

Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde: uma questão de saúde pública

Communication difficulties between individuals with hearing disability and health professionals: a public health matter

Shamyr Sulyvan de Castro¹, Karina Mary Paiva², Chester Luiz Galvão César²

RESUMO

Objetivo: Descrever a ocorrência de relatos de pessoas com deficiência auditiva e múltipla (auditiva e visual e/ou mobilidade) quanto às dificuldades para ouvir e entender profissionais de saúde. **Métodos:** Estudo transversal, do tipo inquérito de saúde, realizado com sujeitos selecionados a partir de outros dois estudos de base populacional. A coleta dos dados ocorreu de forma domiciliar, por meio de entrevistas realizadas por entrevistadores treinados, em São Paulo e região. Foram coletadas informações sobre a dificuldade de ouvir e entender o que os profissionais de saúde disseram no último serviço de saúde usado, além de dados demográficos (idade, gênero e raça), econômicos (renda do chefe da família), tipo de serviço de saúde procurado, uso de plano privado de saúde e necessidade de auxílio para ir ao serviço de saúde. **Resultados:** Dos entrevistados, 35% relataram problemas para ouvir e entender os profissionais de saúde no último serviço visitado; 30,6% (IC95%: 23,4-37,8) para entender os médicos; 18,1% (IC95%: 12,0-24,1) para entender as enfermeiras; e 21,2% (IC95%: 14,8-27,6) para entender os outros funcionários. Não houve diferenças quando se considerou as variáveis demográficas, a necessidade de auxílio para tomar banho e se vestir, comer, levantar-se e/ou andar, possuir ou não plano privado de saúde e tipo de serviço de saúde visitado. **Conclusão:** Do total de pessoas entrevistadas, 35% relataram problemas para ouvir e entender o que foi dito por profissionais de saúde. Do total que relatou alguma dificuldade, 34,74% tinham deficiência auditiva e 35,38% deficiência múltipla.

Descritores: Serviços de saúde; Perda auditiva; Pessoas com deficiência; Comunicação em saúde; Equidade em saúde; Administração em saúde

INTRODUÇÃO

O grupo populacional constituído por pessoas com algum tipo de deficiência totaliza cerca de 600 milhões no mundo, segundo dados da Organização das Nações Unidas⁽¹⁾. No Brasil, aproximadamente 14,5% da população referiu algum tipo de deficiência no censo demográfico do ano de 2000⁽²⁾. Entre estes, mais de cinco milhões relataram deficiência auditiva, incluindo incapacidade auditiva e dificuldade de ouvir.

Observou-se uma porcentagem de 11,1% de pessoas com algum tipo de deficiência e de 4,4% de deficiência auditiva em áreas do estado de São Paulo⁽³⁾.

A deficiência auditiva caracteriza-se pela perda parcial ou total da capacidade de ouvir e pode se manifestar em diferentes graus (leve, moderado, severo e profundo), em virtude da redução da sensibilidade ou da discriminação auditiva. As consequências mais importantes da deficiência auditiva estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estão relacionadas à incapacidade auditiva e à desvantagem auditiva (*handicap*). A primeira relaciona-se ao comprometimento do desempenho e da habilidade de utilização da audição nas atividades diárias, como a percepção dos sons de fala e do ambiente. A outra repercute no desempenho das atividades do indivíduo e seu papel na sociedade, quanto as suas aspirações educacionais, sociais e ocupacionais em decorrência da deficiência e da incapacidade auditiva⁽⁴⁾.

A deficiência auditiva prejudica a compreensão da fala e, por isso, pessoas que a possuem necessitam utilizar estratégias para melhorar a comunicação. Tais estratégias se constituem

Trabalho realizado no Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: Não

(1) Departamento de Fisioterapia Aplicada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM – Uberaba (MG), Brasil.

