



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Scheffer, Josiane Cristina; de Mesquita Fialho, Indiara; da Silva Scholze, Alessandro
Itinerários de Cura e Cuidado de Idosos com Perda Auditiva
Saúde e Sociedade, vol. 18, núm. 3, julio-septiembre, 2009, pp. 537-548
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263690017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Itinerários de Cura e Cuidado de Idosos com Perda Auditiva¹

Routes of Healing and Care of Elderly Individuals With Hearing Loss

Josiane Cristina Scheffer

Fonoaudióloga.

Endereço: Rua. Pinheiro Machado, 361, CEP 78984-000, Pimenta Bueno, RO, Brasil.

E-mail: josi_scheffer@yahoo.com.br

Indiara de Mesquita Fialho

Fonoaudióloga. Mestre em Saúde Pública, Docente do Curso de Fonoaudiologia da Universidade do Vale do Itajaí.

Endereço: Rua 1801, n 95 ap. 701, CEP 88330-816, Balneário Camboriú, SC, Brasil.

E-mail: indiaram@terra.com.br

Alessandro da Silva Scholze

Médico de Família e Comunidade. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Curso de Medicina da Univali.

Endereço: Rua 3050, 300, apt. 101, CEP 88330-380, Balneário Camboriú, SC, Brasil.

E-mail: alessandroscholze@univali.br

¹ Artigo baseado em trabalho de Conclusão de Curso de Fonoaudiologia, apresentado em 2006.

Resumo

A perda auditiva é um dos problemas de saúde que mais limitam a qualidade de vida da crescente população idosa do país e, como em outras situações de doença, buscam-se diferentes formas de solucionar o problema, envolvendo ou não os serviços de saúde formais. Este estudo qualitativo-exploratório visou compreender os itinerários de cura e cuidado de um grupo de idosos com perda auditiva. Realizamos entrevistas semiestruturadas com sujeitos com prescrição médica para uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e que frequentavam um grupo de apoio a idosos em um serviço de audiologia. Os dados foram apresentados em duas categorias de análise: 1) A percepção da perda auditiva pelos sujeitos e seus familiares; 2) Itinerários de cura e cuidado. Os relatos apontaram as implicações negativas da perda auditiva no convívio com seus familiares. Observamos a busca de soluções nos setores informal, popular e profissional. Em todas as situações, os sujeitos relataram a busca da “cura”, não encontrada em nenhum desses setores. No setor profissional, receberam indicação do AASI como única “solução”. Identificamos a dificuldade de acesso ao tratamento indicado e a falta de apoio e acompanhamento após a aquisição do AASI. Como aspectos positivos, houve a participação no grupo de idosos e uma estratégia que propiciou acolhimento, compreensão da doença e adesão ao tratamento. Compreender o problema de saúde a partir da forma como o idoso vê sua doença pode melhorar a comunicação entre profissional de saúde e paciente, essencial em qualquer encontro no sistema de saúde.

Palavras-chave: Idoso; Perda auditiva; Apoio social.

Abstract

Hearing loss is one of the greatest problems affecting the health quality of the constantly growing elderly population in Brazil. When it occurs, as in other disease situations, people seek for different solutions, whether they lie in professional health care or not. This qualitative study aimed to understand the routes of healing and care described by elderly individuals with hearing loss. We conducted semi-structured interviews with subjects who had a medical prescription for a hearing aid device and who participated in an elderly support group in an audiology service. Data were presented in two analysis categories: 1) The perception that the subjects and their families have of hearing loss; 2) Routes of healing and care. The subjects discussed the negative implications of hearing loss for living with their family. We identified the search for solutions in the informal, popular and professional health care systems. In all those situations, the subjects mentioned the search for a definitive cure, which was not found. In the professional health care system, they received the indication of hearing aids as the only “solution”. At this point, we identified difficulties to access the indicated treatment and lack of support and follow-up after the subjects bought the hearing aid. Participation in the elderly group was a positive aspect, as it seemed to be a strategy that provided shelter and an environment of disease acceptance, leading to enhanced adherence to treatment. The communication between patient and health professional can be improved when the latter is capable of understanding the health problem from the elderly patient’s point of view.

Keywords: Aged; Hearing Loss; Social Support.

Introdução

Na última década, o brasileiro aumentou sua expectativa de vida em dois anos e o número de idosos cresceu significativamente. . Contamos hoje com 14,5 milhões de idosos e estima-se que em 25 anos o Brasil seja a sexta nação com o maior número de idosos em todo mundo, excedendo os trinta milhões (IBGE, 2005). Segundo Fialho (2001), não se pode determinar o ser idoso ou ser velho apenas por uma marca cronológica e tampouco o envelhecimento pode ser considerado apenas um fenômeno biológico. Da mesma forma, Helman (2003) observou que “os antropólogos têm mostrado que em todas as culturas, o envelhecimento biológico não é necessariamente o mesmo que o envelhecimento social, sequer o mesmo que o envelhecimento psicológico” (p. 18). Bosi (1998) perguntou-se o que é ser velho na sociedade capitalista, concluindo que ser velho é sobreviver sem projeto, impedido de lembrar e ensinar, e sofrendo as adversidades de um corpo que se desagrega à medida que a memória vai se tornando cada vez mais viva. É a velhice que não existe para si, mas somente para o outro e este outro é um opressor.

As consequências decorrentes do envelhecimento são muitas, tais como: alteração na saúde geral, problemas de destreza manual, deficiência visual e deficiência auditiva. Mas, entre as privações sensoriais, a deficiência auditiva é, sem dúvida, a que causa maior impacto na comunicação, pois tende a levar o indivíduo ao isolamento, fazendo-o evitar situações de comunicação que sejam ameaçadoras, impedindo que ele desempenhe plenamente seu papel na sociedade e gerando profundo impacto psicossocial (Iório e Almeida, 2003; Russo, 1999).

