

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

“PALAVRAS DESENHADAS”:

UM PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR

ATRAVÉS DE DESENHOS

NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

GRAZIELA BECK PORTO

PORTO ALEGRE

2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA ENF 99003 – ESTÁGIO CURRICULAR**

***“PALAVRAS DESENHADAS”: UM PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR
ATRAVÉS DE DESENHOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM***

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do Título de Enfermeiro.

GRAZIELA BECK PORTO

**PROFESSORA ORIENTADORA
MARTA JÚLIA MARQUES LOPES**

PORTO ALEGRE, 2002

DEDICATÓRIA

*À minha família que me acompanhou,
Ao meu namorado Teonísio,
À minha irmã Zuky, e
Às minhas amigas Ângela Lupi
e Michele Janáina Gracioli.*



AGRADECIMENTOS

*À Universidade pelo ensino gratuito e de qualidade,
Ao Projeto Ambulatório de Promoção de Qualidade de Vida,
do qual fui bolsista de extensão,
oportunizando-me conhecimentos e a construção de "Palavras Desenhadas",
À professora Marta Julia Marques Lopes
por ter estimulado e acreditado nesta idéia,
Aos demais professores da Escola de Enfermagem
que me estimularam e apostaram
em minhas potencialidades,
À Unidade de Saúde Coinma do GHC
que propiciou adição e reflexão de saberes, e
À Enfermeira Sandra Rejane Ferreira, da US Coinma,
que foi uma professora.*

*“A linguagem da verdade é
simples.”*

Sêneca



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	9
2.1	O Processo Comunicativo na Educação em Saúde	11
2.2	O desenho no processo comunicativo e educativo.....	13
2.3	Conhecendo o paciente através da comunicação	16
3	A PROPOSTA DE “PALAVRAS DESENHADAS”: ORIENTAÇÃO ALIMENTAR NO APQV E SUAS BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	20
4	A CONSTRUÇÃO DE “PALAVRAS DESENHADAS”: PROTOCOLO PARA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR EM CONSULTA DE ENFERMAGEM.	23
5	AS “PALAVRAS DESENHADAS” NA COMUNICAÇÃO VISUAL	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1. Características definidoras de pictogramas e “palavras desenhadas”	27
QUADRO 2. Dados de identificação e elaboração das metas de controle de peso	35
QUADRO 3. Fracionamento alimentar	36
QUADRO 4. Ingestão de carboidratos de rápida absorção	37
QUADRO 5. Ingesta de gorduras e preparo da alimentação	38
QUADRO 6. Ingesta de Leite e Derivados	39
QUADRO 7. Consumo de bebidas alcoólicas	40
QUADRO 8. Consumo de sucos de frutas	40
QUADRO 9. Gelatinas e refrigerantes	41
QUADRO 10. Consumo de gorduras e produtos industrializados	42
QUADRO 11. Consumo de Doces	43
QUADRO 12. Grupos Alimentares	44
QUADRO 13. Substituições de 1 porção de pão (110 calorias)	45
QUADRO 14. Substituições de frutas (90 calorias)	46
QUADRO 15. Substituições de Amidos e Leguminosas (110 calorias)	47
QUADRO 16. Teor de gordura nos alimentos de origem animal	48
QUADRO 17. Orientação alimentar para 1200 calorias diárias	49
QUADRO 18. Orientação alimentar para 1500 calorias diárias	50

QUADRO 19. Orientação alimentar para 1800 calorias diárias	51
FIGURA 1. Lanchonete, pictograma da KFAI, Suécia, desenhado por Claus Tottie	28
FIGURA 2. Pictogramas	30

1 INTRODUÇÃO

Durante o ano de 2001, foram realizadas consultas de enfermagem através do Ambulatório de Promoção de Qualidade de Vida (APQV), sediado na Unidade de Saúde Coimma, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. O APQV é um projeto de pesquisa e desenvolvimento pertencente ao Grupo de Estudos Interdisciplinares do Gênero, Saúde e Trabalho (GENST) da Escola de Enfermagem da UFRGS, coordenado pela Prof^a Dr^a Marta Julia Marques Lopes. Tem como objetivo desenvolver atividades em um serviço de Atenção Básica, visando a promoção da qualidade de vida aos pacientes, da demanda espontânea e induzida.

Sabe-se que promover a qualidade de vida e mudar comportamentos é um processo difícil, e depende de inúmeros fatores. Nesta perspectiva, o APQV propõe-se também a estimular e promover a interdisciplinariedade nos campos do ensino e pesquisa, na busca de novos conhecimentos e práticas de ação em saúde. Prevê-se consultas de enfermagem e atividades de grupo, conforme as necessidades da clientela (LOPES, SILVEIRA e FERREIRA, 1999).

O APQV atende principalmente pacientes com doenças de longa duração (ou crônicas e degenerativas), como hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemias, depressão e outros distúrbios emocionais, compulsão alimentar, obesidade, entre outros. Pelas características dessas patologias, pressupõe-se que há necessidade de um acompanhamento sistemático e contínuo, já que não há resolução do problema, mas a possibilidade de se viver melhor; com qualidade, sem sofrer graves conseqüências. Nesse sentido, é necessário investir na

educação alimentar, na prática de atividade física, na interação em atividades de grupo e lazer, entre outros.

Entretanto, os hábitos de vida não saudáveis (como alimentação hipercalórica, sedentarismo, entre outros) são, muitas vezes, difíceis de serem modificados por estarem estabelecidos firmemente no cotidiano dos pacientes por muitos anos. Portanto, há uma grande necessidade de conhecer o paciente na sua integralidade, pois isso irá determinar a qualidade e a continuidade do processo terapêutico.

Também atendemos crianças que tem o peso acima da normalidade de acordo com Marcondes, Berquó, Hegg, Colli & Zacchi (1982), tabela esta encontrada em Sucupira e Colabs. (2000). Estes autores referem que é consenso atual de que cerca de 30% das crianças obesas se transformarão em adultos obesos, sendo que estas crianças têm um risco de duas a seis vezes maior de obesidade na idade adulta do que os seus pares não obesos. O risco ainda ficará aumentado se a criança for mais velha, mais intensa a sua obesidade e quando esta distrofia estiver também presente em seus pais. Assim, o APQV percebe a família como um todo, a fim de evitar a perpetuação de relações familiares e hábitos alimentares não muito saudáveis. Tentar fazer o familiar e a criança compreender e assimilar as orientações durante a Consulta de Enfermagem é tarefa que exige muita tolerância e paciência.

Além dessas dificuldades que identificamos, atendemos e observamos um grande número de pacientes que apresentavam dificuldades de seguir as orientações alimentares escritas, apesar de haver toda uma orientação oral durante a consulta, além do reforço dessas informações nas consultas subseqüentes. A grande maioria desses pacientes tinha em comum a dificuldade de compreender e assimilar orientações, independente do nível de instrução formal.

A clientela do APQV inclui desde pacientes analfabetos até aqueles que apresentam nível de instrução superior, com os mais diversos problemas de saúde. Sem o controle alimentar a curto e longo prazo, muitos desses pacientes podem desenvolver infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, trombozes, e outros distúrbios severos.

As orientações alimentares no APQV normalmente são transmitidas de forma oral e/ou escrita. Entretanto, a partir da prática cotidiana, concluímos que essas formas de orientação terapêutica não eram suficientes para a incorporação de hábitos saudáveis a esse grupo de pacientes. Percebemos que precisava de “algo a mais” na comunicação, a fim de proporcionar efetivamente a educação em saúde.

Silva (1996) refere que uma comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal entendidos, e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes. A autora diz ainda que, dessa forma, o profissional poderá visualizar alternativas de solução para esses problemas, além de auxiliar o paciente a encontrar novos padrões de comportamento.

Apropriando-nos dessas idéias e com o objetivo de trabalharmos no sentido de educar em saúde e proporcionar aprendizado que influencie as condutas, pensamos em alternativas metodológicas para uma nova forma de trabalhar a temática da orientação alimentar. Dentre as alternativas, pensou-se na construção conjunta, enfermeira e paciente, de uma proposta através de desenhos. Pillar (1996a) sugere o desenho, através de uma abordagem construtivista, como objeto de aquisição de conhecimentos. A autora cita, seguindo a linha de pensamento de Piaget, que o conhecimento não está pré-formado no sujeito nem está totalmente pronto, acabado. A aquisição de conhecimentos processa-se na troca, na interação com o objeto a conhecer.

A partir dessas reflexões, este trabalho visa sistematizar a construção e reflexão no sentido de consolidar protocolos assistenciais que tornem nossas práticas de consultório mais eficientes e resolutivas. Lopes e Silva (2002) referem que cada vez mais há a urgência de aprimoramentos e da adoção de ações que implementem novos protocolos de atenção em saúde adaptados às novas realidades, com a sistematização dos saberes práticos que viabilizem ações e troca de conhecimentos.

Assim, o objetivo desse estudo é sistematizar as experiências cotidianas de consultório e construir estratégias metodológicas para o processo de educação em saúde na consulta de enfermagem em atenção básica. Dos objetivos específicos, incluem os seguintes:

- Sistematizar na forma de protocolo uma proposta de orientação alimentar através de desenhos, eficiente e resolutiva para pacientes com diferentes graus de compreensão da linguagem oral e escrita;

- Subsidiar com material instrucional as consultas do APQV, produzindo instrumentos de sistematização para a Rede Temática Metodologias de Educação e Assistência na Promoção da Qualidade de Vida RS/SC/PR do Plano Sul de Pesquisa/GENST/CNPq.

O protocolo de orientações alimentares através de desenhos foi construído a partir das necessidades da clientela do Ambulatório. Sua sistematização baseou-se em argumentos objetivos (escritos, registros no Prontuário de Família, observação técnica, entre outros) e na subjetividade implicada na relação enfermeira-paciente. Os itens de interesse foram ordenados em temas transformados em desenho conforme o conteúdo da orientação a ser veiculada. As orientações, na forma de protocolos desenhados, foram criadas pela autora com base nas informações técnico-terapêuticas do Centro de Recuperação e Estudo da Obesidade (CREEO).

Estes procedimentos estão amparados nas experiências de Consulta de Enfermagem do APQV, realizadas durante o período de março a dezembro de 2001, num total de 118 consultas de enfermagem (PORTO, LOPES e FERREIRA, 2001).

As informações específicas e a identidade dos pacientes dessas consultas estão amparadas pelos preceitos deontológicos do sigilo profissional.

2 A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGICA METODOLÓGICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Para Horta (1979), a Consulta de Enfermagem é a aplicação do Processo de Enfermagem, que se conceitua como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano (indivíduo, família, comunidade). Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução, e prognóstico.

Essa visão de Consulta de Enfermagem trouxe visibilidade às intervenções de enfermagem, anteriormente percebidas com auxiliares à prática médica. Entretanto, tem-se que enfatizar que o cuidar é interdependente e se constrói no cotidiano dos sujeitos, incorporando muitas vezes os atos comuns da vida ao invés de apenas uma terapêutica “tipo ideal” normativa, diz Lopes e Silva (2002).

Muitas vezes, as ações técnicas e curativas sobrepõem-se as de prevenção e de educação à saúde, fazendo permanecer o ciclo vicioso de “cura” e doença. É através da educação e prevenção de agravos ou o controle de doenças que poderá haver efetivamente a saúde da população. Não bastam as ações curativas propostas pelo modelo hegemônico para a diminuição da enfermidade; é preciso a sua prevenção assim como os agravos, através de ações preventivas e educativas, promovendo o autocuidado.

