



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RELATO DE MICROINTERVENÇÕES PARA MELHORIA DA SITUAÇÃO  
DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DA USF MARCELINA BISPO DE OLIVEIRA  
NO DISTRITO DE FLORESTA AZUL (BA)**

**JOSE DOMINGOS ODILON**

---

**NATAL/RN**  
**2021**

---

---

RELATO DE MICROINTERVENÇÕES PARA MELHORIA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE  
DOS USUÁRIOS DA USF MARCELINA BISPO DE OLIVEIRA NO DISTRITO DE  
FLORESTA AZUL (BA)

JOSE DOMINGOS ODILON

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: RICARDO HENRIQUE  
VIEIRA DE MELO

---

NATAL/RN  
2021

---

## **RESUMO**

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família organizado no formato de três relatos de experiência descritivos e reflexivos sobre as microintervenções realizadas no cenário de prática da Unidade de Saúde da Família Marcelina Bispo de Oliveira, em Floresta Azul, no Estado da Bahia, no Programa Mais Médicos para o Brasil. Os objetivos das intervenções foram: melhorar o fluxo de pacientes na unidade de saúde, organizando as demandas espontânea e programada; diminuir o índice de crianças acometidas por anemia e verminoses; e aumentar a adesão ao tratamento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Assim, foi possível substituir o modelo da demanda espontânea pelo modelo misto, pactuando 30% do atendimento para consultas com agendamento prévio. Houve o desenvolvimento de um programa educativo sobre para os responsáveis e para as crianças sobre prevenção das verminoses, através de seis oficinas e de salas de espera. E foi confeccionado um guia de cores para facilitar o uso de medicamentos, juntamente com ações educativas em roda de conversa com pessoas com doenças crônicas. A partir da experiência vivida foi possível observar a importância da educação em saúde para empoderamento e melhoria do autocuidado dos usuários com a sua saúde. Além disso, o trabalho em conjunto de toda equipe de saúde fez a diferença para o sucesso das ações.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	<b>05</b>
<b>2. Relato de microintervenção I</b>	<b>06</b>
<b>3. Relato de microintervenção II</b>	<b>09</b>
<b>4. Relato de microintervenção III</b>	<b>12</b>
<b>5. Considerações finais</b>	<b>15</b>
<b>6. Referências</b>	<b>16</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Floresta Azul, fundado em 1962, fica situado no sul da Bahia, possuindo uma área aproximada de 351,596 Km<sup>2</sup>, sendo composto por uma população de cerca de 10.629 habitantes. A principal fonte de renda da cidade é o cacau, agricultura e agropecuária, com um Produto Interno Bruto (PIB) de 76.366 reais (o PIB per capita é de 6.791,96 reais) e um Índice de desenvolvimento Humano de 0,557 (IBGE, 2017; 2019; PNUD, 2010).

Em relação a assistência à saúde, o município não possui Hospital, mas possui quatro unidades de saúde, sendo três da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

A ESF Marcelina Bispo de Oliveira, cenário de atuação, é situada no centro da cidade, abrangendo também a zona rural, possuindo uma população adscrita de aproximadamente 2.700 pessoas. O território é composto pela referida unidade de saúde, por uma escola municipal de primeiro grau, um depósito de gás, cinco pequenas mercearias e um restaurante. Não existe farmácia, nem ambientes para a prática de esportes e para lazer. A equipe de saúde é constituída por: médico; enfermeira; técnico de enfermagem; técnica vacinadora, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS); recepcionista; auxiliar de serviços gerais; e um segurança.

Os atendimentos médicos mais comuns da ESF são clínica médica, pediatria e ginecologia. E a ESF oferece os seguintes programas de atenção à saúde: Crescimento e Desenvolvimento da criança (CD); hipertensão; saúde do idoso; pré-natal; e a prevenção de câncer de colo de útero de ovário. A assistência é feita a partir de demanda espontânea, devido, principalmente, ao grande número de pessoas da zona rural, que chegam à unidade para serem atendidos no mesmo dia, exceto as visitas domiciliares, que ocorrem uma vez por semana.

