

Ações extensionistas com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: relato de experiência

Extension activities aimed at the prevention of chronic non communicable diseases: Experience report

Acciones de extension con el foco en prevención de enfermedades crónicas no transmisibles: relato de experiência

*Kelly Silva**

*Raphaela Barroso Guedes-Granzotti**

*Patrícia Aparecida Zuanetti***

*Pablo Jordão Alcântara Cruz**

*Tatiane Lisboa Souza**

*Paloma Araújo Lisboa**

*Nathália Monteiro Santos**

*Rodrigo Dornelas**

Resumo

Introdução: Alterações na comunicação podem ocorrer em decorrência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) comprometendo a qualidade de vida e autonomia do sujeito. **Objetivo:** descrever uma ação de extensão com foco na sensibilização a respeito dos fatores de risco de DCNTs que podem comprometer o processo comunicativo e linguístico. **Relato de experiência:** A ação de extensão foi realizada no período de fevereiro a outubro de 2015 na ala de Clínica Médica de um Hospital Regional de nível secundário. O público alvo foram os pacientes hospitalizados por mais de 24 horas e seus acompanhantes. A ação ocorreu nos quartos do Hospital e foi realizada em quatro etapas, com duração total aproximada de 50 minutos. A primeira etapa teve como objetivo informar sobre a influência da

*Universidade Federal de Sergipe- UFS- Lagarto (SE), Brasil

**Universidade de São Paulo – USP- Ribeirão Preto (SP), Brasil

Contribuição dos autores: KS Idealização, orientação e administração do projeto. RBGG Análise e interpretação dos resultados. PAZ Discussão da metodologia aplicada e dos resultados. PJAC Execução da ação e elaboração do manuscrito. TLS Execução da ação e elaboração do manuscrito. PAL Execução da ação e elaboração do manuscrito. NMS Execução da ação e elaboração do manuscrito. RD Análise dos resultados e supervisão geral do trabalho.

E-mail para correspondência: Rodrigo Dornelas - rdgdornelas@gmail.com

Recebido: 07/04/2016

Aprovado: 29/09/2016

comunicação humana na qualidade de vida e o papel do Fonoaudiólogo em ações de prevenção de doenças, promoção de saúde e na reabilitação. O objetivo da segunda etapa foi conhecer os principais fatores de risco evitáveis para DCNTs na população alvo. Em seguida, na terceira etapa, foi realizada uma palestra sobre fatores de risco para doenças crônicas com orientações a respeito da importância da modificação de determinados comportamentos. Na última etapa foi aplicado um questionário de satisfação. **Considerações finais:** Esta ação de extensão teve como princípios o acolhimento, a decisão compartilhada, a humanização e a autonomia do sujeito. Estimular escolhas saudáveis e enfatizar seus benefícios pode auxiliar os sujeitos a construir estratégias que possibilitem hábitos de vida proporcionando bem-estar e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Relações Comunidade-Instituição; Fatores de Risco; Doença Crônica; Comunicação; Fonoaudiologia.

Abstract

Introduction: Alterations in communication can occur due to Chronic non Communicable Diseases (CNCDS) affecting the quality of life and autonomy of the subject. **Objective:** to describe an extension of action focusing on prevention of CNCDS that cause impairments in communication and linguistic process. **Experience report:** The extension activities were conducted in the period from February to October 2015 in the Clinical Medical wing of a secondary level Regional Hospital. The target group were patients hospitalized for more than 24 hours and their accompanying. The action occurred in the rooms of the hospital and was conducted in four stages, with approximate total duration of 50 minutes. The first stage aimed to inform about the influence of human communication on quality of life and the role of Speech and Language Pathologist in disease prevention actions, health promotion and rehabilitation. The objective of the second stage was to identify the main avoidable risk factors for CNCDS in the target population. Then, in the third stage was conducted a presentation about risk factors for chronic diseases with orientations about the importance of modifying certain behaviors. In the last step was conducted a questionnaire of satisfaction of participants in relation to the proposed action. **Final considerations:** These extension activities had as principles: user embracement, shared decision, humanization and the autonomy of the subject. Encourage healthy choices and emphasize its benefits can help individuals to build strategies that enable lifestyle providing well-being and quality of life.