O idoso portador de deficiência auditiva acaba vivenciando momentos de grandes frustrações pela inabilidade de compreender o que familiares e amigos estão falando. Por isso, a queixa típica dos idosos portadores de presbiacusia (derivado do grego *presby* = velho e *akousis* = audição) é que “ouvem, mas não entendem o que lhe é dito” (Russo, 1999, p. 53). Daí os familiares perceberem-nos como pessoas confusas, desorientadas, pouco comunicativas ou colaborativas, zangadas e até mesmo injustamente senis.

O Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), ou prótese auditiva, é utilizado para minimizar os efeitos negativos da deficiência auditiva nessas

peessoas, sendo sua indicação a conduta médica usual e ficando sob a responsabilidade do profissional fono-audiólogo a realização do processo de seleção, indicação e adaptação do aparelho auditivo. Esse processo de escolha depende de um programa de adaptação ao uso do AASI, integrando um conjunto de medidas para restaurar o bem-estar físico, mental e social do idoso, o que pode auxiliar não somente o idoso portador de deficiência auditiva, mas também seus familiares, a lidar com suas desvantagens e incapacidades (Russo, 1999; Fialho, 2001).

Mesmo com o avanço tecnológico alcançado pela indústria fabricante de próteses auditivas, aperfeiçoando sua qualidade sonora e miniaturizando os instrumentos, a resistência encontrada no idoso à amplificação é muito grande e consequente a diversos fatores. Além da própria idade do candidato, há a influência de fatores técnicos, como o grau da perda auditiva, a dificuldade para entender a fala em ambientes ruidosos ou a intolerância a sons intensos, mas a adaptação depende essencialmente da aceitação da perda auditiva e da motivação para buscar soluções para ela (Iorio e Almeida, 2003). Russo (1988) analisou o comportamento de idosos presbiacúsicos candidatos ao uso de aparelho auditivo diante da perspectiva de testar o AASI, tendo levantado os principais motivos daqueles que não desejam fazê-lo, e verificou que, dentre 169 indivíduos avaliados audiologicamente, 46,1% não se submeteram aos testes de aparelho, alegando: falta de necessidade, problemas financeiros, dificuldade de manipulação dos controles, vaidade e barulho excessivo.

Desse modo, o fato de uma pessoa ter diagnóstico de deficiência auditiva e ser encaminhada para o uso de AASI não determina que ela busque auxílio. Apesar de certos sinais e sintomas sugerirem a busca imediata por alternativas terapêuticas, inexistente um padrão único para elas, sendo necessário considerar as características de cada pessoa, relativas à forma como vivencia sua doença e qual é sua postura diante do mundo em que vive (Alves e Souza, 1999; Costa, 2003). Com há uma ampla gama de serviços terapêuticos, cada indivíduo encontra uma maneira de resolver seus problemas de saúde, influenciado pelo contexto econômico, político e cultural no qual está inserido, pois cada sociedade tem uma interpretação sobre saúde-doença, correspondendo a sua visão de mundo e sua organização sociocultural (Minayo, 1994).

A interpretação dos processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento é, para Alves e Souza (1999), o principal objetivo do estudo dos itinerários terapêuticos. Esses autores buscaram incluir a subjetividade das narrativas e da autodeterminação da pessoa doente na descrição da busca por soluções para os problemas de saúde, superando o enfoque centralizado nos serviços de saúde biomédicos, identificado em estudos anteriores. Mas, a fim de incluir todos os elementos de cuidado que precedem um determinado agravo ou são consequentes dele, empregaremos o termo “itinerários de cura e cuidado”. Essa denominação busca também enfatizar a distinção entre “cura”, que denota o resultado de uma intervenção externa, e cuidado, entendido como o desenvolvimento das potencialidades humanas que permite a restauração da integralidade do ser a partir de suas próprias forças (Silva, 1991; Scholze, 2005; Waldow, 1998).

Ao longo dos itinerários de cura e cuidado, que Helman (2003) denominou redes terapêuticas, a pessoa sofrendo de algum problema de saúde procura solucioná-lo por conta própria ou através de outras pessoas. Esses itinerários percorrem as redes sociais pessoais, formadas por todos os vínculos interpessoais significativos para a pessoa, incluindo família, amigos, relações de trabalho e estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais (Sluzki, 1997).

Em qualquer sociedade, quando as pessoas adoecem e não resolvem seus problemas de saúde pelo autotratamento, começam a escolher quem vão consultar para sanar a sua doença. Identificam-se, então, três setores parcialmente superpostos e constantemente interconectados na assistência à saúde: o setor informal, o setor popular (*folk*) e o setor profissional. O setor informal constitui-se de uma série de relações de cura informais e não remuneradas, instituídas com base no conhecimento leigo, sem estabelecer uma hierarquia rígida entre cuidador e pessoa cuidada, já que os conselhos e tratamento recomendados pela família, amigos ou vizinhos permitem que haja uma constante troca de papéis entre estes. Esse setor costuma ser o ponto em que a situação de doença é reconhecida e negociam-se as alternativas de cuidado a serem buscadas. Já o setor popular inclui uma variedade de curandeiros, cujo conhecimento empírico é reconhecido pela comunidade na qual atuam, como parteiras, benzedeiras

e arrumadores de ossos. Por fim, o setor profissional compreende as profissões na área de saúde legalmente reconhecidas e organizadas a partir dos fundamentos científicos da biomedicina (Helman, 2003).