(2) Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Shamyr Sulyvan de Castro. Departamento de Fisioterapia Aplicada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. Av. Getúlio Guaritá, 159, 3º andar, sala 331, Uberaba (MG), Brasil, CEP: 38025-440. E-mail: shamyrulyvan@gmail.com

Recebido em: 3/4/2011; **Aceito em:** 10/12/2011

em um conjunto de atitudes que facilitam a compreensão da mensagem, garantindo a efetividade da comunicação. O uso da leitura orofacial é uma das principais estratégias quando se apresenta um déficit auditivo, feito de forma inconsciente ao se comunicar por meio da observação da expressão facial, de gestos, modificações de postura e pistas que auxiliam na decodificação da informação. Assim, os indivíduos com deficiência auditiva tendem a apresentar um perfil diferenciado de saúde e de uso dos serviços de saúde, exigindo maior atenção e cuidado no atendimento⁽⁵⁾.

O sucesso da comunicação requer uma interação efetiva e competente entre os participantes deste processo. A precariedade na estrutura dos sistemas de saúde pode contribuir para a existência de falhas que se complicam à medida que as barreiras de linguagem se tornam presentes, comprometendo a qualidade da assistência⁽⁶⁾.

As pessoas com algum tipo de deficiência necessitam de cuidados especiais em saúde, por constituírem um grupo heterogêneo que reúne indivíduos com peculiaridades inerentes à sua deficiência⁽⁵⁾. O conhecimento dessas questões por parte dos profissionais de saúde é essencial na tentativa de se obter sucesso na comunicação, impedindo que essa deficiência possa afetar a troca de informações entre a pessoa que a possui e os profissionais de saúde^(7,8).

Iniciativas governamentais têm sido implementadas, buscando a igualdade para as pessoas com deficiência auditiva. Um exemplo delas é a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (Portaria nº 2.073/GM, de 6 de setembro de 2004), instituída com a finalidade de atender a população deficiente auditiva, garantindo a melhora da função auditiva e de desempenho comunicativo desse grupo populacional.

Estudos acerca dos problemas de comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde podem se constituir como um importante subsídio para o planejamento de ações voltadas para o treinamento e capacitação de recursos humanos no atendimento de pessoas com esse tipo de deficiência. Dessa forma, os direitos de uso e acesso integral aos serviços de saúde, instituídos pela Constituição Federal e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), poderiam ser garantidos a esse grupo populacional.

O objetivo desta pesquisa foi descrever a ocorrência de relatos de pessoas com deficiência auditiva referida ou deficiência múltipla (auditiva e outra) referida quanto às dificuldades para ouvir e entender profissionais de estabelecimentos de saúde (médicos, enfermeiros, recepcionistas, atendentes e outros funcionários).

MÉTODOS

Os dados da presente pesquisa são provenientes do estudo de Acessibilidade aos Serviços de Saúde por Pessoas com Deficiência, AceSS 2007, estudo transversal realizado na região da cidade de São Paulo no ano de 2007. As informações foram coletadas por meio de entrevistas domiciliares, utilizando

um questionário semiestruturado como instrumento. O questionário era composto de diferentes blocos, com perguntas específicas para cada tipo de deficiência estudada (mobilidade, visual e/ou auditiva), além de partes que foram respondidas por todos os entrevistados, independentemente da presença da deficiência. Foram utilizadas, no presente artigo, informações referentes à comunicação com os funcionários do serviço de saúde durante o último atendimento utilizado pelas pessoas que referiram deficiência auditiva. Assim, foram avaliados os relatos quanto aos problemas para ouvir e entender completamente o que médicos, enfermeiros, atendentes, recepcionistas e outros funcionários disseram durante os atendimentos. A equipe de entrevistadores de campo, que era composta por graduados em áreas da saúde e das ciências sociais, recebeu treinamento específico para a aplicação do questionário e 10% das entrevistas foram checadas aleatoriamente pelos supervisores de campo.

