ou tarefas diárias (ver tabela 17, anexo 4).

Quando analisadas as queixas das pessoas que dizem sentir perda de audição, verificamos que uma das mais frequentes, com incidência de 35,4%, está relacionada com o facto de as pessoas ouvirem sons mas não perceber o que está a ser dito. Oscar Wolf citado por Musiek (2001: 21), considerou a fala como “ a forma mais perfeita para testar o poder da audição, já que a mesma incorpora as *nuances* mais delicadas de frequência, intensidade e

característica do som”. Com o envelhecimento o sistema auditivo apresenta uma perda na sensibilidade do limiar e uma diminuição na habilidade de compreensão da fala numa intensidade confortável.

Um dos sinais mais evidentes da perda auditiva está relacionada com os ruídos de fundo e a dificuldade que as pessoas sentem em distingui-los, com 30,3% de inquiridos a confirmar ter este tipo de dificuldade. Na verdade o desempenho auditivo num ambiente ruidoso diminui com a idade com ou sem o aumento da sensibilidade do limiar. Segundo Jerger e Hayes (1977), o desempenho quanto ao reconhecimento de sentenças diminui de forma sistemática com o avançar da idade, tendo início entre os 30 e os 39 anos, em Musiek (2001).

O terceiro sintoma mais frequente da perda de audição apontado pelos indivíduos é o facto de terem de colocar a TV muito alta para conseguirem ouvir a emissão corretamente, com 20,5% dos inquiridos a mencionarem este sinal. Este aspeto também está relacionado com a capacidade de compreensão da fala. Isso porque as vogais e os ditongos são os sons mais intensos, mas que apresentam uma menor quantidade de informação para o reconhecimento e compreensão da fala. Enquanto isso as consoantes são os sons mais fracos mais dão mais informação para a correta compreensão da fala, em Almeida (2003). Se observamos a figura 5 do anexo 5 (Banana da fala), vamos perceber que a maior parte das consoantes estão situadas entre as frequências intermediárias e agudas, justamente na faixa de frequência onde as pessoas idosas apresentam uma diminuição auditiva (ver figura 6 Audiograma típico de perda auditiva decorrente do envelhecimento – Anexo 6).

Em quarto lugar relativamente às queixas de pessoas com perda de audição é apontada a dificuldade de entender conversas realizadas por telefone representadas por 13,8%. Uma das estratégias comumente utilizadas nos portadores de perdas auditivas é a leitura labial, olhar o rosto do falante, observar a expressão do rosto, etc. Quando numa situação em que estas estratégias não podem ser postas em prática aumenta o grau de dificuldade para perceber o que é dito, Almeida (2003).

Esta pergunta tinha a possibilidade de respostas múltiplas, indicadas de acordo com as queixas apresentadas por cada utente com o limite máximo de quatro respostas por pessoa.

5.2.14 – Cruzamento: Indicação de prótese auditiva x Ajuda médica

Na tabela 18 do anexo 4, foram analisadas as pessoas que procuraram ajuda médica ao sentir perda de audição e, destas, quantas foram prescritas próteses auditivas através do Médico. A intenção era saber se as pessoas com perda auditiva procuram logo ajuda médica para solução do seu problema, bem como se um utente diagnosticado com perda auditiva recebe do Médico a indicação para prótese ou não.

Verificou-se que, no geral, uma larga maioria das pessoas com dificuldades auditivas procurou ajuda médica (90%), contra apenas 10% que não o fez.

Do total destes 90% de pessoas que procurou o Médico, apenas em 27,8% dos casos foram prescritas próteses auditivas, enquanto em 72,2% não houve este tipo de indicação. Isto é um número alarmante, e mostra que mesmo que houvesse a prática de fazer os exames auditivos (como foi analisado anteriormente) pelos utentes para diagnóstico da patologia, há um *gap* quanto ao processo de solução ou tratamento do problema pelo profissional. Em resumo, o utente com este diagnóstico não recebe indicação ou informação quanto aos meios existentes para tratar o seu problema. Isto é grave! Porque, como também já foi explicado, vários fatores irão contribuir para um declínio da vida psicossocial deste indivíduo. De facto há uma necessidade de conscientizar os profissionais envolvidos nesse processo (Médicos), em oferecer toda informação sobre o tratamento ou meios de reabilitação ao seu doente.

Relativamente ao total das pessoas que não procuraram ajuda médica, verificou-se que a tendência se inverte, sendo que na maior parte das vezes lhes foi indicada a utilização de próteses auditivas (75%, ou em $\frac{3}{4}$ das vezes) e numa minoria de 25% ($\frac{1}{4}$ das vezes) esta não foi indicada.

Esta distribuição revela sobretudo que a comunidade médica ainda não considera na sua maioria a utilização de próteses auditivas como terapêutica indicada para fazer face à perda de audição. Isto é, a maior parte das pessoas que tiveram indicação para colocação das próteses, foram aquelas que não

procuraram ajuda médica e sim que procuraram outros meios de solução do problema.

A relação entre as duas variáveis em estudo no anterior cruzamento não é, contudo, corroborada estatisticamente no teste de Fisher (tabela 19 do anexo 4). De acordo com o valor crítico do Qui-quadrado¹ referido no teste (0,092), a diferença relativamente ao máximo expectável para aceitação da relação estatística (0,05) revela que o cruzamento das duas variáveis não é estatisticamente relacionável.

Com o cruzamento anterior tentou-se verificar se os utentes cujo tratamento indicado foi a utilização de próteses auditivas, o seguem efetivamente. De acordo com a tabela 20 do anexo 4, verifica-se que do total de 35,2% que tiveram indicação para utilização de prótese auditiva, a maioria de 53,8% utiliza efetivamente a prótese que lhe foi prescrita, porém, 46,2% das pessoas que tiveram indicação para utilizar a prótese, não o fazem.

Quanto às pessoas a quem não foi feita indicação de prótese (total de 67,5%), no seguimento lógico, os números indicam que nenhuma delas faz uso da mesma.

O que esta tabela revela está relacionado com o seguimento ou desconsideração que os utentes com falta de audição têm relativamente à utilização de próteses auditivas como tratamento prescrito para solucionar essa falta. Verificamos que, maioritariamente as pessoas tendem a seguir a indicação da utilização da prótese, porém o número de pessoas que não segue o tratamento prescrito está relativamente próximo das que o fazem. Possivelmente as razões do não uso deve estar relacionado com as possibilidades financeiras de um idoso português, tendo em consideração que, em sua maioria, recebem apenas o salário mínimo para viver, não tendo condições de adquirir um aparelho auditivo, por este ser um produto relativamente caro.

O teste de Fisher (tabela 21 do anexo 4) aplicado ao cruzamento anterior atesta convictamente que existe uma relação estatística entre as duas

¹ Embora os especialistas na área dos tratamentos quantitativos dos dados nos digam que não é aconselhável utilizar o teste do Qui-quadrado quando as percentagens dos valores esperados inferiores a 5 seja superior a 25%, utilizamos o referido teste para obter uma informação acrescida sobre os dados trabalhados.

variáveis: indicação de uso de prótese auditiva e utilização efetiva da mesma, com valor crítico de teste de 0,05, aquém do máximo exigível para aceitação da relação (0,05).

5.2.15 – Cruzamento: Indicação de prótese x Local de exame

O cruzamento das variáveis indicação de prótese auditiva com o local onde os exames à audição foram feitos (tabela 22 - Anexo 4), permite verificar qual a incidência da indicação de próteses nos diferentes pontos de tratamento ou rastreio de saúde auditiva. O objetivo era investigar qual o local de exames que faz mais indicação para prótese auditiva.

Quando analisados os locais mais habituais para realização de exames auditivos verifica-se que a maioria das pessoas os executa em Clínicas Privadas (32,1%). Do total destas pessoas apenas um terço dos casos (33,3%) foi prescrita a utilização de próteses auditivas contra os restantes 66,7% em que não o foi.

Do total dos inquiridos que já realizou exames de audição, um quarto dos mesmos (25%) fê-lo em Hospitais Públicos. Destas pessoas, uma maioria de 71,4% não teve indicação para utilização de próteses auditivas, contra apenas 28,6% que tiveram essa indicação.

Quanto à minoria dos 10,7% dos inquiridos que realizou exames auditivos em Hospitais Privados, a distribuição geral inverte-se e verifica-se que nestes casos a maioria de dois terços dos utentes foi aconselhado a utilizar próteses (66,7%), enquanto o restante terço dos utentes (33,3%) não foi.

Estes números revelam sobretudo as diferenças relativamente à tendência geral das pessoas que procuraram, sobretudo as Clínicas Privadas para realização de exames, porém, relativamente aos tratamentos indicados, as diferenças encontradas nos vários locais de exame, não permitem retirar conclusões praticáveis sobre a preferência de prescrição relativamente ao local do exame.

É ainda de realçar o importante peso da categoria “Outros” cuja percentagem iguala o da frequência da Clínica Privada, o local mais

comummente utilizado pelos utentes para realização de exames auditivos. Como tal, torna-se importante analisar também esta categoria inicialmente não classificada, no sentido de ficar a conhecer quais são estes outros locais, fora dos habituais, que os utentes utilizam para avaliar a sua audição.

O peso da resposta na categoria “Outros” (local do exame) na pergunta “Onde costuma fazer o exame auditivo” justificou uma análise detalhada da mesma, que está representada na tabela 23 do anexo 4.

Verifica-se que do total das pessoas que diz ter realizado exames auditivos noutros locais que não nos Hospitais Públicos, Privados ou Clínicas Privadas (total de 32,1%), a maioria (44,4%) fê-los em Clínicas de Aparelhos Auditivos. Segundo a tabela, todas as pessoas que fizeram exames nestas clínicas foram aconselhadas à utilização de próteses auditivas (100%). Este achado pode ser justificado pelo fato de que estas clínicas vendem aparelhos auditivos logo, diante de uma situação de perda de audição há logo o interesse económico em dar início ao processo de reabilitação auditiva.

Já em relação aos outros locais apontados, o segundo mais comum foram locais fora do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente fora de Portugal (22,2%). Todos estes utentes referiram que no estrangeiro não lhes foi indicada a utilização de prótese auditiva. É uma situação intrigante porque de acordo com o conhecimento do investigador, a Segurança Social da maior parte dos países da UE participam as próteses auditivas dos utentes (Inglaterra, França, Alemanha e Suíça).

Em terceiro lugar, e com igual peso de 11,1% estão as pessoas que utilizam os exames de rastreio auditivo, no Exército e através de Medicina do Trabalho. Verificou-se que, no primeiro, foi indicada a utilização de prótese auditiva por enquanto que na Medicina Laboral não.

Esta tabela indica que o local em que o exame é realizado tem grande influência - sendo que só se verificaram totalidades - na prescrição ou não de próteses auditivas. Todos os utentes que realizaram testes pela Medicina do Trabalho ou fora do SNS não foram aconselhados a utilizar próteses. A Medicina do Trabalho é utilizada como meio de verificar se o indivíduo está apto para realizar a tarefa laboral ou não, logo não tem esta finalidade.

Nos restantes locais onde os utentes efetuaram exames categorizados como “Outros”, nomeadamente em Rastreios Auditivos, Serviços de Medicina

do Trabalho, Exército português e sobretudo em Clínicas de Aparelhos Auditivos - sendo esta a maioria-, a totalidade das pessoas foram aconselhadas à utilização destes aparelhos. Isto é justificável tendo em conta que as Clínicas de Aparelhos Auditivos fazem os testes justamente para poder vender os seus aparelhos. Obviamente que não podemos generalizar esta situação, mas também não podemos deixar de lado ou não levar em consideração que isto ocorre na prática.

5.2.16 – Cruzamento: Não uso de prótese x Perda auditiva x Razões de não utilização

Com este cruzamento de informações havia o interesse de investigar se uma pessoa que diz ter uma perda auditiva utiliza a prótese ou não. No caso de não utilizar investigar os motivos do não uso da mesma.

A tabela 24 do Anexo 4 figura o cruzamento triplo entre as variáveis “Perda auditiva”, “Utilização de prótese” e “Razões para não usar prótese”. Este cruzamento permite verificar, se das pessoas que queixam-se de ter uma perda auditiva, quais foram aconselhadas a usar prótese para combater esta perda e, destas, quais as que utilizam ou não e suas razões de não utilização.

Uma vez que a indicação de prótese só é verificada nos casos de perda auditiva dos indivíduos, todas as pessoas incluídas nesta análise são as que afirmam ter perda de audição.

Do total das 33 pessoas que afirmam ter perda auditiva, apenas 6 utentes foram aconselhados a utilizar próteses, contra um total de 27 pessoas a quem não foi prescrito este tratamento

Dos seis utentes a quem houve indicação para uso de próteses auditivas mas não prosseguiu com o tratamento prescrito, a maioria de 66,7% afirma que não o faz por questões financeiras. Este achado pode mostrar que por se tratar de um produto caro e diante dos baixos rendimentos e falta de comparticipação do Estado para aquisição das mesmas, há uma clara dificuldade financeira para aquisição das próteses.

Com igual peso de 16,7% estão as categorias “vergonha” e “achar que não é necessário”. Ainda existe algum tabu quanto ao uso das próteses auditivas em Portugal. Há o estigma de que as pessoas “velhas” é que utilizam esta ferramenta de apoio, ou mesmo as pessoas deficientes.

Quanto as 27 pessoas que não foram aconselhadas a colmatar a perda auditiva com o uso de próteses, a maior razão para não o fazer prende-se com isso mesmo, o não aconselhamento Médico (66,7%). De seguida, com um peso de 18,5%, encontram-se os inquiridos que afirmam não usar prótese por não acharem ser necessário. Este achado pode ter relação com a situação anterior, como o Médico acha que não precisa, o utente concorda e assume essa posição.

Por último estão os utentes (14,8%) que afirmam não utilizar próteses auditivas por questões financeiras. Como foi referido anteriormente, faz todo sentido que não o faça diante dos baixos rendimentos que tem da reforma que mal dá para os gastos com despesas essenciais e compra de medicamentos.

5.2.17 - Importância da avaliação e o porquê

A questão sobre a importância da avaliação auditiva visava investigar se as pessoas consideram importante fazer uma avaliação e o porquê ou quais são as razões para fazer uma avaliação auditiva.

Quando questionados relativamente à importância da avaliação auditiva, frequência figurada na tabela 25 do anexo 4, verifica-se que 100% dos entrevistados (400 utentes) referem ser importante avaliar a audição.

Para 22% dos inquiridos (correspondente a 88 pessoas no total) referiu ser importante avaliar para que cada um possa saber se está tudo bem com o seu sistema auditivo (ver tabela 26 do anexo 4).

De sublinhar também a importância dada à prevenção, com peso de 10,5%.

Houve também alguns inquiridos que revelaram ser importante avaliar a audição quando já existe uma perda auditiva, divulgando que esta avaliação evita que a sua situação piore (8,3%).

Com igual peso de 8% cada, encontram-se justificações para a importância da avaliação com a importância do sentido da audição - “porque é importante” -, e também por já se ter sintomas de falhas no sistema auditivo – “se sentir que ouve mal”-.

