

AS IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DOS PACIENTES COM DIABETES *MELLITUS* DO PROGRAMA DE SAÚDE AUDITIVA

Evani Machuca FABRI*
Regina Célia Bortoleto AMANTINI**
Mariza Brunini TRUITE***

RESUMO: O Diabetes *Mellitus* é uma doença crônica caracterizada pelo mau funcionamento do pâncreas, quando este não produz insulina suficiente, ou quando a produção não é utilizada de modo eficaz no organismo, podendo afetar alguns órgãos como: rins, olhos, aparelho circulatório e aparelho auditivo. O propósito deste estudo é verificar o nível de conhecimento dos pacientes diabéticos do Programa de Saúde Auditiva, a provável relação com a deficiência auditiva e suas consequências.

Palavras-chave: deficiência auditiva. diabetes *mellitus*. família.

INTRODUÇÃO

Deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Entre as deficiências que atingem os seres humanos, está a auditiva, no Brasil alcançando um índice aproximado de 3,4%, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO, 2000).

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, na cidade de Bauru (HRAC/USP – Bauru), criado em 1967, é especializado em malformações craniofaciais e passou a dirigir seus esforços para a questão da deficiência auditiva, em 1985. Em 1988 foi criado o Laboratório de Estimulação da Audição e Linguagem (LEAL), que passou a ser Centro de Distúrbios da Audição (CDA), tornou-se Centro de Distúrbios da Audição Linguagem e Visão (CEDAU) e, hoje,

* Assistente Social Especializanda do Curso de Serviço Social em Saúde e Reabilitação HRAC – USP. evanifabri@yahoo.com.br

** Doutora e Diretora da Divisão de Saúde Auditiva no HRAC – USP - Bauru – SP – Brasil – Orientadora.

*** Assistente Social da Divisão de Saúde Auditiva no HRAC – USP – Bauru – SP – Brasil – Co-orientadora –

fazendo parte do organograma do HRAC/USP está constituído como uma unidade denominada Divisão de Saúde Auditiva, com o objetivo de reabilitar e integrar devidamente o deficiente auditivo na sociedade, formado por uma equipe interdisciplinar da qual a Assistente Social é parte. Entre suas atribuições, o Assistente Social é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais nas quais ele está inserido. Sendo assim, deverá estar sempre bem informado quanto aos objetivos e normas da instituição, reconhecer as necessidades dos usuários e disponibilizar recursos existentes (SILVA & LESSA, 1998).

Durante os atendimentos, o assistente social percebeu que muitos dos usuários em tratamento, na Divisão de Saúde Auditiva, são portadores de distúrbios endócrinos os quais podem vir a ser a causa de sua deficiência auditiva ou até mesmo ter sua perda agravada por falta desse conhecimento e do tratamento adequado.

Os limiares auditivos em relação ao Diabetes Mellitus merecem especial atenção; estudos estão sendo realizados para identificar o mecanismo fundamental cujos níveis de insulina e glicose poderiam acarretar nas alterações da percepção auditiva (ZANETTI et al., 2008).

Nos estudos realizados por Maia & Campos (2005), várias hipóteses foram sugeridas, entre elas: comprometimento da micro-circulação, fatores neuropáticos e o efeito da hiperglicemia. Encontraram-se vários autores na literatura que estudaram as funções auditivas em pacientes diabéticos, tendo como resultado perda auditiva neurossensorial bilateral progressiva, com predomínio em frequências altas em pacientes idosos; porém há outros que citam perda auditiva sensorineural precoce, e outros, perda auditiva em baixas e médias frequências; como também alguns estudos descrevem o Diabetes Mellitus como possível causa de perda súbita unilateral.

Este contexto despertou o interesse em avaliar as implicações psicossociais ocasionadas pela falta de conhecimento e do tratamento adequado ao Diabetes *Mellitus* no cotidiano dos pacientes, influenciando de maneira significativa na qualidade de vida, desenvolvimento pessoal, profissional e no

relacionamento interpessoal.

O objetivo geral desse trabalho é verificar o nível de conhecimento dos pacientes com diabetes do Programa de Saúde Auditiva sobre o Diabetes *Mellitus* e provável relação com a deficiência auditiva e suas consequências. Como objetivos específicos estão: levantar o perfil sócio-econômico dos pacientes do Programa de Saúde Auditiva com Diabetes *Mellitus*; desvelar as repercussões psicossociais no cotidiano dos pacientes do Programa de Saúde Auditiva com Diabetes *Mellitus*; propor ação interventiva no sentido de viabilizar uma compreensão efetiva sobre os riscos e cuidados com a saúde.

Para a fundamentação teórica dos achados, serão consultadas bibliografias sobre a deficiência auditiva, Diabetes *Mellitus* e o Serviço Social.