Os sujeitos do estudo AceSS foram selecionados a partir de dois inquéritos de saúde conduzidos no ano de 2001 (ISA-SP) e 2003 (ISA-Capital)*. As pessoas que referiram alguma deficiência nesses dois inquéritos foram selecionadas, listadas, localizadas e novamente entrevistadas no estudo AceSS 2007. Inicialmente, foram selecionadas 669 pessoas. Um estudo de campo prévio, para localizar os sujeitos a serem entrevistados, verificou que 116 pessoas haviam falecido, 27 haviam se mudado para fora da área estudada e 28 pessoas haviam corrigido suas deficiências**. Esses indivíduos foram excluídos da pesquisa por não apresentarem as características definidas para a amostra. Outras 101 pessoas não foram localizadas, 15 se recusaram a participar, 29 não foram encontradas em casa após três visitas em dias e horários diferentes, três não estavam aptas a responder e 17 não participaram por outras razões. Tais casos foram considerados perdas amostrais da pesquisa. Assim, partindo-se de uma amostra inicial de 498 pessoas, 333 foram entrevistadas no ano de 2007, resultando em uma taxa de resposta de 66,9% seis anos após o primeiro contato. Do total de 333 entrevistados, 160 pessoas tinham algum tipo de deficiência auditiva, e compuseram a amostra do presente estudo. As pessoas com surdez bilateral não foram incluídas na amostra.

Os dados referentes aos problemas para ouvir e entender o que os funcionários dos estabelecimentos de saúde disseram foram coletados em três perguntas específicas referentes ao último serviço de saúde utilizado, da seguinte forma: “*Em decorrência de sua dificuldade de audição, o(a) senhor(a) teve algum problema para ouvir e entender o que o médico disse?*”, tendo como alternativas para a resposta: “1) não; 2) sim; 3) parcialmente; 4) não fez consulta com o médico; 5) Não sabe/Não respondeu”. A mesma pergunta foi aplicada ao entrevistado em relação aos enfermeiros e outros funcionários***. Posteriormente, foi definida a variável dependente, problemas para ouvir e entender o que os funcionários disseram, agregando as respostas das três questões. Além disso, foram estudadas também, como variáveis independentes:

*www.fsp.usp.br/isa-sp

** Correções por cirurgias, como de catarata, e/ou outros tratamentos médicos.

*** Recepcionistas, atendentes e outros funcionários de nível médio de ensino.

gênero, idade (em quartis), renda do chefe da família em salários mínimos por mês (<1 sm, 1 sm, 2-4,99 sm, 5-7,99 sm, >8 sm), raça ou etnia (branco, negro/mulato, outros), necessidade de auxílio para tomar banho e vestir-se, comer, levantar-se e/ou andar, possuir ou não plano de saúde privado e tipo de serviço de saúde procurado pela última vez (UBS/AMA/ESF/PSF; consultório médico; ambulatório; emergência; hospital; outros.).

Para as análises estatísticas, foi adotado o nível de significância de 5% e utilizou-se o teste de Qui-Quadrado. O *software* EpiData foi utilizado para a digitação dos dados e o Stata 9.2 para a análise. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), sob o número 1653. A entrevista foi realizada somente depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A partir da amostra do estudo AceSS 2007, foram estudadas 160 (48%) pessoas que referiram ter deficiência auditiva, incluindo 138 (86,3%) que relataram dificuldade de ouvir e 22 (13,7%), surdez unilateral. Além da deficiência auditiva, 40,6% das pessoas disseram ter outra deficiência (visual ou de mobilidade) associada.

Os resultados mostram as características sociodemográficas da população estudada segundo problemas para ouvir e entender os profissionais de saúde, assim como características do atendimento, como o tipo de plano de saúde, o serviço procurado e a necessidade de auxílio (Tabela 1).

Entre as pessoas com deficiência, 35% relataram problemas para ouvir e entender o que foi dito por profissionais de saúde no último serviço de saúde utilizado. Desses, 30,6% (IC95%: 23,4-37,8) tiveram problemas para ouvir e entender o que os médicos disseram; 18,1% (IC95%: 12,0-24,1) o que as enfermeiras disseram; e 21,2% (IC95%:14,8-27,6) o que recepcionistas, atendentes e outros funcionários disseram. Um mesmo entrevistado poderia referir dificuldade em entender mais de um profissional.

Foi observada a distribuição da ocorrência de problemas para ouvir e entender o que os profissionais de saúde disseram no uso do último serviço de saúde de acordo com as variáveis sociodemográficas e referentes ao tipo de atendimento e necessidade de auxílio (Tabela 2).