Keywords: Community-Institutional Relations; Risk Factors; Chronic Disease; Communication; Speech, Language and Hearing Sciences.

Resumen

Introducción: Los cambios en la comunicación puede ocurrir debido a enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a la calidad de vida y autonomía del sujeto. **Objetivo:** Describir una acción de extensión enfocada en la sensibilización sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles que podrían poner en peligro el proceso comunicativo y lingüístico. **Relato de experiencia:** La acción se llevó a cabo en el período de febrero a octubre de 2015. El público eran pacientes hospitalizados durante más de 24 horas y sus compañeros. La acción se llevó a cabo en las salas del hospital y en cuatro etapas. La primera etapa com objetivo informar acerca de la influencia de la comunicación humana en la calidad de vida y el papel de terapeuta del habla en las acciones de prevención, promoción de la salud y la rehabilitación. El objetivo de la segunda etapa fue identificar los principales factores de riesgo evitables para las enfermedades no transmisibles. Luego, en la tercera etapa de una conferencia sobre los factores de riesgo de enfermedades crónicas con las directrices acerca de la importancia de modificar ciertos comportamientos. En el último paso fue un cuestionario de satisfacción. **Consideraciones finales:** Esta acción de extensión era a los principios de alojamiento, de decisiones compartida, la humanización y la autonomía del sujeto. Alentar a las opciones saludables y hacer hincapié en sus beneficios pueden ayudar a las personas a construir estrategias que permitan el estilo de vida que proporciona bienestar y calidad de vida.

Palabras clave: Relaciones Comunidad-Institución; Factores de Riesgo; Enfermedad Crónica; Comunicación; Fonoaudiología.

Introdução

Desde o século passado o Brasil enfrenta mudanças significativas no perfil de morbimortalidade da população, devido às várias transformações sociais e econômicas ocorridas nesse período. As doenças infecciosas e parasitárias que dominavam este cenário cederam lugar para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que atualmente são as principais causas de morte (Ministério da Saúde, 2005). Além da elevada taxa de mortalidade muitas internações hospitalares ocorrem em decorrência de DCNTs^{1,2}.

As DCNTs são afecções de saúde que acometem indivíduos por um tempo prolongado e não são estáticas, pois apresentam períodos de piora (episódios agudos) e de melhora³. São exemplos dessas doenças *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, problemas cardiovasculares, câncer, acidente vascular encefálico (AVE), artrite, depressão, doença respiratória e outros^{4,5}. No Brasil, a hipertensão arterial, a depressão e o *diabetes mellitus* são as DCNTs mais prevalentes, porém o AVE é a doença que mais limita as atividades diárias dos sujeitos⁵.

O AVE pode causar alterações funcionais ou estruturais em diferentes áreas encefálicas, assim é considerado uma das neuropatologias capazes de gerar alterações encefálicas que podem acarretar um *déficit* da comunicação, na forma de distúrbio de fala ou de linguagem⁶.

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNTs são diversos. Alguns como idade, hereditariedade, sexo e raça são considerados fatores não modificáveis, já a hipertensão arterial, ingestão de álcool em grandes quantidades, *diabetes mellitus*, tabagismo, sedentarismo, estresse, inadequação alimentar e o colesterol elevado são considerados fatores modificáveis, ou seja, são fatores que com orientações, auxílio de equipes de saúde e medicações, podem ser minimizados³.

Com o objetivo de minimizar a frequência das DCNTs, medidas educativas são de suma importância, pois apresentam rápido impacto no quadro de saúde do sujeito⁵. Nesta direção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma abordagem preventiva para controle destas doenças com objetivo principal de reduzir o número de casos de aumento de pressão arterial, tabagismo, etilismo, sedentarismo, má alimentação, obesidade e hipercolesterolemia⁷.