Este estudo foi realizado no Setor de Atendimento Audiológico (Sedau), integrante do Curso de Fonoaudiologia da Universidade do Vale do Itajaí (Univali), no qual são atendidas pessoas de todas as idades, oferecendo-se serviços de avaliação audiológica, seleção, indicação e adaptação de AASI. As pessoas com mais de 60 anos de idade representavam grande parte da demanda de atendimento do setor, sendo que essa população demorava até vinte anos entre a suspeita da perda auditiva e o diagnóstico (Duarte, 2003).

Para lidar com esse tipo de lapso e tornar o Setor de Saúde Pública mais efetivo, humano e culturalmente apropriado são necessários estudos que mostrem como os indivíduos percebem a saúde-doença (Oliveira, 2002). Deve-se considerar que a maneira como o sujeito percebe a doença se diferencia da maneira como o profissional de saúde entende a doença (Fialho, 2001). Portanto, mesmo que ambos possuam o mesmo *background* cultural, há uma grande diferença na percepção de problemas de saúde por parte do profissional de saúde e do paciente (Helman, 2003).

A partir de tais pressupostos teóricos, este trabalho buscou identificar os itinerários de cura e cuidado de cinco idosos entrevistados, a partir da percepção da perda auditiva e de que maneira se deu o encontro com os diferentes setores de saúde, buscando contribuir para a compreensão das atitudes, opiniões e sentimentos dos idosos entrevistados no que se refere ao enfrentamento da deficiência auditiva e dar mais visibilidade às problemáticas dos profissionais da saúde que atuam junto a essa faixa etária.

Percurso Metodológico

Desenvolvemos um estudo qualitativo-exploratório para descrever os itinerários de cinco pessoas idosas que apresentavam perda auditiva e frequentavam o grupo de idosos do Sedau, cujo principal objetivo era minimizar as desvantagens causadas pela perda auditiva, realizando reuniões quinzenais, com a participação de docentes e alunos do curso de Fonoaudiologia, para a troca de experiências relacionadas ao uso de AASI e às dificuldades de comunicação. No momento da pesquisa

frequentavam o grupo nove idosos que eram de fácil acesso à pesquisa e atendiam aos seguintes critérios: idade mínima de 60 anos; perda auditiva adquirida em diferentes fases da vida, independentemente do grau e da etiologia; recebimento de prescrição médica de uso de aparelho auditivo, independentemente de serem usuários ou não usuários.

O projeto foi registrado no Sistema Nacional de Informação Sobre Ética em Pesquisa (Sisnep), solicitando-se à coordenação do Curso de fonoaudiologia uma autorização por escrito para o desenvolvimento da pesquisa, sendo expostos os objetivos e a forma de coleta de dados, em seguida, foi enviado à comissão de ética da Univali, sendo aprovado com o parecer nº 366/2005.

A coleta dos dados foi desenvolvida com entrevistas semiestruturadas, sendo o roteiro direcionado para: percepção do entrevistado quanto à perda auditiva; qual a solução que buscou ao perceber a perda auditiva; e quais os benefícios e obstáculos encontrados na busca dessas soluções.

Após o levantamento do número de frequentadores do grupo, uma das autoras (J. C. S.) entrou em contato com os idosos para marcar a data e local de realização das entrevistas, das quais participaram somente cinco dos nove componentes do grupo. Os demais não foram incluídos por motivo de doença ou por estarem afastados das reuniões no período da pesquisa. As entrevistas foram agendadas em local e horário de acordo com a preferência dos entrevistados. Ressalta-se que todas as entrevistas foram realizadas no Sedau, sendo registradas em gravador digital, mediante leitura e concordância dos sujeitos da pesquisa quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados seguiu o caminho proposto por Minayo (1994):

- Ordenação dos dados, com transcrição das falas e releitura exaustiva do material.
- Classificação dos dados, estabelecendo-se as categorias: 1) Os itinerários de cura e cuidado e 2) A percepção da perda auditiva pelos idosos e seus familiares. As categorias foram posteriormente divididas em subcategorias.
- Análise final que buscou articular os dados coletados com os referenciais teóricos, respondendo aos objetivos da pesquisa.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa cinco idosos, com idades entre 60 anos a 85 anos, todos aposentados, independentes financeiramente e com autonomia na realização das atividades de vida diária. Dois sujeitos moravam sozinhos e os demais viviam com companheiro(a), todos eram portadores de perda auditiva de grau moderado/severo, três sujeitos faziam uso de AASI monoaural, um sujeito usava AASI em ambas as orelhas e o outro não fazia uso de AASI. Dos quatro sujeitos que faziam uso de aparelho auditivo, três receberam aparelhos do SUS e o outro o adquiriu com recursos próprios. Considerando essas características do grupo de entrevistados, identificados em suas falas como S1 a S5, discutiremos a seguir cada categoria estabelecida na análise dos dados.

A Percepção da Perda Auditiva pelos Idosos e seus Familiares

Esta categoria representou a percepção da perda auditiva pelos idosos e seus familiares, no que diz respeito ao conceito de experiência da sua doença. Segundo Alves e Rabelo (1999), na lida com a enfermidade, o doente e aqueles que estão envolvidos nas suas redes sociais como familiares, amigos, vizinhos ou terapeutas acabam formulando e reproduzindo suas percepções sobre a doença. No momento em que o indivíduo se percebe doente, sua percepção passa a influenciar o modo de narrar suas aflições, perturbações e evolução da doença, estabelecendo o diagnóstico e o tratamento para aquilo que está sentindo. As narrativas de aflição podem ser definidas como metáforas que desempenham papel central, construindo uma ponte entre a singularidade da experiência e a objetividade da linguagem dos modelos legitimados socialmente, permitindo aos indivíduos organizar suas experiências subjetivas. Nas falas dos sujeitos, observamos uma grande diferença no modo como cada indivíduo identificou a causa da perda auditiva. Não se pode deixar de salientar que cada um está inserido em contexto sociocultural diverso, um aspecto muito importante, já que a doença não se limita à alteração biológica pura, mas serve como substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante (Oliveira, 2002).