A unidade está organizada para trabalhar apenas com demanda espontânea, embora o ideal seria a organização concomitante de demandas programadas, pois facilita o planejamento para os pacientes, evitando filas e aglomeração na sala de espera, principalmente neste momento de pandemia, além de melhorar o fluxo de atendimento.

Além disso, apesar dos programas ativos, durante a prática clínica nesta unidade, foi observado muitas crianças com anemia e verminoses e uma deficiência no controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), devido ao uso irregular dos medicamentos e indisciplina dietética, como também da falta de compreensão das orientações do uso das medicações.

Diante do exposto, os objetivos das intervenções foram: melhorar o fluxo de pacientes na unidade de saúde, organizando as demandas espontânea e programado; diminuir o índice de crianças acometidas por anemia e verminoses; e aumentar a adesão ao tratamento de pessoas com DCNT. Com isso, será possível melhorar a situação de saúde da área adscrita.

## **2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1**

### **PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DAS DEMANDAS ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA USF MARCELINA BISPO DE OLIVEIRA EM FLORESTA AZUL (BA)**

#### **Introdução**

Demanda espontânea trata-se daquele momento que atende os usuários que compareceram a unidade de atendimento sem agendamento prévio. É importante acolher o paciente que comparece até a ESF espontaneamente, tanto para atender suas demandas de atendimento, quanto para criar e ou para manter o vínculo entre o usuário e a sua equipe de saúde.

A demanda programada, por sua vez, é aquela em que a consulta do paciente foi agendada previamente ou é realizada uma ação programada, como ações preventivas, visitas domiciliares agendadas. Esse tipo de demanda também tem um papel importante na qualidade da prestação de serviço a saúde, uma vez que é possível planejar a melhor intervenção para um indivíduo, especificamente, ou um grupo, além de melhorar a logística de atendimento da equipe de saúde, bem como a distribuição dos horários e do tempo de consulta e de procedimentos.

Desta forma é necessário ter conhecimento das duas formas de comparecimento do paciente na unidade de saúde, para conseguir conciliá-las no atendimento. Assim, para uma boa prestação de serviços de saúde é importante manter o vínculo do paciente, atender suas queixas momentâneas que irão aparecer através de forma espontânea ou programada.

Na Unidade de Saúde da Família (USF) Marcelina Bispo o fluxo do atendimento sempre foi organizado apenas para a demanda espontânea, o que prejudica o planejamento estratégico e a organização da equipe de saúde. Sendo assim, o objetivo desta microintervenção foi substituir o modelo da demanda espontânea pelo modelo misto.

#### **Metodologia**

Para a implementação da microintervenção foi realizada uma reunião com a equipe de saúde para reflexão e discussão sobre as ofertas de saúde e as necessidades da população. Além de elencar os fatores que favoreciam a busca do atendimento do paciente à USF, bem como as dificuldades visualizadas.

Após a discussão houve consenso para substituir o modelo de atendimento por demanda espontânea pelo modelo misto. Então, foi pactuado que 30% do atendimento seria reservado para consultas com agendamento prévio.

A implementação da medida foi realizada no mês de abril de 2021. Os pacientes foram informados da mudança pela recepcionista conforme estes compareciam à USF. Assim, todos os usuários, que buscavam atendimento na USF e que precisavam de acompanhamento longitudinal, foram informados pela recepcionista sobre a necessidade de que eles agendassem o dia da próxima consulta de retorno, ressaltando a importância desse agendamento, mesmo para aqueles que iriam apenas trocar/renovar a receita médica ou que buscariam uma requisição/solicitação de exames.

Além disso, ficou estabelecido que os Agentes Comunitários de Saúde passariam nas casas dos usuários para informar sobre as mudanças do agendamento e reforçar o agendamento prévio, principalmente, para os pacientes com DCNT.

## **Resultados**

Com a implantação das mudanças, a substituição da demanda espontânea pela demanda mista durou apenas duas semanas. Algumas situações colaboraram para este fato, primeiro, devido a pandemia da COVID-19 a procura dos usuários por atendimento foi baixa, logo a agenda sempre estava vazia. Porém o principal motivo foi a grande resistência dos usuários pela adesão à organização de suas demandas de forma programada. Os pacientes que compareceram à unidade de saúde da família e aqueles usuários que foram informados pelos agentes comunitários da mudança não foram a favor da implementação do agendamento misto.