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A deficiência auditiva, um tipo de privação sensorial, é uma das mais significativas limitações de oportunidade de crescimento do indivíduo. Sendo a audição um instrumento de interação e comunicação humana, quando ocorre a perda auditiva, diminui sensivelmente a eficiência do processo de socialização, causando grande prejuízo pela ausência da linguagem, levando-o ao isolamento social, à privação sensorial do som, ocasionando uma lacuna no processo de integração da experiência, afetando a capacidade de desenvolvimento pessoal (SOUZA, 1982).

Almeida & Iorio (2003) referem que a deficiência auditiva é uma das condições mais incapacitantes, limitando ou impedindo o indivíduo de desempenhar plenamente seu papel na sociedade. A deficiência auditiva adquirida impõe circunstâncias que vão além do indivíduo não ouvir bem, levando implicações psicossociais sérias para a vida do mesmo e para os que com ele convivem.

Segundo Campos (2003), existem quatro tipos de deficiência auditiva:

- Deficiência Auditiva Condutiva: quando há alguma interferência no conduto auditivo externo até a cóclea na

transmissão do som, do qual o ouvido interno tem capacidade de funcionamento normal, mas não é estimulado pela vibração sonora. Esta deficiência pode ser corrigida através de tratamento clínico ou cirúrgico.

- Deficiência Auditiva Sensório-Neural: quando há uma lesão das células ciliadas da cóclea ou do nervo auditivo, impossibilitando a recepção do som. Esta deficiência é irreversível.
- Deficiência Auditiva Mista: quando há lesão do órgão sensorial ou do nervo auditivo associado a uma alteração na condução do som até o órgão terminal sensorial.
- Deficiência Auditiva Central, Disfunção Auditiva Central ou Surdez Central: quando há um grau de dificuldade na compreensão das informações sonoras, o qual ocorre no mecanismo de processamento das informações sonoras no tronco cerebral (Sistema Nervoso Central).
- Na deficiência auditiva pode-se estabelecer o grau de severidade da mesma, através dos níveis limiares, do qual podem ter algumas variações entre diferentes autores, mas segundo Mathers, Smith e Concha (2000) são classificadas em:
 - Normal: que compreende médias audiométricas de 0 a 25 dB;
 - Grau Leve: de 26 a 40 dB;
 - Grau Moderado: de 41 a 60 dB;
 - Grau Severo: de 61 a 80 dB;
 - Grau Profundo: maior que 81 dB.

DIABETES MELLITUS

O Diabetes *Mellitus* é uma doença crônica caracterizada pelo mau funcionamento do pâncreas, quando este não produz insulina suficiente, ou quando a produção não é utilizada de modo eficaz no organismo (ALVARENGA et al., 2005).

As alterações metabólicas que ocorrem no pâncreas são determinadas geneticamente, ocasionando a deficiência absoluta ou relativa de insulina, a qual se manifesta por meio de alterações metabólicas, várias complicações vasculares,

tornando-se crônica, sendo na maioria das vezes controlável, mas não curável (SOUZA, 1982).

Segundo Alvarenga et al. (2005), existem quatro tipos principais de Diabetes *Mellitus*:

- Tipo 1: ocorre a destruição auto-imune das células beta do pâncreas que levam à inabilidade em produzir insulina;
- Tipo 2: é caracterizado por desordens na ação ou na secreção de insulina, podendo haver predomínio de uma das situações, estando, geralmente, ambas presentes;
- Diabetes Secundário: onde o fator causal é conhecido, tais como certos defeitos genéticos que levam a alterações da função da célula beta ou na ação da insulina, ou seja, algumas doenças pancreáticas, endócrinas ou causadas por uso de certas drogas;
- Diabetes Gestacional: primeiramente diagnosticada durante a gravidez e poderá, ou não, desaparecer ao término da gestação.

CORRELAÇÃO DIABETES *MELLITUS* E PERDA AUDITIVA

O Diabetes *Mellitus* ocasiona várias complicações crônicas; devido a desordens metabólicas (metabolismo da glicose), vários órgãos são afetados, como olhos, rins, nervos periféricos, nervos cranianos e sistema auditivo. No sistema auditivo pode ocasionar o espessamento das paredes capilares da estria vascular e das artérias dentro do canal auditivo, podendo também ocasionar atrofia do gânglio espiral e degeneração da bainha de mielina do oitavo nervo, caracterizando como perda auditiva neurosensorial. A perda auditiva neurosensorial é uma perda gradual e progressiva, que afeta as frequências altas, como também pode afetar as baixas e médias frequências (ALVARENGA et al., 2005).