S1: veio uma onda muito grande [...] a onda veio e passou em cima de mim. Aí, eu tá, eu fui pra casa. No acabo de três dias, começou um barulho na cabeça, um barulho, um barulho, um barulho.

S2: [...] começou na queda que eu levei em 87 (referindo-se ao ano) caí de bruço e me quebrei todo. [...] só nesse ouvido direito que toda vida eu tive problema. [...] Aí com a batida que eu dei, deu uma estourada na cabeça eu não escutava mais nada que prestasse [...]

S3: [...] minha surdez veio depois de um resguardo. [...] já faz bastante tempo vem aqui bem mais de 20 anos [...]

S4: [...] eu tinha tomado banho e lavado a cabeça e ia sair de casa, mas [...] eu peguei aquela chuva de repente quando eu tava recolhendo a roupa e não deu tempo pra eu sair pra dentro de casa, “acaba” pra mais ou menos de uma semana comecei a ter dor de ouvido. [...]

S1: [...] minha mãe me dizia que eu fiquei surda por causa do sarampo quando eu tive quando era neném.

S5: [...] eu comecei a perceber quando eu era criança, daí a gente foi fazer brincadeira na chuva aí eu tampava um ouvido e escutava a chuva normal, aí quando eu tampava o ouvido bom eu não dava pra ouvir bem a chuva. Eu era criança então eu perguntei pra minha irmã se com ela também era assim, pra ela fazer o teste aí eu disse: Tampa um ouvido pra vê se você ouve bem a chuva. Aí ela disse que sim. Aí eu disse: Tampa o outro. Aí ela disse que sim também.

As causas identificadas incluíram, portanto, traumas mecânicos, infecções, violação das regras estabelecidas para “resguardo” no período puerperal ou os cuidados quanto a exposições ao calor e frio, mas percebe-se que nenhum dos sujeitos relacionou o início da perda à questão da idade. Os sujeitos S1 e S5 apresentavam dificuldade para ouvir desde a infância e os sujeitos S2, S3 e S4 relacionaram o início da perda auditiva com algum episódio ocorrido na idade adulta. Esse dado aponta a importância das ações de promoção de saúde auditiva desde a infância, a fim de minimizar os riscos que podem gerar a perda auditiva na velhice.

Nos casos a seguir, a identificação da perda auditiva ocorreu com ajuda da rede social do entrevistado. Sluzki (1997) afirmou que uma rede social estável, sensível, ativa e confiável atua como agente de ajuda protegendo o sujeito contra doenças e acelerando o processo de cura, ou seja, é geradora de saúde.

S1: [...] a professora via que eu tava assim ela chegava e falava assim, era uma vizinha nossa, eu não ligava o que ela falava por que eu não escutava, então um dia ela disse pra mim: A. você é surda? Aí eu disse: o que é ser surda? Porque minha mãe nunca me explicou nada. [...] Aí depois ela falou com minha mãe pra me levar num médico de ouvido.

S3: [...] os filhos também percebiam que às vezes eles falavam e eu pedia pra falar de novo aí eles falavam “tá ficando surda”.

Essas constantes negociações e reinterpretações da experiência da doença pelo idoso em sua rede social demonstraram como os modelos explicativos empregados podem variar ao longo do tempo sem, no entanto, determinarem rigidamente quais as alternativas de cura e cuidados a serem buscadas, pois essas podem ser múltiplas, concomitantes e mesmo contraditórias, ou seja, essas escolhas dependem não apenas de itinerários socialmente reconhecidos e estabelecidos para diferentes agravos à saúde, pois a experiência particular do doente modifica-se ao longo do tempo, mantendo uma tensão entre os diferentes modelos explicativos encontrados em uma pluralidade não hierárquica de itinerários de cura e cuidado (Alves, 1993; Alves, 2006).

Implicações psicossociais da perda auditiva

Para Russo (1999), a deficiência auditiva adquirida não afeta apenas a capacidade auditiva de um indivíduo, na medida em que o declínio da audição quase sempre vem acompanhado de uma diminuição frustrante na compreensão da fala do idoso, comprometendo sua comunicação com as pessoas que o cercam. O isolamento da pessoa idosa, particularmente da sociedade mais jovem, e o consequente declínio na qualidade de sua comunicação geram profundo impacto psicossocial, como verificamos nas falas que seguem:

S4: [...] aí o marido chegava em casa e brigava comigo, me chamava de doida. Perguntava: Vai ter baile? Com uma altura dessa! Às vezes eu acho que

a família quando dá uma doença dessa na família tem um monte que eu acho que não entende.

S2: [...] se eu falo alto demais ela reclama e se eu falo baixo ela reclama também, às vezes eu tenho que sair de onde eu tô pra ir perto dela pra mim entender o que ela tá falando.

Observa-se que as dificuldades de comunicação associadas ao desconhecimento dos efeitos da perda auditiva nos idosos entrevistados geram tensão no ambiente familiar. Nesse sentido, Miranda e colaboradores (2008) ressaltaram a importância da inclusão dos familiares no processo de reabilitação auditiva do idoso. Segundo os autores a participação da família pode minimizar os transtornos psicossociais causados pela deficiência auditiva.