Nesta linha de entendimento, concordamos com L'Abbate, Smeke e Oshiro (1992) ao referirem a importância do papel do profissional de saúde no processo educativo que

envolve os demais sujeitos participantes dos serviços de saúde – usuário e público. Esses autores afirmam que a constituição efetiva do direito à saúde depende, não apenas de mudanças estruturais com relação à política nacional de saúde, como também da transformação da relação cotidiana dos profissionais de saúde com a clientela.

Por outro lado, Smeltzer e Bare (1998) e Cohn e colabs (1991) ressaltam a percepção, cada vez maior, da crescente ênfase sobre saúde, promoção de saúde, bem-estar e autocuidado, mas permanece a dicotomia entre as ações curativas e as preventivas e, acrescentamos, ambivalência nas atitudes dos profissionais que não conseguem, por exemplo, conciliar práticas de consultório com educação em saúde.

Isso não quer dizer que as ações curativas sejam desnecessárias. Entretanto, não podem ser exclusivas. Para L'Abbate, Smeke e Oshiro (1992), há a necessidade de buscar abordar o processo educativo de forma a trabalhar as noções de adesão e compromisso e também de autonomia contidos no processo de constituição de sujeitos coletivos. Desta forma, ressaltamos a importância da prática da Consulta de Enfermagem, pois vem justamente a colaborar com essas idéias.

Um dos propósitos principais da Consulta de Enfermagem é a educação em saúde, pois, através do educar, o profissional tem a oportunidade de modificar os comportamentos não favoráveis à saúde, através da interação, vínculo e estímulo ao aprendizado. Segundo Kawamoto e colabs. (1995), trata-se de um processo que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos para assumirem ou ajudarem na melhoria das condições de saúde da população.

Assim, a Consulta de Enfermagem é um processo metodológico de aplicação de conhecimentos de perspectiva educativa e assistencial, capaz de dar respostas a complexidade do sujeito assistido. É resultado de um saber acumulado, de disciplinas que desvendam relações humanas, mas também das experiências aprendidas em serviço (Lopes e Silva, 2002). Entretanto, a educação em saúde somente ocorre se há aprendizagem e assimilação de orientações pelo paciente, e se há a sensibilidade e competência do profissional de saúde em saber até onde o paciente é capaz disso.

L'Abbate, Smeke e Oshiro (1992) referem as teorias de Piaget e de Vygotski em relação ao processo de aprendizagem. Alertam que o profissional de saúde trabalha quase

todo o tempo com a comunicação de diversos tipos de orientações e condutas terapêuticas a diferentes pessoas, e afirmam a importância de compreender os processos através dos quais cada indivíduo aprende certos conceitos contidos nos vários discursos e falas. A possibilidade de aprender e apreender são, para Piaget, dependentes de processos de desenvolvimento psíquico e, para Vygotski do contexto sócio-histórico no qual cada indivíduo está inserido.

Assim, a enfermeira, através da Consulta de Enfermagem, tem a responsabilidade de entender e perceber os processos pelos quais o indivíduo aprende e assimila orientações, os fatores que estão interferindo no aprendizado, o contexto socioeconômico em que este se encontra, sua cultura e crenças sobre saúde, e o processo comunicativo como um todo.

Concordamos com Lopes e Silva (2002), quanto ao processo de interação enfermeira-paciente. Esses autores referem que, durante esse processo, será necessário negociar e/ou fazer contratos com o paciente para sua efetiva adesão à terapêutica. Incluímos nessa idéia a de que o profissional de saúde deva compreender que o paciente deve fazer um contrato com ele mesmo (e não com o profissional), a fim de atingir metas para saúde. O profissional de saúde será o mediador, o guia e o motivador para essas metas, estando sempre consciente até onde o paciente compreendeu e assimilou a orientação em saúde e até onde ele é capaz e está motivado para segui-la.

Frente a isso, desenvolvemos nossa problematização, refletindo sobre a estratégia da Consulta de Enfermagem, sobre as bases educativas em saúde, na perspectiva de construção de ferramentas adequadas à demanda em atenção básica.

2.1 O Processo Comunicativo na Educação em Saúde

Apaixonar-se pela idéia de compreender as pessoas pode eliminar o preconceito de que os pacientes nada sabem sobre questões de saúde e de doença e de que filosofar é uma atividade intelectual que só diz respeito a ele, enquanto profissional que tudo sabe. Não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido. A fala, a escrita, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não. Cabe ao

enfermeiro conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação ao paciente, diz Silva (1996).

Autores como Stefanelli (1993) avançam na reflexão dizendo que a comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio e longo prazo. Os elementos do processo de comunicação são emissor, receptor e a mensagem. Esses elementos interagem em um contexto (em que condição) através de um canal (como) e a resposta (com que efeito).

As funções da comunicação, de um modo geral, têm sido citadas como investigação, informação, persuasão e entretenimento. A *investigação* é a procura de dados sobre o paciente, assistência e serviços para a prestação da assistência. A *informação* consiste no envio de mensagens ao receptor de acordo com a necessidade deste ou do emissor, dependendo de cada situação. A *persuasão* é motivar o receptor a adotar comportamento sobre o qual ele não havia pensado anteriormente. O *entretenimento* é um misto de persuasão e informação, em geral, para aliviar a ansiedade, divertir e criar clima favorável à interação entre o emissor e o receptor da mensagem (STEFANELLI, 1993).

A mesma autora enfatiza os seguintes aspectos para uma comunicação adequada: conhecer a si mesmo e ao outro, estabelecer relacionamento significativo, examinar e estimular mudança de atitude e comportamento. Percebe-se que essas funções de comunicação são constitutivas das consultas de enfermagem, a fim de propiciar a interação e vínculo, ensinar e reforçar aspectos positivos da conduta do paciente, além de motivá-lo para o autocuidado e a continuidade do tratamento.

É importante salientar, como diz Stefanelli (1993), que a comunicação é um processo composto de formas verbais e não verbais, utilizadas pelo emissor com o propósito de compartilhar informações. A comunicação verbal refere-se à linguagem escrita e falada, aos sons e palavras que usamos para nos comunicar. A comunicação não-verbal envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras.

Nesse sentido, a proposta que tentamos avançar aqui se refere a criação de orientações alimentares através desenhos, o que tem, a nosso ver, relação com a melhoria da comunicação verbal, já que o desenho é considerado como linguagem escrita, como “palavras desenhadas”. Estas “palavras desenhadas” são a linguagem escrita e, portanto, uma tentativa de expressar através do desenho o que as palavras significam.

Acreditamos, como a autora acima, que, para uma comunicação efetiva, deve-se considerar o paciente como uma pessoa única com crenças, valores e cultura próprios, que recebe mensagens da enfermeira e reage de acordo com suas próprias peculiaridades. A cultura tem um peso muito grande, pois ela determina em qual contexto o paciente poderá receber e compreender mensagens. É necessário que a enfermeira tenha um comportamento empático, como o de aceitar, ouvir, clarificar, informar e analisar.

Nessa linha, Lopes, Silveira e Ferreira (1999) descrevem com atitudes necessárias a serem exercitadas na Consulta de Enfermagem: a escuta ativa, a aceitação do outro, a empatia, a confiança e a ausência de julgamento.

2.2 O desenho no processo comunicativo e educativo

Acreditamos que o desenho é um instrumento de grande utilidade no que diz respeito à adição de novos conhecimentos, pois a visualização propicia uma informação a mais do que palavras somente. Através dos desenhos elaborados durante a Consulta de Enfermagem juntamente com os pacientes, o processo comunicativo e educativo mostrou-se eficiente na mudança de condutas e adoção de atitudes esperadas.

Nessas consultas, encontramos situações em que o uso do desenho foi essencial para compreensão das informações, devido as dificuldades apresentadas por alguns pacientes, tais como o analfabetismo, a imaturidade de compreensão, a desatenção, sintomas depressivos, alterações na atividade do pensamento, ansiedade, baixa condição captação e abstração de informações, entre outros déficits cognitivos variados.

Através de uma revisão bibliográfica, pudemos verificar vários motivos e hipóteses para a contribuição do desenho nos processos educativo e comunicativo. Há teorias de

como se dá o pensamento e a aquisição de conhecimentos através de desenhos, a formação da imagem na mente, a importância do construtivismo e sua relação com o desenho como ferramenta metodológica, entre outros. No que diz respeito ao desenho e sua relação com a mente humana, Thagard (1998) afirma a importância de se entender primeiramente como se dá o pensamento de uma determinada pessoa, a fim de melhor planejar do que se irá ensiná-la.

Fazendo uma analogia com a consulta de enfermagem, identificamos esta como um momento de ensino e aprendizado, onde é preciso entender o que se passa com o paciente através dos sentidos e percepções, a fim de se estabelecer e planejar estratégias de educação em saúde que promovam a assimilação das orientações veiculadas. Entretanto, concordamos com o autor de que compreender a mente não é fácil.

O autor acima cita que o conhecimento dentro da mente consiste de representações mentais, que podem ser regras, conceitos, imagens e analogias. As pessoas utilizam-se de procedimentos mentais que operam nas representações mentais, produzindo pensamentos e ações. Assim, os processos mentais aplicados às representações produzem o comportamento.

Seguindo esses preceitos, acreditamos que o desenho é uma representação, uma imagem visual, que poderá vir a ser uma imagem mental, algo que se dá na mente de quem o vê. O autor acima cita que podemos armazenar as imagens na memória, recuperá-las e manejá-las de forma que possam contribuir para uma variedade de tarefas mentais. Essas idéias e conceitos guiaram-nos para a construção de “palavras desenhadas”, pois temos como objetivo fazer com que o paciente possa recordar o maior número de informações trazidas no momento da consulta.

Embora as representações sejam fundamentalmente verbais (regras, conceitos e análogos), essas estruturas podem ter formas visuais. Há utilização, portanto, do recurso de imaginação mental, usando o plano visual através de um mapa mental. O analfabeto tem que utilizar muito a mente, a imaginação para assimilação de conceitos, diferentemente daqueles que sabem ler. Há pesquisas que comprovam a contribuição da imagem para a tomada de decisão (THAGARD, 1998), e isso realmente é muito importante para formar

comportamentos saudáveis. O mesmo autor diz que, assim como o planejamento, a explanação visual não é uma substituição do raciocínio verbal, mas oferece um valioso complemento para isto.

Constatamos que, mesmo havendo uma orientação alimentar com desenhos, o papel da enfermeira não deixa de existir, pois ele será fundamental para o esclarecimento de perguntas do paciente, além do reforço das orientações, valorização das capacidades e conquistas do paciente e motivação para a continuidade da terapêutica.

Thagard (1998) questiona como a imaginação pode ser relevante para seu uso se a linguagem é essencialmente verbal. Diz então que a linguagem não é apenas uma questão de sintaxe e semântica simples, mas muitas vezes metafórica. Considera a metáfora e a formação de imagens como centrais à vida mental, incluindo o processamento da linguagem. A linguagem pode depender da imagem visual ou outras, assim como das palavras. O que vemos muitas vezes chega à mente como uma representação visual semelhante a quadro e não apenas descrições.