Na atualidade, os estudos estão sendo realizados para tentar mostrar o mecanismo fundamental exercido pelos níveis de insulina e glicose nas alterações da percepção auditiva, ou seja, correlacionando com perda auditiva em pacientes

diabéticos, gerando várias hipóteses como: comprometimento da micro-circulação, fatores neuropáticos e o efeito da hiperglicemia (FERREIRA et al., 2007).

Na literatura há controvérsias em relação às perdas auditivas, alguns autores não encontram essa associação Diabetes *Mellitus* com perda auditiva, por ser uma doença muito complexa, envolvendo vários fatores e sua patogênese é multifatorial, pois há múltiplos fatores implicados, do qual o transtorno metabólico dos carboidratos, lipídios e proteínas, também, são atribuídos à falta de secreção da insulina ou sua ação mínima, podendo as duas coexistir, por este motivo muitos autores não aceitam a relação da perda auditiva com o Diabetes *Mellitus*.

Maia & Campos (2005) realizaram uma extensa revisão bibliográfica para analisar se há relação “causa e efeito” entre o Diabetes *Mellitus* e a perda auditiva. Foi observado que, apesar do grande número de estudos realizados, a controvérsia ainda é grande, sendo que novas perspectivas estão sendo estudadas, como a genética; mostrando que novos rumos podem ser tomados para se chegar à conclusão sobre a correlação do Diabetes *Mellitus* com a perda auditiva.

A FAMÍLIA E A DOENÇA CRÔNICA

O Diabetes *Mellitus* é considerado uma doença crônica não curável, mas controlável por longa duração, não sendo fatal quando devidamente controlada (TRENTINI, SILVA & LEIMANN, 1990).

A atenção ao Diabetes *Mellitus* e às suas complicações constituem prioridade para a Saúde Pública mundial. A proposta da OMS para o atendimento de pessoas diabéticas pressupõe o envolvimento do paciente e sua família por considerar que o contexto familiar influencia fortemente o estado de saúde de cada indivíduo (ORGANIZAÇÃO, 2002). Por este vértice, a família representa uma unidade de cuidados ao paciente acometido por uma doença crônica, sendo esse cuidado influenciado pelo meio cultural na qual estão inseridos valores e significados compartilhados, e pelas condições socioeconômicas e educacionais. Por essa razão, no contexto dos cuidados em

saúde, a família frequentemente toma decisões baseadas em seus hábitos de vida, crença e valores relacionados ao processo saúde-doença, e que sejam compatíveis com sua condição econômica (ZANETTI et al., 2008).

O suporte da família é apontado como significativamente associado aos comportamentos relacionados ao autocuidado no Diabetes *Mellitus*, sejam eles a dieta, o exercício ou a adesão ao tratamento medicamentoso. O apoio familiar facilita a adesão ao tratamento, recuperação e/ou melhora da saúde, sendo que esse apoio é requisito fundamental para que o paciente diabético consiga alcançar o automanejo de sua doença (ZANETTI et al., 2008).

A adesão ao tratamento é um fato muito complexo pela responsabilidade que o paciente tem para o enfrentamento de mudanças exigidas pela doença na sequência das tarefas comportamentais e na rotina do dia-a-dia, a qual muda pela exigência que lhe é feita; apesar de os profissionais de saúde desempenharem papel importante na gestão da doença crônica, a responsabilidade pelo tratamento é do paciente e de sua família (CARDOSO et al., 2006).

A família que apoia, compreende e aceita o paciente e as modificações relacionadas à sua condição consegue realizar os ajustes e o suporte necessários, garantindo e facilitando a adesão ao tratamento, contribuindo com eficácia para manter a sua qualidade de vida no decorrer do tratamento (ZANETTI et al., 2008).

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da pesquisa optou-se pela abordagem quanti-qualitativa por considerar este tipo de pesquisa mais apropriado ao tema proposto, possibilitando melhor compreensão e análise do significado suscitado pelo tema. “O aspecto quantitativo representa o espaço científico, ou seja, apreender do fenômeno apenas o concreto, e o aspecto qualitativo se aprofunda no mundo dos significados das relações humanas” (MINAYO et al., 1994, p. 68).

O método aplicado foi o materialista dialético, entendido como aquele que “pensa a relação da quantidade como uma das

qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo e a interioridades e exterioridade como constitutivas dos fenômenos que podem ser entendidos nas determinações e transformações dadas pelos sujeitos” (MINAYO et al., 1994, p. 22-23).

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória que inclui a investigação bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa exploratória foi escolhida por entender que a mesma “(...) tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições; seu planejamento é flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos aos fatos estudados” (GIL, 1989, p. 45). Para o levantamento bibliográfico utilizaram-se diferentes fontes específicas sobre as temáticas estudadas: Deficiência Auditiva, Diabetes *Mellitus*, Correlação Diabetes *Mellitus* e Perda Auditiva, e para os dados de identificação considerou-se: escolaridade, classificação socioeconômica, faixa etária, grau de perda auditiva. Quanto à pesquisa de campo, utilizou-se a técnica da entrevista para a coleta de dados, visando fornecer informações aos sujeitos sobre o assunto pesquisado e os objetivos da pesquisa.

