

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E
PROJETO TERAPÊUTICO
SINGULAR EM
HIPERTENSÃO E DIABETES
EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE
BELÉM, PARÁ: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

HEALTH EDUCATION AND SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT IN
HYPERTENSION AND DIABETES IN A FAMILY HEALTH UNIT IN BELÉM,
PARÁ: AN EXPERIENCE REPORT

Ciências da Saúde • 31/05/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/780093408](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/780093408)

Rafaella da Silva Costa¹

Ana Caroline Nunes Montes²

Julyanne Amaral Viegas³

Adrienne Rocha Monteiro⁴

Cesar Augusto Medeiros Paiva Rodrigues⁵

RESUMO

Introdução: Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus exigem acompanhamento longitudinal na Atenção Primária, sobretudo em territórios com vulnerabilidade social, baixa adesão e barreiras para automonitoramento. Objetivo: Analisar a experiência de educação em saúde, rastreamento e aplicação do Projeto Terapêutico Singular em usuários acompanhados na USF do Una, em Belém-PA. Método: Relato de experiência descritivo-reflexivo desenvolvido por acadêmicas de Medicina, com ações educativas, escuta qualificada, aferição de pressão arterial, glicemia capilar quando disponível, pactuação de metas e acompanhamento de três pacientes adultos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus tipo 2. Resultados: A baixa adesão às estratégias coletivas e ao uso de cadernetas levou à adoção de abordagem individualizada. Nos três PTSs efetivamente acompanhados, predominaram metas de controle pressórico e/ou glicêmico, reorganização alimentar, atividade física possível, retorno programado e participação de médico, nutricionista e ACS. Conclusão: O PTS qualificou o cuidado ao articular diagnóstico ampliado, vínculo, metas possíveis e corresponsabilização, embora os registros não permitam inferir efetividade clínica mensurada.

Palavras-chave: Educação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes mellitus; Projeto Terapêutico Singular.

ABSTRACT

Introduction: Systemic arterial hypertension and diabetes mellitus require longitudinal follow-up in Primary Care, especially in territories with social vulnerability, low adherence, and barriers to self-monitoring. Objective: To analyze the experience of health education, screening, and application of the Singular Therapeutic

Project (PTS) in users monitored at the Una Family Health Unit (USF) in Belém-PA. Method: A descriptive-reflective experience report developed by medical students, involving educational actions, qualified listening, blood pressure measurement, capillary blood glucose testing when available, goal agreement, and follow-up of three adult patients with systemic arterial hypertension and/or type 2 diabetes mellitus. Results: Low adherence to collective strategies and to the use of health tracking booklets led to the adoption of an individualized approach. In the three PTSs effectively monitored, the predominant goals were blood pressure and/or glycemic control, dietary reorganization, feasible physical activity, scheduled return appointments, and the involvement of a physician, nutritionist, and Community Health Agent (ACS). Conclusion: The PTS qualified the delivery of care by articulating an expanded diagnosis, bonding, feasible goals, and shared responsibility, although the records do not allow for the inference of measured clinical effectiveness.

Keywords: Health education; Primary Health Care; Systemic arterial hypertension; Diabetes mellitus; Singular Therapeutic Project.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus compõem um núcleo crítico das condições crônicas acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde, pois combinam elevada frequência populacional, curso prolongado, risco de complicações silenciosas e dependência de seguimento contínuo. Quando a aferição, o registro, o retorno programado e a adesão terapêutica se tornam irregulares, o controle dessas doenças deixa de ser apenas uma questão prescritiva e passa a expressar falhas de acesso, vínculo, comunicação, organização do trabalho e compatibilidade entre plano terapêutico e vida cotidiana dos usuários (Brasil, 2014; Brasil, 2025; Brasil, 2026a).

A relevância do tema é sustentada pela magnitude nacional do problema. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 estimou que 23,9% dos adultos brasileiros referiam diagnóstico médico de hipertensão arterial, o que correspondia a cerca de 38,1 milhões de pessoas, e que 7,7% referiam diagnóstico médico de diabetes, aproximadamente 12,3 milhões de adultos (IBGE, 2020). No conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal, o Vigitel registrou aumento da frequência referida de hipertensão de 22,6%, em 2006, para 29,7%, em 2024, e de diabetes de 5,5% para 12,9% no mesmo intervalo (Brasil, 2026b). Esses indicadores não descrevem a área adscrita da unidade, mas delimitam o problema sanitário que torna pertinente uma experiência local de educação, rastreamento e acompanhamento.