S3: [...] às vezes os filhos começavam a conversar, aí isso faz muito tempo, aí eles diziam: Fala mais alto que ela é surda. Aí aquilo ali me enchia o saco, eu num sou surda.

Para Fialho (2001), ser identificada como surda é também ser identificada como velha. Essa associação “velha surda” vem carregada do estigma da velhice e da surdez. A associação da perda auditiva com a velhice pode fazer com que o idoso não manifeste preocupação com ela, sendo determinantes fatores individuais, como o grau da perda ou a necessidade de comunicação em ambientes ruidosos para gerar uma queixa otológica manifesta e a busca por soluções para o problema (Calais e col., 2008).

Essas falas se relacionam também com o relato de Bess e Humes (1999), segundo o qual há um aumento de tensão consequente aos problemas de saúde e à perda auditiva quando depressão e ansiedade acompanham a perda dos contatos interpessoais, devida à redução da mobilidade, pois as pessoas tendem a sair menos de casa.

Deve-se considerar que os sujeitos dessa pesquisa eram aposentados, o que muitas vezes determina um estado de maior isolamento social pela perda das relações de trabalho nas redes sociais (Sluzki, 1997).

Itinerários de cura e cuidado

Observou-se que quatro dos participantes do estudo inicialmente procuraram ajuda para sanar sua doença nos setores informal e popular. Essa busca ocorreu em mais de um momento, demonstrando que o setor pro-

fissional não representa “necessariamente o primeiro e, frequentemente, não o único passo para a busca de soluções para o seu problema” (Scholze, 2005, p. 15).

A automedicação, um dos elementos usuais no setor informal, apareceu no relato de dois sujeitos:

S3: *Eu tomei muito tempo “gincobiloba” me disseram que era bom. [...] Alguém me disse que era por causa do “laziqui” por que eu tomei muitos anos “laziqui” [...] O “laziqui eu tomava a base de pessoas que eram acostumadas a tomar. Mas o farmacêutico disse que era bom pra o “enchume”.*

S1: *A única coisa que eu fiz foi pingar umas gotas que eu tinha em casa pra vê se parava a zuada. [...]*

Notou-se na fala desses sujeitos que a automedicação foi influenciada por um membro de sua rede social, atuando como cuidador, já que teve como intuito ajudar a “curar”, ou seja, esse medicamento foi indicado, pois resolveu o problema de saúde de outra pessoa, entretanto isso não significa que resolverá o deles.

Na fala abaixo, percebe-se a busca de soluções em diferentes lugares e, mesmo diante dos insucessos terapêuticos, a procura pelo setor informal repetiu-se:

S4: *[...] tinha um farmacêutico [...] ele ensinava fazer remédio caseiro né?, chá, aí ele ensinou que era bom prá dor de ouvido o óleo de cozinha mesmo botar em banho-maria e cozinhar com a massanilha⁴. Aí eu fiz, coloquei muitas vezes [...], mas não adiantou.*

O mesmo sujeito, influenciado por sua rede social, buscou auxílio na religião:

S4: *Também fui num padre [...] ele botava um óleo atrás do ouvido [...] minha nora me levou lá seis vezes, uma vez por mês, eu ficava cheia de feridas tudo embolado tudo inflamado, mas não adiantou. [...] fui lá na gruta da madre Paulina fui lá na Angelina pra ver se recupera um pouco a audição porque prá Deus nada é impossível, mas ficou tudo na mesma.*

Segundo Minayo (2002), quem busca a cura num

santuário não se imagina diante de pequenos problemas que são resolvidos cotidianamente, com esforço pessoal ou pela a colaboração de amigos, familiares e companheiros.

No caso de S2, a sua esposa fez o papel de intermediária para a cura religiosa da surdez, ainda que sem sucesso:

Esposa de S2: *o pastor pediu pra eu ajudar ele, então comecei a orar e orar⁵ [...] minha mão é orgida por Deus né? então eu faço minha oração e Deus faz a cura, liberta a pessoa e pode ser qualquer doença.*

Mesmo que os problemas de saúde permaneçam, a ideia de unidade entre corpo físico e espírito comum às religiões permite que essas ofereçam uma abordagem mais integral que a biomedicina. Os modelos explicativos que aí residem fornecem não uma barreira contra as adversidades, mas atribuem significados a elas, podendo satisfazer as pessoas com respostas que controlem seu sofrimento. Outrossim, as alternativas religiosas de cura e cuidado surgem como uma possibilidade de apoio diante da falta de recursos no sistema formal de assistência à saúde (Valla e col., 2005).

Outras formas de busca pela cura surgiram em relatos como o a seguir, descrevendo um procedimento popular para a retirada da cera do ouvido, no qual se utiliza um cone de papel que tem a extremidade menor inserida no conduto auditivo externo, enquanto a outra fica em chamas, derretendo a cera com o calor. Porém, também nesses casos os sujeitos afirmavam não ter conseguido melhorar sua audição:

S3: *[...] eu fui numa senhora que fazia um tratamento com um negócio lá no ouvido que botava fogo um preparo lá com cera, tipo de um cigarrinho que colocava fogo prá modo tirar a cera puxar a cera que tava lá dentro, mas não serviu de nada.*

O momento do contato com o setor profissional foi quando as pessoas receberam o diagnóstico médico da perda auditiva, sendo que a conduta médica costuma ser a indicação do AASI, ou seja, deparavam-se com uma doença que não tem cura.

2 Gíngko biloba: fitoterápico prescrito comumente para tratamento de zumbidos e vertigens de causas vasculares.

3 Lasix: nome comercial para o diurético furosemida, de reconhecido potencial ototóxico.

4 Provavelmente a planta medicinal *Matricaria Chamomilla L.*, também chamada camomila, sem uso habitual para afecções otológicas (Sens, 2002).

