



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
Secretaria Municipal de Saúde  
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde  
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Anderson Borges Fialho

**Mudança na organização do acesso de uma unidade de Atenção Primária do Rio de Janeiro: Uma perspectiva dos profissionais de saúde**

Rio de Janeiro  
2025

Anderson Borges Fialho

**Mudança na organização do acesso de uma unidade de Atenção Primária do Rio de Janeiro: Uma perspectiva dos profissionais de saúde**



Orientador: Me. Renan Tomaz da Conceição

Coorientador: Me Camila Santos Baptista

Rio de Janeiro

2025

Anderson Borges Fialho

Mudança na organização do acesso de uma unidade de atenção primária do Rio de Janeiro: Uma perspectiva dos profissionais de saúde.

Monografia apresentada ao Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em saúde de família e comunidade.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Orientadores:

---

Me. Renan Tomaz da Conceição

---

Me Camila Santos Baptista

Banca examinadora:

---

Esp. Marianne de Lira Maia

---

Dra. Patrícia Ferraccioli Siqueira Lemos

Rio de Janeiro

2025

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma, direta ou indireta, me ajudaram a concluir a residência. Especialmente aos meus pais que, mesmo diante das dificuldades, sempre se esforçaram ao máximo para investir nos meus estudos. Meus amigos e colegas que conheci ao longo da residência e ao Léo, pois sem seu apoio, todo processo seria muito mais difícil.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, pois sem Ele nunca teria conseguido passar por todas as adversidades da vida e chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais que nunca tiveram muita oportunidade de estudo, mas que sempre se esforçaram para garantir que eu tivesse uma vida melhor do que a que eles tiveram. Eles que sempre me apoiaram e que estão sempre torcendo pelo meu sucesso. Não existem palavras suficientes para descrever o quanto sou grato por ter vocês em minha vida.

Agradeço ao Leonardo, pessoa que esteve do meu lado em cada etapa do processo e foi meu porto seguro durante os momentos mais difíceis.

Agradeço também aos meus amigos, colegas de residência e todas as pessoas que exerceram o papel de educadores ao longo desse processo. Sem vocês meu percurso até aqui seria muito mais difícil.

Fazer parte de algo especial não te torna especial. Algo é especial porque você faz parte dele. (Lea Michele)

## RESUMO

FIALHO, A. B. **Mudança na organização do acesso de uma unidade de atenção primária do Rio de Janeiro: Uma perspectiva do profissional de saúde.** Rio de Janeiro, 2025. Monografia (pós-graduação lato sensu nos moldes de residência em enfermagem) – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, 2025.

**Introdução:** A Unidade objeto deste estudo apresentava uma organização do acesso até 2023, onde eram priorizados os atendimentos no dia. Após discussão de equipe e revisão deste modelo, em 2024 esta unidade passou a dar um foco maior às demandas programadas e distribuir os atendimentos entre demanda do dia e agendamentos entre 2 profissionais diferentes das equipes. **Deste modo, este estudo tem como objetivo** investigar a percepção dos profissionais de saúde sobre a mudança do modo de organização do acesso desta unidade. **Para isto, tem como método** a realização de uma pesquisa qualitativa descritiva, na qual serão entrevistados médicos, enfermeiros e agentes comunitários da unidade de atenção primária do município do Rio de Janeiro através de um questionário padronizado que avaliará satisfação, tempo de espera, qualidade do atendimento prestado na perspectiva do profissional e satisfação dos profissionais com o ambiente de trabalho. **Resultados:** A mudança do acesso trouxe respostas positivas tanto para a qualidade das consultas quanto para o tempo de espera da demanda espontânea e a qualidade de vida do profissional, porém evidenciou novos problemas como atrasos e absenteísmos. **Conclusão:** Este pode ser um estudo capaz de facilitar a organização de novos processos de trabalho em unidades de atenção primária

**Descritores:** Atenção primária, Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde, Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde

## ABSTRACT

FIALHO, A. B. **Change in the access organization of a primary care unit in Rio de Janeiro: A perspective of the health professional.** Rio de Janeiro, 2025. Monografia (pós-graduação lato sensu nos moldes de residência em enfermagem) – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, 2025.

**Introduction:** The Unit that is the object of this study had an access organization until 2023, where daytime care was prioritized. After team discussion and review of this model, in 2024 this unit began to give greater focus to scheduled demands and distribute care between daytime demand and appointments between 2 different professionals on the teams. **Thus, this study aims to** investigate the perception of health professionals about the change in the way access is organized in this unit. **To this end, the method** used is to conduct a descriptive qualitative research, in which doctors, nurses and community agents from the primary care unit in the city of Rio de Janeiro will be interviewed through a standardized questionnaire that will assess satisfaction, waiting time, quality of care provided from the professional's perspective and satisfaction of professionals with the work environment. **Results:** The change in access brought positive responses both for the quality of consultations and for the waiting time for spontaneous demand and the quality of life of the professional, but it highlighted new problems such as delays and absenteeism. **Conclusion:** This may be a study capable of facilitating the organization of new work processes in primary care units.