O cenário do relato foi a Unidade de Saúde da Família do Una, vinculada à rede municipal de Belém, situada na Travessa Jarbas Passarinho, número 29, entre a Rua do Una e a Rodovia Transcoqueiro, no bairro do Una, em Belém, Pará (Prefeitura Municipal de Belém, [s. d.]). A unidade atende moradores do Una e de áreas próximas, em território com predominância de adultos e idosos, vulnerabilidade socioeconômica, moradias precárias em parte da área coberta, carências sanitárias e barreiras de informação sobre acesso e continuidade do cuidado. Nesse contexto, hipertensão e diabetes não apareceram como diagnósticos isolados, mas como condições atravessadas por alimentação inadequada, sedentarismo, baixa compreensão do tratamento, dificuldade de retorno e limitação material para o automonitoramento.

A estrutura local registrada incluía duas equipes, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um técnico/agente administrativo, um nutricionista e um

fisioterapeuta. Essa composição, embora relevante para a lógica multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, não impediu fragilidades operacionais. Foram observadas falta de profissionais em alguns dias, escassez de insumos para rastreamento, especialmente fitas de glicemia capilar, resistência ou baixa integração de parte dos agentes comunitários de saúde, falhas de comunicação interna e dificuldade de uso sistemático dos instrumentos previamente elaborados.

O problema de partida foi a baixa frequência de controle e monitoramento da pressão arterial e da glicemia entre usuários hipertensos, diabéticos ou com fatores de risco. A proposta inicial previa ações coletivas de educação em saúde e rastreamento em formato mais amplo; contudo, a baixa adesão dos próprios pacientes às atividades coletivas mostrou que a estratégia, embora coerente com a relevância epidemiológica do tema, não se ajustava suficientemente ao modo como o território acessava a unidade. A resposta metodológica foi deslocar o centro do projeto: em vez de insistir no grande grupo como eixo principal, optou-se por grupos menores, escuta qualificada, palestra educativa dirigida e Projeto Terapêutico Singular (PTS) para usuários com doenças crônicas descompensadas ou mal controladas.

A justificativa da experiência decorre desse ponto de inflexão. Em condições crônicas, a informação isolada raramente modifica comportamento quando não há vínculo, pactuação de metas, definição de responsabilidades, acesso a insumos e retorno viável. O Projeto Terapêutico Singular foi incorporado porque permite organizar, junto ao usuário, um plano compatível com necessidades clínicas, recursos disponíveis, rede familiar, limites socioeconômicos e possibilidades reais de adesão (Brasil, 2007; Brasil, 2014). A palestra

educativa foi mantida, mas reposicionada como dispositivo de aproximação e qualificação do cuidado, não como substituto do acompanhamento longitudinal.

Assim, este relato tem por objetivo analisar a experiência de reorganização de uma intervenção de educação em saúde para prevenção, rastreamento e monitoramento comunitário da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus na USF do Una, destacando a passagem de uma estratégia coletiva ampla para um arranjo centrado em grupos menores, vínculo, escuta qualificada, rastreamento e Projeto Terapêutico Singular. A contribuição esperada é explicitar como uma ação extensionista pode produzir aprendizagem relevante quando interpreta a baixa adesão não como falha moral do usuário, mas como dado operacional para redesenho do cuidado.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Metas Terapêuticas

A hipertensão arterial sistêmica é doença crônica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. No diagnóstico em consultório, valores persistentes de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg exigem confirmação por técnica adequada e interpretação conforme o grau de elevação pressórica, o risco cardiovascular e a possibilidade de lesão de órgão-alvo (Brasil, 2025).

A finalidade clínica do tratamento anti-hipertensivo não é apenas reduzir números tensionais, mas prevenir acidente vascular

encefálico, doença coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e morte cardiovascular. Por isso, a meta inicial em consultório é manter pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg; se houver tolerância, alvos próximos de 130/80 mmHg podem ser buscados, sobretudo em pessoas com menos de 65 anos ou com comorbidades relevantes. Em idosos, a meta deve ser flexível, com ponderação entre proteção cardiovascular, hipotensão, hipoperfusão, quedas e eventos adversos (Brasil, 2025).

O diabetes mellitus tipo 2 decorre de resistência à insulina associada à deficiência progressiva de secreção pelas células beta pancreáticas, produzindo hiperglicemia crônica e risco de complicações microvasculares e macrovasculares. O diagnóstico utiliza parâmetros laboratoriais como glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose, hemoglobina glicada e glicemia aleatória em contexto sintomático, cabendo à equipe interpretar resultados à luz de condições que possam interferir na validade dos exames (Brasil, 2026a).

No acompanhamento do diabetes mellitus tipo 2, a meta de hemoglobina glicada tende a ser individualizada. Em adultos sem maior vulnerabilidade, valores próximos ou inferiores a 7,0% costumam orientar o controle; em idosos frágeis, pessoas com comorbidades relevantes, risco de hipoglicemia ou baixa expectativa de benefício, metas menos rígidas podem ser clinicamente mais seguras. A glicemia capilar, embora não substitua a avaliação laboratorial, tem função prática no rastreamento, na identificação de descompensação e no ajuste do cuidado em cenários de Atenção Primária (Brasil, 2026a).