Em quinto lugar com percentagem de 5,8%, está a indicação de justificações para a relevância da avaliação auditiva como “para ouvir melhor”, o que pode significar que as pessoas relacionam a avaliação com uma possibilidade de indicação de tratamento, em caso de ouvirem mal. Acompanhado de “porque há pessoas que têm problemas e não ouvem”, o que significa que as pessoas consideram que quem tem problemas auditivos deve procurar avaliar a sua audição em busca de um tratamento ou solução do problema.

Com percentagem de 5,3% seguem-se as pessoas que consideram importante avaliar a audição “a partir de uma certa idade”, este aspeto pode estar relacionado com o que já foi referido anteriormente. As pessoas com o avançar da idade podem perder parte da sua audição e apresentar dificuldades para compreender um diálogo.

Com valores mais residuais e, portanto, mais dispersos encontram-se todas as respostas que foram dadas em percentagens inferiores a 5%.

Tendo em conta que se tratava de uma pergunta aberta, havia a liberdade das pessoas dizerem a própria opinião sobre a questão levantada, daí a grande variedade de respostas.

5.2.18 – Fases de exame

Neste item havia o interesse de saber qual a fase da vida que as pessoas consideram importante fazer o teste auditivo. Os resultados podem ser vistos na tabela 27 do anexo 4.

A maioria de 27,6% considera que a avaliação auditiva deve ser feita logo nos primeiros anos de vida. De seguida, com peso ligeiramente inferior, de 25,5% estão os inquiridos que pensam que esta avaliação deve ser realizada ao longo da fase escolar. Dos utentes questionados (21,9%) pensam que esta análise deve ser efetuada na fase adulta da pessoa e com um valor muito

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

próximo (21,8%) pensa que deve ser feito na fase da velhice. Quanto as pessoas que afirmam não saber a partir de que idades devem ser feitas estas avaliações foram representadas por 3,2%.

Os valores figurados nesta tabela informam que as opiniões se dividem de forma bastante semelhante, uma vez que cada categoria tem um peso que está na casa dos 20%. Porém há pequenas distinções que são importantes referir. Verifica-se que uma maioria de 53,1% (27,6 + 25,5) considera que estes exames devem ser feitos na infância ou juventude, contra 47,6%, menos de metade, (21,9+21,8) que consideram que devem ser realizados na fase adulta ou na velhice. Estes dados são curiosos, uma vez que as pessoas se inclinam a achar que, apesar da perda auditiva ter incidência sobretudo em idades mais avançadas, que a avaliação - como forma de rastreio ou prevenção - deve ser feito logo na fase mais inicial da vida.

Como citado anteriormente, a audição pode apresentar diferenças graduais com o passar da idade. Tendo isto em consideração, os testes deveriam ser feitos de forma periódica para deteção precoce de perdas auditivas contribuindo para o seu tratamento com o menor prejuízo possível para o indivíduo.

5.2.19 – Importância do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira

Esta última questão visava investigar se as pessoas consideravam que seria uma mais-valia a inclusão deste Serviço nos Centros de Saúde.

Quando questionados sobre a importância da existência destas avaliações disponíveis nos Centros de Saúde 100% respondeu que “sim” A diferença foi quanto ao “Porquê” onde a maioria de 20,5% afirma ser importante porque os Centros de Saúde “estão mais perto” dos utentes que outras instituições mais centralizadas, como Hospitais, Clínicas, etc (ver tabela 28 do anexo 4).

Quanto ao “porquê” da importância do Serviço de Audiologia (ver tabela 29 do anexo 4), 14,5% de respostas estão os inquiridos que consideram ser

relevante pelo facto de o Centro de Saúde estar “mais acessível, mais perto e barato”, ou seja, as pessoas consideram a acessibilidade dos CS um fator fundamental, quer em termos de localização, quer em termos financeiros.

A terceira resposta mais referida, com 7,3% de incidência “é mais acessível” corrobora também a questão a acessibilidade que a Instituição Centro de Saúde confere em relação aos seus utentes.

Com peso de 6,3% do total das respostas dadas, estão aqueles que consideram importante a existência de avaliações auditivas nos Centros de Saúde. Estas respostas prendem-se ao fato de que relatam que poderiam aproveitar uma ida regular ao Médico de Família para realizar o teste – “porque vinha ao Médico de Família e fazia o teste auditivo”.

Também de ressaltar a quinta resposta mais frequente, com 5,8% de incidência, relacionada com o facto de não existirem condições de transporte que facilitem a ida a outros locais para realização das avaliações auditivas “porque não há transporte nem dinheiro para se deslocar”. As restantes respostas foram mais residuais, com percentagens abaixo dos 5%, e dispersas.

Desta análise conclui-se sobretudo que a maioria das pessoas considera importante a existência de meios de avaliação auditiva disponíveis nos Centros de Saúde por questões relacionadas com a acessibilidade que os mesmos auferem aos seus utentes em vários aspetos. No aspeto “físico” por se tratar de instituições locais, que estão fisicamente mais próximas dos utentes e esta questão é mais importante sobretudo nas pessoas em que a perda auditiva é mais frequente (os idosos), para quem a deslocação é normalmente mais difícil; no aspeto económico, por ser mais barata uma consulta no Centro de Saúde que num Hospital ou Clínica Privada, bem como em relação ao transporte; e em termos de proximidade afetiva, visto que as pessoas já conhecem os profissionais dos Centros de Saúde e já criaram uma relação de confiança (Médicos de Família, Auxiliares e Enfermeiros).

6 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1 - Conclusões

Através deste estudo e numa perspetiva de desenvolvimento comunitário, foi elaborado um Plano de Desenvolvimento do Serviço de Audiologia Clínica, voltado especificamente para os Centros de Saúde do Concelho de Albufeira.

A natureza do estudo foi de carácter quantitativo, qualitativo e descritivo, em que os meios utilizados para recolha da informação foram feitos através de inquéritos aos utentes e entrevistas aos profissionais de saúde. Com o resultado da investigação tornou-se possível chegar a muitas conclusões relevantes, que permitiram o desenvolvimento de um Plano de Intervenção Social.

No âmbito da pesquisa os profissionais Médicos, Enfermeiros e utentes mostraram-se em grande parte, interessados e disponíveis para participar no estudo.

Através dos dados coletados na pesquisa em cruzamento com os dados do INE 2001- 2011 foi observado que houve um aumento populacional em quase todas as freguesias do Concelho de Albufeira, excetuando em Olhos d'Água. Também foi possível verificar que com o avanço da idade há uma tendência ao aumento dos casos de perda auditiva embora, há casos de perdas auditivas observadas em todas as fases da vida. Isto pode ser explicado através da própria deficiência do Sistema de Saúde atual que não permite um programa de prevenção de perdas auditivas ou de reabilitação para estas situações. Sendo assim, as pessoas com perdas auditivas não diagnosticadas precocemente acabam por desenvolver o problema ao longo dos anos, o que limita posteriormente o processo de reabilitação.

O sexo masculino esteve com uma discreta predominância de problemas relacionados com a audição. No entanto, não foi possível retirar conclusões sobre este aspeto, visto que requer um estudo mais minucioso sobre as razões da diferença do número de alterações relacionadas ao sexo.

Ficam aqui meras especulações, que podem ser de carácter profissional, ou seja, de acordo com a profissão que os homens desempenham em ambiente insalubre como exposição a agentes nocivos (ruído, produtos químicos ototóxicos, etc.), fraca procura do sexo masculino com a intenção de resolver problemas relacionados com a sua saúde quando comparados com a população feminina, proporcionando uma piora do seu problema, etc.

Todos os entrevistados e a maioria dos inqueridos fizeram referência a audição como um sentido importante, apesar da fraca procura para realização dos exames como critério preventivo. Na necessidade de realização dos exames, todos os profissionais referem fazer o encaminhamento para o Hospital Público. No entanto, uma minoria procedeu a realização dos testes neste local indicado. No universo daqueles que assim o fizeram, a maioria o fez apenas uma vez numa situação pontual e em outros locais não sinalizados na pesquisa. Isto pode ser explicado pela carência de informação sobre a necessidade de prevenir e realizar exames periodicamente ou pela lista de espera que os utentes precisam aguardar para realização dos testes auditivos. Numa política de sensibilização sobre a saúde auditiva organizada pela própria estrutura do Sistema Nacional de Saúde poderia ser criado um Programa Nacional que tivesse como finalidade resolver estas questões.

A maioria dos inqueridos referem não apresentar problemas de infeções auditivas entretanto, daquelas que apresentaram este tipo de problema a sua maioria não fez nenhum tratamento. Isto indica a falta de conhecimento e informação sobre as consequências que uma simples infeção auditiva pode trazer a audição, cuja sequela pode ser apresentada sob carácter transitório ou permanente.

Foi observado que há uma maior prevalência de perdas auditivas no grupo de 65 e mais anos, cujos sintomas mais comuns foram mais evidentes há menos de 5 anos. Isto permite concluir que com o envelhecimento humano, há também um processo natural de envelhecimento do órgão auditivo que pode ser visto em todas as frequências com prevalência nas frequências mais altas (4 e 6 KHZ), dificultando a percepção dos sons da fala e limitando a comunicação. Através do Anexo 5, Figura 5 – Audiograma de sons familiares,

pode ser visualizado a ilustração sobre a localização de alguns fonemas ou consoantes importantes para a discriminação das palavras que estão situados nestas faixas de frequências. Com a dificuldade em ouvir nessa área específica, torna-se mais difícil a discriminação de algumas palavras e conseqüentemente há uma perda na inteligibilidade da fala.

A indicação para o uso de prótese auditiva como solução para as perdas auditivas já instaladas foi inexistente através dos Hospitais Públicos. A minoria que teve esse tipo de indicação foi através do Sistema Privado (Hospital Privado e Clínicas Especializadas em Aparelhos Auditivos). Isto mostra uma diferença de informação e possibilidade de tratamento que se pode ter quando se tem acesso a outros meios de saúde fora do setor público e quem sabe até uma falta de conhecimento dos profissionais sobre as vantagens provenientes dessa tecnologia tão comum no mundo inteiro. Em alguns raros casos foi observado que há pessoas que não utilizam as próteses por questões económicas ou mesmo por vergonha.

Constatou-se que a maioria das pessoas inqueridas é do sexo feminino, com uma prevalência do grupo etário de 65 e mais anos, 45 aos 54 anos e 55 aos 64 anos. Possivelmente esta questão está ligada a maior procura dos cuidados de saúde pela população feminina ou pelas mesmas sentirem que apresentam uma saúde mais prejudicada e necessidade de maior assistência médica em comparação com os homens.

Inqueridos e entrevistados dividem a mesma opinião no que refere a relação entre ouvir bem X qualidade de vida. Esta situação é fácil de ser percebida se levarmos em consideração que o ser humano é um ser social, e como tal necessita de interagir com outras pessoas (relação com os pares ou com o meio social). Além disso, ouvir proporciona um maior estado de independência na realização de tarefas, disposição para atividades diárias que envolvam a comunicação, sentido de orientação, equilíbrio e de percepção de sons de alerta, etc.

Ao nível do espaço físico dos Centros de Saúde que pertencem ao Concelho de Albufeira de forma geral, apesar das controvérsias entre os profissionais, foi observado que há capacidade e potencial para desenvolver

outras especialidades de saúde para além daquelas que há no momento. Não necessariamente através da construção de novos gabinetes, mas e principalmente pelo “bom uso” e melhor gestão horária dos gabinetes que já existem embora, haja a necessidade de aquisição de alguns recursos materiais, como pode ser visto na proposta do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira (Capítulo 7).

A questão da acessibilidade, questões económicas e proximidade com os profissionais de saúde que fazem parte de cada Centro, de cada comunidade propicia uma maior procura deste serviço de saúde pela população, sendo esses pontos aspetos favoráveis para a inclusão do Serviço de Audiologia, bem como outros. Estes aspetos são muito importantes, principalmente no que toca a questão financeira, tendo em conta que o orçamento familiar esta cada vez mais reduzido. Um utente que recorre ao Hospital Público precisa pagar deslocação e taxas moderadoras mais altas que aquelas praticadas nos Centros de Saúde, o que torna o diagnóstico ou tratamento mais dispendioso principalmente para a população idosa, cuja reforma mal chega para pagar os gastos com medicamentos. Sendo assim, foi possível verificar que a ideia da descentralização do diagnóstico das perdas auditivas nos Hospitais Públicos possibilitaria uma diminuição das filas de espera para esta finalidade e maior rapidez no seu diagnóstico e intervenção. Além disso, a inclusão do Serviço de Audiologia nos Centros de Saúde, poderia proporcionar uma maior adesão e procura pelo diagnóstico e tratamento das perdas auditivas, informação sobre questões ligadas ao tema e seria um contributo a saúde dos utentes, como foi referido pelos próprios Médicos e Enfermeiros quando questionados sobre a relevância desta parceria nos Centros de Saúde.

Em análise as respostas dos profissionais sobre a inclusão de outras especialidades nos Centros de Saúde foi visto que há uma diferença de opiniões. Os médicos, em sua maioria, pensam que não há consultas de especialidades nos Centros de Saúde porque não há verba para tal finalidade. Enquanto isso, os enfermeiros dividem-se em opiniões diversas, como pode ser visto na análise dos resultados da pesquisa (categoria: visão para o futuro; ponto 1: fatores de inclusão).

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Apesar de todos concordarem que seria uma mais-valia a inclusão do Serviço de Audiologia nos Centros de Saúde, há uma visão pessimista quanto a sua real introdução. Isto foi observado através das respostas dos profissionais Médicos que não acreditam que possa vir a acontecer e dos utentes que consideram que pela crise atual tá muito mais difícil ocorrer melhorias na assistência a saúde da população. Apenas os enfermeiros mostraram-se mais otimistas, e disseram acreditar nesta possibilidade para o futuro. No entanto, não se pode negar a existência dos casos de perdas auditivas, sendo da responsabilidade do Estado agir para proporcionar ganhos em saúde para população. Isto pode ser traduzido pela elaboração de estratégias de intervenção para a solução destes mesmos problemas de saúde, com inclusão de consultas de especialidade no centro de saúde, que é o lugar mais indicado para esta finalidade. Além disso, o aumento da esperança de vida associado as estimativas quanto as perdas auditivas decorrentes do processo de envelhecimento, não trazem uma perspetiva animadora quanto a um maior prolongamento das atividades laborais e produtivas. Ainda pior se forem postas em prática ideias de aumento do tempo da reforma. Com esta incapacidade auditiva, fundamental para a boa comunicação, antes da reforma já uma boa parte da população servirá de apoio para as estatísticas do desemprego.

Quadro 28: Síntese dos resultados encontrados.

