

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**THAYS CHRISTINA XAVIER BONFIM LUGLI**

**MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA, COM FOCO NA REEDUCAÇÃO  
ALIMENTAR, EM DIABÉTICOS, HIPERTENSOS E OBESOS NA ESF  
REBOURGEON I – ITAJUBÁ – MG**

Polo Campos Gerais / Alfenas – MG

2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**THAYS CHRISTINA XAVIER BONFIM LUGLI**

**MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA, COM FOCO NA REEDUCAÇÃO  
ALIMENTAR, EM DIABÉTICOS, HIPERTENSOS E OBESOS NA ESF  
REBOURGEON I – ITAJUBÁ – MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador (a): Profª Dra. Simone Albino da Silva.

Polo Campos Gerais / Alfenas – MG

2015

**THAYS CHRISTINA XAVIER BONFIM LUGLI**

**MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA, COM FOCO NA REEDUCAÇÃO  
ALIMENTAR, EM DIABÉTICOS, HIPERTENSOS E OBESOS NA ESF  
REBOURGEON I – ITAJUBÁ – MG**

**Banca Examinadora:**

Examinador 1: Profª Dra. Simone Albino da Silva.

Examinador 2: Profª Marlene das Graças Martins.

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de fevereiro de 2015.

## RESUMO

O sistema de saúde brasileiro vem, com o passar dos anos e a experiência dos profissionais, aprimorando a atenção básica à saúde. A criação de programas específicos, como a valorização dos profissionais de saúde, a Política nacional de promoção da saúde, entre outros, são fatores decisivos na melhoria da qualidade de vida e promoção à saúde para os usuários do Sistema Único de Saúde. Este trabalho se desenvolverá como um projeto de intervenção, visando à reeducação alimentar em um grupo pré-estabelecido, na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Rebourgeon I, no município de Itajubá – MG. Através de entrevistas nas visitas domiciliares e consultas médicas, foi identificado como problema prioritário, a falta de conhecimento sobre alimentação saudável e teor nutricional dos alimentos, principalmente entre diabéticos, hipertensos e obesos.

Palavras-chave: conduta alimentar, diabetes, hipertensão, obesidade.

## ABSTRACT

The Brazilian health system has, over the years and the professional experiences, improving basic health care. The creation of specific programs, such as the enhancement of health professionals, *National Health Promotion Policy*, among others, are key factors in improving the quality of life and health promotion for users of the *Unified Health System*. This work will be developed as an intervention project, aiming to diet in a pre-established group in the area covered by the *Family Health Strategy Rebourgeon I*, in the Itajubá – MG city. Through interviews in home visits and medical consultations, was identified as a priority problem, the lack of knowledge about healthy eating and nutritional content of foods, especially among diabetics, hypertensive and obese.

Key words: feeding behavior, diabetes, hypertension, obesity.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
ESB	Equipes da Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família.
DASH	<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension.</i>
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
FJP	Fundação João Pinheiro.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IMC	Índice de Massa Corporal.
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
PNaPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
MEV	Mudança de Estilo de Vida.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidades Básicas de Saúde.
USF	Unidade de Saúde da Família.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – ESF Rebourgeon I.....	19
Figura 2 – Recepção.....	21
Figura 3 – Consultório médico.....	22
Figura 4 – Farmácia.....	22
Figura 5 – Sala de Vacinas.....	23
Figura 6 – Sala de Vacinas.....	23
Figura 7 – Consultório Odontológico.....	24
Figura 8 – Sala de reuniões.....	24
Figura 9 – Sala das ACS's.....	25
Figura 10 – Cozinha.....	25
Figura 11 – Equipe ESF Rebourgeon I.....	26
Figura 12 – Fluxograma de abordagem nutricional para adultos com glicemia alterada ou Diabetes Mellitus em consulta médica e de enfermagem na Atenção Básica.....	36
Figura 13 – Como recomendar uma dieta ao estilo DASH.....	38
Figura 14 – Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica*.....	40

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Aspectos Demográficos de Itajubá – MG (habitantes). .....	14
Tabela 2 – Funcionários da unidade de saúde Rebourgeon.....	20
Tabela 3 – Número de pacientes cadastrados pela enfermagem, segundo condição clínica. ....	30



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Renda média domiciliar .....	13
Gráfico 2 – Escolaridade da população .....	16

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Aspectos Demográficos de Itajubá – MG (analfabetismo e desemprego)	15
.....	
Quadro 2 – Recursos de Infraestrutura urbana do bairro Rebourgeon.....	18
Quadro 3 – Classificação de prioridades dos principais problemas identificados pela equipe Rebourgeon I .....	27
Quadro 4 – Programação do projeto de intervenção .....	32

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
1.1 Identificação do Município	11
1.2 Histórico de Criação do Município	12
1.3 Descrição do Município	13
1.3.1 Aspectos Geográficos	13
1.3.2 Aspectos Socioeconômicos Indicadores	13
1.3.3 Aspectos Demográficos 1	14
1.3.4 Aspectos Demográficos 2 – Indicadores	15
1.3.5 Sistema Local de Saúde (Itajubá – MG)	16
1.3.6 Território/Área de abrangência	17
1.4 Recursos da Comunidade	17
1.5 Unidade Básica de Saúde	18
1.5.1 Recursos Humanos	19
1.5.2 Recursos Materiais	20
1.6 Definição dos Problemas	26
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	28
<b>3 OBJETIVOS</b>	29
<b>4 METODOLOGIA</b>	30
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	35
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	42
<b>REFERÊNCIAS</b>	43
<b>ANEXO A</b>	45
<b>ANEXO B</b>	46

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNaPS, é usada para o planejamento das ações das Unidades de Saúde que compõem a atenção básica. Através de seus apontamentos, metas e objetivos podem ser traçados, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças (BRASIL, 2014a).

Entre os objetivos mais relevantes na PNaPS, citamos:

I. Estimular a construção de redes de produção social e do cuidado integral em saúde baseadas nos princípios e valores da promoção da saúde, pautadas na articulação intra e intersetorial e na ampliação de potencialidades;

[...]

V. Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver;

VI. Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares;

VII. Promover o empoderamento e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida;

[...]

X. Estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde;

[...]

XII. Fomentar discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde; (BRASIL, 2014a).

E ainda, como temas prioritários, encontramos a alimentação adequada e saudável, as práticas corporais e as atividades físicas.

### 1.1 Identificação do Município

As informações gerais do município serão evidenciadas a seguir:

Nome de município: Itajubá – MG.

Localização em relação à capital do estado e outros pontos geográficos interessantes: Itajubá está localizada a aproximadamente 444 km de Belo Horizonte, a capital do estado, cidade referência em procedimentos de alta complexidade em saúde. Entretanto, para outras áreas como comércio, São Paulo – SP é mais próxima, 230 km.

Prefeito: Rodrigo Imar Martinez Riera.

Secretário Municipal de Saúde: Ricardo Zambrana.

Coordenadora da Atenção Básica: Janayna Ferreira de Andrade.

Coordenadora da Atenção à Saúde Bucal: Carolina Sartori de Oliveira.

População: 90.658 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – IBGE, 2010. A população estimada para 2014 pelo mesmo órgão é de 95.491 habitantes.

## **1.2 Histórico de Criação do Município**

Itajubá foi fundada em 19 de março de 1819 e em 27 de setembro de 1848 foi emancipada.

Na corrida à exploração de pedras preciosas em Minas Gerais foram descobertas as minas de Nossa Senhora da Soledade do Itagybá, local onde se construiu a cidade de Delfim Moreira, na qual teve início a história da atual cidade de Itajubá. O fundador da primitiva Itajubá, hoje cidade e município de Delfim Moreira, foi Miguel Garcia Velho.

Os bandeirantes se retiraram, e quem ficou no povoado tratou de se arranjar com a agricultura e a pecuária. O arraial estava em desfavorável localização e a Soledade do Itagybá não prosperou.

O nome Itagybá, que na língua indígena significa “Rio das pedras que do alto cai”, cascata, foi dado em alusão à cachoeira junto às minas de Miguel Garcia Velho, sugerido por seus companheiros de expedição. Por confusão com a palavra itajuba (com a tônica no – jú), muita gente acredita que Itajubá significa pedra amarela.

Dois meses depois da chegada do Padre Lourenço da Costa Moreira à Soledade de Itajubá, durante a missa conventual, convidou seus paroquianos a descer a serra, rumo ao Sapucaí, à procura de um lugar no qual se pudesse construir a nova sede da Freguesia, pois a má localização da aldeia não era favorável ao desenvolvimento. [História de Itajubá, 2014]

No dia seguinte, rumando todos para o alto do cômor, o Ibitira, segundo a denominação dos Puri-Coroados, o vigário se deslumbrou com o que viu. O local onde estavam lhe parecera excelente para a fundação do novo povoado e a sede da Freguesia. Ali em meio à clareira aberta pelos desbravadores, foi construído um altar e o Cruzeiro onde Padre Lourenço celebrou a primeira missa. Foi nesse altar

erguido exatamente onde hoje se encontra a Matriz da Paróquia de Nossa Senhora da Soledade, que nasceu, em 19 de março de 1819, a atual Cidade de Itajubá (GUIMARÃES, J. A. B, 1987).

### 1.3 Descrição do Município

#### 1.3.1 Aspectos Geográficos

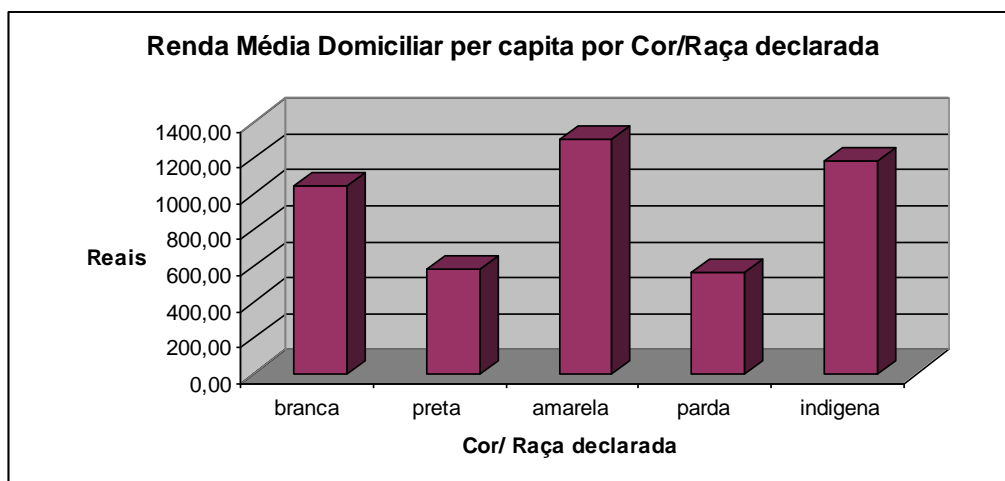
Segundo estimativas oficiais governamentais, o município de Itajubá – MG conta com uma área total de 294.835 km<sup>2</sup>, concentração habitacional de 307,49 (hab./km<sup>2</sup>), número de famílias aproximado de 10.839 e número de domicílios aproximado de 27.909 (BRASIL, 2010).

#### 1.3.2 Aspectos Socioeconômicos Indicadores

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,787 e sua Taxa de Urbanização é de 91,29% (BRASIL, 2010).

O Graf. 1 ilustra a renda média domiciliar per capita do município. Nota-se uma renda média em torno de R\$1.000,00.

Gráfico 1 – Renda média domiciliar.



Fonte: BRASIL, 2010.

Outras informações relevantes do município, segundo a fonte acima:

- % de Abastecimento de Água Tratada: 92,26%.
- % Energia Elétrica: 99,45%.

- % de Recolhimento de Esgoto por Rede Pública: 92,21%.

As principais atividades econômicas desenvolvidas no bairro Rebourgeon em Itajubá – MG são, na grande maioria, no setor terciário, de prestação de serviços, como manicure, costureira, pedreiro / servente, garçom, motoboy, entre outros. Mas também encontramos operadores de caixa, de máquinas, soldador, serralheiro, cobrador de ônibus, motorista e professor.