Entre as pessoas que relataram somente a deficiência auditiva, 34,7% tiveram problemas para ouvir e entender o que os profissionais de saúde disseram. Já para o grupo de pessoas com deficiência auditiva associada a outro tipo de deficiência, essa porcentagem aumentou para 35,4%, apesar de não haver diferença. Vale ressaltar que os homens relataram mais problemas para ouvir e entender o que foi dito por profissionais de saúde (35,3%) quando comparados às mulheres (34,7%), porém também sem diferença.

Em relação às características sociodemográficas, a ocorrência de problemas de comunicação foi relatada por 37,2% dos sujeitos com idades entre 70 e 77 anos e por 36,7%, entre 78 e 97 anos; 50% dos entrevistados eram pertencentes a famílias cujos chefes possuíam renda de um salário mínimo

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e do atendimento segundo problemas para ouvir e entender os profissionais de saúde

Variáveis estudadas	n	%
Problemas para ouvir e entender o que os funcionários disseram*	160	100,00
Não	104	65,00
Sim	56	35,00
Deficiência	160	100,00
Auditiva	95	59,38
Múltipla	65	40,62
Gênero	160	100,00
Masculino	85	53,13
Feminino	75	46,87
Idade (anos)	160	100,00
14-54	28	17,50
55-69	40	25,00
70-77	43	26,88
78-97	49	30,62
Renda do chefe da família**	160	100,00
<1	101	63,13
1	20	12,50
2-4,99	20	12,50
5-7,99	8	5,00
>8	11	6,87
Raça***	159	100,00
Branca	96	60,38
Negro/Mulato	56	35,22
Outros	7	4,40
Necessidade de auxílio****	160	100,00
Não	142	88,75
Sim	18	11,28
Plano de saúde privado	160	100,00
Não	99	61,88
Sim	61	38,12
Serviço procurado***	159	100,00
UBS/AMA/ESF/PSF	59	37,11
Consultório médico	34	21,38
Ambulatório	14	8,81
Emergência	10	6,29
Hospital	37	23,27
Outros	5	3,14

* Médicos, enfermeiras, recepcionistas, atendentes e outros funcionários

** Salários mínimos por mês

*** 1 perda

**** Auxílio para tomar banho e vestir-se, comer, levantar e/ou andar

Legenda: UBS = unidade básica de saúde; AMA = assistência médica ambulatorial; ESF = estratégia de saúde da família; PSF = programa de saúde da família

e 35% referiram renda do chefe entre 2 e 5 salários. Entre as pessoas que se declararam brancas, 35,4% tiveram algum problema para ouvir e entender o que os profissionais da saúde disseram enquanto entre os declaradamente negros ou mulatos, a porcentagem foi de 35,7%. Tal resultado foi de 28,6% entre os que declararam outras raças ou etnias.

Quanto à necessidade de auxílio para tomar banho e se vestir, comer, levantar-se e/ou andar, 27,8% das pessoas que não precisavam de auxílio relataram ter tido problemas para ouvir e entender o que foi dito pelos profissionais dos esta-

Tabela 2. Distribuição da ocorrência de problemas para entender o que foi dito pelos funcionários do serviço de saúde segundo as variáveis estudadas