Assim sendo, além da expressão oral das orientações, a imagem auxilia na Consulta de Enfermagem na assimilação dessas orientações, sendo útil no aprendizado. O autor refere que se a imaginação é útil na resolução de problemas, a educação pode proveitosamente envolver o ensino das pessoas para que utilizem a imaginação de forma mais eficaz. Postula ainda, que muitas estratégias para melhorar a memória encontram-se nas imagens visuais, e que estas imagens (e de outros tipos) desempenham um papel importante no pensamento humano, muito úteis para descrições verbais. Os processos para construir e manipular imagens produzem o comportamento inteligente. A imaginação pode auxiliar o aprendizado, e alguns aspectos metafóricos da linguagem podem ter suas raízes na imaginação.

Diz o autor que resultados neurofisiológicos recentes confirmam um elo físico próximo entre o raciocínio com imagens mentais e percepção, no que concordamos com o mesmo, pois percebemos isso na nossa prática de uso de desenhos na Consulta de Enfermagem e na interação com os pacientes.

Os desenhos podem ser usados com o propósito de motivar o paciente e proporcionar a assimilação das informações. Acreditamos que, independente do grau de alfabetização do paciente, o desenho cumprirá o seu papel educativo.

Pillar (1996b) relata o papel educativo do desenho para alfabetização de crianças. Esclarece as interações entre desenho e escrita, que os considera como componentes intrínsecos na formalização infantil. A autora revela que, apesar de interagirem entre si, o desenho e a escrita são modos distintos de representar objetos. O desenho está muito próximo dos aspectos figurativos da realidade do símbolo, enquanto a escrita está próxima dos aspectos operativos – não diretamente ligados às configurações dos objetos mas às suas transformações que ocorrem nos estágios desses sistemas. Relata que outros teóricos, analisando o desenvolvimento do desenho e da escrita, observaram uma origem gráfica comum, a qual explica por que inicialmente os sistemas se encontram indiferenciados. Desenho e escrita são, portanto, formas de representação, com mesma origem gráfica.

Ainda seguindo essa autora, a mesma afirma que a arte é, além de uma forma de construir conhecimentos, uma atividade que envolve inteligência, o pensamento, a cognição, mas também influi na construção de conhecimentos, em especial em relação à escrita.

Após essas reflexões, e amparadas em nossas experiências nas Consultas de Enfermagem, concluímos que o desenho tem importante papel educativo na construção e assimilação de novos conhecimentos pelo paciente, levando-o a entender melhor as orientações através do concreto e das imagens do seu cotidiano aí representadas, estimulando sua imaginação e formação de imagens mentais.

2.3 Conhecendo o Paciente através da Comunicação

A comunicação adequada e efetiva é essencial para se conhecer o paciente integralmente e, para isso, há necessidade de “escuta ativa” (LOPES e SILVA, 2002), pois isso é o que garantirá o sucesso da terapêutica. “Soltar” aleatoriamente informações que consideramos importantes, sem ao menos entender o que o paciente procura primeiramente

na consulta, é correr o risco de ele não mais retornar à assistência desse profissional. O vínculo primeiramente se dá através da satisfação das necessidades do paciente.

Os pacientes da demanda espontânea ou encaminhados ao APQV expressam em sua grande maioria, vontade de perder peso, mas trazem consigo muita frustração de tratamentos anteriores. Expressam que desejam emagrecer, mas não conseguem aderir a tratamentos. Muitos solicitam remédios milagrosos: ou para bloquear a fome ou drogas eficientes para emagrecer sem parar de comer. Em alguns casos, as tentativas já passaram inclusive por atividades de grupos que, muitas vezes, funcionam mais no sentido de criar um círculo de amizades. O descontentamento com a estética e a herança familiar de sobrepeso, inclusive com pressão entre as pessoas da família e de pais para filhos é citada.

A busca pelo APQV nesse sentido, na maioria das vezes, é citada como tentativa de vencer a depressão que desmotiva e agrava outros sintomas. A busca de informações eficientes e do vínculo positivo no sentido do estímulo e do controle constante é outra meta. Os pacientes encaminhados, não raro, buscam por iniciativa e pressão médica. Os médicos, por sua vez, ao encaminharem, o fazem na tentativa de tornarem mais eficientes sua conduta, em especial, no que diz respeito aos danos cardiovasculares.

Os aspectos referidos pelos pacientes com dificuldades na adesão às orientações, dietas e outros tratamentos, dizem respeito a necessidade de conhecerem sua própria dieta e no que ela própria apresenta de “erros alimentares”. A irregularidade nos horários e refeições rápidas “quando dá” ou “o que encontra” também são considerados limites. Os aspectos biológicos ligados ao envelhecimento ou mesmo alterações patológicas como senilidade, perda da audição, de visão e labilidade emocional são aspectos referidos.

Quanto aos serviços que buscaram anteriormente, existem queixas que põem em dúvida a eficiência dos mesmos. São citadas a falta de habilidade dos profissionais, a despersonalização dos indivíduos, a pequena disponibilidade de tempo na consulta, o acúmulo de informações do tipo folders que os indivíduos nem sempre são capazes de interpretar corretamente. Alguns pacientes referem que “se perdem” nos papéis ou “perdem” os papéis. Não lembram onde os guardaram ou desconhecem o tipo de linguagem

técnica utilizada. A falta de concentração mental e as dificuldades para ler entre os semianalfabetos e analfabetos é outro limite cognitivo.

Um outro aspecto importante que constatamos é o descompasso entre as orientações e o padrão cultural vigente. A maioria das pessoas faz quatro refeições diárias e não consideram as “beliscadas” como refeições. O tipo de alimento ingerido normalmente não leva em consideração a harmonia entre os grupos de alimentos. A concentração de carboidratos, e ainda a sobremesa, são componentes mais comuns das dietas. As “cozinheiras” são também referidas como tradicionalmente aquelas que abusam de gorduras no preparo da alimentação familiar. Doenças como Diabetes Mellitus são referidas como influentes na dificuldade em aderir ao controle alimentar.

Outro aspecto relaciona as dificuldades de mudança de padrão alimentar às dificuldades socioeconômicas. A maioria dos pacientes “não tem muita escolha”, ou, não tem hábitos criados para consumir outros tipos de alimentos.

A mídia tem sido também referida como estimulante ao consumo sem critério de qualidade e quantidade, e muitas vezes influencia no consumo excessivo de alguns tipos de alimentos. Os pacientes referem que as “confusões” sobre o que consumir e como consumir são freqüentes.

Assim, durante a Consulta de Enfermagem, a enfermeira, através de escuta ativa, constrói com o paciente propostas de soluções quanto ao contexto emocional, familiar, cultural e socioeconômico. Percebendo isso, instituímos o recordatório alimentar; a carta de desejos e sonhos do paciente a fim de traçar metas; a inserção do paciente em atividades de grupo e de reeducação alimentar; a consulta orientada para reflexão de sua vida pessoal e familiar para solução de problemas cotidianos que poderiam estar interferindo no autocuidado; condutas que proporcionassem vínculo com o paciente (como escutá-lo, levá-lo refletir sobre sua vida e achar formas de organizá-la); além do reforço positivo para as conquistas das metas do paciente.

Algumas vezes, a desmotivação do paciente em seguir a dieta está na falta de organização de sua vida, não estando feliz consigo, e, portanto, “para quê emagrecer?”, pensamento este freqüentemente relatado durante as Consultas de Enfermagem. A partir

disso, constatamos que não há como atingir um objetivo, uma meta, sem antes se organizar para tal, da mesma forma que as demais áreas da vida do paciente (pessoal, amorosa, familiar, de trabalho, entre outros) também têm que ter objetivos traçados, ou pelo menos visualizados pelo paciente. Assim, através de uma Consulta de Enfermagem individualizada, de escuta ativa e conhecimento integral do paciente, a enfermeira poderá auxiliá-lo na visualização e reflexão sobre suas condutas de vida, que podem estar interferindo em sua saúde.

3 A PROPOSTA DE “PALAVRAS DESENHADAS”: ORIENTAÇÃO ALIMENTAR NO APQV E SUAS BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

As orientações alimentares fornecidas pelo APQV seguem a proposta do CREEO (Centro de Recuperação e Estudo da Obesidade), um centro de referência em Porto Alegre e no país no que diz respeito ao tratamento do sobrepeso e do controle alimentar. Esse centro preconiza que é preciso comprometer-se com um programa de reeducação alimentar, levando-o com seriedade e determinação (KESSLER, HALPNER & ZUKERFELD, 1997).

O sobrepeso e a obesidade são enfermidades de prevenção e/ou correção de resolução quase que absoluta, desde que na prática do indivíduo esteja uma alimentação saudável e regularidade na atividade física. Entretanto, no Brasil, observa-se o crescente número de óbitos anualmente por doenças cardiovasculares, decorrentes de fumo, álcool, dieta hipercalórica, dislipidemias, sedentarismo, hipertensão, obesidade e sobrepeso, entre outros (DUNCAN, SCHMIDT, GIUGLIANI e colabs, 1996). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) reforça a importância da equipe de saúde de desenvolver estratégias assistenciais e educativas para a promoção da saúde, através da abordagem de temas como alimentação, atividade física, entre outros.

Entretanto, modificar condutas não saudáveis repetidas por muitos anos dos pacientes não é fácil. Concordamos com Kessler, Halpner e Zukerfeld (1997) quando enfatizam a conscientização de que o programa de reeducação alimentar não encerrará jamais. Os novos hábitos alimentares e a conduta deverão fazer parte da rotina do indivíduo, a fim de que se conquiste o peso desejado e mantenha-se no peso naturalmente, sem maiores sacrifícios.

Dessa forma, acreditamos que o reforço contínuo das orientações durante a Consulta de Enfermagem terá importância para o paciente seguir firme em suas condutas, tornando o Enfermeiro um motivador, um guia, um educador. Kessler, Halpner e Zukerfeld (1997) referem que é necessário o indivíduo estar motivado realmente, com objetivos claros, para mudar hábitos cotidianos. Só a motivação poderá ajudar o indivíduo a sustentar a dieta e tolerar a frustração de não poder comer tudo o que gostaria, a qualquer hora. Os autores acima ainda enfatizam que o indivíduo não tenha pressa de ficar magro; é preciso valorizar as conquistas (o quanto progrediu) em vez de lamentar suas fraquezas quanto “à quebra” da dieta. Entretanto, a motivação terá que ser sempre um exercício diário a fim de conseguir atingir os objetivos de uma reeducação alimentar.

Esses autores descreveram três modelos de programa de alimentação, entre eles: 1200, 1500 ou 1800 calorias. A escolha do modelo para um determinado indivíduo baseia-se na necessidade de perda de peso: *até 10 quilos acima do peso*, usar o programa de 1200 calorias; *entre 10 e 20 quilos acima do peso*, 1500 calorias; e *mais de 20 quilos acima do peso*, 1800 calorias.

Para saber o índice de sobrepeso, pode-se utilizar o índice de massa corporal (IMC), como sugere o CREEO. O IMC é obtido dividindo o peso (em quilos) pela altura ao quadrado. Para classificar o peso atual do indivíduo podemos basear-nos nos seguintes parâmetros, segundo Organização Mundial de Saúde (KESSLER, HALPERN e ZUKERFELD, 1997): *IMC menor que 20*, o peso é considerado inferior ao normal; *IMC de 20 a 25*, o peso é normal para estatura; *de 25 a 29,9*, a pessoa está em sobrepeso; *de 30 a 39,9*, há a presença de obesidade; e *IMC acima de 40*, é considerada a obesidade mórbida para esse indivíduo. Nessa referência, para os indivíduos saberem seu peso ideal de acordo com a altura, pode ser usado o parâmetro de peso normal, que é o IMC entre 20 e 25.