O tráfico de drogas também desempenha importante papel na economia do bairro, abrangendo principalmente adolescentes e jovens de ambos os sexos. Mesmo havendo vários pontos de venda próximos a unidade de saúde, até o momento nunca houve atrito entre esses grupos e a equipe da atenção básica.

### 1.3.3 Aspectos Demográficos 1

Os aspectos demográficos do município estão evidenciados na Tabela 1, que ilustra as informações estatísticas através do gênero e a idade, alocando a população entre as áreas urbana e rural.

Tabela 1 – Aspectos Demográficos de Itajubá – MG (habitantes).

<b>MULHER</b>										
<b>Nº de indivíduos</b>	<b>&lt;1</b>	<b>1 a 4</b>	<b>5 a 9</b>	<b>10 a 14</b>	<b>15 a 19</b>	<b>20 a 39</b>	<b>40 a 49</b>	<b>50 a 59</b>	<b>60 e +</b>	<b>Total</b>
<b>Área Urbana</b>	89	781	1.098	1.328	1.433	5.004	2.231	2.111	2.670	16.745
<b>Área Rural</b>	28	160	250	266	310	1.011	487	412	453	3.377
<b>Total</b>	117	941	1.348	1.594	1.743	6.015	2.718	2.523	3.123	20.122

<b>HOMEM</b>										
<b>Nº de indivíduos</b>	<b>&lt;1</b>	<b>1 a 4</b>	<b>5 a 9</b>	<b>10 a 14</b>	<b>15 a 19</b>	<b>20 a 39</b>	<b>40 a 49</b>	<b>50 a 59</b>	<b>60 e +</b>	<b>Total</b>
<b>Área Urbana</b>	80	811	1.110	1.284	1.432	5.032	2.003	1.772	2.092	15.616
<b>Área Rural</b>	36	189	249	305	327	1.104	494	412	465	3.581
<b>Total</b>	116	1.000	1.359	1.589	1.759	6.136	2.497	2.184	2.557	19.197

Fonte: BRASIL, 2014c.

Percebe-se que a maior parcela da população é composta por adultos jovens, entre 20 e 39 anos de ambos os sexos.

A definição da faixa etária realizada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é útil para o desenvolvimento de políticas para a promoção e prevenção de doenças, além de estimar gastos, quantidade de medicamentos ou

materiais. Como exemplo, cita-se uma campanha de vacinação, em que somente menores de cinco anos são vacinados.

Outros dados em relação aos aspectos demográficos são encontrados no Quadro 1, evidenciando as taxas de desemprego e analfabetismo.

Quadro 1 – Aspectos Demográficos de Itajubá (analfabetismo e desemprego) – MG.

População alfabetizada:	68.513
Taxa de analfabetismo	4,0%
População economicamente ativa 16a e +:	44.362
Taxa de desemprego 16a e +	6,13%

Fonte: BRASIL, 2014c e BRASIL, 2014d.

Observa-se, como destaque, que a taxa de desemprego e analfabetismo média são similares a de todo o país.

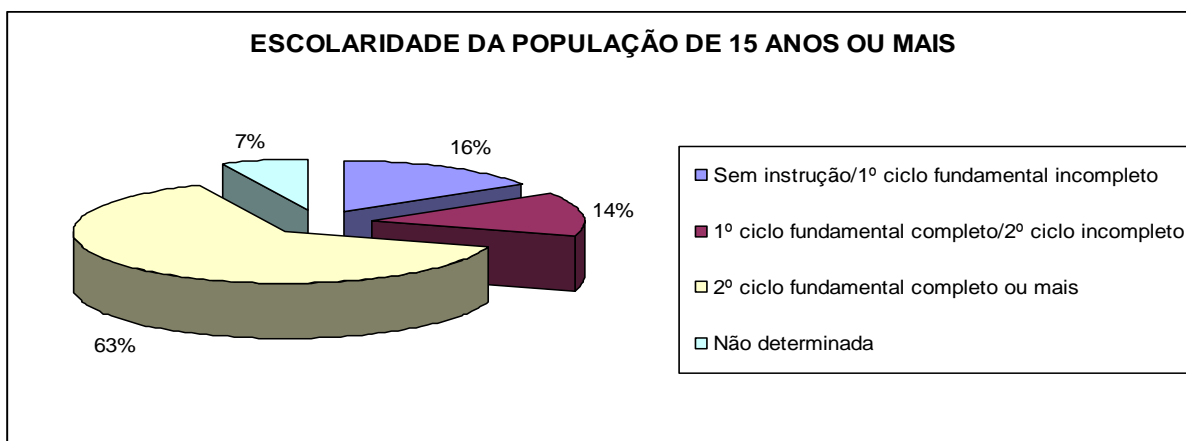
#### *1.3.4 Aspectos Demográficos 2 – Indicadores*

Segundo estimativas oficiais governamentais, a taxa de crescimento anual (2000 a 2010) é de 7,76%, a densidade demográfica é de 288,7 e a porcentagem de extremamente pobres é de 1,03 (BRASIL, 2014c).

O Graf. 2 ilustra a escolaridade média da população de quinze anos ou mais do município.



Gráfico 2 – Escolaridade da população.



Fonte: Elaborado pela autora, com dados de BRASIL, 2014d.

Nota-se que a maioria da população de maiores de quinze anos se encontra com o ensino fundamental de segundo ciclo completo.

### 1.3.5 Sistema Local de Saúde (Itajubá – MG)

O nível de atenção básica do município de Itajubá – MG é constituído por seis (06) Unidades Básicas de Saúde (UBS), e quinze (15) Estratégicas da Saúde da Família (ESF), esta última cobrindo cerca de 80% da população, segundo dados da secretaria municipal de saúde. A prefeitura planeja implantar mais três (03) ESF's nas localidades não cobertas para ampliar o acesso, porém, não foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como um dos principais objetivos aumentar a qualidade e a resolutividade das ações desenvolvidas nesse nível assistencial.

O Conselho Municipal de Saúde reúne-se uma vez ao mês. Entretanto, a população nunca recebe retorno dos assuntos tratados nas reuniões, nem mesmo quando os representantes dos bairros participam.