Mesmo agendando os pacientes para consultas de retorno ou para novas consultas, os usuários continuaram comparecendo a unidade sem agendamento prévio. Esta resistência foi maior para aqueles usuários que buscavam uma consulta nova e, principalmente, para aqueles que queriam mostrar os resultados dos exames, pois, no entendimento deles, afirmavam que a consulta não seria demorada e não justificava esperar um ou dois dias para mostrar os resultados solicitados.

Além do mais, quando a recepcionista tentava realizar o agendamento para outro período ou outro dia, os usuários sempre reclamavam. Neste período de tentativa de implementação de atendimento com agendamento misto, a relação da equipe de saúde com os pacientes ficou estremecida. Acreditava-se que essa resistência às mudanças seria de forma passageira, de forma que as mudanças foram mantidas/sustentadas pela equipe. Porém, a tensão foi crescendo a cada dia, chegando ao ponto de os usuários ameaçarem expor a USF na internet pela situação, já que para eles não tinha cabimento agendar as consultas, eles também ameaçaram dar queixa para a Prefeita e para a Secretária de Saúde, exigindo o retorno ao atendimento tradicional, apenas através de demanda espontânea.

Em decorrência desses fatos, para diminuir a tensão da população com a equipe de saúde, foi decidido, em comum acordo, retornar o atendimento por demanda espontânea, uma vez que

a implementação dessa medida fragilizou o vínculo entre os profissionais/trabalhadores de saúde e os usuários. Assim, a organização/implantação do atendimento por demanda programada durou apenas 15 dias.

### **Considerações finais**

Devido aos usuários possuírem o costume do atendimento por demanda espontânea, uma vez que os atendimentos da USF nunca ocorreram por demanda programada e, atrelada a grande resistência na mudança do modelo de atendimento, não foi possível sustentar a implementação do modelo misto de organização de demandas conforme proposto nos objetivos da intervenção.

A equipe de saúde optou por priorizar a manutenção do vínculo entre profissionais/trabalhadores e usuários, o qual ficou bastante fragilizado durante o período da microintervenção.

No entanto, é importante ressaltar, que devido a este fator, existirá uma lacuna no planejamento estratégico dos usuários da USF Marcelina Bispo por apenas atender pacientes por demanda espontânea. Sendo assim, é necessário que a equipe de saúde possa refletir e criar outras estratégias para suprir as carências do atendimento realizado apenas em função de queixas e condutas.



### **3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2**

#### **REDUZINDO A PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS COM VERMINOSES NA USF MARCELINA BISPO DE OLIVEIRA EM FLORESTA AZUL (BA)**

##### **Introdução**

Segundo Leal (2016) a alta prevalência de verminoses em crianças pode estar relacionado ao uso de água não potável, além da falta de conhecimento de medidas para evitar a infecção por parasitas pelos responsáveis e pelas próprias crianças.

Na área abrangência da UBS ocorre os mesmos problemas, uma vez que muitos pacientes não possuem acesso a água tratada e desconhecem as formas de contaminação das verminoses. Desta forma, é muito frequente atender na USF crianças contaminadas com verminoses.

Diante do exposto, com o objetivo de reduzir a incidência e prevalência de crianças com verminoses atendidas na USF Marcelina Bispo de Oliveira, foi desenvolvido um programa educativo sobre o tema para responsáveis e para as crianças. Além disso, foi possível estimular a participação da comunidade para implementação desta intervenção, bem como o seu controle.

##### **Metodologia**

Para nortear o planejamento da microintervenção, foram realizadas reuniões e rodas de conversa, com toda a equipe de saúde, para discussão do tema e para colher opiniões acerca das possíveis estratégias de enfrentamento desse problema.

Durante a reunião, foi sugerido a implementação de uma oficina com o tema “prevenção de verminoses em crianças” que seria mediada pelo médico e pela enfermeira.

Além disso, foi proposto a formulação de encontros, entre a equipe e os usuários, nas salas de espera, abordando a mesma temática, tanto pela enfermeira quanto pelas técnicas de enfermagem, para envolver a participação daqueles pacientes que só comparecem à USF para consulta e que não participam dos programas disponíveis na unidade.