As metas terapêuticas de hipertensão e diabetes só adquirem eficácia sanitária quando são transformadas em processo longitudinal: aferir, registrar, interpretar, orientar, pactuar, revisar, buscar faltosos e ajustar o plano ao território. A lacuna entre a meta clínica e a execução cotidiana explica por que educação em saúde, rastreamento, vínculo, trabalho dos agentes comunitários e Projeto Terapêutico Singular não são elementos acessórios, mas condições operacionais para reduzir morbidade evitável (Brasil, 2014; Brasil, 2025; Brasil, 2026a).

2.2. Magnitude Epidemiológica e Sistemas Oficiais de Monitoramento

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 estimou diagnóstico médico autorreferido de hipertensão em 23,9% dos adultos brasileiros e diagnóstico médico autorreferido de diabetes em 7,7%. A Região Norte apresentou menor proporção de diagnóstico referido de hipertensão em comparação com outras regiões, resultado que deve ser interpretado com cautela porque menor diagnóstico pode refletir também subdiagnóstico e menor acesso à aferição regular (IBGE, 2020).

O Vigitel complementa esse quadro ao acompanhar fatores de risco e morbidade referida nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. A série 2006-2024 indica crescimento da frequência referida de hipertensão e diabetes no conjunto das capitais, sinalizando pressão progressiva sobre redes de Atenção Primária, assistência farmacêutica, linhas de cuidado de doenças crônicas e sistemas de regulação (Brasil, 2026b).

Para o Pará e para Belém, a leitura de hipertensão e diabetes exige articulação entre fontes agregadas, sistemas de informação e registros locais. DATASUS/TABNET disponibiliza bases de informação em saúde, incluindo mortalidade por CID-10, enquanto o SISAB organiza dados da Atenção Primária derivados do e-SUS APS, úteis para gestão, monitoramento de produção e acompanhamento de cadastros e atendimentos (DATASUS, [s. d.]a; DATASUS, [s. d.]b; SISAB, [s. d.]).

A experiência aqui descrita não produziu estimativa de prevalência local nem série histórica territorial. Sua relevância, portanto, não está em quantificar a carga de doença da área adscrita, mas em descrever uma resposta organizacional a um problema comum à Atenção Primária: usuários com condições crônicas relevantes, risco de descompensação, baixa regularidade de monitoramento e barreiras concretas para sustentar cuidado contínuo.

2.3. Condições Sanitárias, Território e Atenção Primária

A Atenção Primária é o ponto preferencial para cuidado longitudinal de condições crônicas porque integra primeiro contato, territorialização, vínculo, coordenação do cuidado, acompanhamento familiar e capacidade de reconhecer barreiras que não aparecem em consultas episódicas. Essa posição é decisiva para hipertensão e diabetes, nas quais o controle depende de retornos sucessivos, acesso a medicamentos, orientação alimentar, atividade física possível, identificação de faltosos e resposta a descompensações (Brasil, 2014).

No território acompanhado, fragilidades de saneamento, moradia precária, restrição de renda, baixa educação nutricional e dificuldade

de informação sobre acesso à Estratégia Saúde da Família atuavam como condicionantes do cuidado. Em usuários hipertensos e diabéticos, essas condições ampliam risco porque interferem na alimentação, na conservação de insumos, na locomoção até a unidade, na compreensão de sinais de alerta, na adesão medicamentosa e na regularidade do acompanhamento.

A consequência prática é que a morbimortalidade precoce não pode ser enfrentada apenas pela recomendação técnica correta. Se o usuário não compreende a doença, não reconhece risco, não dispõe de meios para executar mudanças, não encontra insumo para monitoramento ou não retorna ao serviço, a prescrição perde continuidade. O cuidado efetivo exige um arranjo que traduza metas clínicas em tarefas possíveis, monitoráveis e revisáveis (Brasil, 2014).

O Projeto Terapêutico Singular é pertinente nesse ponto porque desloca o cuidado de um modelo padronizado para uma construção compartilhada entre equipe, usuário e, quando necessário, família. Sua lógica inclui definição de problemas prioritários, pactuação de metas, divisão de responsabilidades, revisão periódica e articulação de recursos disponíveis, o que o torna especialmente útil para casos crônicos descompensados ou com baixa adesão persistente (Brasil, 2007).

3. METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência descritivo-reflexivo, estruturado a partir da vivência acadêmica em uma Unidade de Saúde da Família, com foco no processo de planejamento, revisão metodológica e implementação de uma intervenção de educação em saúde,

rastreamento e acompanhamento de usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

O campo da experiência foi a USF do Una, em Belém, Pará. O público-alvo compreendeu adultos e idosos do território, especialmente pessoas com hipertensão, diabetes, fatores de risco, baixa regularidade de monitoramento ou sinais de descompensação clínica percebidos durante as atividades de rastreamento e escuta.

A experiência foi organizada em quatro momentos analíticos. O primeiro correspondeu ao diagnóstico situacional, quando foram reconhecidas baixa frequência de monitoramento pressórico e glicêmico, vulnerabilidades territoriais, adesão insuficiente às ações coletivas, falhas de comunicação, escassez de insumos e instabilidade de recursos humanos. O segundo envolveu a reformulação do projeto, com substituição do eixo centrado em grandes atividades coletivas por grupos menores, palestra educativa dirigida, escuta qualificada e Projeto Terapêutico Singular. O terceiro concentrou a operacionalização do fluxo, com rastreamento, classificação, registros, encaminhamentos, revisão do Protocolo Operacional Padrão e articulação com agentes comunitários de saúde. O quarto correspondeu à análise dos três PTSs efetivamente atendidos, com comparação do diagnóstico ampliado, das metas pactuadas, das responsabilidades e das necessidades de seguimento. Registros laboratoriais isolados ou documentos de usuários sem atendimento longitudinal pela equipe foram excluídos da comparação para evitar inferência clínica indevida.

As ações implementadas incluíram aferição de pressão arterial, glicemia capilar quando havia insumos disponíveis, orientação sobre hábitos de vida, identificação de fatores de risco, captação de

usuários para grupos menores, planejamento de palestra educativa, elaboração de Projeto Terapêutico Singular para casos prioritários, tentativa de visita domiciliar piloto com apoio dos agentes comunitários de saúde e seguimento programado dos pacientes acompanhados.

O estudo não apresenta nomes, iniciais, número de prontuário, endereço, data de nascimento, Cartão SUS, telefone ou qualquer informação que permita identificação dos usuários. Os casos foram descritos por codificação numérica e com ênfase no processo de cuidado, não em detalhes clínicos individualizantes. A análise concentrou-se no encadeamento entre problema identificado, decisão metodológica, condições de implementação, limites operacionais, adesão ao Projeto Terapêutico Singular e aprendizagem produzida no eixo ensino-serviço-comunidade.

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

4.1. Diagnóstico Situacional

O contato inicial com a comunidade mostrou usuários receptivos e participativos quando a abordagem era próxima, mas a frequência de controle de pressão arterial e glicemia não se mantinha regular. Essa discrepância foi decisiva: havia abertura para interação com a equipe, porém o formato inicialmente proposto não convertia interesse em comparecimento sustentado.

O território apresentava combinação de fatores que dificultava o cuidado crônico. Parte dos usuários convivia com baixa renda, moradia precária, saneamento insuficiente, dieta inadequada, obesidade ou sedentarismo, além de conhecimento limitado sobre hipertensão, diabetes, sinais de alerta, metas de controle e

consequências de abandono terapêutico. Foram referidos também medo, esquecimento, dificuldade de acesso a medicamentos e resistência à mudança de hábitos.

Na unidade, a limitação de insumos e a presença irregular de profissionais fragilizavam o fluxo. A falta de fitas de glicemia reduzia a previsibilidade do rastreamento; a comunicação interna incompleta dificultava o alinhamento da equipe; e a baixa integração de parte dos agentes comunitários comprometia captação ativa e seguimento de faltosos. Essas condições não foram tratadas como elementos externos à intervenção, mas como parte do fenômeno que precisava ser enfrentado.

4.2. Reformulação do Projeto: Da Ação Coletiva Ampla Ao Cuidado Singularizado

A primeira formulação do projeto privilegiava ações coletivas amplas sobre prevenção e monitoramento de hipertensão e diabetes. A baixa adesão dos pacientes a esse formato tornou a proposta insuficiente. A equipe, então, preservou o tema, mas alterou a tecnologia de intervenção: a educação em saúde deixou de funcionar como palestra isolada para integrar um fluxo de rastreamento, escuta, classificação e acompanhamento.

A nova estratégia adotou grupos menores, com cinco a dez participantes, por serem mais compatíveis com escuta qualificada, identificação de barreiras individuais e construção de vínculo. A palestra educativa foi direcionada a usuários com doenças crônicas descompensadas, mal controladas ou com fatores de risco, funcionando como porta de entrada para esclarecimento, sensibilização e pactuação inicial. A mudança reduziu o peso da

exposição verbal e aumentou o valor do encontro clínico-pedagógico.