A Reunião das Associações de Moradores de Bairros com a presença do Secretário de Saúde ocorre semestralmente, mas basicamente os governantes não abrem espaço para escutar as reclamações na visão dos usuários, e sim usam o tempo para informar sobre as obras e programas que o governo atual está desenvolvendo, sem valor real aos usuários.

Em relação às Equipes de Saúde Bucal (ESB), há profissionais que trabalham dentro de algumas unidades de ESF's em salas adaptadas, sem estrutura física própria.

Em relação ao Sistema de Referência e Contra referência, não há sistema de rede de informações entre atenção primária e hospitais. A referência para emergências e especialidades é o hospital escola da cidade, entretanto a contra-referência é nula.

O Hospital Escola de Itajubá oferece atendimento ambulatorial em praticamente todas as especialidades médicas, enfermarias para internação adulta e pediátrica, UTI adulto, pediátrica e neonatal e pronto-socorro adulto e pediátrico. Os atendimentos são realizados pelo SUS, convênios de saúde ou particular.

### *1.3.6 Território / Área de Abrangência*

Estima-se que o bairro Rebourgeon possui aproximadamente 10.000 habitantes, entre as áreas rural e urbana. O território possui duas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF): Rebourgeon I e Rebourgeon II. Neste trabalho, o enfoque será na ESF Rebourgeon I. O número de pessoas cadastradas é de 2.223. Para obter o máximo número possível de cadastramentos, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) atualmente realizam horários diferenciados de trabalho, manhã e noite, para alcançarem as famílias que não são encontradas no período diurno porque trabalham.

## **1.4 Recursos da Comunidade**

O bairro é predominantemente residencial, localizado próximo à rodovia BR-459 (de grande movimento). A população, na grande maioria é de baixa renda, muitos dependem dos benefícios ofertados pelo governo, como o Bolsa Família.

Há alguns terrenos baldios, uma praça arborizada em bom estado de conservação e um ginásio poliesportivo da escola municipal.

Outros recursos da comunidade da área de abrangência da ESF Rebourgeon I estão listados abaixo e complementados pelo Quadro 2.

- Não há clínicas, hospitais, laboratórios ou farmácias.

- Escolas: 02. Uma atende até o ensino médio, a outra até o ensino fundamental.
- Creches: 02, sendo uma particular.
- Igrejas: 05, entre católicas e evangélicas.
- Há algumas mercearias e um supermercado.
- Lojas de roupas e brechós, bicicletaria, tapeçaria, academias, lanchonetes também compõem o cenário comercial do bairro.
- Há rede de esgoto e coleta de lixo diária. As segundas-feiras há coleta seletiva de lixo reciclável.

Quadro 2 – Recursos de Infraestrutura urbana do bairro Rebourgeon.

<b>Serviços Existentes:</b>		
	SIM	NÃO
Luz Elétrica	X	
Água	X	
Rede de esgoto	X	
Coleta de lixo	X	
Telefonia	X	
Internet banda larga	X	
Tv por assinatura	X	
Correios		X
Bancos		X
Supermercado	X	

Fonte: Elaborado pela autora.

### **1.5 Unidade Básica de Saúde**

A ESF Rebourgeon I (vide Fig. 1) está situada na principal rua do bairro, portanto há fácil acesso a todos os usuários da área abrangente.

O horário de funcionamento é das 7 às 17h, de segunda a sexta-feira.

Figura 1 – ESF Rebourgeon I.



Fonte: Acervo da autora.

### 1.5.1 Recursos Humanos

O total de funcionários exclusivos da unidade é 21 pessoas. Entretanto, há também médicos especialistas (pediatras, ginecologistas, clínicos gerais, dentistas) que usam a área física da ESF para atendimento agendado em alguns dias da semana. A Tabela 2 ilustra a quantidade de funcionários da ESF.

O horário de trabalho é 40h/semanais para os funcionários fixos e varia entre os especialistas (2h, 4h ou 8h/semanais).

Tabela 2 – Funcionários da unidade de saúde Rebourgeon.

<b>Rebourgeon I</b>	
Médico	1
Enfermeiro	1
ACS	5
Técnicos de enfermagem	2
<b>Rebourgeon II</b>	
Médico	1
Enfermeiro	1
ACS	5
Técnicos de enfermagem	2
<b>Comum às duas equipes</b>	
Agente administrativo	1
Limpeza (serviços gerais)	1
Outros (dentistas, especialistas)	8
<b>Total</b>	<b>28</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

### 1.5.2 Recursos Materiais

A área física da unidade é constituída de:

- Pátio;
- Recepção;
- 06 consultórios: médicos, enfermagem, ginecológico e odontológico;
- 05 salas: curativos, esterilização, reuniões, vacinas, ACS;
- Cozinha;
- 04 banheiros: usuários da unidade e funcionários;
- Farmácia;
- Dispensa.

As Figs. 2 até 11 ilustram a estrutura da ESF Rebourgeon e a equipe de trabalho.

Figura 2 – Recepção.



Fonte: Acervo da autora.

Figura 3 – Consultório médico.



Fonte: Acervo da autora.

Figura 4 – Farmácia.



Fonte: Acervo da autora.

Figura 5 – Sala de Vacinas.



Fonte: Acervo da autora.

Figura 6 – Sala de Vacinas.



Fonte: Acervo da autora.



Figura 7 – Consultório Odontológico.