O universo de pacientes com Diabetes *Mellitus* em tratamento na Divisão de Saúde Auditiva é desconhecido em função da não informatização desses dados, e o contingente de 26.900 pacientes matriculados inviabiliza o levantamento desses dados nos prontuários.

Para viabilizar a pesquisa sobre o tema proposto foi feito um recorte no total de 786 pacientes da Divisão de Saúde Auditiva, restringindo-se o universo aos pacientes residentes na cidade de Bauru, na faixa etária de 18 a 60 anos. Entre esses 786 pacientes, foram identificados 35 prontuários, que, além da deficiência auditiva, apresentavam Diabetes *Mellitus*. Em um levantamento preliminar no arquivo da Divisão de Saúde Auditiva, a amostra inicial proposta (20 pacientes) foi definida de forma a representar com fidedignidade as características do universo, trabalhando com o nível de confiança de 95,5% com estimativa de erro de 5%, índice sugerido nas pesquisas sociais (GIL, 1989), ressaltando que a mesma foi calculada pelo Estatístico do HRAC/USP - Bauru.

A partir da identificação dos pacientes elegíveis para a pesquisa (Deficiência Auditiva e Diabetes *Mellitus*) foi realizado o agendamento dos pacientes para atendimento com a Assistente Social, conciliando com atendimento em outras áreas, no período de dezembro de 2008 a fevereiro de 2009, excluindo-se o período de recesso do HRAC/USP-Bauru, (19 de dezembro de 2008 a 18 de janeiro de 2009).

Primeiramente foi aplicado um pré-teste em 10 pacientes, para verificar se o instrumental atenderia aos objetivos da pesquisa, sendo necessário um pequeno ajuste. A amostra, portanto, foi constituída dos pacientes que atenderam ao retorno agendado.

O instrumental utilizado foi a entrevista apoiada em um formulário semi-estruturado com questões relacionadas às implicações do Diabetes *Mellitus*, qualidade de vida, comportamento interpessoal, fator nutricional e tratamento clínico. Após a aplicação do formulário, os dados foram tabulados e analisados utilizando estudo estatístico com assessoria do Departamento de Estatística da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP - BAURU).

RESULTADOS

O presente estudo foi realizado com 35 pacientes da Divisão de Saúde Auditiva, residentes na cidade de Bauru. Foram analisados 786 prontuários através da pesquisa documentada da deficiência auditiva e Diabetes *Mellitus*.

Perfil e Perda Auditiva dos Pacientes Pesquisados

Foram constatados 15 pacientes (42,86%) do sexo masculino e 20 pacientes (57,14%) do sexo feminino, dados que revelam incidência maior em mulheres acometidas por deficiência auditiva com Diabetes *Mellitus*.

A faixa etária com maior índice foi a de pacientes entre 50-59 anos com um total de 16 (45,73%), seguida da faixa entre 40-49 anos com 9 pacientes (25,73%) e faixa etária de 60 anos o estudo foi realizado com 7 pacientes (20%). Os demais ficaram na faixa de 30-39, com 2 pacientes (5,73%) e entre 18-29 anos

somente 1 paciente (2,8%).

Com esses dados – a maior incidência de perda auditiva e Diabetes *Mellitus* está entre 50 e 59 anos - evidencia-se o diagnóstico tardio devido à progressão lenta da perda auditiva.

Na escolaridade foram observados 3 pacientes (8,57%) analfabetos, 21 pacientes (60%) no ensino fundamental incompleto, 2 pacientes (5,71%) possuem o ensino fundamental completo, no ensino médio completo encontrou-se 6 pacientes (17,20%) e no ensino superior 3 pacientes (8,52%). Com esses dados fica demonstrado que ainda há presença do analfabetismo nos dias atuais.

A classificação socioeconômica utilizada – baseada na metodologia de Graciano, Lehfeld e Neves (1999) - registrou três categorias: Baixa Superior entre 26 pacientes (74,28%) pacientes, Baixa Inferior entre 5 pacientes (14,29%) e Média Inferior entre 4 pacientes (11,43%).

Quanto ao grau de perda auditiva, a maior incidência foi no grau Moderado (Binaural) com 10 pacientes (28,64%), em relação a grau Severo (Binaural) foram constatados 7 pacientes (20%), no grau Leve (Binaural) 3 pacientes (8,57%), no Profundo (Binaural) 1 paciente e audição normal com queda nos agudos (Binaural) 1 paciente.