O Projeto Terapêutico Singular passou a orientar os casos prioritários. Para esses usuários, a equipe buscou reconhecer dificuldades concretas, definir metas possíveis, organizar responsabilidades e prever revisão periódica. Essa decisão foi metodologicamente coerente porque a descompensação crônica raramente se resolve por uma orientação única; exige retorno, negociação, ajuste de condutas, apoio familiar, comunicação com agentes comunitários de saúde (ACS) e registro longitudinal.

4.3. Fluxo Operacional, Registros e Articulação da Equipe

A reformulação exigiu padronização mínima. Foi prevista a elaboração de um Protocolo Operacional Padrão (POP) para as atividades das manhãs de quarta-feira, contemplando acolhimento, escuta, aferição de pressão arterial, glicemia capilar quando disponível, classificação operacional, encaminhamento, devolutiva e registro. O POP buscava reduzir variação improdutiva entre encontros e tornar o projeto menos dependente de improvisação.

A classificação dos participantes foi concebida de forma pragmática: usuários controlados, usuários em risco moderado e situações de urgência ou necessidade de avaliação imediata. Essa classificação não pretendia substituir protocolos clínicos, mas ordenar prioridades durante a ação educativa e direcionar usuários para acompanhamento, PTS ou encaminhamento conforme a gravidade percebida.

Os agentes comunitários de saúde foram reposicionados como mediadores do projeto. A equipe reconheceu a necessidade de

capacitação prática, definição de mensagens comuns e clareza sobre quais usuários deveriam ser convidados, monitorados ou reconduzidos à unidade. Sem essa mediação, a intervenção tenderia a permanecer restrita ao espaço físico da USF, com menor capacidade de alcançar usuários faltosos ou com barreiras de deslocamento.

Também foi prevista a elaboração de ofícios para solicitação de suporte institucional, profissionais e insumos. Essa medida tinha função operacional e política: explicitar que rastreamento e acompanhamento exigem condições materiais, e que a educação em saúde não deve ser usada para mascarar insuficiência de recursos básicos.

4.4. Cronograma e Implementação

O cronograma inicial registrou ação de rastreio de hipertensão e diabetes entre 4 e 11 de abril de 2025, com enfoque humanizado e individualizado, incluindo aferição de pressão arterial, glicemia capilar, orientações sobre hábitos saudáveis e identificação de fatores de risco. Também foi planejada ação educativa comunitária entre 16 e 23 de maio de 2025, que não ocorreu na data prevista por incompatibilidade entre calendário acadêmico e cronograma da unidade.

Na fase seguinte, a reunião final de planejamento foi realizada em 27 de agosto de 2025, com alinhamento com o preceptor, revisão do POP, definição de materiais, responsabilidades e logística das ações de quarta-feira. A abertura do projeto na unidade foi realizada em 3 de setembro de 2025, com dinâmica inicial, explicação do projeto, educação em saúde, rastreamento rápido de pressão arterial e

glicemia, captação de participantes e inscrição para grupos menores.

Na etapa posterior, a operacionalização concentrou-se em rastreios em grupos menores, escuta qualificada, identificação de fatores de risco, classificação dos participantes, início e seguimento dos PTSs para pacientes prioritários e tentativa de visita domiciliar piloto com ACS. A interrupção operacional associada ao período da COP30 limitou a longitudinalidade inicialmente prevista; por isso, a análise foi mantida no nível operacional, com comparação dos três PTSs efetivamente atendidos e sem inferência de melhora clínica objetiva.

Quadro 1 - Síntese operacional da intervenção

Etapa	Finalidade	Produto esperado
Acolhimento e escuta	Identificar queixa, barreiras de adesão, rotina, acesso a medicamentos e compreensão da doença.	Vínculo inicial e priorização dos problemas.
Rastreamento	Aferir pressão arterial e glicemia capilar quando houver insumos disponíveis.	Reconhecimento de usuários controlados, em risco ou com necessidade de avaliação.
Educação em saúde	Organizar informação sobre HAS, DM, sinais de alerta, adesão e hábitos possíveis.	Maior clareza sobre risco e retorno programado.
PTS	Pactuar metas individualizadas para casos prioritários.	Plano compartilhado, com responsabilidades e revisão.
Articulação com ACS	Apoiar busca ativa, comunicação e acompanhamento territorial.	Redução de perda de seguimento e maior continuidade.

Revisão do fluxo	Ajustar POP, registros, insumos e encaminhamentos.	Processo menos dependente de improvisação.
------------------	--	--

Fonte: autoras, 2026.