Os estudos desse centro recomendam que, independente do plano alimentar escolhido, é preciso seguir certas regras, como o de fazer no mínimo seis refeições diárias de forma regular; de o tempo entre uma refeição e outra ser no mínimo 1h30min e no máximo 3 horas; de chupar uma bala azeda antes do almoço e do jantar (o apetite irá diminuir); de não compensar as refeições com as que não fez durante o dia; de pesar-se na mesma balança um

vez por semana nos mesmos horários e com roupas similares; e da possibilidade de, uma vez por semana, comer algo fora do cardápio, desde que planejado.

Seguindo esses parâmetros, acreditamos também que o paciente deve saber reconhecer os grupos alimentares para não correr o risco de faltar na dieta algum alimento importante. Através da pirâmide alimentar, podemos reconhecer a importância do consumo de determinados alimentos em maior percentagem do que de outros. Segundo os autores acima, a pirâmide alimentar tem em sua base o Grupo dos Pães, Arroz e Massas; além desse grupo, há também o Grupo dos Vegetais, o Grupo dos Frutos, o Grupo dos Laticínios, o Grupo das Carnes, Aves, Peixes, Ovos, Feijão e Nozes. No topo da pirâmide encontram-se o grupo das gorduras, óleos e açúcares, que são usados esporadicamente. Para termos uma alimentação equilibrada, com todos os nutrientes básicos necessários para manter o bom estado da saúde, basta escolher um alimento de cada grupo da pirâmide por refeição.

Nesse sentido, expomos essas idéias a fim de orientar ao paciente uma alimentação saudável na Consulta de Enfermagem, e a construção de um protocolo de orientação alimentar através de “palavras desenhadas”.

4 A CONSTRUÇÃO DE “PALAVRAS DESENHADAS”: PROTOCOLO PARA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR EM CONSULTA DE ENFERMAGEM

4.1 As “palavras desenhadas” na comunicação visual

Atualmente, mais do que nunca, utilizamos desenhos para diversas finalidades, como meios de sinalização viária, de identificação de empresas e instituições, logotipos, marcas, impressos diversos de comunicação (jornais, revistas, livros), em filmes, internet, cartuns, campanhas publicitárias, entre outros (SOUZA, 1992). Inclusive as palavras escritas neste papel são desenhos, mas, para uma pessoa leiga simplesmente chamaria de “letras”, “palavras”.

O que são as “palavras desenhadas” afinal? São desenhos, imagens funcionais, com o objetivo de se fazer veículo de comunicação. Não é qualquer desenho que poderá ser uma “palavra desenhada”. Assim, tivemos que definir, através de revisão sobre design gráfico, quais os desenhos que poderiam ser utilizados como “palavras desenhadas”.

De acordo com Souza (1992), as imagens podem ser distintas por sua funcionalidade através de signos gráficos. Dentre essas imagens, há os chamados *pictogramas* ou símbolos de sinalização, isto é, imagem funcional, de sinalética ambiental e gráfica, muito usada no âmbito da comunicação visual.

Atualmente, os pictogramas são usados como instrumento de informação e orientação ao público usuário de ambientes urbanos, de divulgação de normas preventivas e

prescritivas, e de instrução rápida sobre o manuseio de máquinas e equipamentos em geral, a fim de indicar reações comportamentais apropriadas em determinada situação. Há uma crescente demanda social no uso de pictogramas nos dias de hoje, devido a suas mensagens essenciais à prática e à organização da vida pública, conforme posto por Souza (1992).

Poderia se dizer que uma “palavra desenhada”, na verdade, é um pictograma? Isso é bastante complexo para responder, pois ambas são funcionais. Entretanto, pictogramas e “palavras desenhadas” têm características distintas. Definimos essas características pelo Quadro 1, que compara os pictogramas segundo Souza (1992) e o conceito de “palavras desenhadas” por nós descrito.

QUADRO 1. Características definidoras de pictograma e “palavra desenhada”.

PICTOGRAMA segundo SOUZA, 1992	“PALAVRA DESENHADA”
Sinal de informação, veículo de comunicação social.	Sinal de informação e veículo de comunicação social e interpessoal.
Contato visual perceptivo, de exigência de baixo grau de abstração.	Contato visual perceptivo, de exigência de baixo a médio grau de abstração.
Necessidade de indicação com o contexto ambiental para se saber o significado da imagem (ambiente e imagem conjuntamente definem o significado desta). Comunicação através da interação direta com o ambiente. Dependendo do ambiente, o pictograma terá significados variáveis.	Não há a necessidade de um ambiente que a identifique, que expresse seu significado. Há a tentativa de se fazer um significado único e/ou estável da imagem (de coincidir os sinais com os signos), como uma “palavra desenhada”. O significado já está presente de forma integral (ou quase isso) na imagem.
Obrigatoriamente é um símbolo de sinalização.	Pode vir a ser um símbolo de sinalização.

Funcional, objetiva (ter condições de ser lida da mesma maneira por todos e para todos que a vejam) e simples; intencional.	Funcional, simples e/ou complexa; intencional e/ou causal.
Necessidade de ser projetada (design), pesquisada, até ser aceita pela sociedade como algo comum.	Dependendo da situação, terá de ser projetada, no caso da comunicação do profissional de saúde para o cliente. O inverso (do paciente para o profissional de saúde) já não é verdadeiro.
Tem necessidade de ser para reprodução comercial (em série).	Pode ser para reprodução em série.
Instiga comportamentos.	Comunicação verbal, que instiga comportamentos.

Fonte: elaborado por PORTO, G. B.; Porto Alegre, 2002. Referencial teórico de pictogramas baseado em SOUZA, São Paulo, 1992.

A diferença básica entre pictograma e “palavra desenhada” é o tipo de pensamento que gera nas pessoas. O pictograma tem que estar relacionado com o ambiente para se saber o seu real significado, o que dispensa na “palavra desenhada”. Por exemplo, veja a imagem abaixo retirada de Souza (1992).



FIGURA 1. Lanchonete, pictograma da KFAI, Suécia, desenhado por Claes Tottie

Podemos dizer que estamos vendo uma xícara. Esse significado único, portanto, é uma “palavra desenhada”. Entretanto, se essa imagem estiver em um shopping center, poderá ser um sinal de praça de alimentação, lanchonete, bar café. Nesse sentido, o significado da imagem expressa-se através do ambiente em que ela se encontra, e, portanto, é um pictograma.

Agora vamos olhar as figuras abaixo:



Continuamos vendo xícaras, independente de seus traçados e em que ambiente se encontram. Portanto, a “palavra desenhada”



é uma xícara.

Entretanto, essa xícara não pode ser considerada um pictograma. Souza (1992) refere que há uma padronização no design de pictogramas. O desenho tem que ser o mais simétrico possível, de preferência com silhuetas em formas sólidas (superfícies chapadas). A imagem tem que ser a mais simples possível, com eliminação de elementos de moda e

outros detalhes dispensáveis. As formas de fundo, onde estão presentes os desenhos, devem ser ajustados para apresentarem o mesmo peso visual. A linha gráfica exerce função de contorno e é precisa, com figuras geometrizadas e esquemáticas. Essas características podem ser facilmente observadas nas figuras abaixo, retiradas de Souza (1992).

FIGURA 2. Pictogramas.



Para saber o significado da imagem que a “palavra desenhada” representa, basta o indivíduo conhecer o objeto que esta imagem representa. Cada pessoa poderá usar de “palavras desenhadas” para fazer a sua linguagem própria, a fim de registro para ele mesmo das coisas que lhe são importantes. Em termos de saúde, sugerimos usar as “palavras desenhadas” para o paciente fazer um recordatório alimentar, no caso deste ser incapaz de ler e escrever.

Assim, a imagem registrada como “palavra desenhada” não precisará representar exatamente o objeto, como é sugerido no design de pictogramas. O principal objetivo de “palavras desenhadas” é a possibilidade de se fazer comunicação, independente da pessoa que estiver “projetando”. Se o desenho não for exatamente igual ao objeto, acreditamos que poderá instigar no paciente questionamentos sobre a figura, fazendo aumentar a possibilidade dele recordar desta informação, mesmo com a presença de déficits cognitivos. Souza (1992) refere que a visão ocupa no ser humano um lugar mais elevado na hierarquia informativa dos sentidos, sendo que estudos recentes apontam que 95% da informação de um homem normal procede de seus canais óticos.

Dessa forma, as “palavras desenhadas” são um forma de comunicação visual, assim como os pictogramas. Entretanto, há sutilezas em classificá-las, embora para fins diferentes: comunicação visual-verbal e comunicação visual-ambiental, respectivamente.

4.2 O protocolo

A construção do protocolo “palavras desenhadas” ocorreu de forma espontânea e partiu de necessidades sentidas durante as Consultas de Enfermagem, sem o objetivo de construir uma nova forma de linguagem “escrita”. Alguns pacientes em especial contribuíram para a sua produção, os quais nos exigiram aprimorar nossa capacidade comunicativa e criativa para conduzi-los a compreenderem e assimilarem as orientações alimentares. Percebe-se que, utilizando as idéias de Campos (2002) e as reproduzindo para a Enfermagem, precisamos verificar até onde a problemática da implementação da terapêutica vem de fato do paciente e em que medida a dificuldade é do enfermeiro ou do profissional que o assiste.

Pode-se entender que a enfermeiro tem uma função de educador para com o paciente no que diz respeito à saúde. O enfermeiro, através da anamnese e histórico do paciente, pode verificar até onde este está capacitado para assimilar novos conceitos, a existência e o grau de déficit de conhecimento em saúde, e as possíveis dificuldades cognitivas e emocionais que possam estar interferindo em sua aprendizagem. Devemos, portanto, não correr o risco de o considerarmos como alguém que nada sabe e que está subjugado a nosso conhecimento científico. Isso vale também para pacientes analfabetos que, apesar de não se encontrarem num mundo letrado, tem uma história pregressa com conhecimentos próprios de sua realidade, muitas vezes inacessíveis por nós, profissionais de saúde.

Retomando anotações das nossas constatações quanto a construção de “palavras desenhadas” e seu papel na Consulta de Enfermagem, pudemos observar as seguintes situações em que foi necessário o uso dessa linguagem:

a) analfabetismo: desde o tipo clássico do indivíduo que não sabe ler e escrever, até o analfabeto funcional, que independente do grau de instrução, tem dificuldade de interpretar o que lê;

b) prejuízo cognitivo: desde déficits fisiológicos (ex.: quanto a acuidade visual e auditiva) até dificuldades quanto à memória e julgamento, muitas vezes comprometidas pela condição emocional em que o paciente se encontra;

c) problemas emocionais: relacionados a uma história de vida que pouco colabora para que o paciente se motive a seguir e construir comportamentos saudáveis, levando muitas vezes a sintomas depressivos;

d) déficit de conhecimento: condição que independe da condição cultural e socioeconômica do paciente, pois os indivíduos (mesmo analfabetos até indivíduos com ensino superior) não têm o conhecimento absoluto do universo da saúde, mesmo atuando nesta área.

As Consultas de Enfermagem realizadas pelo APQV são realizadas com o auxílio de materiais didáticos, como cartazes, folders e fichas de controle de peso, entre outros. Entretanto, o uso de folders com orientações escritas não é eficiente para pacientes que não compreendem o que está escrito. Os pacientes que conseguem ler poderiam levar para casa os folders e lembrar as orientações dadas em consulta; isso já não é possível para pacientes analfabetos.