CONCLUSÃO	
Profissionais	Utentes
<p>Audição: Todos valorizam a audição como um sentido importante. As queixas auditivas referidas ocorrem mais com o avanço da idade e que nesses casos são encaminhados para o Hospital Público.</p> <p>Opinião dos profissionais: A maioria diz que há pouca informação disponível sobre a perda auditiva para os utentes, e referem que ouvir bem proporciona uma melhor qualidade de vida</p> <p>Parceria médica: Todos os profissionais referem ter ganhos para o utente.</p> <p>Divergiram nos seguintes aspetos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Espaço físico: A maioria dos médicos diz não haver possibilidade de utilização do espaço físico do Centro de Saúde para a inclusão de outras especialidades; Por enquanto que a maioria dos enfermeiros diz haver possibilidade. Procura dos Centros de Saúde: Médicos consideram que os utentes procuram mais os C.S. do que outros Serviços de Saúde por questões financeiras; Enfermeiros consideram que a maior procura se dá por causa dos Médicos de Família. Consulta de especialidade: A maioria dos médicos refere não haver por falta de verba; Enfermeiros apresentam opiniões diferentes. Inclusão do Serviço de Audiologia Clínica: A maioria dos médicos diz não haver esta possibilidade; Enfermeiros consideram que é uma situação para o futuro. Dificuldades encontradas para a inclusão do Serviço de Audiologia: Os médicos referem falta de profissionais, de verba, de espaço, questões políticas, etc. A metade dos enfermeiros diz não haver dificuldades, por enquanto que a outra metade refere a falta de profissionais e de verba. 	<p>Género: A maioria dos inqueridos é do sexo feminino, com prevalência do grupo dos 45 a 54 anos, 55 a 64 anos e 65 e mais anos.</p> <p>Audição: A maioria refere não ter episódios de infeção auditiva. Entretanto, dos que apresentaram a maioria não fez tratamento e na necessidade de tratamento é que recorreu ao médico.</p> <p>Exames auditivos: A maioria classifica como extremamente importante ou importante a realização de exames. No entanto, não costumam fazê-lo e quando o fazem é numa situação pontual. Além disso, não sabem o tempo de espera para a sua realização, tendo como preferência as Clínicas Particulares e outros locais não sinalizados no estudo. Apesar disso, consideram importante que o teste seja realizado na infância ou juventude e julgam que seria mais fácil se houvesse este serviço dentro dos Centros de Saúde.</p> <p>Perda auditiva: A maioria apresenta este problema com o avançar da idade, cujas queixas mais frequentes são há menos de 5 anos, com maior dificuldade em perceber os sons da fala em ambiente ruidoso.</p> <p>Indicação para o uso de prótese: A maioria dos inquiridos não teve indicação para o uso de prótese, porém, o grupo que realizou o teste auditivo nos Hospitais Privados foi aquele que recebeu mais indicação para o seu uso seguido dos “outros locais”. No entanto, a maioria não usa por razões de carácter financeiro ou por vergonha.</p>

Fonte: Elaboração própria.

6.2 - Recomendações

Diante do exposto, parece que há de facto uma necessidade premente de desenvolver um Plano de Ação para a melhoria das condições de saúde auditiva da população em geral, com maior enfoque nos idosos.

Há que se ter em mente que com esta iniciativa irá proporcionar ganhos na produtividade das pessoas em fase ativa e melhoria da qualidade de vida para todos de uma forma geral.

Apostar em oferecer mais informação, através de formação a todos os intervenientes envolvidos neste processo também seria uma forma de estabelecer as ações a serem desempenhadas por cada ator. Isto porque apesar de todo incentivo recebido por parte dos utentes e profissionais envolvidos neste trabalho de pesquisa e interesse de ambas as partes para que este projeto seja realizado, foi visto que há pouca informação sobre o que é Audiologia Clínica e de que forma poderá contribuir a sua prática nos Centros de Saúde. Isto é um ponto importante e que deve ser levado em consideração no intuito de gerir as expectativas.

Recomenda-se que este Plano de Ação seja visto de forma alargada e realizado em todos os Centros de Saúde deste Concelho ou em outras regiões do país, tendo em conta as situações anteriormente exposta, no que respeita a sua localização e proximidade com os profissionais de saúde de cada localidade, e que seja priorizado em várias fases da vida, como na infância, com o objetivo de prevenir e reabilitar os problemas auditivos tornando essa atividade uma prática de saúde auditiva junto as comunidades.

Além disso, é de ressaltar a pertinência de serem realizados outros estudos relacionados ao tema, visto que podem contribuir para uma avaliação mais aprofundada da necessidade de um plano de ação em Audiologia Clínica nos Centros de Saúde, bem como uma visão dos problemas auditivos em cada comunidade e em todas as regiões do país.

7 - PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORAGANIZACIONAL NOS CENTROS DE SAÚDE DO CONCELHO DE ALBUFEIRA

Através deste estudo e segundo os resultados encontrados foi possível observar que há de fato a necessidade de investir na área da saúde auditiva da população mais carenciada e mais envelhecida. As soluções atualmente disponíveis apresentam-se com uma série de lacunas que não dão resposta as necessidades dos utentes. As listas de espera nos Hospitais Públicos para realização dos exames através de profissionais e Técnicos especializados em conjunto com a falta de encaminhamento para a solução dos problemas de surdez, tanto atrasam o diagnóstico como trazem consequências quanto a impossibilidade de reabilitação auditiva em tempo hábil, limitando o processo de intervenção.

Os utentes que se deslocam aos Centros de Saúde mostram-se mais encorajados a realizar os testes no próprio Centro devido a questões económicas, proximidade da área onde mora evitando gastos com deslocamento ou dependência de familiares para comparecer as consultas em Faro, taxas moderadoras mais acessíveis quando comparadas ao Hospital Público e por sentirem que tem mais proximidade com os profissionais que trabalham nos Centros de Saúde.

Levando os aspetos apontados em consideração um Plano de Intervenção Auditiva nos Centros de Saúde poderia fazer face aos problemas de diagnóstico, prevenção e dos casos de surdez proporcionando uma melhoria da condição de saúde dos utentes.

Pensando numa sociedade de desigualdades sociais mas em busca de Cuidados de Saúde mais adequados as necessidades básicas do indivíduo, este Plano de Intervenção tenciona promover a saúde auditiva, o bem-estar e porque não, a qualidade de vida da população portuguesa do Concelho de Albufeira.

Tendo este Plano de Intervenção uma base de ação social, sua introdução no Sistema Nacional de Saúde requer algum investimento inicial

para tornar possível o seu funcionamento. Para este efeito é imperioso a contratualização de profissional capacitado para executar as tarefas nessa área, disponibilização de espaço físico e adequado, meios materiais e tecnológicos e criação de parcerias entre os profissionais do SNS etc.

7.1 - Intervenção

Este Plano de Intervenção Auditiva pode ser aplicado a todos os utentes inscritos nos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira, que tenham interesse no diagnóstico das perdas auditivas e que procurem alternativas para o seu problema auditivo. Baseado no princípio da equidade, será feito o atendimento e diagnóstico das perdas auditivas a todas as pessoas que apresentarem ou não dificuldades auditivas. No entanto, a reabilitação através do uso de próteses auditivas será feita apenas nos casos em que seja verificada a incapacidade financeira para suportar este custo.

7.2 - Consulta de Diagnóstico

A consulta de diagnóstico dos problemas auditivos é o ponto de partida para definir qual tipo de intervenção será realizada em cada caso em particular. Através do diagnóstico também é possível chegar ao grau de severidade da perda auditiva e verificar a possibilidade de reabilitação com auxílio de prótese.

7.3 - Reabilitação

A reabilitação é um processo que envolve cinco fases para se chegar aos resultados propostos.

→ Fase 1: Indicação e seleção da prótese

A indicação da prótese para o modelo apresentado, é feita de acordo com critérios essenciais relacionados com o tipo de perda auditiva e o grau. Visto ser um aparelho base e acessível financeiramente, não caberá aqui o seu aspeto físico (grande ou pequeno), já que este fica a mercê da vaidade e não da sua finalidade ou utilidade, logo a seleção do aparelho estará limitada a aspetos relacionados com a sua eficiência em cada caso individualmente. No entanto, dependendo das queixas referidas pelo utente pode ser necessário a confeção de moldes auriculares personalizados para a adaptação a prótese.

→ Fase 2: Confeção dos moldes personalizados

Atualmente uma grande maioria dos fabricantes de próteses auditivas criaram mecanismos próprios para utilização das próteses sem a necessidade do uso de moldes personalizados. No entanto, há pessoas que apresentam algumas limitações. Pensando nisso pode-se ter como alternativa a confeção dos moldes personalizados que apesar de ter um custo para sua produção, não representam grande peso económico, podendo vir a ser suportado pelo próprio utente.

→ Fase 3: Adaptação a prótese

A adaptação a prótese auditiva é feita principalmente consoante a motivação e envolvimento do utente para com o seu processo de reabilitação. Uma pessoa que perde a audição após aquisição da linguagem apresenta vantagens e desvantagens durante o processo.

As vantagens mais comumente observadas é o fato de poder interagir com outras pessoas, sem perguntas ou interrupções sobre o que foi dito. Conseguir comunicar é importante para a socialização e para a mente. Isto ajudará a ser mais independente no desempenho de tarefas diárias, mais comunicativo e social, ter um maior rendimento no trabalho e uma melhoria da autoestima, etc.

As desvantagens estão relacionadas com o fato que a surdez instalada promove um certo nível de “conforto” quanto aos ruídos externos provenientes do ambiente. Isto é um dos pontos relevantes para que seja realizada uma intervenção em tempo hábil. Com a habituação ao silêncio provocado pela surdez, haverá uma maior dificuldade em adaptar-se aos ruídos novamente, o que dificulta o processo de reabilitação e pode causar alguma confusão inicial.

O processo de adaptação a prótese auditiva é muito pessoal e pode diferenciar de pessoa para pessoa. Há casos em que se consegue o objetivo proposto rapidamente (menos de um mês). Enquanto isso, a situações particulares que requerem um pouco mais de tempo e paciência por parte do indivíduo a ser protetizado.

→ Fase 4: Finalização do processo de intervenção

O processo de Intervenção Audiológica é concluído quando há um *feedback* positivo e satisfação do utente. Esta é a melhor fase de todo o processo visto que os objetivos propostos foram alcançados com êxito e o utente não precisa voltar com data marcada para ser acompanhado.

Nos casos em que não há adaptação a prótese e na impossibilidade de seu uso, fica assim concluído o trabalho de intervenção e feita as devidas justificativas quanto ao não sucesso do processo.

→ Fase 5: Controlo de ajustes ou manutenção

Nesta fase para que a sua afinação esteja adequada as necessidades do usuário, devemos proceder a marcação de novos ajustes, após 6 meses de adaptação, bem como a uma avaliação auditiva anual com a finalidade de observar se há mudanças significativas no limiar auditivo que implique em novos ajustes.

Com esta medida de “controlo” conseguimos ter o seu feedback a médio e longo prazo, quanto as suas experiências auditivas, e que serve também como meio de fazer o acompanhamento quanto ao uso ou não do aparelho e sua razões.

Vale salientar que após a reabilitação sempre que se fizer necessário o utente pode se dirigir ao Centro de Saúde para proceder a novos ajustes.

7.4 - Aplicação do plano de Intervenção

Para que seja dado início a atividade nos Centros de Saúde é fundamental que seja disponibilizado os meios Técnicos e Tecnológicos para sua realização.

→ Fase 1 do Plano de Intervenção

D) Compra de equipamento (1 audiômetro com dois canais e 1 impedanciômetro e 1 computador portátil), que possa ser utilizado em

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

todas as extensões. Equipamento que pode ser facilmente transportado pelo Técnico de Audiologia, todas as vezes que o mesmo for dar consulta.

- E) Compra de cabine acústica para realização dos exames ou sala devidamente tratada acusticamente.
- F) Implementar um trabalho de rastreio auditivo na população a partir dos 45 anos, uma vez por semana em cada Centro de Saúde num horário ou dia da semana que haja um gabinete disponível para esta finalidade;
- G) Organizar uma agenda com datas específicas para as marcações dos utentes;
- H) Propiciar acesso rápido aos Serviços de Otorrinolaringologia dos Hospitais Públicos para encaminhamento de pessoas com queixas auditivas de carácter Médico.
- I) Uma outra forma de racionalizar os meios tecnológicos também poderia ser a aquisição de uma carrinha móvel devidamente equipada. Assim tornaria mais fácil e mais barato proporcionar este serviço não só a todos os Centros de Saúde como também as escolas desta área.

Tendo em conta que há um trabalho específico nos Hospitais Públicos, de Rastreio Auditivo quando o bebé nasce, faz todo o sentido que este trabalho tenha uma continuidade. Até porquê, as perdas auditivas não existem apenas nesta fase mas também e sobretudo, durante todo o percurso de vida do indivíduo.

→ Fase 2 do Plano de Intervenção

E) Material utilizado:

O mesmo equipamento utilizado para os adultos e Jogo lúdico ou “*peep-show*”, equipamento de Otoemissões Acústicas (OEA) e Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral (BERA).

- F) Rastreio Auditivo dirigido a crianças em fase escolar com dia e horário específico para a sua realização.
- G) Acompanhamento e reabilitação das perdas auditivas.
- H) Rastreio auditivo durante a adolescência e fase adulta.

Nesta situação pretendia-se fazer rastreios auditivos com regularidade às crianças em fase escolar, para propiciar a melhor aquisição da linguagem e

o seu melhor desempenho escolar. Favorecer o diagnóstico precoce das pessoas que possam ter antecedentes familiares com perdas de audição ou outras situações que possam pôr em causa a sua saúde auditiva e reabilitar os utentes que apresentam perdas auditivas significativas.

7.5 – Avaliação do Plano de Intervenção

O plano de ação será acompanhado e monitorado através de um relatório técnico (escrito pelo profissional de Audiologia) e encaminhado para a ARS Central, com o objetivo de explicar as alterações nas recomendações, em consequência dos resultados apresentados pelo novo modelo de avaliação. Este modelo irá criar uma série de cenários possíveis neste contexto, como meio de garantir que as recomendações feitas possam auxiliar o sucesso do plano.

8 - BIBLIOGRAFIA

ACTA ORL (2006). *Achados audiológicos de indivíduos idosos atendidos numa clínica particular em São Paulo – SP*. Volume 24, n.4.

Em: www.actaorl.com.br; Capturado em 09 de novembro de 2010.

ALMEIDA K.; LORIO M. C. M. (2003). *Próteses Auditivas – Fundamentos Teóricos e Aplicações Clínicas*. 2ª edição revisada e ampliada. Editora Lovise. São Paulo – SP.

NUNES, V. A. L., (2008); *O Desenvolvimento Local e a Animação Sociocultural*. Uma comunhão de princípios. Em: <http://quadernsanimacio.net>; nº 8; Capturado em 10 de junho de 2010.

ANDER-EGG, E. (2003). *Accion Municipal, desarrollo comunitario y trabajo social, col. Série de estudos sociales*, Ayuntamiento de Guia de Isora, Guia.

AR, *Assembleia da República. Constituição da república Portuguesa*. Disponível em: www.parlamento.pt; Capturado em 6 de setembro de 2010.

BRANCO, A. G.; RAMOS, V. (2001). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Escola nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

BARBIER, J.M., (1996) *Elaboração de Projetos de Ação e Planificação*. Portugal: Porto Editora

BELL, J. (2004), *Como realizar um projeto de investigação*. 3ª Edição. Lisboa: Gradiva.

BERGER L.; MAILLOUX-POIRIER D. (1995). *Pessoas idosas – Uma abordagem global*. Processo de enfermagem por necessidades. Edição revista e corrigida. Lusodidacta.

BESS, F.H. e HUMES, L. E. (1998). *Fundamentos de Audiologia*. 2ª Edição. Editora: Artemed, Porto Alegre.

BISCAIA, A. R. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reforma para novos sucessos*. Padrões culturais Editora, Lisboa.

CARMO, H. (1999). *Desenvolvimento Comunitário*. Universidade Aberta. Lisboa.