5 A esposa parecia referir-se ao verbo ungrir.

S1: Fui no doutor [...] ele me deu remédio tal aí eu melhorei, mas depois tornou a voltou outra vez. Aí tornei a voltar outra vez e fui indo, indo e nada adiantou. Aí eu arrumei dinheiro e paguei uma consulta particular [...] ele fez exame e tudo certo o problema da senhora não tem operação, seu problema tem que ser aparelho [...]

A cura, entendida como resolução definitiva da doença em questão, é buscada na atenção médica como um resqúicio dos sucessos obtidos pela medicina diante das doenças infecciosas no princípio do século passado, quando do desenvolvimento de antibióticos e vacinas. Mesmo que essa forma de cura continue presente nas representações leigas, e até mesmo ainda alimentando eventuais ilusões de onipotência entre profissionais biomédicos, os agravos que mais contribuem para a morbimortalidade nas populações ocidentais do presente envolvem doenças cardiovasculares e cânceres, condições degenerativas para as quais os tratamentos oferecem, na maioria das vezes, controle ou palição. Assim, aceitar a surdez como doença degenerativa incurável pode desafiar o sujeito a encarar a aceitação da própria degeneração na velhice, o que envolve identificar sua condição de finitude na vida.

Quando questionados quanto a como os idosos haviam entendido sua perda auditiva, no momento em que receberam o diagnóstico médico de sua doença, bem como a indicação do tratamento, observou-se que a indicação do aparelho foi apresentada como última opção. Porém, após a compra do AASI, eles não receberam apoio nem acompanhamento para a adaptação:

S5: [...] depois de um bom tempo eu consultei o médico de novo. Aí ele fez esses teste que é como eu fiz aqui [no Sedau]. [...] deixou tudo anotado como aqui também, pra comprar o aparelho da audição, [...] eu comprei, mas eu não me senti bem, porque a gente não teve uma experiência como eu tive aqui! Pra fazer um teste com o aparelho pra vê se a gente ia escutar com o aparelho. Veio o resultado do aparelho, e tem que usar e tá acabado. Aí, ficou por isso. Aí, não teve uma pessoa que me desse uma orientação que no começo era assim, até se acostumar, porque aquilo no começo só me incomodava.

Para Helman (2003), o diagnóstico e o tratamento fornecidos pelo médico devem fazer sentido para o paciente, segundo seu ponto de vista leigo e os profissionais de saúde devem conhecer e respeitar suas experiências e a interpretação de sua própria condição.

Na fala a seguir, pode-se observar o desencontro entre paciente e profissional de saúde, quando o sujeito referiu que “não estava se dando bem” com o AASI, ou seja, a falha não era somente do AASI, porque não estava funcionando, mas da relação do idoso entrevistado com o aparelho.

S5: Eu não me lembro muito bem, mas acho que eu contei pra ele (médico) que eu não tava me dando bem, porque não tava funcionando direito. Aí ele falou que era pra eu procurar um técnico mas nunca me preocupei com isso.

O profissional de saúde limitou-se a encaminhar para assistência técnica, no entanto, isso não causou nenhum efeito para S5, uma vez que ele relata não ter seguido a orientação. É o que alertou Helman (2003), quanto à existência nas consultas de um “misto de linguagem” entre os termos utilizados pelo profissional de saúde e pelo leigo, podendo gerar grande mal-entendido por qualquer uma das partes envolvidas.

Para se obter sucesso na relação profissional de saúde-paciente é necessária uma abordagem profissional dinâmica e viva, já que há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra, tornando assim o momento intersubjetivo e interessante como momento de fala, escutas e interpretações nos quais existe acolhida e cumplicidade, bem como responsabilização em torno do problema que será enfrentado e, por fim, o momento de confiabilidade e esperança que irá permear a relação de vínculo e aceitação (Mehry, 1998). Já que, para o paciente, definir-se como doente implica uma série de experiências subjetivas, o profissional de saúde deve considerar fatores como personalidade, crença, religião, cultura e status socioeconômicos, habilitando-se a acolher o doente e a responsabilizar-se por suas demandas em saúde, buscando autonomizá-lo como protagonista de seus itinerários de cura e cuidado.

Outro aspecto negativo no setor profissional é a limitação do acesso ao tratamento indicado. No caso da indicação de AASI, percebeu-se que alguns sujeitos encontraram dificuldades em adquiri-lo devido à falta de recursos financeiros, o que acaba por agravar a situação, já que essa é a única solução para seu problema de saúde:

S1: Aí eu passei muito tempo que eu não podia comprar o aparelho porque eu ganho um salário só. [...] Mas eu nunca pude comprar um aparelho,

mas agora fiz um outro requerimento, tô esperando que venha [...].

O grupo de idosos do Sedau foi percebido por seus participantes como um dos maiores apoios que receberam para sua dificuldade de audição. Ao analisar os discursos dos sujeitos, quando perguntados sobre o grupo, eles o definiram como sendo importante, prazeroso e, para muitos deles, o principal meio de apoio, orientação e esclarecimento:

S5: [...] Esse grupo é ótimo. Sabe o que tá acontecendo nesse grupo? Ele deixa a gente mais animada, porque a gente não tá se dando bem com o aparelho, mas a gente não deixa de usar. Porque a gente tem como perguntar o porquê não está funcionando, ou o porquê a gente não tá se dando bem. Tem sempre prá quem perguntar, então isso foi me deixando desligada daquela preocupação que eu tinha. Porque a gente quando se preocupa demais, a gente acaba deixando de usar as coisas, ou de participar das coisas.