Há diferentes estágios psicogenéticos da aquisição da língua escrita: pré-silábico, silábico e alfabético, segundo revisão propostas por Monteiro (1998) e Coelho (1998). Na Consulta, pudemos observar pacientes que se encontravam nesses estágios. O paciente em estágio pré-silábico seria aquele que não sabe ler e escrever. O paciente em estágio silábico a que referimos seria aquele que apresenta ensino fundamental incompleto (de 3^a a 5^a séries), reconhece as letras e sílabas, sabem ler e escrever o seu nome e determinadas palavras, mas que, no contexto geral de uma orientação escrita, não conseguem compreendê-la. Entender esse processo é fundamental para o enfermeiro, já que grau de instrução não significa necessariamente a compreensão da linguagem escrita. Encontramos também pacientes em estágio alfabético, que conseguem ler palavras, frases e textos.

Entretanto, mesmo o paciente estando no estágio alfabético, ou após ter superado este estágio, pudemos perceber que alguns desses tinham dificuldade de interpretar o que estava escrito, ou não conseguiam perceber o que estava escrito, como se olhassem para a

orientação alimentar e nada “enxergassem” de fato. Seriam os chamados analfabetos funcionais. Campos (2002) refere que, no Brasil, somam-se pelo menos 60 milhões de analfabetos funcionais, com dificuldades principalmente de leitura e interpretação, sendo as deficiências no aprendizado observáveis desde os grupos da pré-escola até em alunos do ensino superior.

Existem estimativas de que as dificuldades de aprendizagem de origem cognitiva atingem cerca de 70% das crianças normais. A falta de atenção, acolhimento e compreensão dessas dificuldades por parte da família e demais pessoas pode comprometer futuramente o desenvolvimento dessa criança, que poderá ficar na defensiva e ser incapaz de recuperar-se (CAMPOS, 2002).

Temos a hipótese de que os pacientes pertencentes ao APQV poderiam estar apresentando dificuldades de aprendizagem de origem cognitiva na adoção das propostas terapêuticas, as quais estariam relacionados a déficits de atenção, hiperatividade, ansiedade, sintomas depressivos (como falta de concentração, motivação, diminuição da percepção), distúrbio do sono (prejudicando ainda mais a memória), outros fatores emocionais, entre outros. No entanto, essa hipótese necessita ser testada na prática a partir de parâmetros melhor definidos, nos quais pensamos investir posteriormente.

Acreditamos na teoria de que, após ter aumentado o poder cognitivo do paciente, este poderá melhor interferir na sua terapêutica e compreender o que sugerem os desenhos, podendo usar da escrita juntamente para auxiliá-lo melhor nesse processo. Marques (2001) refere que o processo pensamental tem a ver com a necessidade humana de chegar a uma “idéia” do que representa enfim aquele objeto. Supomos que os desenhos poderão instigar reflexões nos pacientes.

Tendo um protocolo instrumental para orientações alimentares por “palavras desenhadas”, o registro dessas informações não se perderá com o tempo. Assim, o paciente analfabeto não terá mais a necessidade de confiar apenas na memória, podendo esclarecer dúvidas através desse instrumento quando desejarem.

Assim, temos um universo complexo para trabalharmos com o paciente no processo de Consulta de Enfermagem. Não só é necessário promover a comunicação e o educar em

saúde durante a consulta, mas também motivar o paciente para mudança de atitudes para a conquista de um estilo de vida saudável. Não reconhecer o grau de motivação do paciente e encontrar mecanismos que a propiciem pode comprometer a continuidade da assistência terapêutica.

Optamos pelas orientações alimentares, pois são um universo extremamente cotidiano das pessoas, e que, apesar de ser continuamente trabalhadas e pesquisadas em nossos dias, permanecem sendo difíceis de serem seguidas pela população, algo muito citado neste trabalho. Além disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) reforça a competência do enfermeiro em abordar os fatores de risco para a saúde (hipertensão, dislipidemias, alimentação hipercalórica e outros), o tratamento não medicamentoso (orientações alimentares e de atividade física), assim como a adesão do paciente, durante a Consulta de Enfermagem. Foi através desses argumentos que construímos o Protocolo de Orientações Alimentares através de “Palavras desenhadas”, que está estruturalmente dividido nos seguintes tópicos de interesse, seguindo Kessler, Halpner e Zukerfeld (1997):

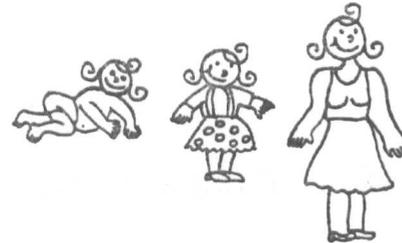
- a) a identificação do paciente e estabelecimento de metas de perda de peso: nome, idade, estatura, peso inicial e peso desejado;
- b) as orientações elementares para uma alimentação saudável;
- c) as possibilidades de substituições alimentares;
- d) o cardápio: sugerido pelo CREEO.

Ressaltamos que é proibida a reprodução dos desenhos sem a autorização expressa da autora.

QUADRO 2. Dados de identificação e elaboração das metas de controle de peso



NOME: _____



IDADE: _____



ESTATURA: _____



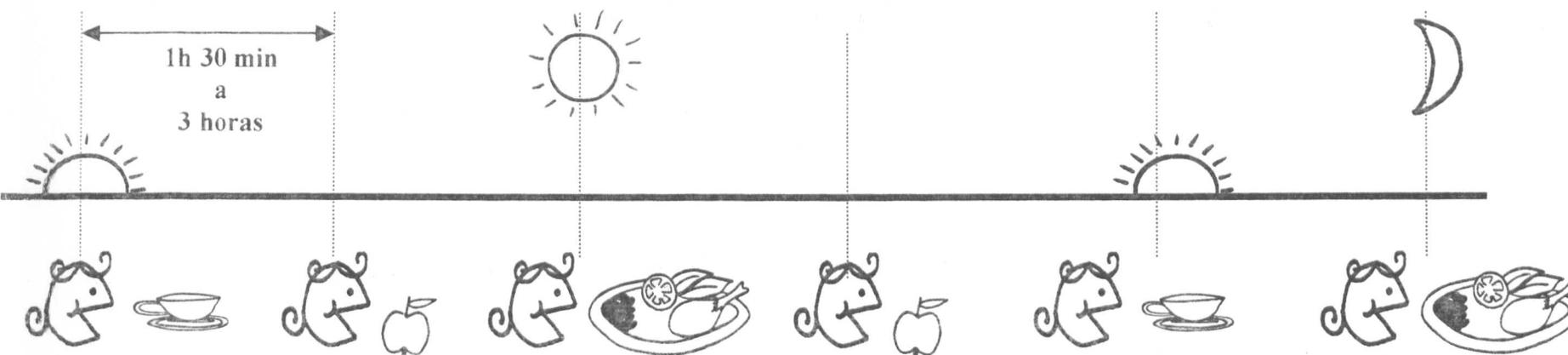
PESO INICIAL: _____



PESO DESEJADO: _____

Fonte: pesquisa direta; **PORTO, Graziela Beck.**; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: **KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R.** Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

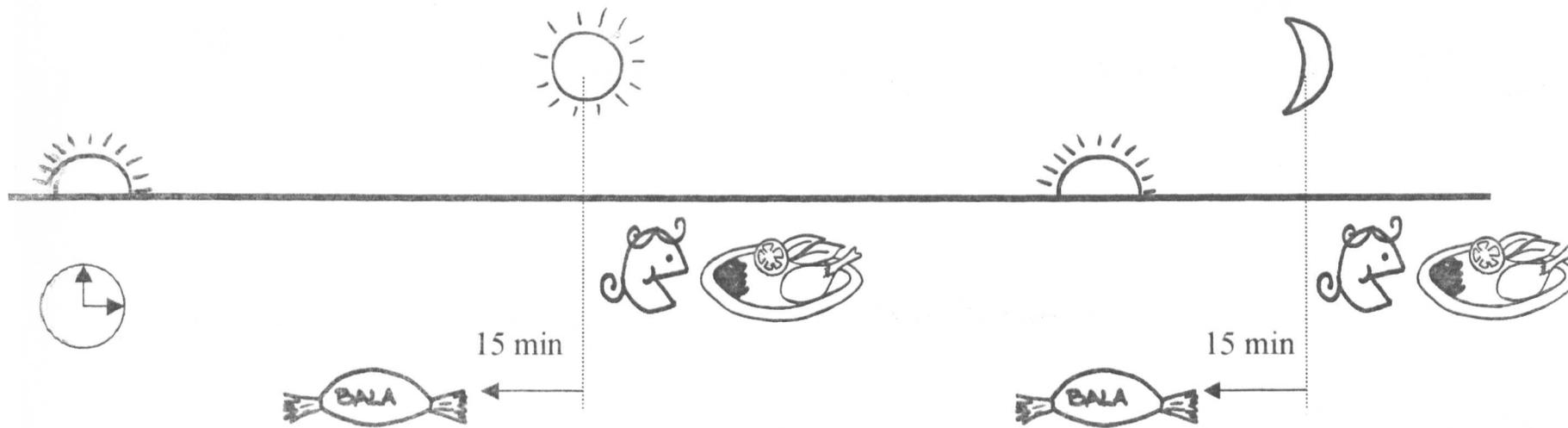
QUADRO 3. Fracionamento alimentar



Realizar pelo menos 06 pequenas refeições com intervalos de no mínimo 1 hora 30 min e no máximo de 3 horas.

Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça*. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

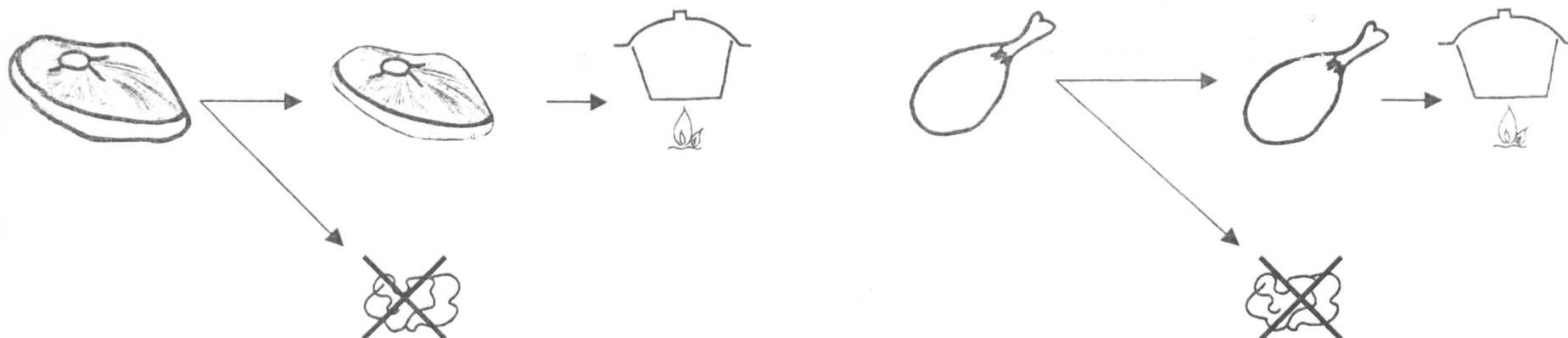
QUADRO 4. Ingestão de carboidratos de rápida absorção



Usar uma bala azeda 15 min antes do almoço e 15 min antes da janta.

Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça*. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

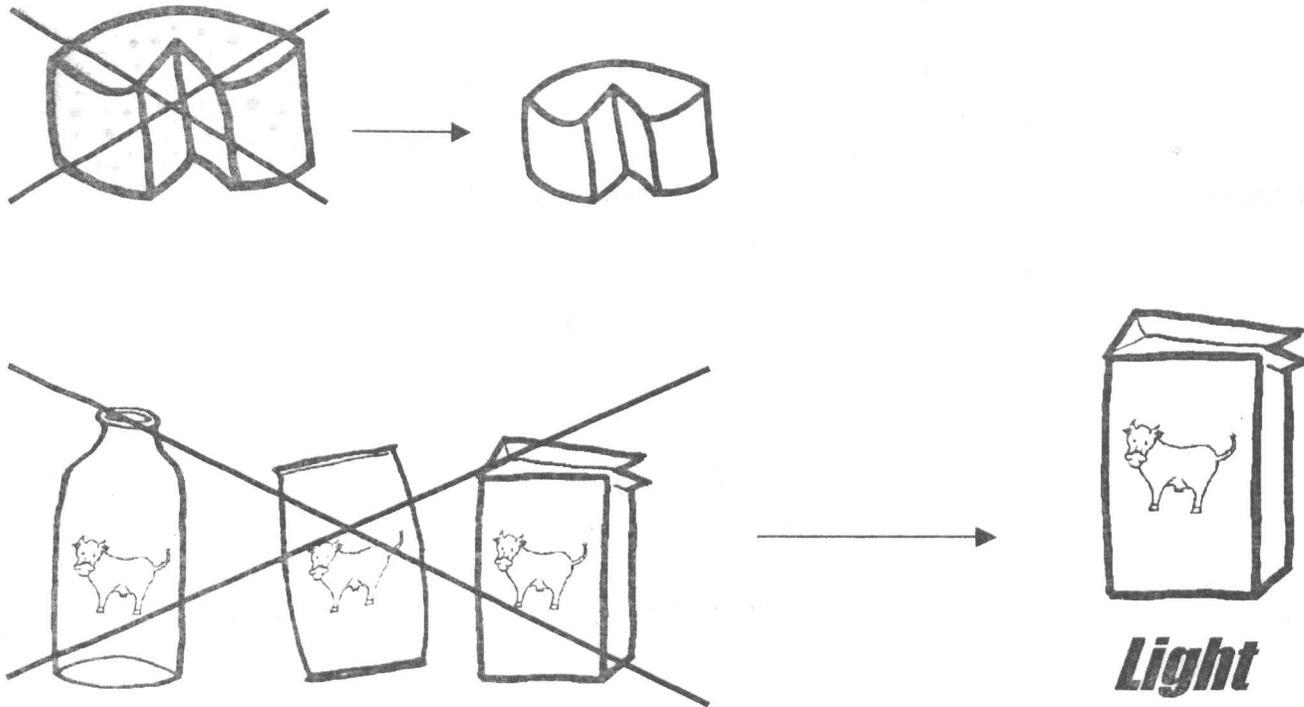
QUADRO 5. Ingesta de gorduras e preparo da alimentação



Tirar toda gordura visível da carne antes de cozinhá-la.

Fonte: pesquisa direta; **PORTO, Graziela Beck.**; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: **KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça.** 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

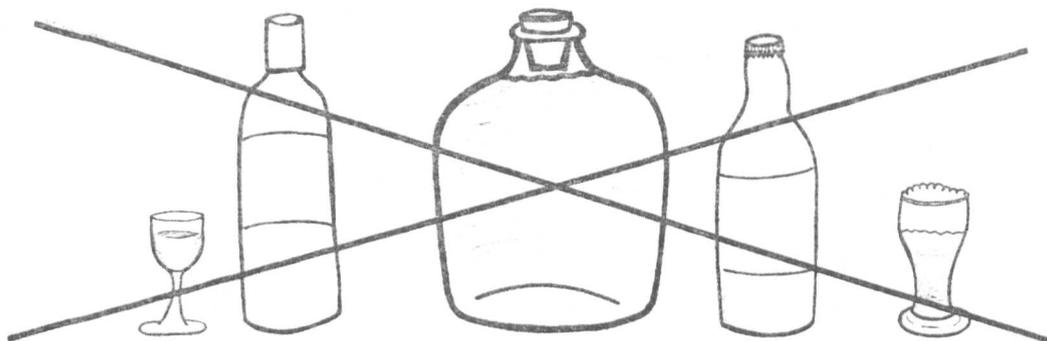
QUADRO 6. Ingesta de Leite e Derivados



Usar leite desnatado, preferir queijos brancos ao invés dos amarelos.

Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça*. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

QUADRO 7. Consumo de bebidas alcoólicas



Evitar bebidas de álcool, pois são calóricas.

Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça*. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

QUADRO 8. Consumo de sucos de frutas



Sucos de fruta (natural) somente nos horários estabelecidos trocando-os pela fruta.
Se for usar alguma bebida, escolher usar ou refrigerantes diet.

Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça*. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

QUADRO 9. Gelatinas e refrigerantes

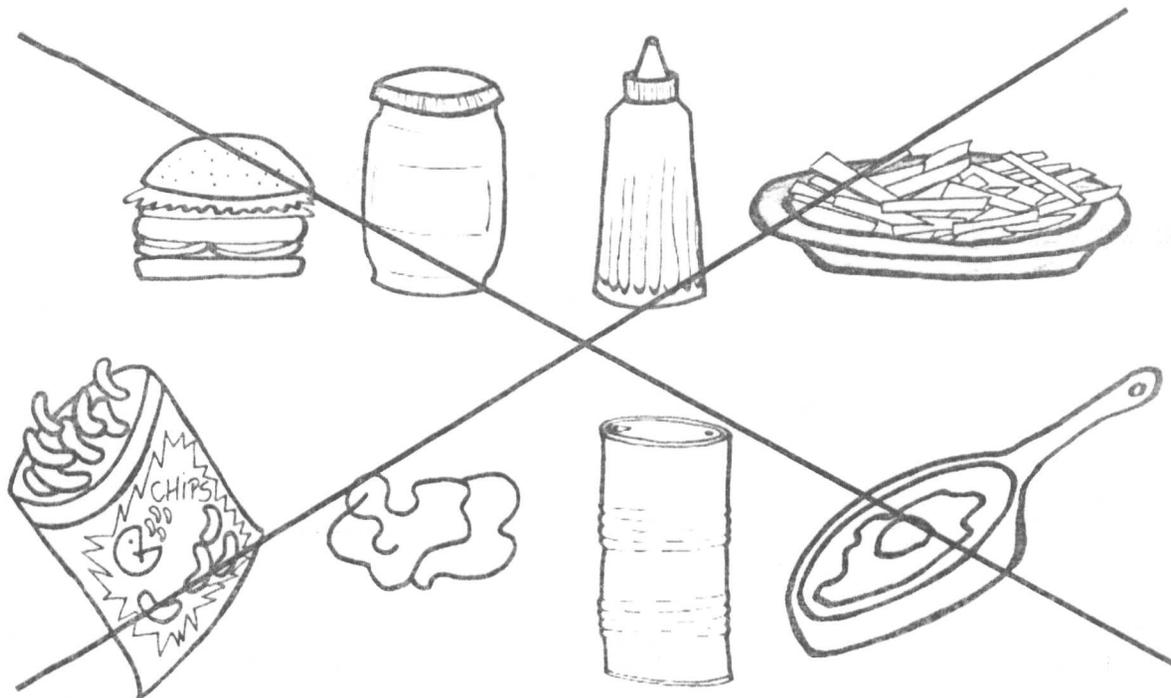


Gelatina e refrigerante diet até 1 litro e $\frac{1}{2}$ por dia.

Preferir adoçante artificial e quando usar doces escolher produtos enlatados light ou diet.

Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça*. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

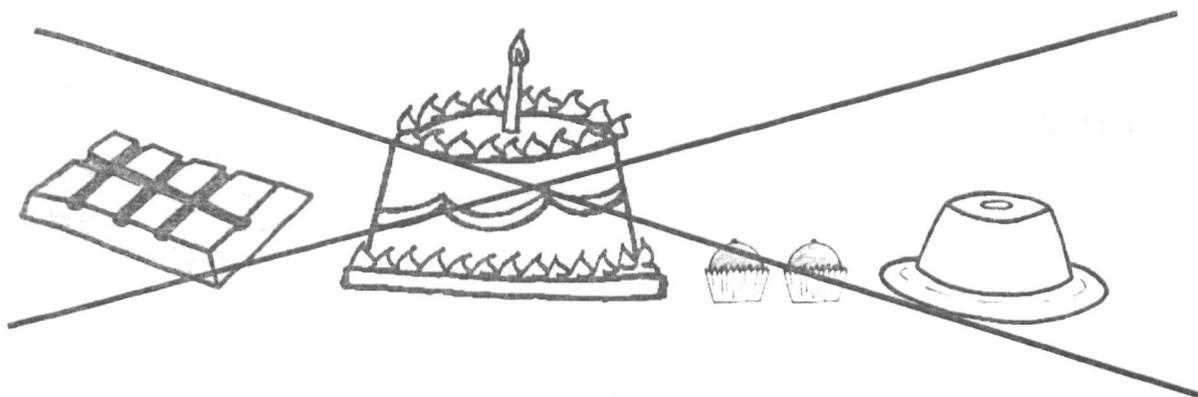
QUADRO 10. Consumo de gorduras e produtos industrializados



Evitar frituras, gorduras em geral: salgadinhos, maionese, batatas fritas, etc.

Fonte: pesquisa direta; **PORTO, Graziela Beck;** elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: **KESSLER, M., HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça.** 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