Variáveis	Problemas para ouvir e entender o que os funcionários disseram*				Total	
	Não		Sim		n	%
	n	%	n	%		
Deficiência						
Auditiva	62	65,26	33	34,74	95	100,00
Múltipla	42	64,62	23	35,38	65	100,00
Gênero						
Masculino	55	64,71	30	35,29	85	100,00
Feminino	49	65,33	26	34,67	75	100,00
Idade (anos)						
14-54	20	71,43	8	28,57	28	100,00
55-69	26	65,00	14	35,00	40	100,00
70-77	27	62,79	16	37,21	43	100,00
78-97	31	63,27	18	36,73	49	100,00
Renda do chefe da família**						
<1	67	66,34	34	33,66	101	100,00
1	10	50,00	10	50,00	20	100,00
2-4,99	13	65,00	7	35,00	20	100,00
5-7,99	6	75,00	2	25,00	8	100,00
>8	8	72,73	3	27,27	11	100,00
Raça***						
Branca	62	64,58	34	35,42	96	100,00
Negro/Mulato	36	64,29	20	35,71	56	100,00
Outros	5	71,43	2	28,57	7	100,00
Necessidade de auxílio****						
Não	26	72,22	10	27,78	36	100,00
Sim	78	62,90	46	37,10	124	100,00
Plano de saúde privado						
Não	93	65,49	49	34,51	142	100,00
Sim	11	61,11	7	38,89	18	100,00
Serviço procurado***						
UBS/AMA/ESF/PSF	41	69,49	18	30,51	59	100,00
Consultório médico	26	76,47	8	23,53	34	100,00
Ambulatório	7	50,00	7	50,00	14	100,00
Emergência	5	50,00	5	50,00	10	100,00
Hospital	21	56,76	16	43,24	37	100,00
Outros	4	80,00	1	20,00	5	100,00
Total	104	65,00	56	35,00	160	100,00

* Médicos, enfermeiras, recepcionistas, atendentes e outros funcionários

** Salários mínimos por mês

*** 1 perda

**** Auxílio para tomar banho e vestir-se, comer, levantar e/ou andar

Legenda: UBS = unidade básica de saúde; AMA = assistência médica ambulatorial; ESF = estratégia de saúde da família; PSF = programa de saúde da família

belecimentos de saúde. Para aqueles que disseram necessitar de auxílio para tais atividades, essa porcentagem foi maior (37,1%), embora não tenha havido diferença. Os entrevistados que disseram possuir plano de saúde privado apresentaram uma porcentagem maior (38,9%) de relatos quanto às dificuldades para ouvir e entender o que foi dito por profissionais de

saúde, quando comparados àqueles que não possuam plano privado (34,5%).

Os dados dos entrevistados que usaram as unidades básicas de saúde e correlatos (UBS/AMA/ESF/PSF) na última visita a um serviço de saúde mostraram que 30,5% deles não conseguiram ouvir e entender o que lhes foi dito. Essa

porcentagem é de 23,5% entre os entrevistados que foram ao consultório médico na última vez que usaram um serviço de saúde; de 50% para aqueles que foram a um ambulatório; 50% para os que procuraram por serviço de emergência; 43,2% para os que foram diretamente ao hospital; e 20% para os que compareceram a outros serviços. Não foi observada associação significativa entre os problemas para ouvir e entender o que foi dito pelos profissionais de saúde no último serviço de saúde visitado e as variáveis sociodemográficas e referentes ao tipo de atendimento e à necessidade de auxílio.

DISCUSSÃO

Entre as pessoas que relataram dificuldades para ouvir e surdez unilateral, 35% confirmaram dificuldades para ouvir e entender o que os profissionais de saúde disseram na última visita a algum serviço de saúde. Esses relatos sugerem um despreparo dos profissionais de saúde e do próprio serviço para atender essa demanda populacional, no que se refere a recursos alternativos e maior disponibilidade de tempo na tentativa de uma comunicação eficiente, essencial para o sucesso do atendimento. Isto se agrava na medida em que se constata o fato de que não foram incluídos neste estudo os indivíduos que referiram surdez bilateral, situação na qual a comunicação representaria um real desafio devido às barreiras de linguagem.

A maior porcentagem relatada sobre o não entendimento dos profissionais de saúde referiu-se aos médicos (30,6%), o que pode ser apontado como consequência de diversos fatores. Considera-se o curto tempo de realização das consultas nos serviços de saúde decorrente da grande demanda de atendimento, e o despreparo para o atendimento de pacientes com necessidades especiais^(9,10).

Não foram verificadas diferenças entre a dificuldade de ouvir o que foi dito pelos profissionais de saúde e as variáveis referentes ao tipo de deficiência, gênero, idade, renda do chefe da família, raça ou etnia, necessidade de auxílio (banho, vestir-se, comer, levantar e/ou andar), existência de plano de saúde privado e tipo de serviço procurado. Entretanto, é necessário ressaltar que, por se tratar de um inquérito de saúde, este estudo não avaliou o tipo e o grau da deficiência auditiva e a presença de acompanhantes durante os atendimentos. O uso de inquéritos populacionais representa uma importante ferramenta de triagem e detecção primária de agravos, por possibilitar a geração de novos indicadores essenciais ao monitoramento das dimensões da saúde da população⁽¹¹⁾.