##### **Resultados**

Em relação à oficina, foram planejados seis encontros, sendo que cinco desses encontros foram destinados aos adultos e um deles para as crianças. Antes de iniciar as oficinas, foi feita a divulgação da mesma, durante as consultas dos pacientes e através dos Agentes Comunitários de Saúde, informando que toda quarta-feira à tarde ocorreria uma oficina para prevenção das verminoses em crianças.

Para conciliar o tempo das oficinas com as demandas clínicas de trabalho, optou-se por

fazer oficinas curtas, com 30 minutos de duração, sendo realizada das 13:00 às 13:30 horas.

Os temas das oficinas destinados aos adultos foram os seguintes:

-Encontro 1: O que são verminoses? Para este primeiro momento foi explicado com a linguagem simples e acessível o que são parasitas. Para ilustrar foi confeccionado um cartaz com os nomes dos principais parasitas e suas respectivas imagens;

-Encontro 2: Quais as formas de infecção dos parasitas? Foram entregues folhas de ofício, lápis de cor e canetas para que os pacientes desenhassem as formas de transmissão dos parasitas. Em seguida, os usuários foram orientados para guardar os desenhos em lugar visível na casa deles. O intuito dessa dinâmica foi que os participantes sempre tivessem um acesso fácil as formas de transmissão da doença após os encontros.

-Encontro 3: Como prevenir a infecção de parasitas? Seguindo a dinâmica do desenho, neste encontro, foi solicitado que os pacientes desenhassem as formas de prevenção para infecção dos parasitas.

-Encontro 4: Quais os sinais e sintomas de uma criança com verminose? Nesse encontro, os pacientes desenharam ou escreveram em tópicos os principais sinais e sintomas das crianças que estão com algum parasita.

-Encontro 5: O que fazer se seu filho estiver com verminose? No encontro final, foi solicitado que os participantes trouxessem os desenhos feitos nas semanas anteriores. A dinâmica foi colar em uma cartolina os desenhos realizados em forma de um fluxograma e no final foi colocado o que fazer caso percebesse que a criança poderia estar com alguma verminose.

Assim, o participante sempre teria em mãos as principais informações acerca deste tema e poderia mostrar para familiares e amigos que não participaram da oficina. Desta forma, aumentaria o número de pessoas que teria contato com a informação, pois o principal passo para prevenção é a ampliação dos conhecimentos sobre a doença.

Ao finalizar a oficina foi solicitado, como feedback dos participantes, que eles falassem o que mais marcou nesses encontros, o que mais aprendeu e como poderá colocar o que foi ensinado em prática. Também houve a abertura de espaço para discussão sobre o tema para sanar as dúvidas que eles ainda poderiam ter.

A oficina com as crianças foi realizada após o término das oficinas com os adultos, e foi focada nas medidas de prevenção. Ensinou-se, com o apoio de vídeos educativos, como lavar as mãos, a importância de tomar banho, de andar com calçados, e de lavar os alimentos. Concomitantemente as oficinas, sempre que possível, as técnicas de enfermagem faziam sala de espera sobre a prevenção do contágio de parasitas.

Em relação as oficinas com os adultos, a participação foi pequena, e conforme as semanas foram passando, o número de participantes diminuiu. Acredita-se que esta situação ocorreu devido ao fato de ter sido uma intervenção semanal e de com mais de um mês de

duração. Mas aqueles pacientes que compareceram participaram ativamente das oficinas e foi perceptível a melhoria da compreensão sobre o tema, inclusive levantando a discussão sobre o saneamento básico.

Na sua vez, as salas de esperas pareceram surtir mais efeito e tiveram uma maior adesão, uma vez, que os pacientes já estavam presentes na unidade aguardando as suas consultas de rotina.

### **Considerações finais**

Após o período das oficinas, ainda não foi possível observar a diminuição do número de casos de crianças com verminoses. No entanto, houve o aumento da procura de atendimento, iniciando o tratamento mais precocemente nas crianças. Isso pode estar associado ao maior conhecimento e interesse dos participantes da oficina acerca do tema. Sendo assim, apesar da baixa adesão, acredita-se que a microintervenção teve um saldo positivo.