Na perda auditiva o cálculo é realizado através da intensidade necessária para amplificar um som de modo a ser percebido corretamente pelo indivíduo. Podem-se encontrar diferenças entre o grau de perda do ouvido direito e do esquerdo nos pacientes. Encontrou-se 1 paciente (2,85%) com OD Normal e OE Leve (Monoaural); 2 pacientes (5,71%) com OD Normal e OE Moderado (Monoaural); 1 paciente (2,85%) OD Severa e OE Normal (Monoaural); 1 paciente (2,85%) OD Normal e OE Profundo (Monoaural); 1 paciente (2,85%) OD Moderado e OE Leve (Binaural); 2 pacientes (5,71%) OD Leve e OE Severa (Binaural); 1 paciente (2,85%) OD Moderado e OE Severo (Binaural); 2 pacientes (5,71%) OD Severa e OE Moderada (Binaural); 1 paciente (2,85%) OD Profunda e OE Moderado (Binaural); 1 paciente (2,85%) OD Severa e OE Profundo (Binaural).

O tipo de perda auditiva pode ser Monoaural e Binaural e neste estudo demonstra-se a prevalência de perda Binaural com

30 pacientes (85,71%) e somente 5 pacientes (14,29%) com perda Monoaural.

Os resultados da análise percentual referentes à idade com que iniciaram a perda auditiva indicam a predominância representada na faixa etária entre 18 e 30 anos, 10 pacientes com um percentual de 28,57%; na faixa de 31 a 40 anos 6 pacientes o percentual foi de 22,96%; na faixa etária de 41 a 50 anos encontramos 10 pacientes (28,57%) e na faixa etária de 51 a 60 anos, sendo somente 6 pacientes (17,15%).

Como descrito anteriormente, foi constatado um número elevado de pacientes possíveis de serem relatadas após o uso de AASI sistematicamente. As queixas estão relacionadas às variáveis como o uso constante, a aceitação da deficiência auditiva, a tecnologia, os ajustes dos AASI, o grau de perda auditiva e outros perda auditiva, sendo necessário o tratamento adequado. O presente estudo demonstra como tratamento utilizado aos pacientes o uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), sendo que dos 35 pacientes, 31 pacientes (88,57%) fazem uso de AASI e somente 4 pacientes (11,43%) não utilizam. Esta utilização evidencia o importante trabalho desenvolvido nos pacientes com perda auditiva (sons que não conseguem ouvir sem AASI) e a demonstração dos resultados na avaliação da percepção de fala sem e com AASI (sons da fala que não eram ouvidos sem o uso de AASI), estratégias desenvolvidas na Divisão de Saúde Auditiva, pela equipe interdisciplinar com recursos institucionais no desenvolvimento dos programas existentes na Instituição, para atender às expectativas dos pacientes e obter uma melhor qualidade de vida.

Com o uso dos aparelhos têm-se diversos relatos, pois o uso contínuo dos mesmos proporciona a aclimatização de todo o sistema auditivo, obtendo resultados diferentes aos usuários. As dificuldades somente são possíveis de serem relacionadas após o uso de AASI sistematicamente. As queixas estão relacionadas às variáveis como o uso constante, a aceitação da deficiência, a tecnologia, os ajustes dos AASI, o grau da perda auditiva e outros.

Apesar do uso de AASI há um grande índice de dificuldades devido à deficiência auditiva e conseqüentemente

influenciando o relacionamento social.

Constatou-se que 27 pacientes (77,14%) relatam dificuldades relacionadas à deficiência auditiva e 8 pacientes (22,86%) não. Dificuldades significativas como desconforto em ambientes ruidosos e tontura 9 paciente (25,72%), problemas de relacionamento 1 paciente (2,85%) e zumbido 2 pacientes (2,71%). Entretanto o presente estudo apresentou 8 pacientes (22,86%) sem queixas apenas de apresentarem deficiência auditiva.

Quando perguntado sobre a influência no relacionamento social a mudança é significativa; verifica-se que 23 pacientes (65,70%) responderam que não influencia e 12 pacientes (34,30%) disseram que sim. A justificativa para esses índices está nas considerações por parte dos pacientes, quando bem adaptados e fazendo uso efetivo dos aparelhos, juntamente com as orientações adequadas recebidas nos atendimentos, diminuição de suas ansiedades, dúvidas e/ou dificuldades contribuem significativamente para bons resultados.

Constatou-se que 7 pacientes com deficiência auditiva (20%) se distanciaram do convívio social devido à dificuldade em se relacionarem; 2 pacientes (5,72%) possuem amigos que fazem brincadeiras indesejadas e 3 pacientes (8,58%), quando estão sem aparelho auditivo, não contam com a paciência das pessoas de sua convivência.