Salienta-se que esse sujeito já havia usado AASI, mas por falta de orientação acabou desistindo, porém percebeu-se que obteve sucesso no uso do AASI depois de ingressar no grupo, onde recebeu orientações e também teve oportunidade de esclarecer suas dúvidas, já que nesse ambiente podem ser trabalhadas dúvidas e estratégias de comunicação, aproveitando-se para isso a própria interação entre os idosos (Vieira e col., 2007).

Um dos fatores que podem interferir no processo de reabilitação auditiva (AASI) no idoso é a falta de uma boa orientação e acompanhamento, sendo o AASI uma grande novidade para muitos deles. Zimerman (2000) comentou sobre a necessidade que o “velho” tem de ser compreendido, orientado e acompanhado, não se pode esperar que se adapte sozinho às novidades que lhe são apresentadas. Para Miranda e colaboradores (2008) o aconselhamento do idoso, bem como de seus familiares, pode contribuir para maior aceitação do problema e maior motivação para o uso efetivo do AASI.

Nesse contexto, o profissional que trabalha a adesão apenas no enfoque da atenção à doença, e não ao doente, terá sua atuação limitada pela complexidade da situação e pela necessidade de uma abordagem sistêmica que privilegie o cotidiano do idoso, além do simples procedimento de indicação do AASI. Assim, o

grupo fundamentado na interação e no diálogo busca identificar obstáculos e soluções para o processo de adesão ao tratamento, estimulando seus membros no desenvolvimento de recursos próprios para lidar com a deficiência auditiva e suas consequências para seu viver, ressignificando a cura como *self-healing*, em direção a uma saúde possível (Silveira e Ribeiro, 2005; Waldow, 1998).

Além disso, para os sujeitos, o grupo não se remetia somente ao sentido de ajudar sobre questões auditivas, mas sim a um espaço que lhes proporcionava forte vínculo com os participantes, tornando-se um encontro entre amigos. O grupo só se torna grupo, isto é, mais do que a soma de indivíduos, quando desenvolve determinado tipo de relacionamento, um vínculo, uma força que dá a eles um sentido de pertencer. Em todo o grupo se produz uma força interna que regula a conduta de seus membros e os faz se comportarem de maneira peculiar, distinta do comportamento que assumiram os membros individualmente e distinta da interação de outro grupo qualquer (Zimerman, 2000).

Sluzki (1997) comentou os estudos realizados por Spiegel sobre indivíduos portadores de doenças crônicas que participaram de grupos terapêuticos nos quais se notaram um menor isolamento social devido ao apoio recíproco entre os participantes. O grupo terapêutico facilita a geração de uma rede primária adicional, na qual os problemas em comum se tornam pontes empáticas normalizando a reação emocional à doença. O grupo torna-se ainda mais importante quando o apoio recebido da família não se mostra satisfatório, pois os familiares podem não identificar a complexidade do processo de adaptação ao AASI, havendo discordância em relação aos benefícios da protetização na visão deles e do idoso, especialmente quanto à compreensão da fala em ambientes ruidosos (Miranda e col., 2008).

Ressalta-se que em nenhum momento o profissional fonoaudiólogo foi especificado na fala dos sujeitos, que se referiam às profissionais como: “as estagiárias”, “as meninas” ou citando o nome do profissional, inexistindo identificação do profissional fonoaudiólogo. Isso pode ocorrer pelo fato de, nesse serviço, o atendimento ser realizado por uma equipe de profissionais, entre eles o fonoaudiólogo, o psicólogo, o assistente social e o médico, além das estagiárias do curso de Fonoaudiologia. O agendamento é feito por intermédio

da Secretaria de Saúde do município de origem e, ao chegar ao serviço, o indivíduo é informado que será atendido por diferentes profissionais e aguardará os atendimentos em uma sala de espera comum a todos. Ao ser chamado pelos diferentes profissionais, pode haver dificuldade em diferenciá-los, sendo indistintamente referidos pelos pacientes como “doutor(a)” ou “médico(a)”. E, ainda que não tenha sido um dos objetivos do estudo, esse fato chama atenção e sugere a importância de pesquisas sobre a representação do Fonoaudiólogo e da Fonoaudiologia para os sujeitos que frequentam periodicamente o serviço e para a população em geral.

Considerações Finais

Para os cinco sujeitos deste estudo, a descoberta da perda auditiva ocorreu em diferentes momentos. Dois descobriram a dificuldade para ouvir na infância e os demais na idade adulta, enquanto nenhum deles relacionou o início ou a progressão da perda ao envelhecimento.

Os relatos apontaram as implicações da perda auditiva no convívio com os familiares, a intensidade do volume da televisão, a dificuldades de ouvir os netos ou companheiros(as) foram queixas comuns. O isolamento social apareceu nos relatos não como consequência da perda auditiva e sim relacionada ao contexto da velhice. A aposentadoria, situação de todos os entrevistados, e o esvaziamento do lar, caracterizado pela saída dos filhos de casa e/ou a morte do companheiro(a), contribuíram para o isolamento social nessa fase da vida. Devemos apontar, no entanto, a peculiaridade desse grupo quanto a suas condições de relativa independência para tarefas cotidianas, o que provavelmente diferencia suas possibilidades de buscar soluções para a perda auditiva em relação a populações de idosos com maiores graus de dependência.

Na busca de soluções, os idosos entrevistados passaram inicialmente pelos setores informal e popular, buscando auxílio em igrejas, curandeiros e até mesmo na automedicação. Porém nenhum deles conseguiu solucionar seu problema de saúde, chegando ao setor profissional como último recurso. Porém, encontraram barreiras para o acesso a esse setor e para a adesão ao tratamento, entre as quais a dificuldade financeira e o desencontro dialógico com o profissional de saúde.