Além do mais, após reunião de avaliação com a equipe de saúde, chegou-se ao consenso de que as salas de esperas irão continuar sendo realizadas, uma vez que houve uma maior participação neste formato.

Ademais, o perfil do paciente é mais variado quando é realizada as salas de espera em dias diferentes da semana, assim será possível levar as informações sobre o tema para uma quantidade maior de pessoas adscritas da USF e com diferentes perfis de ciclo de vida, desde gestantes, pacientes com DCNT, idosos, adolescentes, entre outros, que certamente poderão conviver com crianças nos seus lares ou que conhecem alguém para reproduzir as orientações recebidas nos encontros.

#### **4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3**

### **CONFECÇÃO DO GUIA DE CORES PARA MELHORAR A ADESÃO AO USO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA USF MARCELINA BISPO DE OLIVEIRA EM FLORESTA AZUL (BA)**

#### **Introdução**

O uso correto de medicamentos em pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), frequentemente é complicado, principalmente para aqueles que necessitam utilizar múltiplos medicamentos por dia. Além disso, há várias pessoas idosas e sem escolaridade que moram sozinhas, o que dificulta o entendimento das orientações que lhe são passadas pela equipe de saúde, como por exemplo, os horários de tomadas de medicamentos e os retornos para avaliação do seu estado de saúde.

Desta forma, com o objetivo de melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis na unidade da saúde da família Marcelina Bispo de Oliveira, a equipe de saúde traçou estratégias para ajudar o paciente a compreender e seguir as orientações propostas.

#### **Metodologia**

Após análise de algumas estratégias da própria equipe de saúde e conversa com alguns usuários com DCNT, optou-se pela construção de um guia de escala de cores para indicar o horário de tomada de medicamento, pois muitos pacientes relataram a dificuldade de fazer o uso da medicação nos horários corretos e que por muitas vezes esqueciam de tomar os medicamentos. Além do mais, muitos pacientes, não retornam para a consulta de acompanhamento, pois acreditam que apenas utilizar o medicamento é o suficiente para manter a uma boa saúde. Assim, tivemos como objetivo também, criar uma estratégia para manter os pacientes em constante acompanhamento com a equipe de saúde.

O guia de cores consistiu em uma cartela com imagens que indicavam os horários da manhã, meio dia, da tarde e da noite. Sendo o sol simbolizando o período da manhã, um prato com talher o meio dia, uma xícara de café, simbolizando o período da tarde e a lua o período da noite. Cada horário também possuía cores diferentes. Utilizou-se a cor amarela para indicar o período da manhã, a cor verde o meio dia, a cor azul, o período da tarde e a cor cinza, o período da noite.

Em seguida, colocou-se um comprimido de cada medicamento colado em cada imagem, para demonstrar os horários que ele deveria ser tomado. Além disso, foi colocado uma fita com

as cores já citadas nas embalagens dos medicamentos de acordo com o horário que deveria ser tomado, para que o paciente não tivesse dúvidas quanto o horário de uso, principalmente quando estes utilizavam vários medicamentos durante o dia. Desta forma o usuário utilizaria esse guia no momento do uso dos medicamentos relacionando as cores e os desenhos com os horários corretos.

## **Resultados**

Após a confecção do guia, foi agendado uma roda de conversa com os pacientes para explicar o intuito do guia, além de ter feito a colocação das fitas coloridas nas caixas dos medicamentos dos próprios pacientes. Por fim, foi realizado as orientações para o uso da medicação.

Também foi planejado uma roda de conversa mensal, para que aumentasse o contato dos pacientes com a equipe de saúde e que eles pudessem tirar suas dúvidas acerca do uso dos seus medicamentos e para verificar se a intervenção estava funcionando.

Foi pactuado que o médico e a enfermeira seriam os mediadores da roda de conversa, primeiramente, trazendo temas relevantes como: "por quê usar o medicamento mesmo com a doença controlada", "o que acontece se eu não utilizar o medicamento" e "como lembrar o horário de usar cada medicamento". Em seguida, uma discussão com os participantes seria estimulada, não só para que eles pudessem tirar suas dúvidas, mas também para compartilhar entre o grupo suas experiências acerca das suas comorbidades e uso de medicamentos, bem como dicas de como lembrar dos horários da medicação e relatos sobre suas situações de saúde.