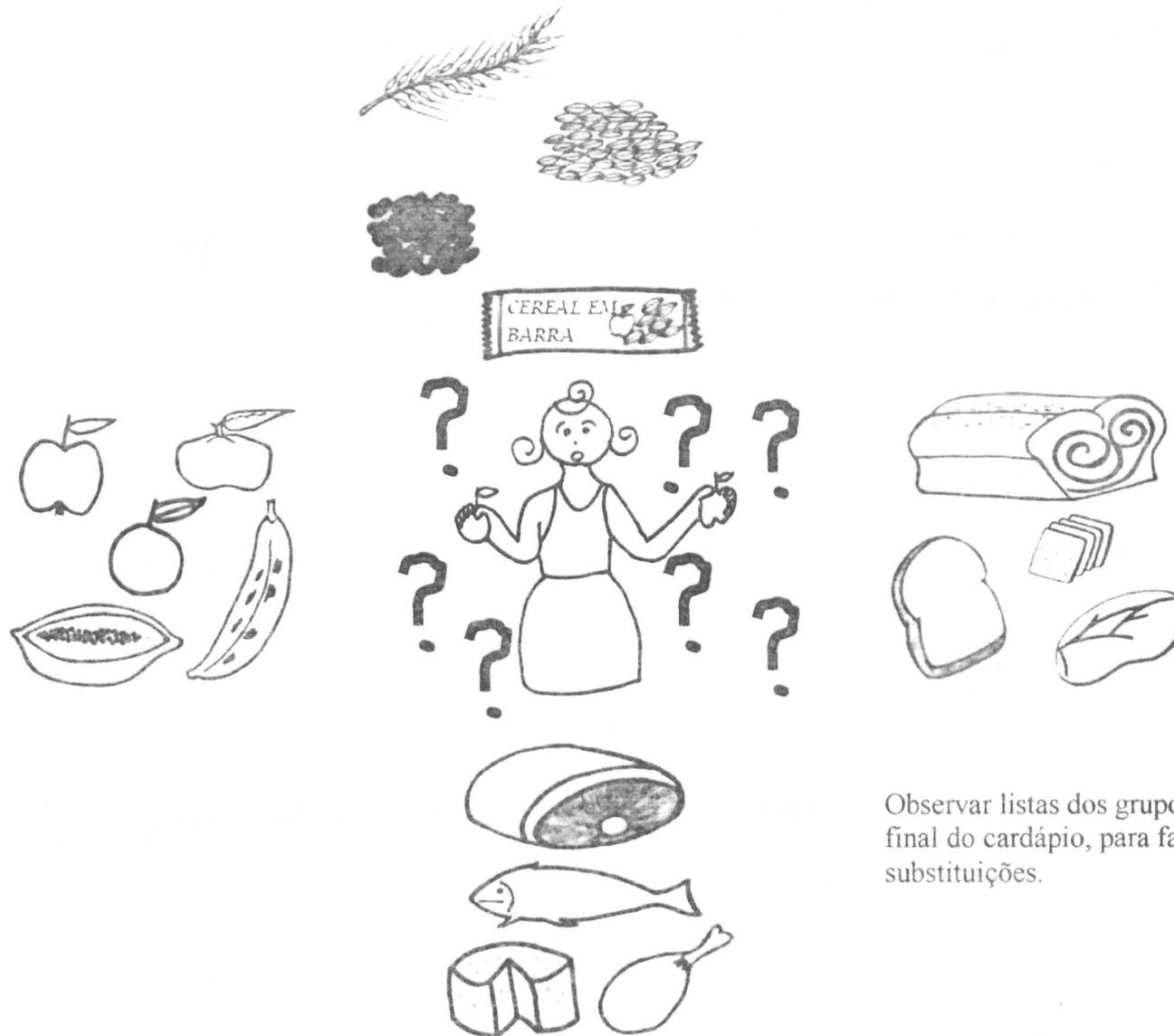
QUADRO 11. Consumo de Doces



Doces em geral (bolos, chocolates, tortas, sorvetes, açúcar, entre outros) somente como prato programado uma vez na semana.

Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça*. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

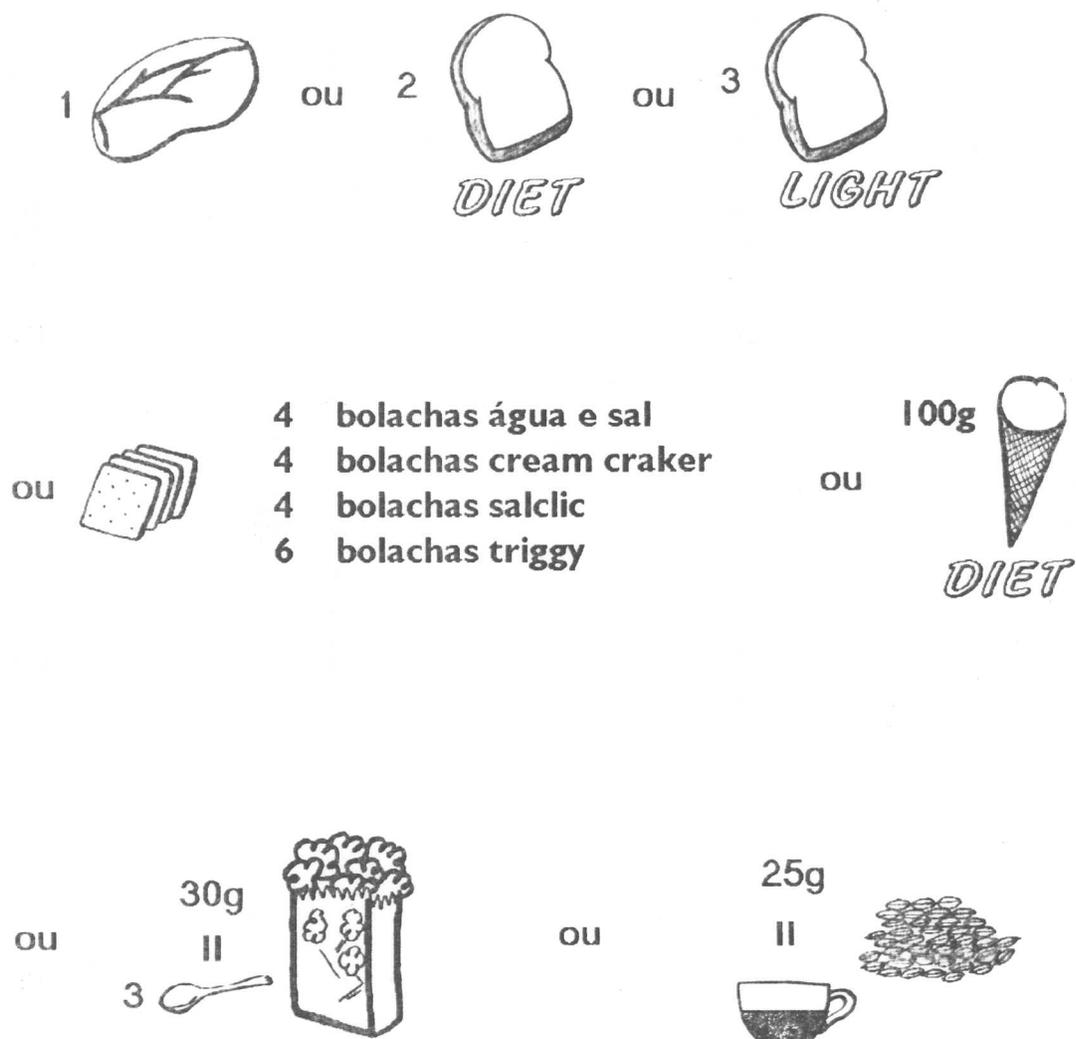
QUADRO 12. Grupos Alimentares



Observar listas dos grupos alimentares no final do cardápio, para fazer trocas e substituições.

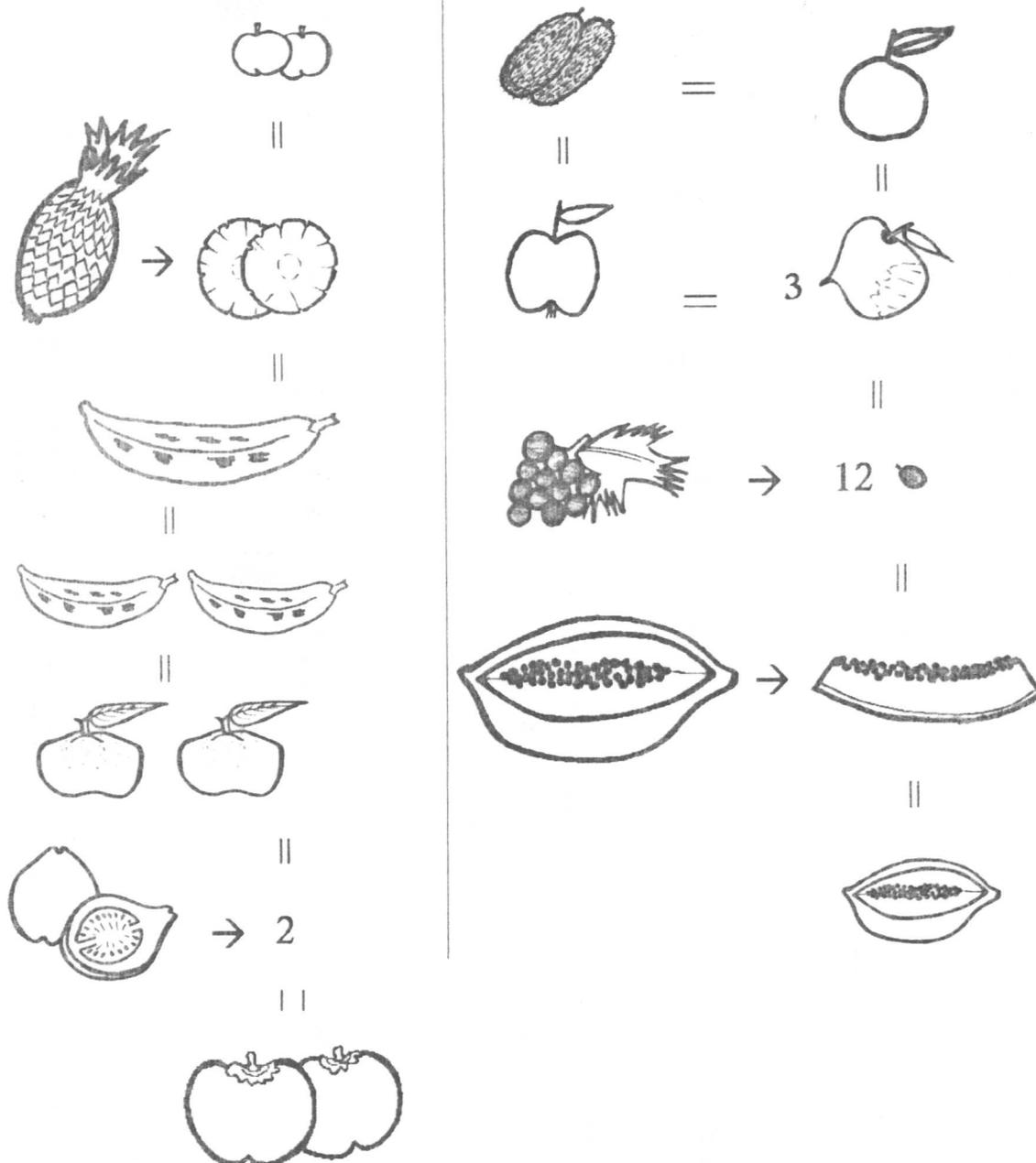
Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagrecer: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça*. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

QUADRO 13. Substituições de 1 porção de pão (110 calorias)