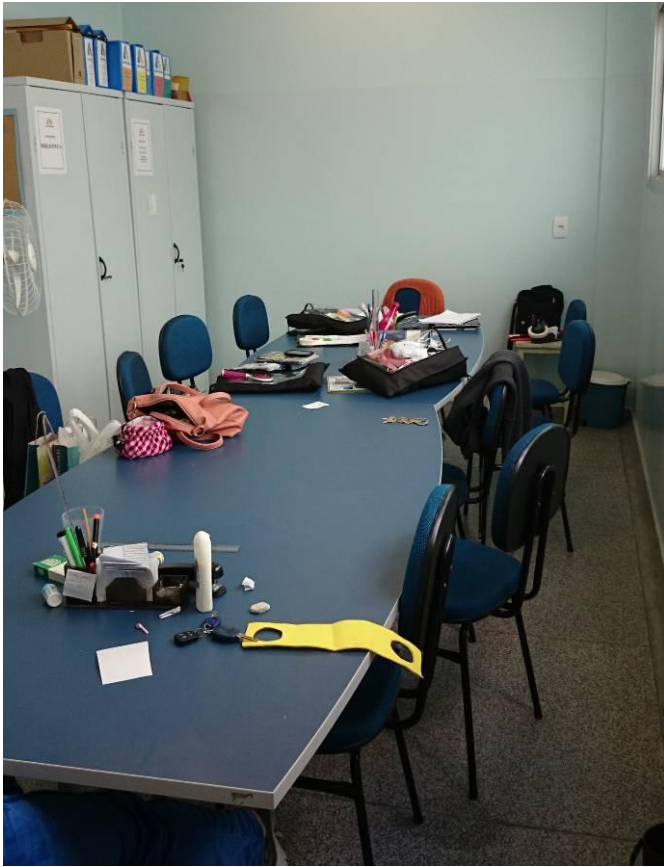
Fonte: Acervo da autora.

Figura 8 – Sala de reuniões.



Fonte: Acervo da autora.

Figura 9 – Sala das ACS's.



Fonte: Acervo da autora.

Figura 10 – Cozinha.



Fonte: Acervo da autora.

Figura 11 – Equipe ESF Rebourgeon I.



Fonte: Acervo da autora.

## 1.6 Definição dos Problemas

Após reuniões e discussões dos principais problemas identificados pela experiência de todos da equipe, foram definidos os seguintes itens:

- Alto índice de analfabetismo em maiores de 50 anos;
- Falta de conhecimento sobre alimentação saudável e teor nutricional dos alimentos, principalmente diabéticos, obesos e hipertensos;
- Uso indiscriminado de benzodiazepínicos e ansiolíticos pela população, principalmente mulheres;
- Falta de computadores na unidade ESF para digitação e informatização do sistema de coleta de dados;
- Falta de medicação contínua, como insulina, anti-hipertensivos, entre outros, na farmácia da unidade;
- Gravidez na adolescência;
- Demora na marcação de consultas com especialistas;
- Contra-referência inexistente.

Os principais problemas identificados pela equipe Rebourgeon I estão listados no Quadro 3, em ordem de prioridade.

Quadro 3 – Classificação de prioridades dos principais problemas identificados pela equipe Rebourgeon I.

<b>PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS NA COMUNIDADE DO BAIRRO REBOURGEON</b>			
<b>PRINCIPAIS PROBLEMAS</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>	<b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO</b>	<b>PRIORIDADE</b>
Falta de conhecimento sobre alimentação saudável e teor nutricional dos alimentos, principalmente diabéticos, hipertensos e obesos.	Alta	Parcial	1
Uso indiscriminado de benzodiazepínicos e ansiolíticos.	Alta	Parcial	2
Demora na marcação de consultas com especialistas.	Alta	Fora	3
Contra-referência inexistente.	Alta	Fora	4
Falta de medicação contínua na farmácia da unidade.	Alta	Fora	5
Alto índice de analfabetismo em maiores de 50 anos.	Alta	Fora	6
Gravidez na adolescência.	Alta	Parcial	7
Falta de computadores na unidade ESF para digitação e informatização do sistema de coleta de dados.	Alta	Fora	8

Fonte: Elaborado pela autora.

## 2 JUSTIFICATIVA

A falta de conhecimento sobre teor nutricional dos alimentos e como compor uma refeição saudável é notada em praticamente todas as consultas médicas e nos atendimentos/cadastramentos realizados pela enfermagem. A população em geral tende a crer que regime para diabetes ou hipertensão arterial é eliminar uma ou duas refeições ao dia. É comum encontrar senhores que pararam de almoçar porque estavam com glicemia alterada.

Nas reuniões de grupo, nitidamente percebemos que os usuários não sabem diferenciar carboidratos, proteínas, fibras, alimentos com alto teor calórico e baixa saciedade, entre outros. Identificamos também pessoas que sentiam vergonha de perguntar à equipe as dúvidas relacionadas à alimentação, porque consideravam um fator irrelevante na manutenção da saúde.

Um projeto de intervenção numa área tão básica, como o conhecimento sobre alimentação saudável, surtiria efeitos na promoção da saúde e prevenção de doenças. Ajudaríamos os usuários, com medidas simples e eficazes, a melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações das doenças existentes.

Nota-se, também, que a alimentação saudável estimula a perda de peso e, conseqüentemente, a diminuição de medicações para controle pressórico ou glicêmico, quando presentes.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção para promover a mudança do estilo de vida dos hipertensos, diabéticos e obesos cadastrados na ESF Rebourgeon I, no município de Itajubá – MG, por meio de um programa de reeducação alimentar.

#### 4 METODOLOGIA

Para a realização do projeto será montado um grupo de quinze pessoas cadastradas na equipe de ESF. Esse item é importante, em função da necessidade de monitoração semanal dos usuários selecionados, o qual se torna possível se forem cadastrados na unidade.

Os indivíduos serão escolhidos do registro de hipertensos, diabéticos e obesos, com prioridade àqueles que são de difícil controle: diabéticos insulino-dependentes com duas doses diárias ou mais, hipertensos em uso de 2 ou mais medicações anti-hipertensivas e obesos com IMC maior que 25 Kg/m<sup>2</sup> e menor que 39 Kg/m<sup>2</sup>. Os casos complexos ou com IMC  $\geq$  40 Kg/m<sup>2</sup>, serão encaminhados para serviços de Atenção Especializada (ambulatorial ou hospitalar), disponível no formato de mutirão no município de Itajubá – MG. Caso as 15 vagas não sejam ocupadas, outros indivíduos poderão ser selecionados, sem preencherem os requisitos acima.

Segundo dados de cadastro da unidade Rebourgeon I, tem-se, na Tabela 3, a seguinte situação.

Tabela 3 – Número de pacientes cadastrados pela enfermagem, segundo condição clínica.