CARRAGUETA, M.; Pádua F. (1993). *Geriatría clínica*. Faculdade de Medicina de Lisboa.

CARVALHO, L. F. (2009). *O homem aos 60 anos*. Sociedade Portuguesa de Andrologia. Saúde, Sá – Artes gráficas.

CHAVES, C. *Cuidados de Saúde Primários e a SIDA*. Educação, Ciência e Tecnologia. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Em: www.ipv.pt/millennium/millennium32/8.pdf; Capturado em: 26 de fevereiro de 2011.

COLLET L., (1993). *Nouvelles explorations en audiologie – Vastarel 20 mg*. Laboratoires Biopharmaceutiques de France “BIOPHARMA”.

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DA REGIÃO DO ALGARVE, (2001). *Programa Operacional do Algarve, Algarve 2000-2006*.

COUVREUR, C. (2001); *A qualidade de vida*. Arte para viver no século XXI. Lusociência. Edições técnicas e científicas, Lda. Loures.

COURRIER Internacional (2012). *Emprego um sonho global*. Edição número 194, página 49, Abril.

DANTAS, R.A.S.; SAWADA N.O. e MALERBO M.B. (2003). Scielo Brasil. Revista Latino-Americana de enfermagem. *Pesquisa sobre Qualidade de Vida: Revisão da Produção Científica das Universidades Públicas do Estado de São Paulo*. Revista Latino-Americana de Enfermagem volume 11, n.4. Ribeirão Preto, Brasil. Em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a17.pdf>; Capturado em 22 de setembro de 2010.

DICIONÁRIO UNIVERSAL DA LÍNGUA PORTUGUESA (1995). Texto Editora

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Orientações Estratégicas Ministério da Saúde. Volume II. Lisboa.

DURAN, H. (1989). *Planeamento da Saúde – Aspetos Conceptuais e Operativos*. Guide: Artes Gráficas, Lda.

FERREIRA, F.A. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

FERREIRA, L. P., BEFI-LOPES, D. M., LIMONGI, S. C. O. (2004). *Tratado de Fonoaudiologia*. Editora Roca. São Paulo.

FERREIRA, P. L., RAPOSO, V. e GODINHO, P. (2005). *A voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde*.

FORTIN, M. F. (1999). *O processo de Investigação – Da conceção à realização*, Editor Lusociência.

FROTA, S. (1998). *Fundamentos em fonoaudiologia*. Audiologia Editora: Guanabara Koogan. Rio de Janeiro – RJ.

GATANU, *Grupo de Apoio a Triagem Auditiva Neonatal Universal (2001)*.

www.gatanu.org/pais/audicao.php; Capturado em: 19 de dezembro de 2010.

GIL, A. C. (1987) *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. Editora Atlas S.A. São Paulo.

GIRALDES, M. R. (1997). *Economia da Saúde – da teoria à prática*. Editora: Estampa. Lisboa.

GOMES, D.S. e DIAS, J. L. (1986). *O Serviço Nacional de Saúde – Descrição sumária do seu desenvolvimento*, Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

GUERRA, I. C. (2000). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Ação – O planeamento em ciências Sociais*. Cascais.

HOVEN, R. e NUNES, M. H. (1996), *Desenvolvimento e Ação Local*. Editora: Fim de Século. Lisboa.

IAPMEI, Parcerias para o Crescimento (2012). <http://www.iapmei.pt>; Capturado: 04/07/2012.

JILL, E. P, Ph.D. (2009). *Program in Audiology – Audiologic Rehabilitation with Adults & Significant Others: Is it really worth it?* University of Louisville School of Medicine. <http://www.audiologyonline.com>; Capturado em: 11/06/2012.

KATZ, D. (2002). *Geriatría Prática*. 3ª Edição. Editora: Revinter Ltda. Rio de Janeiro.

KATZ, J. (1999). *Tratado de Audiologia Clínica*. 4ª Edição. Editora: Manole Ltda, São Paulo, Brasil.

KILUTHCOVSKY, A.C.G.C. e TAKAYANAGUI, A.M.M. (2006) *Qualidade de vida. Aspectos Conceituais*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

LEAL, C.M.S. (2008) *Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida*. Universidade dos Açores.

LOPES, A. S. (2001) *Desenvolvimento Regional*. Fundação Calouste Gulbenkian. 5ª Edição. Lisboa.

MCLNTYRE, T. M. et al (2000), *A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação*. Comissão de Coordenação da Região Norte.

MEZOMO, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na saúde – Princípios Básicos*. Editora: Manole.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). *Atlas do Plano Nacional de Saúde*, Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

MIRANDA, N. ISABEL, L. (2010). *Promover a saúde – dos fundamentos a ação*. Editora: Almedina S.A. Coimbra.

NUNES, R. (1998). *Controvérsias na Reabilitação da Criança Surda*. Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Fundação Eng. António de Almeida. Novembro.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1985). *As Metas da Saúde para Todos*. Metas da Estratégia Regional da Saúde para Todos. Editora: Artes Gráficas, Lda.

PASSOS, R. (2009). *Construindo Categorias Sonoras*. O vozeamento de Consoantes Obstruintes em Surdos Profundos Usuários de Língua de Sinais (LIBRAS), Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras da UFMG. Belo Horizonte.

PINTO, A.M. (2007). *Fisiopatologia. Fundamentos e Aplicações*. LIDEL – Edições Técnicas, Lda. Outubro.

PORTAL DA SAÚDE, (2010). *Programas Nacionais de Saúde* [Internet]. Disponível em: www.min-saude.pt; Capturado em: 9 de outubro de 2010.

SALESA, E.; PERELLÓ E.; BONAVIDA A.(2005). *Tratado de Audiologia*. Essevier. Masson, S.A. Espanha.

SERRANO, G. P. (2008), *Elaboração de Projetos Sociais – Casos Práticos*. Porto Editora.

SERRANO M. et al. (2009). *Ciência, Saúde e Inovação – Investigação aplicada em Audiologia*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Ediliber, Lda. Coimbra.

SIMÕES J. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Editora: Almedina, SA. Coimbra.

SOUSA, M. M.O. (2001). *SIDA: e a VIDA CONTINUA*. Impacto da doença na qualidade de vida da pessoa com SIDA. Uma perspetiva de enfermagem. Editor: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

ZOCOLI, A. M.; RIECHEL, F.C.; ZEIGELBOIM, B.S.; MARQUES, J. M. (2006). *Hearing: a pediatricians approach*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. v.72 n.5 São Paulo set./out.

9 – ANEXOS

ANEXO 1 – Guião de entrevista (profissionais)

Guião de entrevista

1. Profissão:
2. Tempo de profissão:
3. Idade:
4. Considera que a audição é um sentido importante? Porquê?
5. Costuma haver muitas queixas de utentes com dificuldades auditivas? A partir de que faixa etária é mais comum?
6. Qual é o procedimento adotado quando um utente refere diminuição auditiva?
7. Há algum profissional, especializado nessa área, a trabalhar no Centro de Saúde? Sabe dizer porquê?
8. Um utente que não ouve bem é encaminhado para avaliação ou para um Serviço Especializado? Onde? (Público ou Privado)
9. Considera que ouvir bem proporciona uma melhor qualidade de vida? Por quê?
10. Na sua opinião, há possibilidade de utilização do espaço físico do Centro de Saúde para esse tipo de intervenção? Porquê?
12. Considera que a inclusão do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde em parceria com os Médicos de Família poderia ajudar a população que apresenta queixas auditivas? De que forma?
13. Na sua opinião, qual ou quais são as razões que fazem com que os utentes se dirijam aos Centros de Saúde e não a outros Serviços de Saúde quer no Particular ou no Privado?
14. Porque acha que o Estado não destina verba para a inclusão de algumas especialidades nos Centros de Saúde?

15. Há atendimento Médico e/ou de Enfermagem todos os dias da semana com ocupação de todas as salas existentes?
16. Acha que poderão existir fatores que possam favorecer no futuro a criação de Serviços de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde?
17. Que tipo de dificuldade encontra para a criação de consultas de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde?
18. Na sua opinião, há informação disponível a população, principalmente aos idosos, sobre a perda auditiva?

ANEXO 2 – Quadro 29 - Análise de Conteúdo (entrevistas)

Categoria	Subcategoria	Pergunta	Unidade de registo
Audição	Importância da audição	<p><u>Questão 4:</u> Considera que a audição é um sentido importante? Porquê?</p>	<p>Em1: “Sim. Tem a ver com o equilíbrio e com a capacidade de falar, porque a pessoa se não ouvir não consegue falar”.</p> <p>Em2: “É. Porque sem a audição não comunicamos”.</p> <p>Em3: “Claro. As pessoas que não ouvem, claro que a vida deles é mais complicada...têm dificuldade para falar e para comunicar. As crianças surdas a nascença... apresentam dificuldade de aprendizagem”.</p> <p>Em4: “Muito importante, sim. Porque para o relacionamento das pessoas com o seu meio ambiente, cultural e tudo é necessário ter uma boa audição sim”.</p> <p>Em5: “Claro. Faz parte do quotidiano”.</p> <p>Em6: “Muito. Pq as pessoas necessitam disso para se integrar, para se sentirem bem e não se sentirem isoladas. Além disso, também é um órgão que também nos protege”.</p> <p>Em7: “Sim. (...) para a auto-estima, autonomia da pessoa, para a pessoa</p>

			<p>ficar independente”.</p> <p>Em8: “Sim, claro. É importante para falar com as pessoas e perceber o que é que se passa a volta”.</p> <p>Ee1:“Sim. Porque é fundamental poder ouvir para depois a comunicação surtir efeito”.</p> <p>Ee2:“Sim. Para saber onde é que há falhas, onde é que há necessidades, onde é que há coisas que têm que ser corrigidas”.</p> <p>Ee3:“Muito importante. Porque se não tivermos a audição limita a conversação com as outras pessoas...é tudo limitado. Não consegue ouvir música, não consegue enfim... aquelas coisas boas”.</p> <p>Ee4: “Sim. Porque é através dela que nós comunicamos, faz parte da comunicação”.</p>
Audição	Queixas auditivas x Relação etária	<p><u>Questão 5:</u> Costuma haver muitas queixas de utentes com dificuldades auditivas? A partir de que faixa etária é mais comum?</p>	<p>Em1:“Sim, em crianças e adultos velhos...mais a partir dos 75 anos”.</p> <p>Em2:“Não é muito frequente. Normalmente, entre os quarenta, sessenta anos. São os que se queixam mais. Depois dos 70 anos, acham que já é normal serem um bocadinho surdos. Portanto, já não ligam tanto”.</p>

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>Em3:“É...algumas. A faixa etária...mais depois de 50, 60”.</p> <p>Em4: “É, sim. Os mais idosos”.</p> <p>Em5: “Não, nem por isso”.</p> <p>Em6:“Sim. A partir dos 60 anos, começa a ser mais frequente”.</p> <p>Em7:“Muito. Na população idosa. A partir dos 50 anos”.</p> <p>Em8:“Sim. Depende, há crianças, como atendi agora numa consulta de pediatria com hipoacusia, e mesmo com o audiograma muito em baixo”.</p> <p>Ee1:“Mais idosos. Sessenta, setenta, oitenta”.</p> <p>Ee2: “Não”.</p> <p>Ee3:“As vezes sim. Muitas queixas não, mas as vezes aparecem pessoas. A partir dos cinquenta”.</p> <p>Ee4:“Sim. A partir da fase em que eles se consideram idosos. A partir dos 65, 70 anos”.</p>
Audição	Procedimento adotado	<p><u>Questão 6:</u> Qual é o procedimento adotado quando um utente refere diminuição</p>	<p>Em1:“Pedimos um audiograma, eles não vão ao especialista... e depois pede-se consulta ao ORL às vezes”.</p> <p>Em2: “... primeiro de tudo</p>

		<p>auditiva?</p>	<p>pedir um audiograma. Aliás, primeiro de tudo é fazer a observação. Porque a maior parte das vezes a falta de audição são rolhões de cerúmen ... Não há cerúmen, eu peço uma audiometria”.</p> <p>Em3:“...primeiro examinar doente e ver se ele tem cera nos ouvidos, depois fazer audiogramas, fazer aquele TAC do ouvido interno e depois vai para o ORL...”.</p> <p>Em4:“Primeiro tem que observar... Porque pode haver aqui uma coisa simples ou não. Se for uma coisa que eu consiga resolver, eu tento. Se não, tenho que encaminhar para um otorrino”.</p> <p>Em5:“Confirmar através de exames”.</p> <p>Em6:“As pessoas, normalmente, elas próprias correm centros de audição particular. A consulta de otorrino também é complicada e portanto, mesmo que o utente vá, demora algum tempo. E os otorrinos, normalmente não prescrevem aparelhos. É a ideia que tenho, também posso estar enganada”.</p> <p>Em7: “Exame objetivo, ver como é que tá os ouvidos por dentro, se está normal. Depois peço confirmação com o exame de audiometria e timpanograma...se tiver</p>
--	--	------------------	--

			<p>algum problema, encaminhado para o otorrino e depois volta para o médico de família”.</p> <p>Em8:“Vou ver que não tem cera, e se não têm cera, se tá limpinho, mando fazer um audiograma e depois com os resultados é enviado para a consulta do otorrino.”</p> <p>Ee1:“Normalmente é encaminhado para o médico, faz-se o audiograma para ver qual é o grau da dificuldade...ver se é apenas um problema de cera no ouvido ou se há alguma obstrução, que não seja crónico mas...para um tratamento”.</p> <p>Ee2:“Portanto, é saber se falando cara a cara, as palavras se ajuda. Se não, pegar um papel e caneta para escrever para tentar entender. Com a experiência que eu tenho, as pessoas com uma perda auditiva, costumam ser seguidas. Já têm aparelho ou já estão orientadas. Porque acho que também há muita publicidade hoje em dia, para o bem e para o mal, para aparelhos, para ajudas, para consultas. Realmente a minha experiência, não posso dizer que apanhei alguém com dificuldades que não tenham sido diagnosticada ou não</p>
--	--	--	---

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>esteja a ser seguida”.</p> <p>Ee3:“Em princípio a Dr^a encaminha para o otorrino”.</p> <p>Ee4:“Normalmente, nós da parte da enfermeira podemos só informar algum tipo de técnico que tenhamos conhecimento que faça o audiograma, portanto, algum teste auditivo. Ou então, informar ao médico de família e o médico de família encaminhar a pessoa para um serviço especializado”.</p>
Audição	Profissional especializado	<p><u>Questão 7:</u> Há algum Profissional, Especializado nesta área, a trabalhar no Centro de Saúde? Sabe dizer porquê?</p>	<p>Em1:“Não. Só terapia da fala...os CS não têm essa valência, faz parte dos Hospitais Distritais. Tá tudo nos Hospitais. Não descentralizaram essa valência”.</p> <p>Em2:“Que eu saiba não. Também não. Aliás, até foi criado um gabinete, uma sala, aqui no centro de saúde, quando foi inaugurado, uma sala para fazer audiogramas. Forradas a cortiça e tudo, insonorizado, na sede em Albufeira. Mas nunca chegou a ser utilizado”.</p> <p>Em3: “Não...não se justifica ter ORL em cada Centro de Saúde, porque não são tantos doentes assim. E depois se precisam de um tratamento mais hospitalar, pode ser que tem lá máquinas e</p>