Os dados acima desvelam as repercussões que a deficiência auditiva impõe os quais vão além do não ouvir bem, a sérias implicações psicossociais para a vida dos pacientes e os que com ele convivem. Tais considerações vêm ao encontro dos objetivos específicos desta pesquisa.

Diabetes Mellitus

Com relação à época do diagnóstico do Diabetes *Mellitus*, o percentual está bem distribuído e equilibrado. Tem-se na faixa etária de 18 a 30 anos e também na faixa de 41 a 50 anos a mesma quantidade de 10 pacientes (28,57%). Na faixa etária de 31 a 40 anos tem-se 8 pacientes com um percentual de 22,86% e na faixa etária de 51 a 60 anos 7 pacientes (20%).

Constatou-se que 16 pacientes (45,71%) não tomam

insulina e 19 pacientes (54,29%) tomam a insulina; 31 pacientes, um percentual de 88,57%, realizam o tratamento do Diabetes *Mellitus* com medicação sem o uso da insulina. Encontrou-se 4 pacientes, um percentual pequeno de 11,43%, que não fazem uso de medicação ou insulina, porque não sentem necessidade devido à ausência de sintomas.

Ao indagar os pacientes sobre a dieta alimentar deparou-se com 15 pacientes, um alto percentual de 42,85%, que não fazem a dieta e 20 pacientes (57,15%) fazem a dieta alimentar. As justificativas para não aderirem à dieta foram assim categorizadas: 8 pacientes (22,85%) dependência de outras pessoas para prepararem a refeição e também não sentem nenhum sintoma de Diabetes *Mellitus* e 7 pacientes (20%) problemas financeiros.

Encontrou-se 31 pacientes, um percentual bastante significativo de 88,57% que não seguem com rigor e 4 pacientes, um percentual de 11,43%, seguem com rigor, sabendo claramente os riscos acometidos no Diabetes *Mellitus*.

Em relação ao motivo pelo qual o paciente não segue com rigor a dieta, 17 pacientes (48,57%) que assumem não conseguir, utilizando vários argumentos para se justificarem, sendo que 7 pacientes (20%) não seguem com rigor por depender de outra pessoa no preparo da refeição, falta de incentivo e a oscilação do Diabetes *Mellitus*; 11 pacientes (31,43%) argumentam problemas financeiros, conivente com a classificação socioeconômica 26 pacientes (74,29%) na Baixa Superior, cuja renda familiar gira em torno de 1 a 4 salários mínimos, e 5 pacientes (14,29%) na Baixa Inferior.

Entre 35 pacientes, somente 9 pacientes (25,71%) não encontram dificuldades no seu dia-a-dia por ter Diabetes *Mellitus*, mas 20 pacientes (57,14%) relataram dificuldades no seu dia-a-dia por ter o Diabetes *Mellitus*, ocasionando mal-estar, zumbido, tontura, cansaço físico, falta de ar, ganho e perda de peso e outros problemas de saúde.

Entre os pacientes que encontram dificuldades, 4 pacientes (20%) referem-se a restrição alimentar ao sair de casa sem conseguir controlar a vontade de comer doce; outros 2 pacientes (10%) relataram que o estresse diário interfere na taxa de glicose e no humor.

Os dados coletados são relevantes, por se tratar de uma doença crônica, que depende do controle metabólico, podendo gerar complicações agudas e crônicas, tornando-se fatais. Conseguiu-se, através desses dados, desvelar as repercussões do Diabetes *Mellitus* no dia-a-dia dos pacientes.

Quanto ao conhecimento dos pacientes sobre o acometimento de doenças provocadas pelos Diabetes *Mellitus* e suas implicações, 4 pacientes (11,43%) declararam desconhecimento e 31 pacientes (88,57%) alegam ter conhecimento; no entanto entre esses pacientes, 23 pacientes (74,20%) desconheciam a deficiência auditiva como decorrente do Diabetes *Mellitus*, 4 pacientes além de desconhecerem a deficiência auditiva, não sabiam de outros problemas de saúde consequentes do Diabetes *Mellitus* e apenas 8 pacientes (22,85%) sabiam dessa intercorrência.

Deste modo é possível constatar o grave comprometimento do Diabetes *Mellitus* na qualidade de vida das pessoas pela falta de conhecimentos e esclarecimentos.

Com relação ao diagnóstico primeiro entre a deficiência auditiva e o Diabetes *Mellitus*, 20 pacientes (57,14%) foram diagnosticados primeiramente o Diabetes *Mellitus* e 15 pacientes (42,86%) relataram que primeiro receberam o diagnóstico da deficiência auditiva

Com relação associação da deficiência auditiva ao Diabetes *Mellitus* há controvérsias na literatura em virtude de ser uma doença muito complexa que envolve vários fatores associados. Entretanto, Alvarenga et al. (2005) relatam que o Diabetes *Mellitus* ocasiona várias complicações crônicas, dentre elas o sistema auditivo.