<b>Rebourgeon I</b>	
Diabéticos	177
Hipertensos	276
Obesos	310

Fonte: Dados coletados pela equipe da ESF Rebourgeon I

Até o momento, não possuímos dados completos sobre o perfil de risco e perfil antropométrico dos pacientes. Portanto, está incluído no cronograma do grupo a obtenção de tais informações no início do programa, previsto para Abril de 2015. O objetivo deste grupo é que se torne uma atividade permanente na Unidade de Saúde.

Para o perfil de risco utilizaremos o escore de Framingham (D'AGOSTINO et al., 2008) e o perfil antropométrico será constituído por peso, altura e circunferência abdominal.

Também utilizaremos o Formulário de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional – Sisvan (ANEXO A), para avaliar os hábitos alimentares dos indivíduos. Alguns já foram preenchidos nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS's da equipe. Os usuários que ainda não possuem, o preencherão na 1ª semana do início do grupo, conforme cronograma.

Todos os dados serão anotados no prontuário individual do usuário, desenvolvido para o grupo (ANEXO B) e este anexado junto ao Formulário de marcadores de consumo alimentar do Sisvan.

Como nós críticos para o desenvolvimento de uma política de melhoria da qualidade da alimentação, identificados pela equipe, listamos:

- Difícil acesso ao serviço de nutrição: demora na marcação de consultas, contra-referência inexistente;
- Adequar as orientações prescritas e as palestras ao entendimento da população, devido o alto índice de analfabetismo;
- Estímulo dos profissionais envolvidos frente às muitas dificuldades impostas pelas condições de trabalho e dificuldade na obtenção de financiamento público;
- Ausência de curso de graduação em Nutrição no município.

O projeto de intervenção de mudança do estilo de vida, com foco na reeducação alimentar durará oito semanas para cada grupo de quinze pessoas. Antes do início de cada grupo, o usuário deverá passar em consulta com nutricionista para obter cardápio individual alimentar.

Uma vez por semana haverá reunião na unidade com o respectivo grupo, seguindo a programação do Quadro 4.



Quadro 4 – Programação do projeto de intervenção.

	<b>Programação</b>	<b>Tarefa próxima semana</b>
Semana 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientações para iniciar a reeducação alimentar.</li> <li>- Perfil de risco e perfil antropométrico de cada participante.</li> <li>- Atualização do formulário de marcadores de consumo alimentar do SISVAN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisar no bairro os itens de seu cardápio individual, nos supermercados, mercearias e padarias.</li> </ul>
Semana 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo alimentar: proteínas animais e vegetais.</li> <li>- Pesquisar, aferir pressão e glicemia capilar.</li> <li>- Debate e dúvidas das atividades realizadas da semana anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar por novos alimentos para substituição daqueles em falta ou fora do orçamento do usuário.</li> </ul>
Semana 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introdução à atividade física e conceitos básicos.</li> <li>- Grupo alimentar: verduras, legumes e tubérculos.</li> <li>- Pesquisar, aferir pressão e glicemia capilar.</li> <li>- Debate e dúvidas das atividades realizadas da semana anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisar no bairro praças, parques, academias, times de esportes, etc.</li> <li>- Identificar preferência por alguma atividade e iniciá-la.</li> </ul>
Semana 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo alimentar: alimentos integrais.</li> <li>- Pesquisar, aferir pressão e glicemia capilar.</li> <li>- Debate e dúvidas das atividades realizadas da semana anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmitir os conhecimentos adquiridos com a família.</li> </ul>
Semana 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palestra sobre os Medicamentos para emagrecer: Mitos e verdades.</li> <li>- Pesquisar, aferir pressão e glicemia capilar.</li> <li>- Debate e dúvidas das atividades realizadas da semana anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter Mudança de Estilo de Vida.</li> </ul>

	<b>Programação</b>	<b>Tarefa próxima semana</b>
Semana 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palestra sobre os Tratamentos cirúrgicos para Obesidade.</li> <li>- Pesar, aferir pressão e glicemia capilar.</li> <li>- Debate e dúvidas das atividades realizadas da semana anterior.</li> </ul>	- Manter Mudança de Estilo de Vida.
Semana 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade e Depressão associadas à MEV.</li> <li>- Pesar, aferir pressão e glicemia capilar.</li> <li>- Debate e dúvidas das atividades realizadas da semana anterior.</li> </ul>	- Manter Mudança de Estilo de Vida.
Semana 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debate final entre os participantes, com relatos e trocas de receitas.</li> <li>- Pesar, aferir pressão e glicemia capilar.</li> </ul>	- Manter Mudança de Estilo de Vida.

Fonte: Elaborado pela autora.

O grupo ainda será monitorado por mais quatro semanas após o término da programação com peso, aferição da pressão arterial e glicemia capilar semanal e receberá alta.

Outro grupo será selecionado e novamente as atividades se iniciarão.

O objetivo dos debates e dúvidas semanais, a partir da segunda semana do programa, consiste em um espaço para debate livre sobre como foi a semana anterior e as dúvidas que surgiram. Nesse momento, espera-se que o grupo traga as dúvidas, angústias e relatos de experiências pessoais, a fim de motivar o grupo com casos reais.

O item “grupo alimentar”, presente na segunda, terceira e quarta semanas, será uma breve explanação dos alimentos pertencentes a cada grupo e suas características.

Os grupos se reunirão na própria unidade de saúde, na sala de reuniões. Todas as etapas serão ministradas e monitoradas pelo médico (a) e enfermeiro (a) da equipe. Os ACS's ajudarão coletando informações durante as visitas domiciliares

e repassando a toda equipe as dificuldades encontradas e melhorias sugeridas pela população.

Estudantes de enfermagem ajudarão na coleta de dados e outras tarefas pertinentes ao bom funcionamento do grupo, já que no momento não há estudantes de nutrição no município.

O primeiro grupo será piloto, para realizarmos ajustes necessários a fim de mantermos o grupo de reeducação alimentar e mudança de estilo de vida permanente na Unidade de Saúde da Família (USF).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O projeto de intervenção proposto neste trabalho visa sistematizar as orientações fornecidas pelas principais diretrizes relacionadas a doenças crônicas e orientações do Ministério da Saúde (MS) para a atenção básica, priorizando o tratamento não medicamentoso, cognitivo e comportamental.