As dificuldades relatadas no entendimento do que foi dito por médicos, enfermeiros e outros profissionais dos estabelecimentos de saúde é um fator relevante no que diz respeito a como e com que qualidade o atendimento em saúde é realizado. A comunicação efetiva é um item imprescindível nesse contexto⁽¹²⁾, pois além de representar um ponto de interação entre o profissional de saúde e o cliente⁽¹³⁾, é um importante alicerce para o vínculo de relação entre médico-paciente⁽¹⁴⁾ e para a aderência ao tratamento⁽¹⁵⁾. Alguns estudos apontam

que a comunicação é vista como ferramenta importante da área médica a ponto de ter especial ênfase durante a formação acadêmica dos médicos^(16,17).

No processo de comunicação, a partir do momento em que o receptor da mensagem transmitida pelo emissor se torna vulnerável e não consegue entender efetivamente o que lhe é dito, há o comprometimento desse processo e, por consequência, a resposta pode não ser a adequada ou esperada⁽¹⁸⁾. Quando esse evento se aplica à comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, fatores como satisfação com o atendimento, aderência ao tratamento, confiança no profissional de saúde, resolução dos sintomas, qualidade de vida, situação de saúde e até mesmo mortalidade podem ser afetados⁽¹³⁾.

O não entendimento completo de instruções transmitidas por médicos, enfermeiros e outros funcionários de nível médio de estabelecimentos de saúde não se traduz puramente em uma dificuldade de interpretação do discurso do profissional de saúde, mas em interpretações errôneas que podem acarretar prejuízos ao bem estar e à saúde do indivíduo, comprometendo a acessibilidade aos serviços de saúde. Entende-se por acessibilidade o grau de ajuste entre as características dos serviços de saúde e as das populações, no processo de busca e obtenção da atenção em saúde⁽¹⁸⁾. Desta forma, o grupo de pessoas com deficiência auditiva deve ser alvo de intervenções dirigidas e específicas. Por ser um grupo com características diferenciadas, necessita de intervenções também diferenciadas, para que tenha assegurado o acesso equitativo aos serviços de saúde garantido por lei a todos os brasileiros⁽¹⁹⁾.

Outro fator relevante é a ocorrência da deficiência auditiva com o aumento da idade⁽²⁰⁾. O número de pessoas idosas está aumentando de forma muito acelerada nos países em desenvolvimento⁽²¹⁾. Projeções do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), indicam que no período de 2045-2050 a esperança de vida ao nascer no país será de 80,97 anos contra 72,78 anos registrados em 2008****, evidenciando o envelhecimento populacional. Investimentos direcionados para esse grupo populacional, assim como a avaliação das políticas públicas existentes poderiam implementar a qualidade de vida e de saúde dessa parcela da população, garantindo a acessibilidade aos serviços de saúde e diminuindo os obstáculos para obtenção do atendimento em saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, os resultados das ações decorrentes dessa política na atenção básica e nos serviços de média e alta complexidade devem promover uma ampla cobertura no atendimento aos portadores de deficiência auditiva no Brasil, com aprimoramento da gestão, da disseminação de informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva. Além disso, a capacitação e a educação continuada das equipes de saúde em todos os âmbitos de atenção envolvendo profissionais de diferentes níveis devem estar alicerçadas às diretrizes do SUS e aos polos de educação permanente em saúde⁽²²⁾.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002) estabelece

****IBGE – Projeção da população do Brasil por gênero e idade – 1980-2050. Acessado em 2009 set 04. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf?bcsi_scan_D2AD62A071FDB58E=0&bcsi_scan_filename=projecao.pdf

como uma de suas diretrizes a “Atenção integral em saúde”, atribuindo ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sua rede a responsabilidade direta nos cuidados de saúde das pessoas com deficiências. Para isso, garante o acesso às ações básicas e de maior complexidade, à reabilitação e também ao recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção⁽²²⁾.