Esses dados contribuem para um dos critérios de avaliação para o estudo e diagnóstico em que a relação da perda auditiva está associada ao Diabetes *Mellitus*, tornando este grupo elegível para estudos mais aprofundados sobre a correlação perda auditiva e Diabetes *Mellitus*.

A Família e a Doença Crônica

Ao questionar sobre o relacionamento familiar e seu apoio nos tratamentos que os pacientes do presente estudo

recebem para o Diabetes *Mellitus* e a deficiência auditiva, constatou-se 18 pacientes, um percentual de 51,43%, que relataram o relacionamento familiar ser ótimo; 11 pacientes (32,42%) consideram que o relacionamento familiar é bom; 6 pacientes (17,15%) alegaram ter um relacionamento familiar regular; e nenhum (0%) relacionamento ruim.

Após o relato do relacionamento do paciente com os familiares foram constatadas as justificativas que denotam esse relacionamento familiar e a sua valorização, sendo que a família na vida do paciente é um ponto de referência primordial, 21 pacientes (60%) o relacionamento familiar é bom, cujos familiares são carinhosos, mas encontrou-se 14 pacientes (40%) em que há problemas familiares e também divergências; é na família onde ocorrem os conflitos, a afetividade e a responsabilidade e, também, onde se desenvolvem todas essas práticas do convívio familiar.

Diante dos dados coletados deparou-se com 30 pacientes (85,71%) que recebem apoio dos familiares e incentivos para o tratamento auditivo. A deficiência auditiva impõe ao paciente habilidades no enfrentamento de circunstâncias para a vida, levando-o a sérias implicações psicossociais, repercutindo no âmbito profissional, pessoal e na sua qualidade de vida, levando-o ao isolamento social, afetando todos os membros da família. Verificou-se 3 pacientes (8,57%) relatando que os familiares ficam impacientes em repetir a frase solicitada pelo paciente quando não consegue entender. Quanto ao apoio, 27 pacientes (77,14%), os familiares acompanham e incentivam o tratamento auditivo, observando-se valores de responsabilidade, respeito e tolerância com os pacientes; 5 pacientes, um percentual de 14,29%, não recebem apoio da família no tratamento auditivo, o que compromete a aceitação da deficiência auditiva e a necessidade do uso de AASI, levando-o muitas vezes ao afastamento do convívio familiar, apresentando implicações psicossociais.

No que se refere ao apoio da família para o tratamento, 26 pacientes (73,53%) recebem apoio da família no tratamento do Diabetes *Mellitus*; 9 pacientes (26,47%) contam o apoio necessário, tornando difícil o despertar da consciência do paciente e familiares quanto à necessidade de modificações em

suas rotinas para uma melhor qualidade de vida.

É na família, apesar dos conflitos, que encontramos a única forma e papel para o desenvolvimento do indivíduo, a afetividade e a sociabilidade, exercendo um papel fundamental nas relações humanas para o crescimento do indivíduo, tanto no âmbito familiar quanto no social (JOSÉ FILHO, 1999).

Ratifica-se que a situação de bem-estar é um reflexo da família, do seu desenvolvimento, uma vez que ela é o referencial na prática de valores como a responsabilidade, respeito e tolerância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se, nos dados, que o grupo pesquisado de pacientes da Divisão de Saúde Auditiva está elegível para se realizar a pesquisa da correlação entre o Diabetes *Mellitus* e a perda auditiva. Na totalidade dos 35 pacientes pesquisados (100%) evidencia-se que 20 pacientes, um percentual de 57,14%, receberam o diagnóstico do Diabetes *Mellitus* primeiramente antes do acometimento da perda auditiva e 15 pacientes (42,86%) houve o acometimento da perda auditiva para depois diagnosticar o Diabetes *Mellitus*.

A verificação do nível de conhecimento do paciente sobre o Diabetes *Mellitus* vem de encontro aos objetivos da pesquisa onde 31 pacientes um percentual de 88,57% conhecem algumas implicações que a doença acarreta, e 4 pacientes (11,43%) não conhecem nenhuma implicação. Quando solicitado para o paciente falar sobre este conhecimento foram detectadas três questões importantes: a primeira que 4 pacientes (11,43%) não têm conhecimento sobre o assunto; a segunda com 23 pacientes (65,71%) conhecem vários problemas de saúde relacionados ao Diabetes *Mellitus*, mas não correlacionam à perda auditiva; já 8 pacientes, um percentual de 22,86%, conhecem vários problemas que o Diabetes *Mellitus* ocasiona, incluindo também a perda auditiva. Outro fator primordial indicativo está representado por 30 pacientes (85,71%) que possuem o interesse em saber mais sobre o Diabetes *Mellitus* e as suas consequências; e 5 pacientes (14,29%) não querem e não têm interesse.