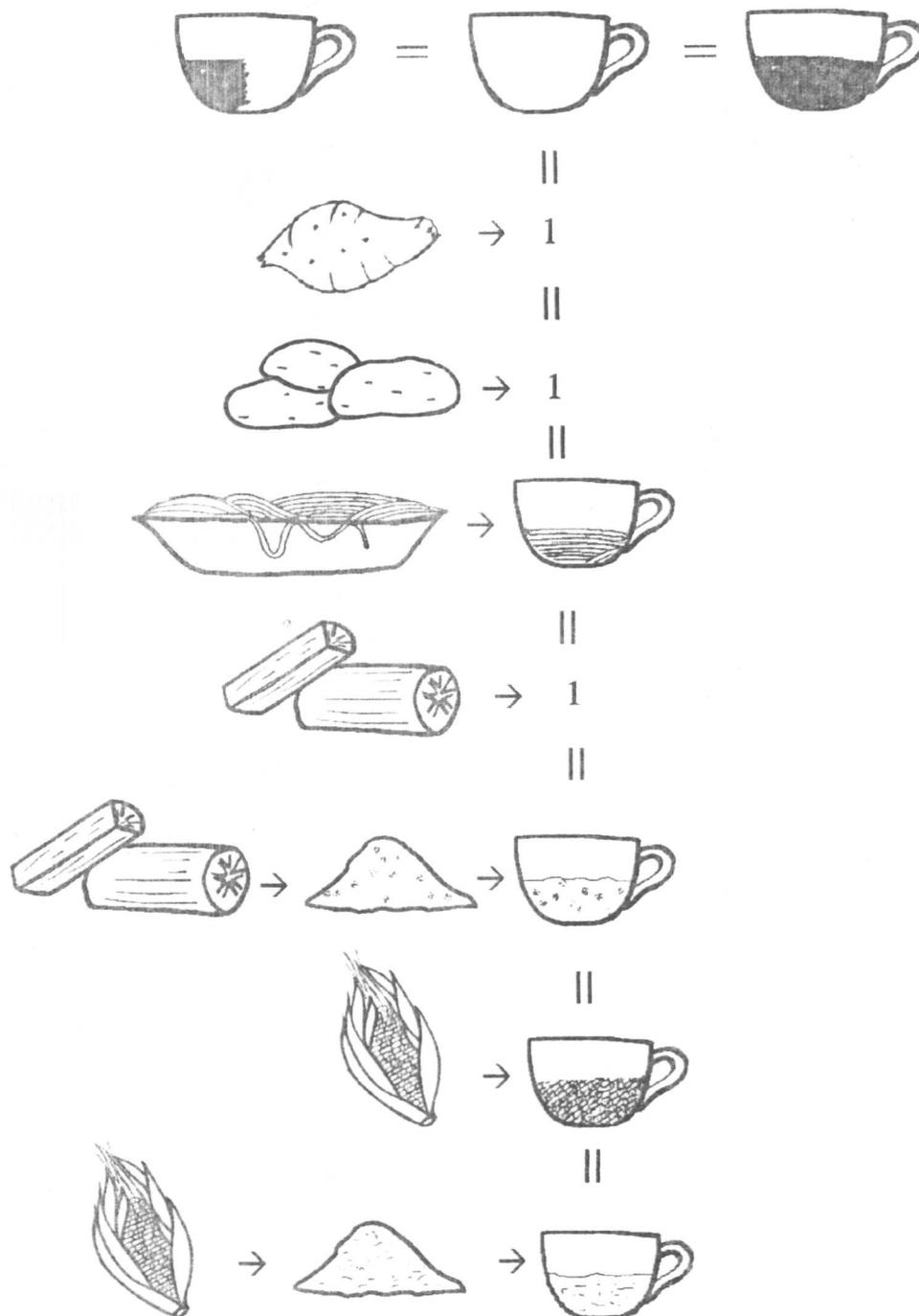
Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagrecer: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça*. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

QUADRO 14. Substituições de frutas (90 calorias)



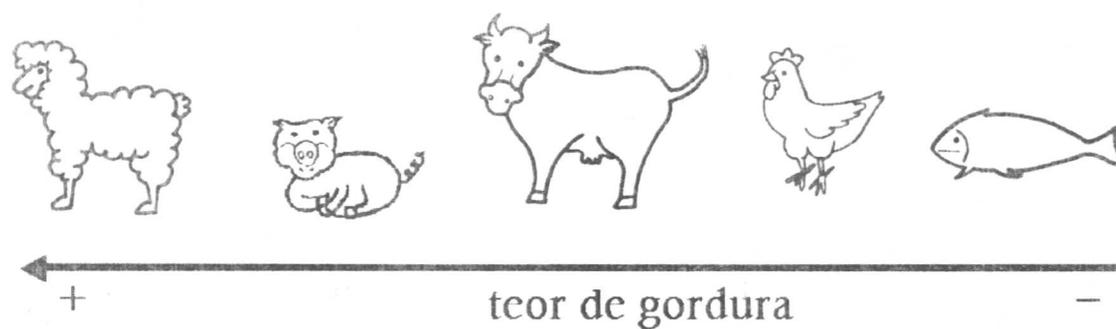
Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagrecer: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça.* 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

QUADRO 15. Substituições de Amidos e Leguminosas (110 calorias)



Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. *Emagrece: motivação, auto-estima e baixas calorias – mudando o corpo e a cabeça*. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

QUADRO 16. Teor de gordura nos alimentos de origem animal



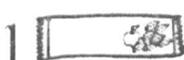
Fonte: pesquisa direta; **PORTO, Graziela Beck;** elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: **KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R.** Emagreça: motivação, auto-estima e baixas calorias – mudando o corpo e a cabeça. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

QUADRO 17. Orientação alimentar para 1200 calorias diárias

	1		1		
	OU		OU		
	1		1		= 1/2
1	OU		OU	1	OU
+	1		OU	+	1 +
1	OU		OU	1	+
+			OU	+	+
2				2	
	Diet		Diet		= 1

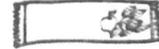
Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. Emagrecimento: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

QUADRO 18. Orientação alimentar para 1500 calorias diárias

☀		☀	☀	☾
1		1 	1 	 
	+	OU	OU	 
		1 	1 	1 
		OU	OU	OU
1				1  + 
	+		OU	 
	 		OU	+
2		1 	OU	2  
		Diet 	Diet 	
1				 = 1 

Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. Emagreça: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

QUADRO 19. Orientação alimentar para 1800 calorias diárias

☀		☀	☀	☾
1		1 	1 	1  
+		OU	1 	 
1		OU	1 	1 
+	 	OU	OU	OU
2	 		1 	1  + 
1		 Diet		 
		1 	 	+
			 Diet	2  
				
			 = 1 	 = 1 

Fonte: pesquisa direta; PORTO, Graziela Beck.; elaboração dos desenhos, Porto Alegre, abril de 2002. Fundamentação teórica baseada em: KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. Emagrecer: motivação, auto-estima e baixa calorias – mudando o corpo e a cabeça. 3ª ed. Porto Alegre: CREEO PUBLICAÇÕES, 1997.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que o desenho é uma ferramenta metodológica bastante eficaz no que diz respeito à comunicação, assim como de sua interação para se chegar a construção do conhecimento em saúde. Assim, sugerimos nesta ferramenta que se estimule a produção de desenhos pelos pacientes, a fim de promover o lazer e o saber; que se desenvolva jogos com desenhos, relacionando-os com informações sobre saúde; que se implemente o recordatório alimentar realizado pelo paciente analfabeto através de desenhos como linguagem “desenhada” (“palavras desenhadas”); que a Consulta de Enfermagem seja informatizada com desenhos em Power Point; que proporcione enriquecimento através de desenhos de folders para a Consulta de Enfermagem; e também a montagem de mini-cartazes.

Para finalizarmos, citamos Pillar (1996b) quando afirma, seguindo os preceitos de Piaget, que o conhecimento não se origina no sujeito ou no objeto, mas na interação entre ambos. O conhecimento não é um dado inicial, mas um caminho a ser percorrido, a ser construído pelo sujeito. Nessa linha, os desenhos que propomos como linguagem, a fim de aumentar a percepção do paciente e a sua adesão à terapêutica, já estão construídos por nós, a fim de facilitar e auxiliar na execução da Consulta de Enfermagem, pois a construção de desenhos juntamente com o paciente requer tempo e paciência. Assim, fizemos este protocolo de orientações alimentares através de “palavras desenhadas”. Esse processo difere de o paciente construir o desenho, mas acreditamos que também tem um papel importante para a comunicação e educação deste indivíduo.

Enfatizamos que isso não significa que o paciente de fato vai seguir as orientações alimentares, mas, com certeza, poderá compreendê-las de forma mais clara e abrangente e decidir no seu processo individual de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo**. Caderno nº 7. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2001.

CAMPOS, R. **O outro lado da dificuldade da aprendizagem**. São Paulo: Revista Viver Psicologia, Editora Segmento, nº 108 – Ano X – janeiro de 2002. p. 24-29.

COELHO, M. L. M. **A dramática e a lógica dos processos de aprendizagem**. Porto Alegre: Revista do Geempa – Grupo de Estudos sobre Educação, Metodologia de Pesquisa e Ação, Ministério da Educação e Desportos-MEC, 1998. p.54-60.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A Saúde como Direito e como Serviço**. Coleção Pensamento Social e Saúde, vol.7. São Paulo: CORTEZ Editora, 1991.

Correio do Povo.2001.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J e colabs. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.257-260.

EGRY, E. Y. **Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

HORTA, W. de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo, EPU, Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.

KAWAMOTO, E. E.; DOS SANTOS, M. C. H.; DE MATTOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KESSLER, M.; HALPERN, A.; ZUKERFELD, R. **Emagreça mudando o corpo e a cabeça: motivação, auto-estima e baixas calorias**. 8ª ed. Porto Alegre: Creeo Publicações, 1997.

L'ABBATE, S.; SMEKE, E. de L. M.; OSHIRO, J. H. **A Educação em Saúde como um Exercício de Cidadania.** Órgão Oficial do CEBES-Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. São Paulo: Revista Saúde em Debate, n.37, dez-1992.

LOPES, M. J. M.; DA SILVA, J. L. A. **Sistematização da Consulta de Enfermagem como Método Educativo-Assistencial na Promoção da Qualidade de Vida.** Porto Alegre, EE/UFRGS, 2002. (mimeo)

LOPES, M. J. M.; SILVEIRA, D. T.; FERREIRA, S. R. **Educação Crônico-Degenerativas e a Promoção da Qualidade de Vida: Relato de Experiência. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento.** Porto Alegre: v.2, 1999.

MARQUES, A. J. **Teoria do Conhecimento.** Revista Arte Médica Ampliada – Revista da Sociedade Brasileira de Médicos Antroposóficos. São Paulo, Ano XXI, nº 3 e 4, primavera/verão de 2001.

MONTEIRO, M. da F. M. C. **O acolhimento de inteligências exóticas no encontro com as letras.** Revista do Geempa – Grupo de Estudos sobre Educação, Metodologia de Pesquisa e Ação do Mistério da Educação e Desportos-MEC, Porto Alegre, p.82-89, 1998.

PILLAR, A. D. **Desenho & Escrita como sistemas de representação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996b.

_____. **Desenho e Construção de Conhecimento na Criança.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996a.

PORTO, G. B. LOPES, M. J. M.; FERREIRA, S. R. **Ambulatório de Promoção de Qualidade de Vida: relatório de atividades.** Porto Alegre, EE/UFRGS, 2001.

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde-CEDAS. 2ª ed. São Paulo: Editora Gente, 1996.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1998.

SOUZA, S. M. R. de. **Do Conceito à Imagem: fundamentos do design de pictogramas.** Tese de Doutorado pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1992.

STEFANELI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino.** 2ª ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; e colabs. **Pediatria em Consultório.** 4ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

THAGARD, P. **Mente: introdução à ciência cognitiva.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.



Certificado de Registro ou Averbação

Nº Registro : 260.519 Livro : 466 Folha : 179

PALAVRA DESENHADAS: UM PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR ...
Teses/Monografias

Protocolo do Requerimento : 2002RS_261.
56 página(s)
Obra não publicada.

Dados do requerente

GRAZIELA BECK PORTO, Graziela (Autoria)
C.I.C. - 993.412.040-20
Rua Demétrio Ribeiro, 961/25
Centro
Porto Alegre / RS, CEP. 90010-311

Para constar lavra-se o presente termo nesta cidade do Rio de Janeiro,
em 10 de Junho de 2002, que vai por mim assinado.

Analisado por Lúcio da Silva Pimenta
O referido é verdade e dou fé.

João Wellington

Chefe do Escritório de Direitos Autorais