A ocorrência de barreiras no atendimento de pessoas com alguma deficiência auditiva já foi relatada pela literatura⁽²³⁻²⁵⁾, sendo apontada não como um problema orgânico mas sim como problema social e cultural⁽²⁶⁾. Para a redução dos impactos desse problema, foi sugerida a implementação de ações de educação e treinamento junto aos profissionais de saúde⁽²⁷⁾, assim como a presença de um interprete da Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS) durante o atendimento⁽²⁸⁾. Isso poderia representar alternativas para a garantia de um sistema de saúde realmente acessível universalmente. A implementação, avaliação e controle das políticas públicas vigentes pode representar uma ferramenta de gestão e regulação, diminuindo as iniquidades no atendimento em saúde de pessoas com deficiências.

As dificuldades na comunicação entre pacientes e profissionais de saúde relatadas neste estudo podem implicar em menor uso dos serviços de saúde. Isso pode comprometer a qualidade de vida e de saúde das pessoas com deficiência auditiva, além de gerar complicações na relação médico-paciente, confiança no profissional de saúde e aderência ao tratamento.

A acessibilidade ao serviço de saúde pode ser prejudicada pela presença de deficiência auditiva. Intervenções específicas e dirigidas junto a esse grupo populacional, assim como a avaliação das políticas públicas vigentes, efetivando tudo o que é garantido por lei, representariam uma forma de minimizar as dificuldades decorrentes dessa deficiência e promover a atenção integral em saúde. O preparo das equipes de saúde também pode ser um fator essencial para o encaminhamento dos deficientes auditivos aos serviços de média e alta complexidade para avaliação audiológica, protetização e reabilitação auditiva, garantindo desta forma os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta pesquisa, não foram realizados testes para diagnóstico das deficiências e os dados analisados foram autorrefe-

ridos pelos entrevistados. A relevância destas informações como subsídio para o planejamento de políticas públicas são ressaltadas na literatura⁽²⁹⁻³⁰⁾. A realização de pesquisas com diferentes desenhos pode representar uma forma obter dados referentes a questões que não foram suportadas neste estudo devido às limitações inerentes à metodologia. Assim, pesquisas que busquem os fatores que influenciam o entendimento ou a compreensão por parte dos pacientes sobre o que é dito pelos profissionais de saúde e que considerem a interação entre variáveis como gênero, escolaridade, presença de mais de uma deficiência devem ser estimulados, na tentativa de gerar dados específicos da área e que possam efetivar políticas direcionadas à população com algum tipo de deficiência.

CONCLUSÃO

Entre todos os entrevistados, 35% relataram problemas para ouvir e entender o que foi dito por profissionais de saúde. Do grupo de pessoas que relatou dificuldades de compreensão, 34,74% relataram ter deficiência auditiva e 35,38% deficiência múltipla. A ocorrência de dificuldades de comunicação foi aproximadamente a mesma segundo o sexo e de 38,89% entre as pessoas com plano privado de saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes da pesquisa que atenciosamente responderam às entrevistas e aos entrevistadores que desempenharam adequadamente sua função.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (proc. 409724/2006-8), pelo financiamento da fase de execução da pesquisa e coleta de dados; à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (proc. 2006/59655-2) pela concessão de bolsa de doutorado ao primeiro autor; e ao Serviço Alemão de Intercâmbio Acadêmico – DAAD e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (proc. 290006/2008-2) pelo oferecimento de bolsa de doutorado sanduíche na Ludwig Maximilian University, em Munique, Alemanha.