Já em relação a frequência de reavaliações, ficou decidido que a renovação de receitas só ocorreria com a presença do paciente, quando seriam avaliadas a pressão arterial, a glicemia capilar, estado mental e o grau de dificuldade respiratória. Estas informações foram dadas aos pacientes que participaram da oficina para confecção do guia de cores e para aqueles que apareciam para consulta de rotina.

Assim, tanto o médico como a enfermeira explicariam que era necessário a presença desses usuários nas consultas seguintes para renovação de receitas, pois seria possível manter um melhor acompanhamento da situação de saúde deles.

Desta forma, após a consulta, a data de retorno para a renovação da receita já ficava agendada, ressaltando novamente a importância que eles mantivessem o contato presencial com a equipe. Ademais, foi pactuado com os agentes comunitários de saúde para que eles fizessem a visita na casa desses pacientes, de um a três dias antes do dia agendado para lembrar o dia da consulta e confirmar a ida dos pacientes até a unidade de saúde.

Também foi solicitado que os agentes comunitários de saúde pudessem reforçar com os

pacientes a importância de manter o acompanhamento com a equipe de saúde, principalmente com aqueles que relatassem que não iriam comparecer no dia marcado.

### **Considerações finais**

A confecção do guia de cores, a roda de conversa e a medida de renovação de receita de forma presencial foram implementadas em abril de 2021. No entanto, com a pandemia da COVID-19, os pacientes com doenças crônicas pouco têm retornado à unidade de saúde.

Acredita-se que isso esteja ocorrendo devido a prorrogação da validade das receitas médicas e ao fato de que a maioria dos pacientes retiram os seus medicamentos em farmácias populares e não na USF, pois muitos remédios estão em falta.

Além disso, dos pacientes que participaram da oficina para confecção do guia de cores, poucos compareceram para as rodas de conversas sobre o uso de medicamentos nos meses seguintes.

Naqueles usuários que compareceram à intervenção, foi percebido que o uso do guia de cores foi maior nos pacientes idosos e que moram sozinhos do que naqueles que possuem família ou que eram mais novos, pois não tiveram boa adesão ao guia.

Diante das circunstâncias, a pandemia tem prejudicado a avaliação do impacto das medidas implementadas sobre a adesão ao tratamento.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As microintervenções realizadas foram: organização das demandas espontânea e programada; educação em saúde para reduzir o índice de crianças acometidas por anemia e verminoses; e confecção do guia de cores para aumentar a adesão ao tratamento de pessoas com DCNT.

Acredita-se que a maior dificuldade encontrada para realizar as intervenções foi a baixa adesão dos usuários às ações propostas, fato que está associado a pandemia da COVID-19. Assim, as análises do impacto sobre a situação de saúde da comunidade após as foram limitadas.

Além disso, a proposta da implementação do agendamento programado, teve muita resistência da população, fragilizando o vínculo entre a equipe e os usuários, temporariamente.

Diante da situação experienciada, é necessário que antes da mudança do modelo de agendamento, seja necessária uma maior sensibilização prévia dos usuários para que eles entendam a importância dessa ação para melhoria do fluxo do cuidado.

Apesar dessas fragilidades, as microintervenções foram de suma importância, para tentar melhorar os nós críticos da USF Marcelina Bispo de Oliveira. Além do mais, essas iniciativas poderão servir como base para novas ações futuramente, pois já se sabe o perfil dos usuários e as limitações para realização de intervenções semelhantes.

Diante do exposto, a partir das experiências vividas foi possível observar a importância da educação em saúde para empoderamento do paciente e, conseqüentemente, melhoria do seu autocuidado com a saúde. Ademais, o trabalho em conjunto de toda a equipe de saúde da USF fez a diferença para no planejamento e na aplicação das ações propostas.

## 6. REFERÊNCIAS

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Áreas territoriais**. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 09 ago. 2021.

LEAL, M. G. **Reduzir a incidência e prevalência de verminoses em crianças na UBS São João Marques no município Chapada do Norte, Minas Gerais**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Araçuaí, 2016. 40f. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família).

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Relatório de Desenvolvimento Humano - 2010. **a verdadeira riqueza das nações: vias para o desenvolvimento humano**. New York: Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD), 2010.