Os sujeitos procuraram o setor profissional com a expectativa de resolver sua doença, mas ao saberem que a perda auditiva não tinha uma cura definitiva e que o único tratamento seria o uso do AASI, depararam-se com a falta de “solução” para seu problema, ou seja, aquilo que foi indicado pelo profissional ia de encontro a suas expectativas.

Diante desse fato, percebe-se a necessidade de haver uma mudança no setor, já que o profissional de saúde deve entender que a experiência da dor, assim como outros sintomas, pode produzir diferentes atitudes em diferentes pessoas e grupos, de acordo com seus aspectos socioculturais. Como alertou Fialho (2001), não é possível entender a percepção dos idosos sobre a perda auditiva sem nos questionarmos sobre o lugar que esses indivíduos ocupam na nossa sociedade e de que maneira a nossa sociedade se organiza e determina o lugar social dado aos idosos.

O estudo identificou como apoio positivo para os entrevistados, no setor profissional, a participação no grupo de idosos. O grupo caracterizava-se como terapêutico, já que ajudava seus componentes a entenderem sua perda auditiva, bem como nas dificuldades que muitos deles encontraram no início da adaptação do AASI. O grupo também proporcionou momentos de acolhimento, ou seja, todos os participantes tiravam suas dúvidas sobre aspectos auditivos e encontravam oportunidade de expressar seus sentimentos. O grupo atendia ao que Merhy (1998) definiu quanto ao que buscam os pacientes nos seus encontros com os profissionais de saúde: momentos de acolhimento, responsabilização e vínculo. Ainda assim, o autor alertou que não basta existir um excelente acolhimento, é necessário que o profissional de saúde esteja totalmente comprometido e centrado em solucionar o problema de saúde do paciente. Deve-se produzir um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar.

Nesse aspecto, os sujeitos da pesquisa podem ser considerados relativamente privilegiados quanto ao acesso a um serviço de saúde baseado em uma instituição de ensino superior e custeado pelo Sistema Único de Saúde. Estudos voltados para pessoas com perda auditiva fora desse contexto possivelmente identificariam outros itinerários de cura e cuidado, talvez mais limitados na obtenção de soluções adequadas junto ao sistema formal de saúde.

Por fim, considerando que o profissional da saúde e os “pacientes” veem de forma diferente os problemas de saúde, este estudo contribui para que o fonoaudiólogo e demais profissionais de saúde compreendam a perspectiva dos idosos. Compreender o problema a partir desse olhar poderá melhorar a comunicação entre profissional de saúde e “paciente”, o que é essencial em qualquer encontro dentro do sistema de saúde.

Referências

- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-71, jul./set. 1993.
- ALVES, P. C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800003&lng=en&rm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2007.
- ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 171-85.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. Escolha de tratamento para Problemas de saúde: considerações sobre itinerários terapêuticos. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B. SOUZA, I. M. *Experiências de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-38.
- BESS, F. H; HUMES, L. E. *Fundamentos de audiolgia*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- BOSI, E. *Memória e sociedade*: lembranças de velhos. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- CALAIS, L. L. et al. Queixas e preocupações otológicas e as dificuldades de comunicação de indivíduos idosos. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 2-19, jan./mar. 2008.
- COSTA, V. E. S. M. A fenomenologia como possibilidade de entendimento da relação médico-paciente. In: BRANCO, R. F. G. R. *A relação com o paciente*: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.
- DUARTE, N. M. *Aparelho de amplificação sonora individual*: um estudo sobre os indivíduos atendidos no setor de atendimento audiológico da Univali no ano de 2002. 2003. 49 p. Monografia (Graduação em Fonoaudiologia). Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2003.
- FIALHO, I. M. *Perda auditiva em idosos na percepção dos sujeitos*. 2001. 85 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001.
- HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2005/default.shtm>>. Acesso em: 9 abr. 2005.
- IORIO, M. C. M; ALMEIDA, K. *Próteses auditivas*: fundamentos teóricos e práticos & aplicações clínicas. 2. ed. São Paulo: Lovise, 2003.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção. In: REIS, A. T. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-20.
- MINAYO, M. C. S. (Org.) *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. S. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- MIRANDA, E. C. et al. Dificuldades e benefícios com o uso de prótese auditiva: percepção do idoso e sua família. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 166-72, abr./jun. 2008.
- OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-4, fev. 2002.
- RUSSO, I. P. *Uso de próteses auditivas em idosos portadores de presbiacusia*: indicação adaptação e efetividade. 1988. 146 f. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação). Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, 1988.

RUSSO, I. P. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

SENS, S. L. *Alternativas para a auto-sustentabilidade dos Xokleng na Terra Indígena Ibirama*. 2002. 365 p. Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção). Centro Tecnológico da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SCHOLZE, A. S. *Mapeamento das redes sociais e itinerários de cura e cuidado para a configuração de rede de apoio social*. 2005. 198 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho). Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

SILVA, Y. F. *Doenças e tratamentos entre famílias do Ribeirão da Ilha*. 1991. 120 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Centro de Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de Adesão ao Tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, set. 2004/fev. 2005.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 103-17.

VIEIRA, E. P. et al. Proposta de acompanhamento em grupo para idosos protetizados. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 73, n. 6, p. 752-8, nov./dez. 2007.

WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

ZIMERMAN, G. I. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Recebido em: 13/02/2008

Reapresentado em: 11/02/2009

Aprovado em: 09/03/2009