Implementar estratégias com foco na prevenção de doenças e promoção de saúde é capaz de modificar os fatores de risco para as DCNTs da população brasileira³. Medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde contribuem significativamente para combater ou minimizar os agravos à saúde da população, podendo melhorar as condições de saúde, que refletirá em sua qualidade de vida^{8,9}.

O histórico da Fonoaudiologia, que tinha como prioridade o atendimento clínico terapêutico, tem cada vez mais se inserido no contexto da promoção de saúde. Assim, percebe-se que ações com foco na promoção de saúde podem ser realizadas em qualquer espaço, mesmo em ambientes clínicos hospitalares, pois é sabido que a comunicação humana pode sofrer prejuízos decorrentes das DCNTs como o AVE, seja por alterações isoladas ou associadas de voz¹⁰, de linguagem¹¹, de fala¹² ou de memória¹³.

Esta comunicação tem como objetivo descrever uma ação de extensão com foco na sensibilização a respeito dos fatores de risco de DCNTs que podem comprometer o processo comunicativo e linguístico.

Relato de experiência

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE: 32813514.8.0000.5546. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os detalhes da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Trata-se de uma ação realizada por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Extensão. Esta intervenção é de caráter transversal e preventivo, com foco na redução de danos referentes aos fatores de risco evitáveis para as DCNTs.

Participaram desta ação, pacientes internados na ala de clínica médica de um Hospital de nível secundário de um estado na região nordeste e seus cuidadores, maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos.

Foram excluídos os pacientes que não apresentavam condições físicas ou psicológicas para responder às perguntas, indivíduos que não responderam aos questionários e que estavam na ala de isolamento com diagnóstico de doenças infectocontagiosas.

Participaram da ação 102 pessoas: 69 cuidadores (oito do sexo masculino e 61 do feminino); 33

pacientes (12 do sexo masculino e 21 do feminino). A diferença entre o número de participantes, pacientes e cuidadores, ocorreu, pois alguns pacientes estavam repousando, no banho ou com o nível de consciência rebaixado. A média de idade dos cuidadores foi de 39,6 anos e dos pacientes foi 57,8 anos.

Quanto à escolaridade dos pacientes, oito dos 33 pacientes (24,24%) não eram alfabetizados, 18 (54,54%) tinham ensino fundamental incompleto, cinco (7,24%) com ensino fundamental completo e dois (2,89%) com ensino médio incompleto.

Em relação aos cuidadores foi encontrado que seis (8,69%) não eram alfabetizados, 33 (47,82%) apresentavam o fundamental incompleto, quatro (5,79%) tinham o fundamental completo, seis (8,69%) não completaram o ensino médio, 11 (15,94%) concluíram o ensino médio, quatro (5,79%) com ensino superior incompleto e cinco (7,24%) concluíram o ensino superior.

A profissão mais relatada foi a de lavrador, para ambos os grupos, e a renda média de 27 pacientes (81,8%) foi igual ou menor a um salário mínimo, e quanto aos cuidadores, 51 pessoas (74%) referiram esta faixa de renda.

A ação ocorreu nos quartos do hospital (cada quarto tem cinco leitos com cadeiras para os acompanhantes em cada leito). Os participantes não precisaram se deslocar dos seus lugares.

A ação foi realizada em quatro etapas, todas no mesmo dia, com duração aproximada de 50 minutos.

A ação foi divulgada no Hospital por meio de um *banner* fixado na sala de espera contendo informações sobre a intervenção realizada.

Etapa 1

Na primeira etapa foi realizada a apresentação da ação de extensão e seus objetivos, seguida pela explicação do conceito de comunicação e sobre a atuação fonoaudiológica nesta área. Foi utilizado neste momento um *banner* para apoio visual durante a explicação.