Com esses dados podem-se desenvolver projetos para o

acesso dos pacientes às informações sobre as consequências, tratamentos atualizados, a utilização de novos equipamentos e pesquisa que estão sendo desenvolvidos sobre o Diabetes *Mellitus*. Com isto se aprimoram os conhecimentos e procedimentos profissionais, sem perder de vista a sua finalidade como esclarecimento, não invadindo outros segmentos profissionais.

Como é significativo o contexto social, verifica-se que grande parte dos pacientes pesquisados é da classificação Baixa Superior 26 pacientes (74,29%) com baixa escolaridade e 21 pacientes (60%) com ensino fundamental incompleto. Com esses dados verifica-se o perfil socioeconômico e percebe-se o quanto interfere no tratamento do Diabetes *Mellitus* pela falta de incentivo 8 pacientes (22,85%) e não seguir com rigor 11 pacientes (31,43%) justificam o problema financeiro, tornando-se uma população de risco, sendo que o acompanhamento médico e nutricional melhora o prognóstico e o controle do Diabetes *Mellitus* de forma não invasiva, sem consequências graves na saúde.

Os cuidados que o Diabetes *Mellitus* exige ratifica a importância familiar para minimizar e evitar situações de risco, nem sempre claras aos pacientes. Em relação à importância das informações, verificar as necessidades dos pacientes, levando-se em conta a sua realidade e dinâmica em que a necessidade da população usuária necessite.

FABRI, E. M. et. al. ; COSTA, A. S. Psychosocial implications of patients with diabetes mellitushealth program hearing. *Serviço Social & Realidade* (Franca), v. 19, n. 2, 2010.

ABSTRACT

Diabetes *Mellitus* is a chronic disease characterized by the malfunction of the pancreas, where it does not produce enough insulin or when the production is not used effectively in the body and can affect some organs such as kidneys, eyes, circulatory system and hearing aid. The intention of this study is to verify the diabetic patients knowledge level about the Program of Hearing Health on the Diabetes *Mellitus*, the probable relation with the hearing deficiency and its consequences.

Keywords: hearing disorder. diabetes mellitus. family.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, K.; IORIO, M. C. M. *Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas*. 2. ed., São Paulo: Lovive, 2003. 494p.
- ALVARENGA, K. F. et al. Potencial cognitivo P300 em indivíduos com diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 202-207, mar./abr. 2005.
- CAMPOS, S. *Deficiência auditiva*. 2003. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/13378>. Acesso em: 29 maio 2008.
- CARDOSO, H. et al. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Referência*, Paraíba, II série, n.2, p. 33-41, jun. 2006.
- FERREIRA, J. M. et al. Perfil audiológico de pacientes com diabetes mellitus tipo II. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v.12, n.4, p. out./dez. 2007.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas da pesquisa social*. 2. ed., São Paulo: Atlas, 1989. 206p.
- GRACIANO, M. I. G.; LEHFELD, N. A. S.; NEVES, A. F. Critérios de classificação socioeconômica: elementos de atualização. *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 8, n.1, p.109-128, 1999.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2000: resultado do universo*. IBGE (2000). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticias_visualiza.php?id_noticia=438&id_pagina=1. Acesso em: 29 mai. 2008.
- JOSE FILHO, M. A família como espaço privilegiado. Para a construção da cidadania. *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 8, n. 1, p. 129-152, 1999.
- MAIA, C. A. S.; CAMPOS, C. A. H. de. Diabetes Mellitus como causa de perda auditiva. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 209-214, mar./abr. 2005.

- MARCHIORI, L. de M.; GIBRIN, P. C. Diabetes Mellitus: prevalência de alterações auditivas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 82-86, fev. 2003.
- MATHERS, C.; SMITH, A.; CONCHA, M. *Global burden of hearing loss in the year 2000*. In: World Health Organization, 2000. p. 1-30. Disponível em: www.who.int/healthinfo/statics/bod-hearinggloss.pdf. Acesso em: 9 jun. 2008.
- MINAYO, M. C. de S. et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde; 2002.
- SILVA, M. L. da; LESSA, S. Z. G. Prática do serviço social na área da saúde. In: SILVA, J.O. (Org.). *Práticas do serviço social: espaços tradicionais e emergentes*. Porto Alegre: Decasa, 1998, p. 117-130.
- SOUZA, E. G. *Surdez e significado social*. São Paulo: Cortez, 1982. 96p.
- TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V.; LEIMANN, A. H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Rio Grande do Sul, v. 11, n.1, p.18-28, 1990.
- ZANETTI, M.L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 2, p.186-192, mar./abr. 2008.

Artigo recebido em 07/2010. Aprovado em 10/2010.