4.5. Aplicação do Projeto Terapêutico Singular nos Casos Acompanhados

A aplicação dos PTSs ocorreu após a constatação de que a orientação coletiva e a entrega de cadernetas, embora úteis como instrumentos educativos, não foram suficientes para produzir adesão sustentada. Assim, os três pacientes efetivamente atendidos foram analisados a partir de diagnóstico ampliado, entendido como reconhecimento simultâneo da condição clínica, das queixas referidas, da rotina familiar, da rede de apoio, dos hábitos alimentares, da prática ou ausência de atividade física, do uso de medicamentos e das barreiras concretas para retorno à unidade. Essa abordagem permitiu que as metas fossem pactuadas como tarefas possíveis, não como recomendações genéricas.

No Paciente 1, o PTS registrou metas de controle pressórico e glicêmico, com referência a pressão arterial de 130/80 mmHg e hemoglobina glicada próxima de 7%, além de dieta, atividade física e acompanhamento nutricional. O diagnóstico ampliado apontou dificuldade com hábitos alimentares e necessidade de reorganização da rotina, sem que o registro autorizasse extrapolar desfecho clínico. A intervenção foi pactuada como execução regular de medicações, adequação alimentar, caminhada em frequência compatível com a rotina, acompanhamento médico, avaliação nutricional e reforço do ACS. Em registro posterior, permaneceram como tarefas o uso correto das medicações, a manutenção da dieta,

a prática de hidroginástica ou caminhada funcional três vezes por semana e o comparecimento aos retornos.

No Paciente 2, o registro apontou hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, rede de apoio familiar, moradia precária e queixas como cefaleia, cansaço e dor referida. As metas priorizaram perda de 5 kg em três meses, redução de farinha, temperos prontos e alimentos de alto teor de carboidratos, caminhadas duas a três vezes por semana por 45 minutos, controle pressórico próximo de 130/80 mmHg e hemoglobina glicada próxima de 7%. A divisão de responsabilidades atribuiu à paciente a realização das atividades pactuadas e o comparecimento aos retornos; ao médico, a otimização da prescrição; à nutrição, a orientação alimentar; e ao ACS, o reforço da vinculação ao PTS.

No Paciente 3, o PTS registrou diabetes mellitus tipo 2, rede de apoio familiar e incômodos diretamente ligados à rotina terapêutica, especialmente uso de medicações ou insulina e horários de alimentação. As metas pactuadas foram ajuste alimentar contínuo, hemoglobina glicada inferior a 7% em seis meses, caminhada seis vezes por semana por 30 minutos e regularização da pressão arterial em três meses. A corresponsabilização concentrou-se na execução da atividade física, no comparecimento aos retornos, no seguimento da dieta orientada pela nutrição e na avaliação médica da prescrição e do plano.

As metas clínicas foram tratadas como referências individualizáveis. Nos registros analisados, a pressão arterial de 130/80 mmHg e a hemoglobina glicada próxima ou inferior a 7% funcionaram como alvos orientadores, não como critérios rígidos de sucesso. Assim, a análise priorizou segurança, viabilidade, responsabilidades

pactuadas e necessidade de revisão periódica, sem afirmar melhora clínica objetiva quando não havia mensuração longitudinal padronizada.

Quadro 2 - Síntese comparativa dos três PTs acompanhados

Paciente	Condição/contexto	Barreiras	Metas/atores	Seguimento/limite
Paciente 1	Metas de PA 130/80 mmHg e HbA1c ~7%; dificuldade alimentar; foco em dieta, medicação e atividade física.	Dieta; baixa atividade física; comparecimento aos retornos.	Medicação regular; dieta; caminhada ou hidroginástica; médico, nutrição e ACS.	Registro posterior reforçou dieta, medicações, atividade física e retorno; sem série objetiva de controle.
Paciente 2	HAS e DM2; rede de apoio familiar; moradia precária; cefaleia, cansaço e dor referida.	Farináceos/temperos prontos; sedentarismo; perda ponderal; retorno.	Perder 5 kg; reduzir carboidratos; caminhar 2-3x/semana; PA 130/80; HbA1c ~7%; médico, nutrição e ACS.	Registro reforçou atividade física, retorno e alimentação com apoio nutricional; sem série objetiva de PA/HbA1c.
Paciente 3	DM2; rede de apoio familiar; incômodo com medicações, insulina e	Conciliar medicação/insulina, dieta, horários e atividade física.	Ajuste alimentar; HbA1c <7% em 6 meses; caminhar 6x/semana por 30 min;	Plano centrado em atividade física, retornos e dieta; requer seguimento para

	horários de alimentação.		PA regular em 3 meses.	confirmar adesão e controle.
--	--------------------------	--	------------------------	------------------------------

Fonte: autoras, 2026.