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>aquelas coisas. Não temos”.</p> <p>Em4: “Não. Nós temos só clínicos-gerais, medicina geral e familiar temos muito o que fazer...não acredito que há tempo para um só dedicar-se a essa área”.</p> <p>Em5: “Não, não. Não”.</p> <p>Em6: “Não, possivelmente, porque não há dinheiro e também não deve haver interessados”.</p> <p>Em7: “Não. Não há interesse da ARS, não há recurso económico, não há interesse político, nem meios económicos para isso”.</p> <p>Em8: “Não. Não sei”.</p> <p>Ee1: “Não. Gostaríamos, mas não. É a falta de verbas. Com a crise”.</p> <p>Ee2: “Não, não. Pelas mesmas razões que há falta de enfermeiros, pela política do país”.</p> <p>Ee3: “ Não. Deve ser por falta de verba, provavelmente. Não sei”.</p> <p>Ee4: “Não. Porque provavelmente não faz parte do projeto da ARS. Não contempla, se calhar, esse tipo de profissionais”.</p>
Audição	Audição e qualidade de vida	<u>Questão 9</u> : Considera que ouvir bem	Em1: “Sim, para ver televisão, para a comunicação tudo, toda a

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

		<p>proporciona uma melhor qualidade de vida? Por quê?</p>	<p>vida social, a audição é parte de tudo”.</p> <p>Em2: “Com certeza...para nós comunicarmos...ouvir bem, melhora substancialmente a qualidade de vida...até melhora o ambiente aqui neste centro de saúde, onde as pessoas acabam por falar alto, para se ouvirem todas umas as outras é mais calmo(...)”.</p> <p>Em3: “Claro. Imagina que você não ouve...como é que é vida? Pior que outros que ouvem”.</p> <p>Em4: “Completamente. Por todas as razões. Ouvir bem é tá em comunicação permanente. Não se adiar do que está a volta, não é. Do que acontece”.</p> <p>Em5: “Sem dúvida. Porque é importante para o dia- a dia”.</p> <p>Em6: “Sem dúvida. Porque as pessoas sentem-se melhor em sociedade, e quando estão juntas podem partilhar as conversas. E também serve para elas estarem despertas para o barulho que esteja relacionado com a segurança”.</p> <p>Em7: “...Sim...porque tem a ver com a autonomia da pessoa, para a pessoa ser independente, ter a vida dela, pela própria segurança”.</p> <p>Em8: “Claro. Mesmo para</p>
--	--	---	---

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>arranjar um trabalho ou entender-se convívio com as pessoas. Acho que sim”.</p> <p>Ee1:“Muita, muita. Pelas mesmas razões que falei, para uma boa comunicação”.</p> <p>Ee2:“ Sim. Para saber o que está a acontecer no momento em que vivemos. Isto é muito frustrante. Perceber que há pessoas a conversar, a falar e coisas a acontecer a nossa volta e nós não conseguimos acompanhar e perceber”.</p> <p>Ee3:“Sem dúvida. Pela mesma razão que a anterior, não é. Para a comunicação com a outra pessoa”.</p> <p>Ee4:“ Claro. Se nós não comunicamos não conseguimos interagir com os outros, logo a nossa qualidade de vida também fica afetada. Não interagimos, ficamos deprimidos, tristes, isolados, a qualidade de vida diminui”.</p>
Audição	Encaminhamento	<p><u>Questão 8:</u> Um utente que não ouve bem é encaminhado para avaliação ou para um Serviço Especializado? Onde? (Público ou Privado)</p>	<p>Em1: “Sim, no Hospital Público”.</p> <p>Em2: “Sim...havendo problemas auditivo é encaminhado para Faro...agora a resposta de faro é que deixa um bocado a desejar. Demora muito”.</p>

		<p>Em3: “Não, primeiro vai se fazer exames que nós podemos fazer aqui no Centro de Saúde, depois se tem razão para encaminhar, encaminhamos. Alguns podem ir ao particular para fazer, ou seguro de vida podem ir ...para um especialista privado há muitos. Mas se não tem marcamos aqui no sistema uma consulta”.</p> <p>Em4: “Eu, pessoalmente, peço uma consulta de otorrino, no hospital de Faro. Nós temos a intranet e podemos pedir consultas diretamente para o hospital de Faro”.</p> <p>Em5: “Sim, ao sistema público. Apesar de demorar. Não sei quanto tempo mas demora”.</p> <p>Em6: “O serviço especializado é, aliás, são os locais onde há próteses auditivas”.</p> <p>Em7: “Aí eu já não sei. e eu encaminho para o otorrino e depois lá ele vai para uma parte específica ou uma subespecialidade, aí o que ele vai resolver...pelo que eu tenho visto ele vai depois ser encaminhado para prótese. Eu sou uma médica que encaminho sempre para o público em tudo”.</p> <p>Em8: “É encaminhado para um especialista no sistema público. Às vezes</p>
--	--	---

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>demora muito. Se pedir um timpanograma é 6 meses ou mais”.</p> <p>Ee1:“Sim...a avaliação, faz-se um audiograma, ao otorrino...um especialista...para ver...em princípio é mais, pronto depende do utente em causa”.</p> <p>Ee2:“Se a pessoa apresenta-se com queixas e não está a ser seguida, é enviada para consulta no hospital público”.</p> <p>Ee3:“ Vai. Em Faro, no hospital de Faro”.</p> <p>Ee4:“ Sim. Eu penso que grande parte das vezes deve ir ao privado porque o sistema público não deve ter capacidade de resposta. O tempo de espera é grande e as pessoas acabam normalmente por recorrer ao privado”.</p>
Audição	Informação	<p><u>Questão 18:</u> Na sua opinião, há informação disponível a população, principalmente aos idosos, sobre a perda auditiva?</p>	<p>Em1:“Sabe que agora eu já tenho visto, em faro, agora já vejo nas farmácias testes auditivos. Por isso, já andam a fazer os testes auditivos, as pessoas têm é que saber fazer, não é. Acho que as pessoas pensam que é uma coisa natural, não têm muita noção”.</p> <p>Em2:“Acho que há. Acho que há. Porque muitos estabelecimentos têm um cartaz, um pequeno aviso...são firmas, pelos</p>

		<p>vistos, pelo que percebi, que vendem aparelhos. Isso quase em montes de lojas há esse tipo de informações”.</p> <p>Em3: “Alguma...mas dizer que há muita informação, tudo é relativo e depende ainda de idosos. Aqueles que têm problema pára e procura...”.</p> <p>Em4: “Talvez não haja. ...embora, eu só muito a favor de que também cada um tem que ir procurá-la. E portanto, se calhar não há uma informação especificamente dirigida aos, nomeadamente, idosos. Mas também têm que haver da parte deles, a tentativa de buscar essa informação, não é. Não sei”.</p> <p>Em5: “Acho que não”.</p> <p>Em6: “Possivelmente eles não sabem todos os riscos que correm, aquilo que os preocupa mais é não poderem ouvir as outras pessoas falarem. Portanto, eu penso que eles têm informação”.</p> <p>Em7: “Não, nem para os médicos”.</p> <p>Em8: “Acho que sim. Os utentes que Vêm a consulta são pessoas informadas”.</p> <p>Ee1: “Acho que há pouco...Informação ao nível escrito acho que há</p>
--	--	---

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>pouco”.</p> <p>Ee2: “Informação... não sei. Mas no centro de saúde temos muito pouca informação e as pessoas são encaminhadas para as consultas especializadas”.</p> <p>Ee3: “ Não. Não há. Há muita falta de informação, de aparelho etc”.</p> <p>Ee4: “É assim, informação, informação escrita talvez não tanto. Embora, talvez, seja do conhecimento do senso comum que nós... com avançar da idade vamos perdendo algumas das nossas faculdades. E uma das coisas é a acuidade visual e a acuidade auditiva. Eu penso que é uma coisa que as pessoas a partida ... já estão mentalizadas ou conformadas que vão perder a audição e a visão. Mas vamos lá ver, se nós pomos uns óculos para corrigir a nossa diminuição visual a acuidade visual, porque que não corrigir a nossa acuidade auditiva”.</p>
<p>Espaço físico</p>	<p>Possibilidade de utilização</p>	<p><u>Questão 10:</u> Na sua opinião, há possibilidade de utilização do espaço físico do Centro de Saúde para esse tipo de intervenção?</p>	<p>Em1: “Ele teve preparado para isso. Há lá uma sala, uma sala de cortiça, preparada para se fazer os exames mas nunca se montou. Era usada como a sala dos médicos para dormir, quando estavam nas urgências. É uma sala preparada para isso (Sede Albufeira)”.</p>

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

		<p>Porquê?</p>	<p>Em2: “Um rastreio. Fazer rastreios auditivos nos centros de saúde, só se fosse na sede, eventualmente. Poderiam ser feitos. Aqui não, aqui não temos as salas, como vê, as salas não têm as condições acústicas e não dá”.</p> <p>Em3: “Aqui concretamente, penso que não. Não se justifica porque é um Centro de saúde pequeno e não são tantos doentes que ter aqui mesmo especialidade só para isto. Não vale a pena”.</p> <p>Em4: “Aqui na minha extensão eu não vejo como. Porque isso é muito pequenino. Mas na sede, lá em baixo, em Albufeira, talvez”.</p> <p>Em5: “Onde eu trabalho, aqui na extensão, não. Não têm espaço”.</p> <p>Em6: “Sim. Temos um gabinete. Eu penso que seria também uma consulta...seria só uma vez por semana ou assim, portanto, haveria possibilidade”.</p> <p>Em7: “Penso que não. Porque não há gabinete médico...veio uma pessoa aqui e construiu tudo isso; sem tá relacionado com a população, as necessidades da população, a capacidade de resposta...isso aqui ... é pequeno mas em</p>
--	--	----------------	---

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

		<p>Albufeira é um caos... o ideal é que seja um médico por gabinete, porque temos as nossas coisas etc. Os enfermeiros podem compartilhar mas os médicos têm mais material, e nós não temos um gabinete em Albufeira, temos que compartilhar com 2, 3, 4 médicos...É rotativo, ou seja, não há espaço físico para os que já estão e tão pouco há para os que vêm. Agora para o novo modelo de construção dos centros de saúde, como as USFs, Se fizer obras e ir ampliando...porque assim comporta, já que ele tá mais do que saturado”.</p> <p>Em8: “Acho que não. Eu mesmo tenho que andar de um lado para outro, nas salas para fazer controles”.</p> <p>Ee1:“Neste nosso serviço acho que havia, havia possibilidade de concretizar uma consulta dessas”.</p> <p>Ee2:“Aqui não. Porque há muito barulho. Não há um gabinete que seja adequado. Este tipo de trabalho, eu acho que deve ser necessário um sítio calmo, sossegado, sem barulho exterior no gabinete e sem interferência”.</p> <p>Ee3:“ É uma questão de oportunidade e das pessoas estarem interessadas nisso.</p>
--	--	--

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>Arranja-se sempre um sítio para colocar mais um especialista”.</p> <p>Ee4: “Claro. Fazendo uma boa gestão dos dias, do espaço do tempo, do tempo e do espaço, com certeza que existem gabinetes que dá para fazer esse tipo de exame”.</p>
Espaço físico	Disponibilidade de gabinetes	<p><u>Questão 15:</u> Há atendimento Médico e/ou de Enfermagem todos os dias da semana com ocupação de todas as salas existentes?</p>	<p>Em1: “Sim”</p> <p>Em2: “Eu estou cá só quatro dias por semana. Um dia eu vou pra sede...Todos nós temos turnos...nesse dia não trabalho aqui, trabalho lá. Agora ao nível de enfermagem atualmente, já temos todos os dias”.</p> <p>Em3: “Sim”.</p> <p>Em4: “Sim”.</p> <p>Em5: “Sim”.</p> <p>Em6: “Não. Há atendimento aqui todos os dias mas que estejam as salas sempre ocupadas, não. Por exemplo, a quarta-feira a sala da minha colega está livre”.</p> <p>Em7: “Sim. Os que eu conheço Loulé, Albufeira, aqui em Paderne, todos os dias, todos eles ocupados”.</p> <p>Em8: “Sim”.</p> <p>Ee1: “ Sim, regra geral, sim”.</p>

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>Ee2: “Não. Cada médico tem um dia em que dá consultas em Albufeira. Depois há pessoas que não têm médico. Portanto, há um dia que têm gabinete disponível. Agora gabinete de enfermagem, não. Tá ocupado todos os dias”.</p> <p>Ee3: “Sim”.</p> <p>Ee4: “Não. Aqui na extensão não”.</p>
Perspetiva do profissional	Médico de família e audiolologista	<p><u>Questão 12:</u> Considera que a inclusão do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde em parceria com os Médicos de Família poderia ajudar a população que apresenta queixas auditivas? De que forma?</p>	<p>Em1: “Podia, podia. Detetava-se mais casos, detetava-se a patologia mais precocemente. A pessoa ficava a saber mais rápido, era mais rápido a interação”.</p> <p>Em2: “Isso poderia ajudar a nível de fazer o diagnóstico. Agora, a resposta depois era preciso que o serviço de otorrino do hospital de Faro, funcionasse devidamente e desse uma resposta. Se não ficamos, temos o diagnóstico feito, mas depois não há resposta, não há solução exatamente por causa dos outros serviços envolvidos”.</p> <p>Em3: “Isso podia ser num Centro de saúde, por exemplo, como Albufeira, que têm mais especialidades. Que é para dar um apoio a alguns doentes...eu penso que isso deveria se trabalhar mais com ORL</p>

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

		<p>do que com médico de família. É mais indicado”.</p> <p>Em4: “Acho que sim. Fazendo pelo menos o rastreio das más acuidades auditivas, né”.</p> <p>Em5: “Sim. Seria mais rápido”.</p> <p>Em6: “Sim seria um apoio para podermos encaminhar esses utentes ...orientar para a aquisição de próteses e informação, controlarem (...)”.</p> <p>Em7: “Sim. Para ter mais um serviço ...através da proximidade entre os próprios funcionários a trabalhar entre si, sendo tudo feito como benefício, para melhorar a qualidade para os utentes, o serviço prestado aos utentes...os utentes irão se beneficiar com tudo isso”.</p> <p>Em8: “É mesmo um benefício. De início dava para fazer um tratamento, ou ver se era grave, ou mesmo ser tratado”.</p> <p>Ee1:“Sim, acho que sim. Detetar...acho que mais rapidamente, portanto, seria mais rápido nós encaminharmos para o especialista do que para o hospital, demora muito mais tempo”.</p> <p>Ee2:“ Poderia. Mas tinha que haver médicos e enfermeiros com formação especializada”</p>
--	--	--