Abaixo encontramos várias fontes que corroboram tal abordagem e seus benefícios:

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para MEV (NATHAN et al., 2009; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; MCCULLOCH, 2011a *apud* Ministério da Saúde, 2013, p. 49) [Grau de Recomendação A] para a efetividade do tratamento. Hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre a qual pode ser acrescentado – ou não – o tratamento farmacológico. Seus elementos fundamentais são manter uma alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso (GUSSO, L., 2012 *apud* BRASIL, 2013, p. 49).

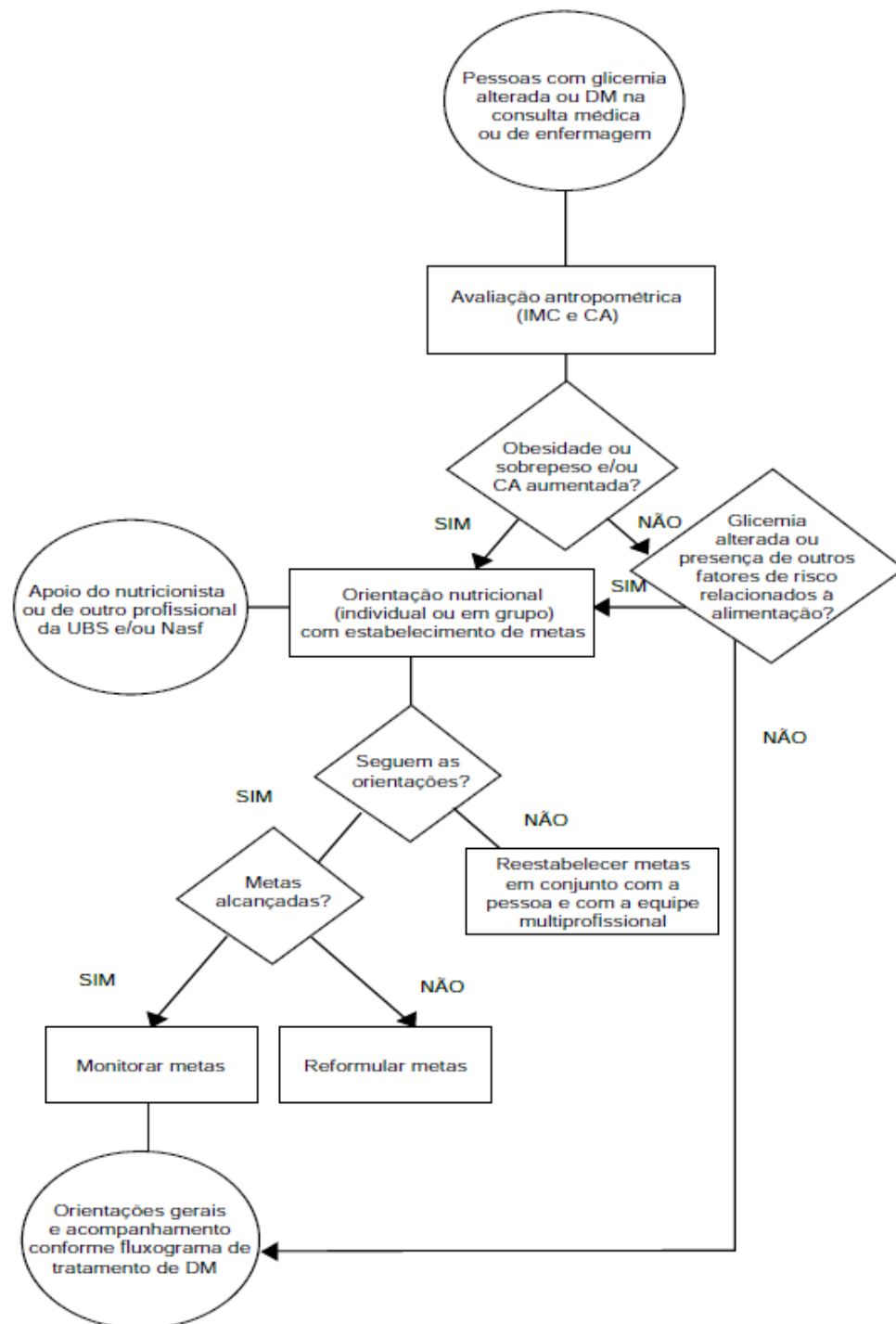
[...]

Estratégias cognitivo-comportamentais que promovam mudança de comportamento e aderência às recomendações, bem como programas de educação em saúde que visam à promoção e ao apoio ao autocuidado fazem parte do tratamento do DM e, como tal, a equipe precisa ser instrumentalizada para aplicá-los no seu dia a dia (BRASIL, 2013, p. 50).

Nota-se que o trabalho é relevante porque segue as principais recomendações realizadas pelo Ministério da Saúde para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus, segundo a citação acima.

A Fig. 12 representa um fluxograma sobre a abordagem nutricional em diabéticos ou com glicemia alterada, útil para ser usado pelos profissionais de saúde durante todo o programa e direcionar as tomadas de decisões, individualizadas para cada usuário.

Figura 12 – Fluxograma de abordagem nutricional para adultos com glicemia alterada ou Diabetes Mellitus em consulta médica e de enfermagem na Atenção Básica.



Fonte: DAB/SAS/MS.  
 IMC = Índice de Massa Corporal.  
 CA = Circunferência Abdominal.

Fonte: BRASIL, 2013, p. 114.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010, cita dezoito (18) orientações não medicamentosas para o controle da pressão arterial, entre as quais se destacam a perda de peso, estilo alimentar e atividade física, contempladas no atual projeto de intervenção e apresentam grau de recomendação I e nível de evidência A. A dieta ao estilo DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) sugerida pelas diretrizes, é um ótimo exemplo para implantar no grupo. A Fig. 13 ilustra um quadro com as recomendações da dieta DASH (SBC / SBH / SBN, 2010).

Figura 13 – Como recomendar uma dieta ao estilo DASH.

---

Escolher alimentos que possuam pouca gordura saturada, colesterol e gordura total. Por exemplo, carne magra, aves e peixes, utilizando-os em pequena quantidade.

---

Comer muitas frutas e hortaliças, aproximadamente de oito a dez porções por dia (uma porção é igual a uma concha média).