A comparação entre os três pacientes evidenciou núcleos comuns: necessidade de controle pressórico e/ou glicêmico, dificuldade de mudança alimentar, incorporação gradual de atividade física, retorno programado e participação de médico, nutricionista e ACS. Esse padrão reforça que o PTS organiza o cuidado, mas sua avaliação depende de seguimento documentado, execução das metas e registros clínicos seriados

5. DISCUSSÃO

A principal contribuição da experiência foi transformar a baixa adesão em dado de planejamento. Em vez de interpretar o não comparecimento às ações coletivas e a baixa utilização das cadernetas como desinteresse simples, a equipe passou a analisá-los como sinais de desajuste entre estratégia educativa, território, comunicação, recursos disponíveis e capacidade real de acompanhamento. Essa leitura é coerente com o cuidado de condições crônicas, pois adesão resulta de uma cadeia operacional: o usuário precisa compreender o risco, reconhecer-se no problema, acessar a unidade, encontrar equipe e insumos, pactuar metas possíveis e ter retorno programado (Brasil, 2014).

A aplicação dos três PTSs mostrou que a individualização não significou apenas trocar uma palestra por uma conversa individual. O elemento decisivo foi o diagnóstico ampliado, no qual a doença deixou de ser analisada isoladamente e passou a ser relacionada a

alimentação, atividade física, uso de medicamentos, queixas, rede de apoio, vulnerabilidades e barreiras de retorno. Por consequência, as metas tornaram-se mais compatíveis com a vida concreta dos usuários e menos dependentes de recomendações abstratas.

Como potencialidade específica, o PTS permitiu produzir aquilo que a roda de conversa e a caderneta, isoladamente, não haviam sustentado: conhecimento mais preciso das barreiras individuais, metas compatíveis com a rotina de cada usuário, divisão visível de responsabilidades e possibilidade de reavaliação crítica. Assim, a intervenção deixou de depender apenas da transmissão de informação e passou a operar como arranjo de cuidado, no qual vínculo, ACS, equipe multiprofissional e pactuação tornaram-se componentes do tratamento.

O primeiro caso mostrou que o PTS pode transformar metas clínicas abstratas em tarefas executáveis: medicação regular, dieta, atividade física e retorno. Ainda assim, como o registro disponível descreve pactuação e seguimento programado, e não uma série clínica completa, o resultado deve ser lido como qualificação do processo, não como prova de controle pressórico ou glicêmico.

Os dois casos restantes reforçaram o mesmo mecanismo em contextos distintos. No segundo, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 foram relacionadas a dieta, sedentarismo, peso, queixas e vulnerabilidade familiar e territorial. No terceiro, o eixo foi diabetes mellitus tipo 2 com dificuldade prática para medicações ou insulina e horários de alimentação. Em ambos, o ganho metodológico foi converter barreiras em metas operacionalizadas.

A delimitação final da amostra em três PTSs impediu a manutenção de categorias de desfecho originalmente atribuídas a casos não documentados como atendidos. Essa restrição aumenta a segurança do relato, porque mantém a análise dentro do material documental confirmado e evita inferências sobre usuários que não integraram o acompanhamento longitudinal da equipe.

A atuação dos ACS mostrou-se estratégica por ligar unidade e território. Para usuários com doenças crônicas, o risco não se acumula apenas dentro da consulta; acumula-se nas faltas, no esquecimento, no uso irregular da medicação, na alimentação possível, na dificuldade de transporte e no desconhecimento de sinais de alerta. O ACS pode tornar visível esse intervalo, desde que receba orientação objetiva, critérios de busca ativa e canais de comunicação com a equipe (Brasil, 2014).

A palestra educativa e as cadernetas mantiveram utilidade quando reposicionadas no fluxo. Isoladas, tenderiam a repetir uma lógica informativa pouco sensível às barreiras locais. Associadas ao rastreamento, aos grupos menores e ao PTS, funcionaram como dispositivos de aproximação, registro e sensibilização. Seu limite ficou evidente quando os pacientes não utilizaram a caderneta ou não conseguiram converter a informação recebida em práticas sustentadas.

As limitações estruturais da unidade também produziram aprendizagem. Falta de fitas de glicemia, ausência de profissionais em alguns momentos e comunicação interna incompleta interrompem a sequência que transforma rastreamento em cuidado. A aferição só gera valor quando pode ser registrada, interpretada e seguida de orientação, encaminhamento ou retorno.

Se essa cadeia se rompe, a atividade perde potência e pode reforçar frustração tanto no usuário quanto na equipe.

A experiência sugere que intervenções extensionistas em Atenção Primária devem ser avaliadas menos pela ambição inicial e mais pela capacidade de adaptação responsável. A mudança de uma estratégia coletiva ampla para uma abordagem singularizada não representou fracasso, mas correção metodológica diante de uma evidência prática: o formato inicial não produzia adesão suficiente. A robustez do relato reside justamente nessa inflexão, pois ela expõe o mecanismo pelo qual uma ação educativa se torna mais compatível com o território.