ABSTRACT

Purpose: To describe the occurrence of reports from people with hearing and/or multiple disabilities (hearing and visual and/or mobility) regarding hearing and understanding health professionals. **Methods:** Cross-sectional study through health survey, conducted with selected subjects from two population-based studies. Data collection took place at subjects' homes, through interviews conducted by trained interviewers in the area of São Paulo. Information regarding difficulties to hear and understand what health professionals said in the last health service used were collected, besides demographic information (age, gender and race), economic data (head of household income), type of health service sought, use of private health insurance, and need of help when accessing the health service. **Results:** From the interviewees, 35% reported problems to hear and understand the health professionals in the last service visited; 30.6% (95%CI: 23.4-37.8) to understand the physicians; 18.1% (95%CI: 12.0-24.1) to understand the nurses; and 21.2% (95%CI: 14.8-27.6) to understand the other employees. There were no differences for the demographic variables, the need of help with bathing and dressing, eating, standing and/or walking, having or not private health insurance, and type of health service visited. **Conclusion:** From the total of individuals interviewed, 35% reported problems to hear and understand what was said by health professionals. Among these, 34.74% had hearing disability and 35.38% had multiple disabilities.

Keywords: Health services; Hearing loss; Disabled persons; Health communication; Equity in health; Health administration

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Economic and Social Council. Follow-up to the World Summit for Social Development and the twenty-fourth special session of the General Assembly: emerging issues: "Mainstreaming disability in the development agenda" [Internet]. 2008 [cited 2009 Sep 7]. Available from: <http://www.un.org/disabilities/documents/reports/e-cn5-2008-6.doc>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2000. Características Gerais da População. Resultados da Amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
3. de Castro SS, César CL, Carandina L, Barros MB, Alves MC, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1773-82.
4. Marques AC, Kozłowski L, Marques JM. Reabilitação auditiva no idoso. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004;70(6):806-11.
5. Freire DB, Gigante LP, Béria JU, Palazzo LS, Figueiredo AC, Raymann BC. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. *Cad Saude Pública*. 2009;25(4):889-97.
6. Chaveiro N, Porto CC, Barbosa MA. Relação do paciente surdo com o médico. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2009;75(1):147-50.
7. Bernardes LC, Maior IM, Spezia CH, Araujo TC. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):31-8.
8. Pagliuca LM, Fiúza NL, Rebouças CB. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):411-8.
9. Benazzi LE, Figueiredo AC, Bassani DG. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):861-8.
10. Aulagnier M, Verger P, Ravaud JF, Souville M, Lussault PY, Garnier JP, Paraponaris A. General practitioners' attitudes towards patients with disabilities: the need for training and support. *Disabil Rehabil*. 2005;27(22):1343-52.
11. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):607-21.
12. Soar Filho EJ. A interação médico-cliente. *Rev Assoc Med Bras*. 1998;44(1):35-42.
13. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(1):25-38.
14. Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-34.
15. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina - uma abordagem. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(19):93-102.
16. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(3):301-8.
17. Silva AL, Guilherme M, Rocha SS, Silva MJ. Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. *Rev Latinoam Enferm*. 2000;8(5):65-70.
18. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública Méx*. 1985;27(5):438-53.
19. Ferraz OL, Vieira FS. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados Rev Ciênc Sociais*. 2009;52(1):223-51.
20. Cruz MS, de Oliveira LR, Carandina L, Lima MC, Cesar CL, Barros MB, et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. *Cad Saude Pública*. 2009;25(5):1123-31.
21. Mendes MR, de Gusmão JL, Mancussi e Faro AC, Leite RC. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):422-6.
22. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.073 de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva [Internet]. 2004 [citado 2012 Mar 28]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_2073_de_28_09_2004.pdf
23. Zazove P, Niemann LC, Gorenflo DW, Carmack C, Mehr D, Coyne JC, et al. The health status and health care utilization of deaf and hard-of-hearing persons. *Arch Fam Med*. 1993;2(7):745-52.
24. Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):260-6.
25. Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC. Literature revision about the attendance of deaf patient by health professionals. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):578-83.
26. Scheier DB. Barriers to health care for people with hearing loss: A review of the literature. *J N Y State Nurses Assoc*. 2009;40(1):4-10.
27. Barnett S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide form medical education. *Acad Med*. 2002;77(7):694-700.
28. Chaveiro N, Barbosa MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):417-22.
29. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5):637-42.
30. Malta DC, Leal MC, Costa MF, Morais Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(suppl1):159-67.