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>Ee3:“Claro que sim. Assim como as outras áreas...rastreado as pessoas mais cedo, haveria menos problemas mais tarde...na prevenção”.</p> <p>Ee4:“Primeiro porque ia desentupir o serviço hospitalar que deveria ser utilizado só em último recurso. Estamos a falar, que estamos a diagnosticar, portanto...poderiam ser utilizados pelos cuidados de saúde primários, para mim faz todo sentido”.</p>
Perspetiva do profissional	Centro de Saúde. x outros serviços de saúde	<p><u>Questão 13:</u> Na sua opinião, qual ou quais são as razões que fazem com que os utentes se dirijam aos Centros de Saúde e não a outros Serviços de Saúde quer no Particular ou no Privado?</p>	<p>Em1:“Porque a medicina geral é o princípio de tudo, tudo começa por aqui. Para ir a outro médico tem que passar pelo médico de família. Nós somos o princípio, não significa que somos a solução do problema mas somos o princípio”.</p> <p>Em2:“Porque o médico de família é o que se costuma dizer...é pau para toda obra...o médico de família serve para tudo. É lógico que é muito mais barato para a pessoa dirigir-se a o médico, para uma prévia orientação do que ir logo a privada a gastar dinheiro e, as vezes, até nem sabem para onde é que se devem dirigir”.</p> <p>Em3:“Primeiro é monetário...depois que</p>

		<p>tem um problema ...é que já é preciso ir ... a urgência”.</p> <p>Em4:“Eu só posso falar por mim...os meus utentes, vêm a mim, porque eu sou a médica de família deles...e eu trabalho no centro de saúde. E depois eu posso fazer o encaminhamento para outras áreas”.</p> <p>Em5:“Penso que hoje em dia é a crise”.</p> <p>Em6:“Falta de dinheiro. Os serviços nos centros de saúde já estão habituados...as consultas particulares é sempre a pagar e muito”.</p> <p>Em7:“Meios económicos. A consulta aqui é três euros, há quem não paga nada...Eles preferem pagar aqui três euros, vem cá e pedem uma consulta no otorrino e eu peço, e eu digo, vai ter que esperar um ano...”.</p> <p>Em8:“Acho que é por falta de dinheiro”.</p> <p>Ee1:“Acho que é o médico de família. É o conhecimento, é o profissional em si. Eles tem confiança nele, e acho que é uma mais-valia”.</p> <p>Ee2:“Porque aqui há utentes que têm médico de família há muitos anos e dão-se muito bem com o médico e têm uma boa</p>
--	--	---

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>relação e continuam a vir cá. Mas, eu acho que há hoje, uma população hoje em dia, que opte para ir para o privado por causa das consultas, dificuldade de ir ao médico de família e dificuldade de resposta. Mas nesta extensão, acho que é porque eles têm uma boa relação com o médico, porque o médico ajuda e pronto”.</p> <p>Ee3:“Pela parte monetária, provavelmente. Ou então, desconhecimento”.</p> <p>Ee4:“ Se falamos tanto em ir ao médico de família, e que o médico de família e que o enfermeiro de família devem conhecer a sua família e os seus utentes, pressupõe que também faz sentido que as pessoas venham em primeiro lugar a nós, aos cuidados de saúde primários. Se calhar também a parte monetária, e tendo em conta que até estamos com uma crise instalada, e que os idosos têm, normalmente esse tipo de problemas...os recursos monetários deles também não são os mais adequados, para irem ao privado”.</p>
Visão para o futuro	Fatores de inclusão	<u>Questão 14:</u> Porque acha que o Estado não destina verba para a	Em1: “Eu acho que não há técnicos que cheguem. Eu não sei bem qual é a razão, se por falta de verba ou por não haver

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

		<p>inclusão de algumas especialidades nos Centros de Saúde?</p>	<p>técnicos (...).”</p> <p>Em2: “Porque o Estado não tem dinheiro (...).”</p> <p>Em3: “Essa pergunta não é para mim...nem eu respondo. Não posso responder porque não sei. Isso é com o Estado”.</p> <p>Em4: “Neste momento, por causa da dita crise, penso eu. Mas um dos fatores muito importantes é mesmo a falta dos recursos humanos. Não há, não há médicos...acho que há mesmo falta de recursos humanos a todos os níveis e portanto, também nos centros de saúde”.</p> <p>Em5: “Não sei, não faço ideia”.</p> <p>Em6: “Possivelmente, por causa do problema económico-financeiro que estamos a atravessar e se calhar também porque não há sensibilização para isso”.</p> <p>Em7: “Acho que é uma questão de falta de interesse político/ incompetência, não são sensíveis as necessidades da população (...).”</p> <p>Em8: “Isso não é comigo, eu não sei. Não vou dizer não”.</p> <p>Ee1: “Não sei. Não faço a mínima ideia...há agora tantos cortes no salário.</p>
--	--	---	---

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>Não sei”.</p> <p>Ee2:“Já houve. Por exemplo, em Albufeira, tivemos ortopedia, tivemos pediatria, tivemos ginecologia. Isso há três anos atrás. Pediatria muito mais atrás e ortopedia. Mas depois quando os médicos deixam de vir por alguma razão, não são substituídos. Temos psiquiatria. Em Albufeira há psiquiatria”.</p> <p>Ee3:“Parte económica é claro. De certeza!”.</p> <p>Ee4:“Má gestão, porque ainda não perceberam que prevenir é bem mais importante a nível de recursos económicos, de gastos de profissionais de saúde, do que se fizessem uma boa gestão dos recursos que têm, o que nos cuidados de saúde primários fazia todo sentido. Apostar na prevenção. Eram detetadas as situações muito mais cedo, era bem melhor para o utente, que não via a situação a ser arrastada, os hospitais seriam só...terem que atender aquelas situações que se justificassem mais complicadas e todo o resto poderia ser feito no centro de saúde. Isso é má gestão, acho que são más políticas de saúde. Ainda não conseguiram perceber que apostem na prevenção e não na cura e no tratamento. Coisas</p>
--	--	--	---

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			que já se falam desde os anos 60”.
Visão para o futuro	Fatores favoráveis	<p><u>Questão 16:</u> Acha que poderão existir fatores que possam favorecer no futuro a criação de Serviços de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde?</p>	<p>Em1: “Para já não, não vejo ainda.... é preciso ter muito mais espaço do que isso (...).”</p> <p>Em2:“Há muita coisa ainda que têm de existir no centro de saúde e evoluir no centro de saúde antes de haver ...ora digamos, um departamento de audiologia clínica...o Sr. Ministro disse que a partir de Março iria existir. Consultas de diabetes em todos os centros de saúde”.</p> <p>Em3:“Não vejo assim perspetivas...mas a princípio não”.</p> <p>Em4:“Não sei. Isso já me ultrapassa. Faz parte já de gestão ou de coordenação”.</p> <p>Em5: “Quando eu digo neste centro aqui, penso que não. Porque é um espaço muito pequenino”.</p> <p>Em6:“No futuro...penso que, se calhar, nos próximos anos”.</p> <p>Em7:“Eu acho que tá muito distante, de todos...acho que tá muito mesmo distante. Acho que nem tão aí voltados”.</p> <p>Em8:“Eu acho que sim”.</p>

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>Ee1: “Sim, creio que sim”.</p> <p>Ee2: “ Se o país ganhar no euromilhões...consesegue sim, mas...nesse momento eu não vejo isso acontecer...a quantidade de pessoal é reduzida. E para começar a fazer coisas novas há investimento em formação, em material, no sítio adequado”.</p> <p>Ee3: “Claro que sim. Basta marcar para as pessoas virem”.</p> <p>Ee4: “ Eu gostava que sim. Se todos conseguíssemos falar a mesma se todos percebêssemos o que é importante, eu penso que sim. Estariam reunidas as condições”.</p>
	Dificuldades encontradas	<p><u>Questão 17:</u> Que tipo de dificuldades encontra para a criação de consultas de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde?</p>	<p>Em1: É colocar técnicos, não há profissionais.</p> <p>Em2: Que dificuldades encontro? Para já, como eu disse, é necessário outras estruturas. É necessário admitir pessoal, também. Até agora tá fora de questão. Teria de evoluir muita coisa. Como lhe digo, antes de audiologia clínica teria que existir outros departamentos.</p> <p>Em3: Primeiro nem temos consultas desse tipo, por isto... não há dificuldade. Se há consultas poderia ter dificuldade para marcar ou não marcar, como não temos, não há</p>

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

		<p>nem consultas, nem dificuldades. Em princípio, eu penso que isto deveria ser uma organização de médicos ORL que deveriam avançar com esta proposta né.</p> <p>Em4: Tirando mesmo os recursos humanos. Portanto, pessoal especializado nessa área...não vejo mais nenhuma dificuldade. Embora, pronto! Nós, clínicos gerais, temos que ver o doente num todo. Não é só a audição que é importante, a visão é muito importante e todo o resto né. Portanto, se nos centros de saúde houvesse uma consulta secundária de todas as áreas, eu acredito que não comportassem, não sei. Não...para nós, não conseguimos favorecer só uma área, não é. No caso, a audilogia.</p> <p>Em5: Espaço. Agora na sede não, na sede provavelmente acho que sim, acho que há.</p> <p>Em6: Eu penso que seriam mais vencimentos é...na função pública, e se nesse momento estão a fazer cortes, não se admitem mais profissionais, não me parece que tenham esse interesse.</p> <p>Em7: Questões políticas, só isso.</p> <p>Em8: Acho que é falta de</p>
--	--	---

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

			<p>especialista e depois é falta de espaço, não sei. Mas para ir a uma consulta em faro também não é fácil.</p> <p>Ee1:“Falta de profissional”.</p> <p>Ee2:“A mesma resposta da pergunta anterior”.</p> <p>Ee3:“Nenhuma. Só a questão de bom senso de qualidade e de dinheiro”.</p> <p>Ee4:“Nenhuma. Eu acho que não há nenhuma dificuldade. Eu acho que é mesmo as pessoas conversarem e pensar na gestão do espaço”.</p>
--	--	--	--

ANEXO 3 – Questionário (utentes)

QUESTIONÁRIO

Caro utente,

Este questionário, destinado aos utentes dos Centros de Saúde do Concelho de Albufeira, elaborado no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional na Saúde – Especialização em Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde, tem como objetivo contribuir com informações que torne possível verificar a necessidade de “Traçar um Plano de Desenvolvimento do Serviço de Audiologia Clínica no Concelho de Albufeira” integrando-o aos Cuidados Primários de Saúde.

O documento é anónimo e confidencial! As suas respostas são absolutamente determinantes na qualidade da investigação, pelo que solicito que a todas responda sincera, completa e objetivamente. Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens, pretendendo-se apenas que elas reflitam a realidade ou a experiência que teve nas situações colocadas ou apenas que expresse a sua opinião.

Obrigada pela sua colaboração!

1. Sexo

1.1. Feminino

1.2. Masculino

2. Idade: _____

3. Freguesia: _____

4. Concelho: _____

5. Distrito: _____

6. Grau de escolaridade:

6.1. Sem instrução

6.2. Com instrução inferior ao ensino básico

6.3. Ensino básico

6.4. Ensino secundário

6.5. Ensino Superior

7. Profissão (especifique): _____

8. Considera a sua audição como um sentido:

- 8.1. Extremamente importante
- 8.2. Importante
- 8.3. Pouco importante
- 8.4. Sem importância

9. Já fez alguma avaliação auditiva?

- 9.1. Sim
- 9.2. Não

10. Se respondeu sim a pergunta 9, responda com que regularidade faz as avaliações?

- 10.1. Anualmente
- 10.2. Semestralmente
- 10.3. Quando solicitado pelo médico
- 10.4. Fez apenas uma vez, numa situação pontual

11. Com relação as marcações para realizar os exames auditivos. Qual o tempo de espera para a realização do exame:

- 11.1. Menos de uma semana
- 11.2. 15 dias
- 11.3. 1 mês
- 11.4. Mais de 1 mês
- 11.5. Não sabe ou desconhece

12. Onde costuma fazer o exame auditivo?

- 12.1. Hospital Privado
- 12.2. Clínica Particular
- 12.3. Hospital Público
- 12.4. Outros

Quais? _____

13. Já teve problemas de infeções no ouvido?

13.1. Sim

13.2. Não

14. Se respondeu sim na pergunta anterior, responda então como fez o seu tratamento

14.1. Através de medicação prescrita pelo Médico

14.2. Através de medicação sugerida por amigos ou parentes

14.3. Através de receita caseira

14.4. Não fez nenhum tipo de tratamento

15. É portador(a) de uma perda auditiva?

15.1. Sim

15.2. Não

Se não é portador(a) de uma perda auditiva, vá direto a questão 22

16. Há quanto tempo apresenta a perda auditiva?

16.1. Menos de 5 anos

16.2. Entre 5 e 10 anos

16.3. 11 ou mais anos

16.4. Desde o nascimento

17. Se sente que tem problemas auditivos, qual ou quais as situações que o(a) levam a ter esta sensação?

17.1. Ouve mas não percebe o que lhe é dito

17.2. Tem dificuldades em ouvir ao telefone

17.3. Só ouve a TV com o som muito alto

17.4. Tem dificuldades em ouvir em ambientes ruidosos

17.5. Outras

Quais? _____

18. Quando sentiu que não estava a ouvir bem procurou logo ajuda Médica?

18.1. Sim

18.2. Não

19. Foi-lhe indicado uma prótese auditiva?

19.1. Sim

19.2. Não

20. Faz uso de uma prótese auditiva?

20.1. Sim

20.2. Não

21. Se respondeu não a pergunta 20 e têm dificuldade em ouvir, indique o porquê de não utilizar uma prótese:

21.1. Vergonha

21.2. Questões financeiras

21.3. Não foi receitado pelo Médico

21.4. Não acha necessário

21.5. Outras

Quais? _____

22. Considera que é importante avaliar a audição?

22.1. Sim

22.2. Não

23. Porquê?

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

24. Em que fase da vida acha que deve ser feito o teste da audição?

24.1. A partir dos primeiros anos de vida

24.2. Em crianças na fase escolar

24.3. Na fase adulta

24.4. Na “velhice”

24.5. Não sabe

25. Considera importante ter o Serviço de Audiologia (exames auditivos) nos Centros de Saúde?

25.1. Sim

25.2. Não

26. Porquê?

Obrigada pela sua participação!

ANEXO 4 – Análise estatística dos inquéritos (SPSS)

Resultados Estatísticos

Tabela 1 – Sexo dos inqueridos

Statistics

Sexo

N	Valid	400
	Missing	0

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	262	65,5	65,5	65,5
Masculino	138	34,5	34,5	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Tabela 2 – Grupo etário

Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18 a 24	9	2,3	2,3	2,3
25 a 34	30	7,5	7,5	9,8
35 a 44	53	13,3	13,3	23,0
45 a 54	90	22,5	22,5	45,5
55 a 64	90	22,5	22,5	68,0
65 e mais anos	128	32,0	32,0	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Tabela 3 – Importância da audição

		Importância audição			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	extremamente importante	264	66,0	66,0	66,0
	Importante	135	33,8	33,8	99,8
	sem importância	1	,3	,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Tabela 4 – Cruzamento: Importância da audição x Avaliação auditiva

Importância audição * Avaliação auditiva Crosstabulation					
			Avaliação auditiva		Total
			Sim	Não	
Importância audição	Extremamente importante	Count	85	178	263
		% within Importância audição	32,3%	67,7%	100,0%
		% within Avaliação auditiva	68,5%	64,7%	65,9%
		% of Total	21,3%	44,6%	65,9%
	Importante	Count	39	96	135
		% within Importância audição	28,9%	71,1%	100,0%
		% within Avaliação auditiva	31,5%	34,9%	33,8%
		% of Total	9,8%	24,1%	33,8%
	Sem importância	Count	0	1	1
		% within Importância audição	,0%	100,0%	100,0%
		% within Avaliação auditiva	,0%	,4%	,3%
		% of Total	,0%	,3%	,3%
Total	Count	124	275	399	
	% within Importância audição	31,1%	68,9%	100,0%	
	% within Avaliação auditiva	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	31,1%	68,9%	100,0%	

Tabela 5 – Qui-Quadrado: Importância da audição x Avaliação auditiva

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,942 ^a	2	,624
Likelihood Ratio	1,238	2	,538
Linear-by-Linear Association	,731	1	,393
N of Valid Cases	399		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,31.