O relato não permite inferir efetividade clínica porque não houve mensuração longitudinal padronizada de pressão arterial, glicemia, hemoglobina glicada, adesão medicamentosa, comparecimento, internações, eventos cardiovasculares ou mortalidade. Por isso, os desfechos foram interpretados como resposta operacional ao PTS, e não como prova de impacto clínico.

A amostra de três pacientes foi intencional e vinculada à vivência prática da unidade, o que limita generalização. Os casos permitem compreender mecanismos de pactuação, barreiras e organização do cuidado, mas não estimar prevalência, risco, magnitude de efeito ou superioridade da intervenção em relação a outras estratégias.

O tempo curto de acompanhamento reduziu a capacidade de observar mudanças sustentadas em hábitos alimentares, atividade física, uso correto de medicações e indicadores laboratoriais. Além disso, a baixa utilização da caderneta por alguns pacientes diminuiu

a disponibilidade de registros objetivos para comparação entre momento inicial e reavaliação.

A ausência de grupo comparador, randomização e análise estatística limita a interpretação ao processo de trabalho, à organização das ações e à formação em serviço. A experiência descreve uma intervenção situada, dependente de território, recursos disponíveis, calendário acadêmico e condições operacionais da unidade.

As dificuldades de insumos, a presença variável de profissionais e as falhas de comunicação interna foram tratadas como componentes do fenômeno, não apenas como obstáculos externos. Essa escolha fortalece a interpretação do processo, mas impede atribuir os limites observados exclusivamente à adesão dos usuários.

Por fim, o sigilo exigiu descrição agregada e codificação dos casos como Paciente 1 a Paciente 3. Essa decisão preservou a confidencialidade, mas reduziu o detalhamento clínico individual, o que é adequado para um relato de experiência centrado no processo de cuidado e não em relato de caso clínico. Documentos sem PTS atendido ou sem seguimento pela equipe foram excluídos da análise comparativa.

6. CONCLUSÃO

A experiência na USF do Una mostrou que educação em saúde para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus só se torna operacionalmente relevante quando se articula a rastreamento, registro, vínculo, equipe disponível, insumos mínimos, escuta qualificada e pactuação de metas com o usuário.

A substituição de atividades coletivas amplas por grupos menores, palestra educativa dirigida e Projeto Terapêutico Singular tornou o projeto mais coerente com a baixa adesão inicial e permitiu acompanhar três pacientes adultos com necessidades clínicas, familiares, sociais e comportamentais distintas.

A comparação dos PTSs evidenciou resposta documental convergente, mais do que desfecho clínico mensurado: nos três casos, as metas combinaram controle pressórico e/ou glicêmico, alimentação, atividade física, retorno e corresponsabilização entre usuário, médico, nutricionista e ACS. Esse resultado indica que o PTS favorece diagnóstico ampliado e organização do cuidado, mas não permite afirmar efetividade clínica sem seguimento padronizado.

O aprendizado central foi que o controle de hipertensão e diabetes se decide também no intervalo entre consultas, onde medicação, alimentação, deslocamento, medo, esquecimento, renda, apoio familiar, confiança e compreensão do risco interferem na execução do plano terapêutico. Nesse intervalo, o ACS e a equipe multiprofissional funcionam como sustentação concreta do PTS.

Assim, o principal ganho da experiência não foi demonstrar melhora clínica mensurada, mas explicitar um modo mais seguro e realista de reorganizar a intervenção: sair da orientação genérica, construir metas individualizadas, acompanhar necessidades singulares e revisar o cuidado quando a adesão ou o registro se mostram insuficientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada,

equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 7 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 7 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-hipertensao-arterial-sistemica.pdf>. Acesso em: 7 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Diabetes Mellito Tipo 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/2026/pcdt-diabete-melito-tipo-2>. Acesso em: 7 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vigitel Brasil 2006-2024: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de->

conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2024.pdf.

Acesso em: 7 maio 2026.

DATASUS. Informações de saúde: TABNET. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 7 maio 2026.

DATASUS. Mortalidade: desde 1996 pela CID-10. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10/>. Acesso em: 7 maio 2026.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/6a25a69bd2bb7bdcdabd528a5bfb5f7d.pdf. Acesso em: 7 maio 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM. ESF - Estratégia Saúde da Família. Belém: Prefeitura Municipal de Belém, [s. d.]. Disponível em: <https://prefeitura.belem.pa.gov.br/servicos/esf-estrategia-saude-da-familia/>. Acesso em: 7 maio 2026.

SISAB. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 7 maio 2026.

¹ Curso de Medicina, Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, Pará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo](#)

[original para visualizar o e-mail](#)

² Curso de Medicina, Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, Pará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Curso de Medicina, Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, Pará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Curso de Medicina, Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, Pará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Orientador e Médico graduado pelo Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)