Etapa 2

Na segunda etapa, houve a aplicação de questionário inicial estruturado e fechado com perguntas a respeito dos fatores de risco para DCNT. As perguntas realizadas foram:

- Você tem o hábito de fumar?
- Se não, você já teve este hábito na sua vida?
- Você consome bebida alcoólica?
- Se sim, qual a frequência?
- Você pratica exercícios físicos regularmente?
- Você costuma ingerir comida com bastante sal?
- Você se considera uma pessoa estressada?
- Quando vai andar de carro, você utiliza SEMPRE o cinto de segurança?
- Quando vai andar de motocicleta, você utiliza SEMPRE o capacete?

Os resultados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa dos fatores de risco citados pelos participantes (Paciente e cuidador)

Fatores de risco evitáveis	Paciente*	Cuidador*
Hábito de fumar	1(3%)	6(8,7%)
Ex- tabagista	16(48,5%)	4(5,8%)
Consome bebida alcoólica	7(21,2%)	21(30,4%)
Não pratica atividade física	24(72,7%)	37(53,6%)
Consome comida com bastante sal	1(3%)	9(13,1%)
Se considera estressado(a)	20(60,6%)	46(66,7%)
Não usa sempre o cinto de segurança ao andar de carro	15(45,4%)	15(21,7%)
Não usa sempre o capacete ao andar de motocicleta	18(54,5%)	29(42,1%)

Legenda: *Participaram da ação 33 pacientes e 69 cuidadores.

Etapa 3

Na terceira etapa foi realizada a palestra intitulada “Comunicação”.

Foram utilizadas, neste momento, como material de apoio, figuras representando os principais fatores de risco evitáveis, fatores estes abordados na palestra (tabagismo, etilismo, sedentarismo, uso de medidas preventivas no trânsito, alimentação) e as principais DCNTs (Acidente Vascular Encefálico e Traumatismo Crânio Encefálico).

Neste momento garantiu-se a participação e o diálogo com todos os participantes, com exemplos do cotidiano, foco na troca de informação, considerando cada participante como ser atuante em sua própria saúde e estimulando a autonomia e o autocuidado.

Observou-se o envolvimento dos participantes, tanto dos pacientes quanto de seus cuidadores, nas ações e discussões levantadas a respeito do tema da ação. Muitos faziam perguntas e relataram suas experiências. Ainda identificaram quais as principais dificuldades em mudar tais hábitos e comportamentos.

O tema abordado mostrou ser de interesse geral e as dúvidas foram sanadas, o que demonstrou interesse dos participantes, confirmando assim a relevância em promover a comunicação.

Desta forma, houve um espaço de conversa e construção de conhecimento de forma ativa por parte dos participantes, pois foram considerados como atores principais de sua própria saúde.

Etapa 4

Por fim, na quarta etapa, foi realizada a aplicação de um questionário final a respeito do impacto da ação e do grau de satisfação dos participantes. Todos demonstraram uma boa aceitação a respeito da ação.

Dentre as respostas obtidas no questionário final, aplicado após o questionário inicial e a palestra, 37 pessoas (36,3%) acharam a palestra muito boa e 65 (63,7%) acharam a palestra boa.

Setenta e cinco pessoas (73,5%) informaram que tentarão mudar os hábitos e acham que terão êxito, 16 participantes (15,68%) vão tentar mudar, mas acham que não conseguirão, oito participantes (7,8%) relataram que não modificarão seus hábitos e três (4%) não responderam.

Quanto ao grau de satisfação da palestra e oficina 50 participantes (49%) se sentiram muito satisfeitos e 52 (50,9%) se sentiram satisfeitos.

Dos que se sentiram informados a respeito de como prevenir problemas da comunicação 100 pessoas (98%) disseram que sim, plenamente, e apenas dois participantes (2%) informaram que não se sentiam informados.