Tabela 6 – Regularidade da avaliação

Statistics

Regularidade da avaliação

N	Valid	Missing
	125	275

Regularidade da avaliação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anualmente	16	4,0	12,8	12,8
	Semestralmente	3	,8	2,4	15,2
	quando solicitado pelo médico	29	7,3	23,2	38,4
	fez apenas uma vez, numa situação pontual	77	19,3	61,6	100,0
	Total	125	31,3	100,0	
Missing	0	275	68,8		
Total		400	100,0		

Tabela 7 – Tempo de espera

		Tempo de espera			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menos de uma semana	34	8,5	27,2	27,2
	15 dias	12	3,0	9,6	36,8
	1 mês	5	1,3	4,0	40,8
	mais de 1 mês	11	2,8	8,8	49,6
	não sabe ou desconhece	63	15,8	50,4	100,0
	Total	125	31,3	100,0	
Missing	0	275	68,8		
Total		400	100,0		

Tabela 8 – Local de exame

		Local do exame			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	hospital privado	11	2,8	8,9	8,9
	clínica particular	35	8,8	28,2	37,1
	hospital público	29	7,3	23,4	60,5
	Outros	49	12,3	39,5	100,0
	Total	124	31,0	100,0	
Missing	0	275	68,8		
	System	1	,3		
	Total	276	69,0		
Total		400	100,0		

Tabela 9 – Outros locais de exame

Outros locais de exame

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	350	87,5	87,5	87,5
não foi em Portugal	9	2,3	2,3	89,8
Rastreio	29	7,3	7,3	97,0
carrinha móvel	1	,3	,3	97,3
Exército	4	1,0	1,0	98,3
medicina do trabalho	2	,5	,5	98,8
Marinha	1	,3	,3	99,0
clinica de aparelhos auditivos	4	1,0	1,0	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Tabela 10 – Cruzamento: Infecção auditiva x Avaliação auditiva

Avaliação auditiva * Infecções no ouvido Crosstabulation

			Infecções no ouvido			Total
			0	Sim	não	
Avaliação auditiva	sim	Count	0	59	65	124
		% within Avaliação auditiva	,0%	47,6%	52,4%	100,0%
		% within Infecções no ouvido	,0%	40,4%	25,8%	31,1%
		% of Total	,0%	14,8%	16,3%	31,1%
Avaliação auditiva	não	Count	1	87	187	275
		% within Avaliação auditiva	,4%	31,6%	68,0%	100,0%
		% within Infecções no ouvido	100,0%	59,6%	74,2%	68,9%
		% of Total	,3%	21,8%	46,9%	68,9%
Total		Count	1	146	252	399
		% within Avaliação auditiva	,3%	36,6%	63,2%	100,0%
		% within Infecções no ouvido	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	,3%	36,6%	63,2%	100,0%

Tabela 11 – Qui- Quadrado: Avaliação auditiva x Infeção no ouvido

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,673 ^a	2	,008
Likelihood Ratio	9,814	2	,007
Linear-by-Linear Association	8,282	1	,004
N of Valid Cases	399		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,31.

Tabela 12 - Tipo de tratamento

		Tipo de tratamento			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medicação prescrita pelo médico	96	24,0	65,3	65,3
	medicação sugerida por amigos ou parentes	3	,8	2,0	67,3
	receita caseira	25	6,3	17,0	84,4
	não fez nenhum tipo de tratamento	23	5,8	15,6	100,0
	Total	147	36,8	100,0	
Missing	0	252	63,0		
	System	1	,3		
Total		253	63,3		
Total		400	100,0		

Tabela 13 – Cruzamento: Avaliação da perda auditiva x Perda auditiva

Avaliação auditiva * Perda autitiva Crosstabulation

			Perda autitiva			Total
			0	Sim	Não	
Avaliação auditiva	sim	Count	0	53	71	124
		% within Avaliação auditiva	,0%	42,7%	57,3%	100,0%
		% within Perda autitiva	,0%	39,0%	27,2%	31,1%
		% of Total	,0%	13,3%	17,8%	31,1%
Avaliação auditiva	não	Count	2	83	190	275
		% within Avaliação auditiva	,7%	30,2%	69,1%	100,0%
		% within Perda autitiva	100,0%	61,0%	72,8%	68,9%
		% of Total	,5%	20,8%	47,6%	68,9%
Total		Count	2	136	261	399
		% within Avaliação auditiva	,5%	34,1%	65,4%	100,0%
		% within Perda autitiva	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	,5%	34,1%	65,4%	100,0%

Tabela 14 – Qui- Quadrado: Avaliação auditiva x Perda auditiva

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,687 ^a	2	,035
Likelihood Ratio	7,164	2	,028
Linear-by-Linear Association	4,422	1	,035
N of Valid Cases	399		

Tabela 15 – Tempo da perda auditiva

		Tempo de perda auditiva			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	menos de 5 anos	80	20,0	58,8	58,8
	entre 5 e 10 anos	37	9,3	27,2	86,0
	11 ou mais anos	18	4,5	13,2	99,3
	desde o nascimento	1	,3	,7	100,0
	Total	136	34,0	100,0	
Missing	0	264	66,0		
Total		400	100,0		

Tabela 16 – Cruzamento: Tempo da perda auditiva x Idade

idade * Tempo de perda auditiva Crosstabulation

		Tempo de perda auditiva				Total	
		menos de 5 anos	entre 5 e 10 anos	11 ou mais anos	desde o nascimento		
idade	25 a 34	Count	1	2	0	0	3
		% within idade	33,3%	66,7%	,0%	,0%	100,0%
		% within Tempo de perda auditiva	1,3%	5,4%	,0%	,0%	2,2%
		% of Total	,7%	1,5%	,0%	,0%	2,2%
35 a 44	Count	4	2	1	0	7	
		% within idade	57,1%	28,6%	14,3%	,0%	100,0%
		% within Tempo de perda auditiva	5,0%	5,4%	5,6%	,0%	5,1%
		% of Total	2,9%	1,5%	,7%	,0%	5,1%
45 a 54	Count	25	2	3	0	30	
		% within idade	83,3%	6,7%	10,0%	,0%	100,0%
		% within Tempo de perda auditiva	31,3%	5,4%	16,7%	,0%	22,1%
		% of Total	18,4%	1,5%	2,2%	,0%	22,1%
55 a 64	Count	15	7	4	1	27	
		% within idade	55,6%	25,9%	14,8%	3,7%	100,0%
		% within Tempo de perda auditiva	18,8%	18,9%	22,2%	100,0%	19,9%

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

	% of Total	11,0%	5,1%	2,9%	,7%	19,9%
65 e mais anos	Count	35	24	10	0	69
	% within idade	50,7%	34,8%	14,5%	,0%	100,0%
	% within Tempo de perda auditiva	43,8%	64,9%	55,6%	,0%	50,7%
	% of Total	25,7%	17,6%	7,4%	,0%	50,7%
Total	Count	80	37	18	1	136
	% within idade	58,8%	27,2%	13,2%	,7%	100,0%
	% within Tempo de perda auditiva	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	58,8%	27,2%	13,2%	,7%	100,0%

Tabela 17 – Frequência das queixas

\$Queixas Frequencies

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Queixas ^a Ouve mas não percebe	123	35,4%	89,8%
Dificuldade ao telefone	48	13,8%	35,0%
Tv muito alta	71	20,5%	51,8%
Dificuldade no ruído	105	30,3%	76,6%
Total	347	100,0%	253,3%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabela 18 – Cruzamento: Indicação de prótese auditiva x Ajuda médica

Indicação de prótese auditiva * Procurou ajuda médica Crosstabulation

			Procurou ajuda médica		Total
			Sim	Não	
Indicação de prótese auditiva	Sim	Count	10	3	13
		% within Indicação de prótese auditiva	76,9%	23,1%	100,0%
		% within Procurou ajuda médica	27,8%	75,0%	32,5%
		% of Total	25,0%	7,5%	32,5%
	Não	Count	26	1	27
		% within Indicação de prótese auditiva	96,3%	3,7%	100,0%
		% within Procurou ajuda médica	72,2%	25,0%	67,5%
		% of Total	65,0%	2,5%	67,5%
Total	Count	36	4	40	
	% within Indicação de prótese auditiva	90,0%	10,0%	100,0%	
	% within Procurou ajuda médica	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	90,0%	10,0%	100,0%	

Tabela 19 – Qui- quadrado: Indicação de prótese x Ajuda médica

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,659 ^a	1	,056		
Continuity Correction ^b	1,823	1	,177		
Likelihood Ratio	3,407	1	,065		
Fisher's Exact Test				,092	,092
Linear-by-Linear Association	3,568	1	,059		
N of Valid Cases	40				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,30.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 20 – Cruzamento: Indicação de prótese x Uso de prótese

Indicação de prótese auditiva * Faz uso de prótese auditiva Crosstabulation

			Faz uso de prótese auditiva		Total
			Sim	não	
Indicação de prótese auditiva	Sim	Count	7	6	13
		% within Indicação de prótese auditiva	53,8%	46,2%	100,0%
		% within Faz uso de prótese auditiva	100,0%	18,2%	32,5%
		% of Total	17,5%	15,0%	32,5%
	Não	Count	0	27	27
		% within Indicação de prótese auditiva	,0%	100,0%	100,0%
		% within Faz uso de prótese auditiva	,0%	81,8%	67,5%
Total	Count	7	33	40	
	% within Indicação de prótese auditiva	17,5%	82,5%	100,0%	
	% within Faz uso de prótese auditiva	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	17,5%	82,5%	100,0%	

Tabela 21 – Qui- quadrado: Indicação de prótese x Uso de prótese

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17,622 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	14,090	1	,000		
Likelihood Ratio	19,153	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	17,182	1	,000		
N of Valid Cases	40				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,28.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 22 – Cruzamento: Indicação de prótese x Local de exame

Indicação de prótese auditiva * Local do exame Crosstabulation							
		Local do exame				Total	
		hospital privado	clínica particular	hospital público	outros		
Indicação de prótese auditiva	sim	Count	2	3	2	6	13
		% within Indicação de prótese auditiva	15,4%	23,1%	15,4%	46,2%	100,0%
		% within Local do exame	66,7%	33,3%	28,6%	66,7%	46,4%
		% of Total	7,1%	10,7%	7,1%	21,4%	46,4%
	não	Count	1	6	5	3	15
		% within Indicação de prótese auditiva	6,7%	40,0%	33,3%	20,0%	100,0%
		% within Local do exame	33,3%	66,7%	71,4%	33,3%	53,6%
		% of Total	3,6%	21,4%	17,9%	10,7%	53,6%
Total		Count	3	9	7	9	28
		% within Indicação de prótese auditiva	10,7%	32,1%	25,0%	32,1%	100,0%
		% within Local do exame	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	10,7%	32,1%	25,0%	32,1%	100,0%

Tabela 23 – Cruzamento: Indicação de prótese x Outros locais

Indicação de prótese auditiva * Outros locais de exame Crosstabulation

			Outros locais de exame					Total
			não foi em Portugal	Rastreio	Exército	medicina do trabalho	clínica de aparelhos auditivos	
Indicação de prótese auditiva	Sim	Count	0	1	1	0	4	6
		% within Indicação de prótese auditiva	,0%	16,7%	16,7%	,0%	66,7%	100,0%
		% within Outros locais de exame	,0%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%	66,7%
		% of Total	,0%	11,1%	11,1%	,0%	44,4%	66,7%
Indicação de prótese auditiva	não	Count	2	0	0	1	0	3
		% within Indicação de prótese auditiva	66,7%	,0%	,0%	33,3%	,0%	100,0%
		% within Outros locais de exame	100,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	33,3%
		% of Total	22,2%	,0%	,0%	11,1%	,0%	33,3%
Total		Count	2	1	1	1	4	9
		% within Indicação de prótese auditiva	22,2%	11,1%	11,1%	11,1%	44,4%	100,0%
		% within Outros locais de exame	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	22,2%	11,1%	11,1%	11,1%	44,4%	100,0%

Tabela 24 – Cruzamento: Não uso de prótese x Perda auditiva x Indicação de prótese

Razão de não utilizar prótese * Perda auditiva * Indicação de prótese auditiva Crosstabulation

Indicação de prótese auditiva				Perda auditiva	
				Sim	Total
Sim	Razão de não utilizar prótese	Vergonha	Count	1	1
			% within Razão de não utilizar prótese	100,0%	100,0%
			% within Perda auditiva	16,7%	16,7%
			% of Total	16,7%	16,7%
	Questões financeiras	Vergonha	Count	4	4
			% within Razão de não utilizar prótese	100,0%	100,0%
			% within Perda auditiva	66,7%	66,7%
			% of Total	66,7%	66,7%
	Não acha necessário	Vergonha	Count	1	1
			% within Razão de não utilizar prótese	100,0%	100,0%
			% within Perda auditiva	16,7%	16,7%
			% of Total	16,7%	16,7%
Total	Vergonha	Count	6	6	
		% within Razão de não utilizar prótese	100,0%	100,0%	
		% within Perda auditiva	100,0%	100,0%	
		% of Total	100,0%	100,0%	
Não	Razão de não utilizar prótese	Questões financeiras	Count	4	4
			% within Razão de não utilizar prótese	100,0%	100,0%
			% within Perda auditiva	14,8%	14,8%
			% of Total	14,8%	14,8%
	Não foi receitado pelo médico	Questões financeiras	Count	18	18
			% within Razão de não utilizar prótese	100,0%	100,0%
			% within Perda auditiva	66,7%	66,7%
			% of Total	66,7%	66,7%
	Não acha necessário	Questões financeiras	Count	5	5
			% within Razão de não utilizar prótese	100,0%	100,0%
			% within Perda auditiva	18,5%	18,5%
			% of Total	18,5%	18,5%

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

	% of Total	18,5%	18,5%
Total	Count	27	27
	% within Razão de não utilizar prótese	100,0%	100,0%
	% within Perda auditiva	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

Tabela 25 – Importância da avaliação auditiva

Importância da avaliação da audição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	400	100,0	100,0	100,0

Tabela 26 – “Porquê” da importância da avaliação auditiva.