---

Incluir duas ou três porções de laticínios desnatados ou semidesnatados por dia.

---

Preferir os alimentos integrais, como pão, cereais e massas integrais ou de trigo integral.

---

Comer oleaginosas (castanhas), sementes e grãos, de quatro a cinco porções por semana (uma porção é igual a 1/3 de xícara ou 40 gramas de castanhas, duas colheres de sopa ou 14 gramas de sementes, ou 1/2 xícara de feijões ou ervilhas cozidas e secas).

---

Reduzir a adição de gorduras. Utilizar margarina light e óleos vegetais insaturados (como azeite, soja, milho, canola).

---

Evitar a adição de sal aos alimentos. Evitar também molhos e caldos prontos, além de produtos industrializados.

---

Diminuir ou evitar a o consumo de doces e bebidas com açúcar.

---

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, p. 17.

A seguir, na Fig. 14, têm-se mais um quadro com sugestões de modificações de estilo de vida, também sugeridas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, ilustrando as principais recomendações e como conseqüência, o benefício da redução aproximada na Pressão Arterial Sistólica sem o uso e efeitos adversos do tratamento farmacológico (SBC / SBH / SBN, 2010).



Figura 14 – Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica\*.

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 g (5 g de sal/dia) = no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3 g + 2 g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9 mmHg

\* Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular. \*\* Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

Fonte: SBC / SBH / SBN, 2010, p. 19

Em 2014, o Ministério da Saúde disponibilizou as Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade, contendo instruções detalhadas, especialmente para a atenção básica, de como abordar determinada população. É interessante notar que as principais recomendações sempre remetem à criação de grupos de pessoas para abordar as doenças crônicas em geral, frisando que obtemos melhores resultados em longo prazo, quando unimos usuários com as mesmas características e objetivos, conforme citação abaixo:

Do ponto de vista dos usuários, a composição do grupo deve buscar alguma homogeneidade no que diz respeito à situação de vida pela qual os participantes estejam passando, mesmas necessidades e interesses. Assim, os sentimentos, as ansiedades, os medos e as fantasias podem ser expostos de forma que os participantes, ao compartilharem vivências semelhantes, não se sintam isolados e se identifiquem com outras pessoas que também estão passando pelas mesmas situações (MALDONADO, 1982; ROTENBERG; MARCOLAN, 2002 *apud* BRASIL, 2014b, p.104).

Por isso, foi adequado disponibilizar em todos os encontros do grupo, um tempo no final da reunião para debate, dúvidas e trocas de experiências entre os participantes.

É importante notar que o objetivo do grupo não é rotular as pessoas de acordo com as comorbidades que possuem, e sim uni-las ao redor de um objetivo comum: a educação em saúde.

Enfim, a citação abaixo resume perfeitamente o motivo e a relevância do projeto de intervenção sugerido neste trabalho:

A Atenção Básica de Saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e à prática regular da atividade física. Cabe ressaltar que essas ações, além de garantir a difusão de informação, devem buscar viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania (BRASIL, 2014b, p. 118).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conscientizar a população sobre a correta forma de se alimentar evitaria desfechos desfavoráveis na maioria dos pacientes portadores de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Obesidade ou Síndrome Metabólica. Dentre as complicações podemos destacar o Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Nefropatias, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Artroses, Osteoporose, entre outras, direta ou indiretamente.

Promover mudanças no hábito de vida das pessoas possibilita a recuperação/reabilitação das doenças, fortalece o trabalho da equipe na promoção da saúde e prevenção da evolução/agravamento das DCNTs (Doenças Crônicas Não Transmissíveis), e assim, a integralidade assistencial.

Portanto, identifica-se que a principal consequência da falta de conhecimento do teor nutricional dos alimentos é o desenvolvimento de doenças crônicas e a causa, a alimentação inadequada.

Ainda apoiando nossa busca por uma alimentação saudável, nota-se que as principais diretrizes médicas priorizam a Mudança do Estilo de Vida (MEV), como primeira intervenção para controle das doenças crônicas, em detrimento das medicações.

## REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da saúde**, 2014. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 21 nov. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores sociodemográficos no Brasil em 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313240>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2015.

BRASIL, Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, p.68, 13 nov. 2014a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)> Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Informações Estatísticas**, 2014c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFMG.def> >. Acesso em: 21 jun. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Informações de Saúde Demográficas e Socioeconômicas**, 2014d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/escamg.def> >. Acesso em: 21 jun. 2014.

D'AGOSTINO R.B. Sr *et al.* General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. **Circulation**, v. 117, n. 6, p. 743 - 53, 2008.

Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/117/6/743.full>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

GUIMARÃES, J. A. B. **A História de Itajubá**. 1 ed. Belo Horizonte, 1987. Disponível em: <<http://www.conexaoitajuba.com.br/itajuba/historia>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SBC / SBH / SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, p. 1 – 51, 2010. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.



**ANEXO B – Prontuário Individual do GRUPO ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL****GRUPO ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL – PRONTUÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. (\_\_\_\_\_Anos)

Endereço: \_\_\_\_\_

Micro área: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

**Escore de Framingham:**

Risco de Doença Arterial Coronariana: \_\_\_\_\_%

Categoria de Risco: \_\_\_\_\_

**Perfil Antropométrico:**

Peso: \_\_\_\_\_Kg          Altura: \_\_\_\_\_cm

Circunferência Abdominal: \_\_\_\_\_cm

**=> Conferir o Formulário de marcadores de consumo alimentar do Sisvan e anexá-lo a este prontuário.**

**Evolução (1ª semana):**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg.

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Observações:

---

---

---

---

**Evolução (2ª semana):**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg.

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Observações:

---

---

---

---

**Evolução (3ª semana):**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg.

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Observações:

---

---



---

---

**Evolução (4ª semana):**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg.

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Observações:

---

---

---

---

**Evolução (5ª semana):**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg.

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Observações:

---

---

---

---

**Evolução (6ª semana):**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg.

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Observações:

---

---

---

---

**Evolução (7ª semana):**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg.

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Observações:

---

---

---

---

**Evolução (8ª semana):**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg.

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Observações:

---

---

---

---