Ao serem questionados se comentariam sobre a palestra com outras pessoas, 90 dos envolvidos (88,2%) responderam que comentariam com familiares e amigos, nove (8,8%) informaram que comentariam apenas com familiares e três (2,9%) informaram que não comentariam sobre a palestra com ninguém.

Vale salientar o número elevado de pessoas que apresentam fatores de risco modificáveis, sendo esta frequência maior entre os acompanhantes/cuidadores do que dos participantes hospitalizados. Sabe-se que o número de pessoas que procurarão o Sistema Único de Saúde nos próximos anos devido às DCNTs tende a aumentar, exigindo das autoridades uma melhor organização deste sistema, e dos centros de pesquisa e de saúde estratégias que visem um atendimento ampliado e qualificado².

Diante dos resultados desta ação e mediante a necessidade urgente de redução do número de DCNTs é necessário que se trabalhe a autonomia do sujeito neste processo preventivo. Certamente a autonomia é uma pré-condição para a saúde e para a cidadania e, portanto fundamental que seja construída no processo saúde/doença¹⁴.

Ainda, repensar o diálogo entre sociedade e serviços de saúde se torna essencial, como citado no texto abaixo:

“A relação entre os serviços de saúde e os sujeitos coletivos também pode ser pensada como uma relação clínica. Como construir práticas de saúde neste campo, mais dialogadas, menos infantilizantes, mais produtoras de autonomia, menos produtoras de medo e submissão acrítica? Talvez uma pergunta adequada seja: o quanto nossas práticas de saúde coletiva precisam do medo e da submissão para funcionar?”¹⁵

Considerações finais

De modo a promover saúde e prevenir os agravos à comunicação decorrentes de DCNTs, a palestra funcionou como um meio educativo para os participantes, visto que os diversos fatores de



risco exemplificados podem ser evitados. Além de sensibilizar os envolvidos a decidirem quais são as mudanças necessárias para uma melhor qualidade de vida.

Foram esclarecidos os fatores de risco das diversas DCNTs, principalmente as relacionadas ao AVE. Este projeto de extensão propiciou aos discentes envolvidos o contato direto com os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) da Universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, bem como vivenciar a humanização e o acolhimento preparando-os para trabalhar baseados nesses princípios, cientes da relevância de promover a saúde.

Referências Bibliográficas

1. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011;20(4):425-38.
2. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schimdt MI, Lotufo PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(Supl): 126-34.
3. Casado L, Lucia MV, Luiz CST. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cancerol*. 2009; 55(4): 379-88.
4. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*. 2010; 376(9755): 1861-8.
5. Theme Filha MM, Souza Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(2): 83-96.
6. Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão Cerebral, assistidos em hospital terciário. *Rev. CEFAC*. 2011; 13(2): 330-9
7. Pan American Health Organization. Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas. Washington: PAHO; 2007. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/reg-strat-cncdspt.pdf> Acessado em março de 2016.
8. Campos MO, Neto JFR. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Rev. baiana saúde pública*. 2008; 32(2): 232-40.
9. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(1): 163-77.
10. Mendes L, Marcolino J, Andrade M, Dassie-Leite Ap. Caracterização vocal de indivíduos hipertensos. *Distúrbios Comun*. 2013; 25(3): 395-403.
11. Bonini MV. Relações entre alterações de linguagem e déficits cognitivos não linguísticos em indivíduos afásicos após Acidente Vascular Encefálico. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
12. Cera ML, Ortiz KZ. Análise fonológica dos erros da apraxia adquirida de fala. *Pró-Fono R. Atual. Cient*. 2009; 21(2):143-8.
13. Pawlowski J, Rosa HLRS, Fonseca JM, Silva RB, Ambrósio EG, Souza GMB. Avaliação da Memória de Pacientes com Lesão em Núcleos da Base e Tálamo Pós-AVC. *Psicologia em pesquisa*. 2013; 7(1): 79-88.
14. Soares JCRS, Camargo Jr KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(21): 65-78.
15. Ministério da Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2010; 2 ed, Brasília-DF: MS.