Porquê da importância da avaliação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Saber se esta bem	88	22,0	22,0	22,0
Para não ficar pior	33	8,3	8,3	30,3
Pq a audição é um dos sentidos q precisam ser perfeitos	4	1,0	1,0	31,3
Pq é um dos 5 sentidos q nos faz falta para comunicar	15	3,8	3,8	35,0
Se sentir que ouve mal	32	8,0	8,0	43,0
É importante a partir de uma certa idade	21	5,3	5,3	48,3
Pq é importante	32	8,0	8,0	56,3
Pq ouvir é como ver	7	1,8	1,8	58,0
Pq a audição faz parte da nossa saúde	4	1,0	1,0	59,0
Pq por vezes sentimos mal e precisamos ver	1	,3	,3	59,3
Para ouvir melhor	23	5,8	5,8	65,0
Para prevenir	42	10,5	10,5	75,5

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

Pq cada vez mais as pessoas tem problemas auditivos	2	,5	,5	76,0
Pq dá maior qualidade de vida as pessoas	5	1,3	1,3	77,3
Principalmente quem tem dificuldade em ouvir	1	,3	,3	77,5
Pq ouvir é chato, é o mesmo que ser muda	1	,3	,3	77,8
Para a saúde e o bem-estar	4	1,0	1,0	78,8
Pq há pessoas que tem problemas e não ouvem	23	5,8	5,8	84,5
Pq é impensável não ouvir bem e é mal para quem o rodeia	1	,3	,3	84,8
Pq ouvir é um bem essencial	5	1,3	1,3	86,0
Pq não ouvir é um descontrolo, precisa sempre gritar	2	,5	,5	86,5
Pq uma pessoa que não ouve bem não comunica	3	,8	,8	87,3
Para poder se comunicar	10	2,5	2,5	89,8
Para as pessoas que tem carta de condução e para a comunicação	4	1,0	1,0	90,8
Para fazer um tratamento	8	2,0	2,0	92,8
É um dom q Deus nos deu e devemos conservar até o fim da vida	1	,3	,3	93,0
Por questões de segurança	4	1,0	1,0	94,0
Para prevenir problemas nas crianças	2	,5	,5	94,5
especialmente os mais novos	1	,3	,3	94,8
para não perder a audição e ter q comprar um aparelho	2	,5	,5	95,3
não sabe dizer	3	,8	,8	96,0
para prevenir a surdez e evitar otites	2	,5	,5	96,5

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

pq faz falta no cs p nao ter q ir a faro ou portimaõ	1	,3	,3	96,8
pq a perda auditiva causa desequilíbrio	3	,8	,8	97,5
pq a pessoa que não ouve se isola	2	,5	,5	98,0
pq o MP3 pode fazer mal a audição	2	,5	,5	98,5
para saber o grau de dificuldade da audição	1	,3	,3	98,8
deveria ser feito a partir dos 30 anos	1	,3	,3	99,0
pq não ouvir é horrível	3	,8	,8	99,8
pq deveria ser um teste de rotina anual	1	,3	,3	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Tabela 27 – Fases de exame

\$Fase Frequencies

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Fase ^a	Primeiros anos de vida	289	27,6%	72,4%
	Fase escolar	267	25,5%	66,9%
	Fase adulta	230	21,9%	57,6%
	Velhice	229	21,8%	57,4%
	Não sabe	34	3,2%	8,5%
Total		1049	100,0%	262,9%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabela 28 – Importância do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde

Importância da audiolgia nos C.S.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	400	100,0	100,0	100,0

Tabela 29 – “Porquê” da importância do Serviço de Audiologia Clínica nos Centros de Saúde

		Pq é importante aud. nos C.S.			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pq não há transporte para se deslocar nem dinheiro p deslocar	23	5,8	5,8	5,8
	Pq é mais perto	82	20,5	20,5	26,3
	Pq no CS as pessoas tinham mais acesso e previniam	5	1,3	1,3	27,5
	Pq não há especialistas no CS e seria bom fazer esse rastreio	2	,5	,5	28,0
	Para evitar burlas o CS é mais seguro	4	1,0	1,0	29,0
	Pq é mais acessível, mais perto e mais barato	58	14,5	14,5	43,5
	Pq pagamos impostos e temos direito a saúde	9	2,3	2,3	45,8
	Pq vinha a consulta do Médico Fam e fazia o teste auditivo	25	6,3	6,3	52,0
	Pq há pessoas que podem pagar e outras que não	10	2,5	2,5	54,5
	Prevenção	1	,3	,3	54,8
	Pq é mais acessível e onde está o médico de fam	7	1,8	1,8	56,5
	Pq é mais perto e não precisa pagar deslocação	12	3,0	3,0	59,5
	Não fazia diferença	1	,3	,3	59,8
	Pq temos direito e pq é mais perto	1	,3	,3	60,0
	Pq é mais perto e mais barato	13	3,3	3,3	63,3
	Pq o Centro de saúde é o lugar onde as pessoas vão c freq	15	3,8	3,8	67,0
	É mais acessível	29	7,3	7,3	74,3

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

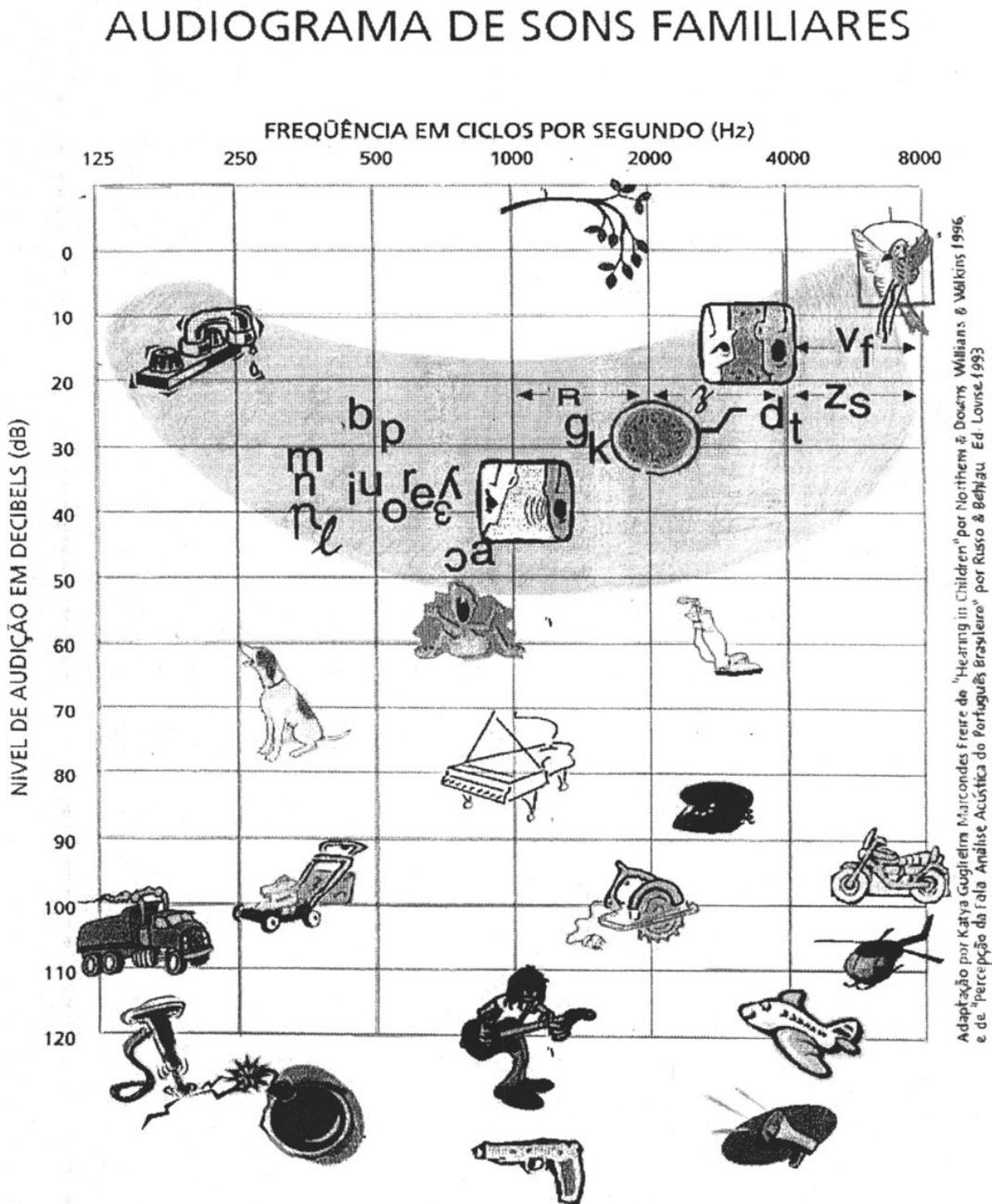
Pq não era preciso andar atrás, era mais fácil	4	1,0	1,0	75,3
Pq poderia integrar o Méd. fam com o profissional especialista	2	,5	,5	75,8
Pq pagava-se menos do que ir a um especialista	9	2,3	2,3	78,0
Pq é o lugar onde deveria ter os serviços básicos de saúde	6	1,5	1,5	79,5
Pq deveria fazer parte do SNS, com um programa de prevenção	2	,5	,5	80,0
Pq o CS é o local indicado	13	3,3	3,3	83,3
Pq deveria ser feito rastreio auditivo da mesma forma que faz-se a outras áreas do corpo	1	,3	,3	83,5
Para saber se as crianças têm problemas	1	,3	,3	83,8
Para ser acessível a todas as classes sociais	4	1,0	1,0	84,8
É um serviço como outro qquer	1	,3	,3	85,0
para fazer com mais regularidade	3	,8	,8	85,8
faz falta ter outras especialidades no cs	8	2,0	2,0	87,8
nos hospitais tem uma lista de espera muito grande	9	2,3	2,3	90,0
pq o cs não tem capacidade para isso	1	,3	,3	90,3
as taxas moderadoras nos hosp. são muito caras	1	,3	,3	90,5
para descentralizar os cuidados de saúde nos hosp. públicos	3	,8	,8	91,3
pq é bom	3	,8	,8	92,0
mais rápido	4	1,0	1,0	93,0
pq as pessoas idosas vão ao cs	5	1,3	1,3	94,3

Plano de Desenvolvimento dum Serviço de Audiologia Clínica. O estudo dos Centros de Saúde no Concelho de Albufeira.

pq os idosos não têm possibilidades de se deslocar	6	1,5	1,5	95,8
pq têm menos confusão	1	,3	,3	96,0
não sabe dizer	4	1,0	1,0	97,0
pq pode ser tratado pelos profissionais	1	,3	,3	97,3
pq as pessoas fazem na farmácia	1	,3	,3	97,5
pq se houvesse no cs já tinha feito	2	,5	,5	98,0
pq o SNS poderia dar segmento ao tratamento através de aparelhos	1	,3	,3	98,3
pq o CS é o núcleo da saúde q as pessoas vão qdo não há uma emergência	2	,5	,5	98,8
pq muita gente não tem seg. de saúde e só pode ir ao CS	4	1,0	1,0	99,8
pq se não for ao CS as pessoas não sabem onde ir	1	,3	,3	100,0
Total	400	100,0	100,0	

ANEXO 5 - Audiograma dos sons

FIGURA 5 – Banana da fala: Audiograma dos sons de acordo com a frequência em (Hz) e limiar de audibilidade (dB).



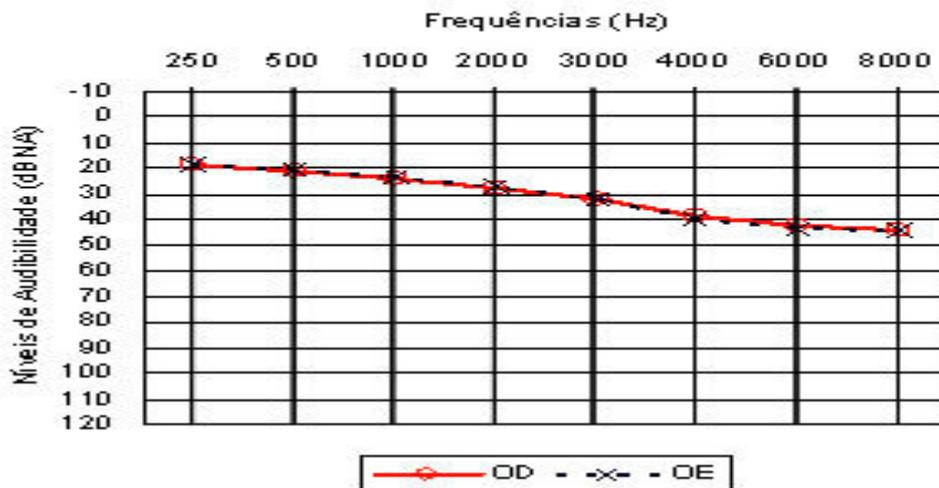
Fonte: FREIRE, 2008

A Figura 5 mostra um espectro de frequência dos sons da fala, entre outros sons cotidianos, colocados num audiograma padrão. A área sombreada representa a chamada "banana da fala", que contém a maioria dos elementos sonoros da linguagem verbal.

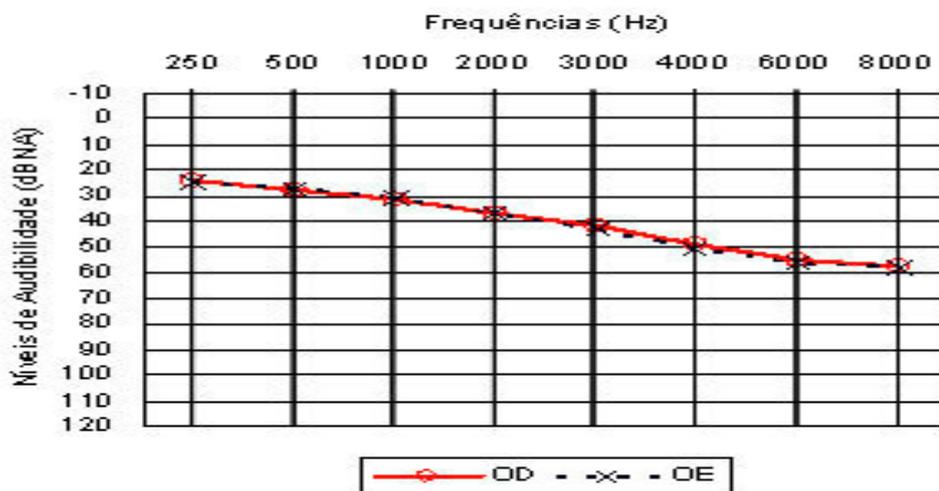
ANEXO 6 – Audiograma típico decorrente do envelhecimento

Figura 6 – Audiograma típico de perda auditiva decorrente do envelhecimento

Audiogramas obtidos a partir da média dos limiares de audibilidade dos indivíduos, segundo a variável faixa etária.



Idade 60-69 anos



Idade 70-79 anos

Fonte: Acta ORL (2006).

ANEXO 7 – Autorização para recolha de dados

09 MAIO 2012 001809

Exma. Senhora
Keith d'Ávila Pacheco Van Duijvenbode
Apartado 2292 - Aroal
8100-908 Boliqueime

Sua Referência Sua Comunicação Nossa Referência
Conselho Clínico
84/12
08-05-2012

ASSUNTO: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito de Dissertação de Mestrado subordinado ao tema "plano de Desenvolvimento de Audiologia Clínica no Concelho de Albufeira"

Em resposta ao vosso pedido, referente ao assunto em epígrafe, serviu o presente para confirmar a informação enviada por email em 23 de Novembro de 2011, onde após ser feita a reformulação solicitada pela Comissão de Ética da ARS Algarve, IP, se encontra autorizada a recolha de dados.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente do Conselho Clínico

Dr.ª Natália Correia

NC/plm

Urbanização Graça Mira, Lajana de Cima, 8000 - Faro Telf 289830300 - Fax 289830301
Email: acescentral@acescentral.min-saude.pt
<http://www.arsalgarve.min-saude.pt>