**Descriptors:** Primary Care, Effective Access to Health Services, Barriers to Access to Health Care

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Percepção sobre a mudança do acesso.....	26
<b>Gráfico 2</b>	Categorias elencadas para melhora do acesso.....	26
<b>Gráfico 3</b>	Categorias elencadas para piora do acesso.....	26
<b>Gráfico 4</b>	Vantagens do modelo anterior.....	27
<b>Gráfico 5</b>	Desvantagens do modelo anterior.....	27
<b>Gráfico 6</b>	Vantagens do modelo atual.....	27
<b>Gráfico 7</b>	Desvantagens do modelo atual.....	27
<b>Gráfico 8</b>	Qualidade do atendimento.....	28
<b>Gráfico 9</b>	Categorias para a melhora da qualidade.....	28
<b>Gráfico 10</b>	Tempo de espera para demanda espontânea.....	29
<b>Gráfico 11</b>	Categorias para a melhora do tempo de espera.....	29
<b>Gráfico 12</b>	Categorias para a piora do tempo de espera.....	29
<b>Gráfico 13</b>	Interferência da mudança na qualidade de vida.....	30
<b>Gráfico 14</b>	Categorias para melhora da qualidade de vida.....	30
<b>Gráfico 15</b>	Categorias para piora da qualidade de vida.....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ME	Mestre
NASF AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
Nº	Número
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO:</b> .....	<b>12</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:.....	16
2.2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À SAÚDE NO BRASIL.....	18
2.2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO RIO DE JANEIRO.....	19
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>21</b>
3.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	21
3.2 TIPO DA PESQUISA.....	21
3.3 CENÁRIO DA PESQUISA.....	22
3.4 COLETA DE DADOS.....	24
3.5 ANÁLISE DOS DADOS:.....	25
<b>4 RESULTADOS:</b> .....	<b>26</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>35</b>
<b>APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados</b> .....	<b>39</b>
<b>APÊNDICE B - Cronograma do estudo</b> .....	<b>41</b>
<b>APÊNDICE C - Orçamento</b> .....	<b>42</b>
<b>APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	<b>43</b>
<b>APÊNDICE E - Termo de Anuência</b> .....	<b>46</b>
<b>APÊNDICE F - Declaração de compromisso do pesquisador responsável</b> .....	<b>47</b>
<b>ANEXO – Aprovação do comitê de ética</b> .....	<b>48</b>

## 1. INTRODUÇÃO:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Tal frase consta na constituição federal e é amplamente conhecida. Para que seja garantido o que diz a constituição, faz-se necessário a criação de um sistema de saúde que propicie um atendimento de qualidade à população, levando em consideração os aspectos que influenciam a sua saúde. De tal maneira, foi então criado o Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

A criação de um sistema único de saúde foi um grande marco na história da saúde pública brasileira, pois organiza os serviços de saúde e oferece um direcionamento para que os serviços correspondentes funcionem de maneira integrada, a fim de dispor das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo desde atendimentos simples até os mais complexos. Seus princípios visam garantir um atendimento universal, equânime e integral que perpassa todas as fases do desenvolvimento de um indivíduo considerando desde antes do seu nascimento até a sua morte. (Brasil, 1990)

Com o intuito de aumentar o acesso à saúde, as unidades de atenção primária são implementadas. Trazendo assim uma proximidade do usuário, sendo mais acessível e garantindo a ele uma principal porta de entrada no sistema de saúde. As unidades que compõem esse serviço dispõem de mecanismos que irão intervir no dia a dia do usuário; seja na resolução de problemas ou no acompanhamento de saúde, e, quando não for possível garantir esse direito, outros dispositivos serão acionados. (Starfield, 2002)

Considerando o contexto brasileiro, a atenção primária à saúde é moldada com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta política norteia o processo da implantação e execução da APS no Brasil, além de trazer a composição de profissionais de saúde, carga horária semanal, atribuições de cada profissional e traz também uma delimitação de território adscrito por cada equipe que irá compor a unidade de saúde, podendo variar de acordo com a população adscrita. (Brasil, 2017).

No geral, as unidades de atenção primária no Brasil possuem muitas similaridades entre si, porém dependendo do território, estas podem sofrer variações, como é o caso do Rio de Janeiro que possui influência direta do “poder paralelo” no acesso à saúde dos moradores (Boiteux, 2015). Aqui, entendemos o

“poder paralelo” como organizações que não respondem às leis do Estado, portanto há possibilidades de conflito com a polícia, e que usam por vezes de violência, coação ou outros artifícios para organizar uma determinada área da qual eles têm o controle.

Levando-se em consideração as peculiaridades de cada território e como forma de gerir melhor os atendimentos que, por vezes, podem ser muito volumosos, diversas unidades têm avaliado o modelo de acesso implementado e suas repercussões na população.

Esse levantamento bibliográfico, cujo tema principal são modelos de acesso na APS, tem como objeto de estudo a mudança do modo de organização do acesso de uma unidade de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro.

Com base na temática proposta surge um principal questionamento: Existe algum modo de organização do acesso que possua mais benefícios para a população e profissionais? Se sim, qual?

Tem se como hipótese de que as mudanças realizadas nesta unidade em questão trouxeram benefícios para a saúde mental dos trabalhadores, uma vez que auxilia na organização da demanda programada para o dia.

Assim, este trabalho tem como objetivo investigar a percepção dos profissionais de saúde com a mudança do modo de organização do acesso de sua unidade a partir de um questionário composto por perguntas abertas e fechadas que pretendem mensurar aspectos como: tempo de espera, qualidade do atendimento prestado na perspectiva do profissional e satisfação dos profissionais com o ambiente de trabalho.

A justificativa do estudo está pautada na atuação em uma clínica da família do município do Rio de Janeiro onde percebeu-se que os processos de trabalho são intimamente atravessados pela demanda constante de usuários, podendo dificultar a oferta de um atendimento de qualidade e corroborando possivelmente para o adoecimento do profissional de saúde.

A relevância da pesquisa encontra-se na possibilidade de ser um estudo capaz de compreender as logísticas de acesso entre as unidades sob a ótica dos profissionais de saúde, podendo repercutir e sugerir mudanças, sabendo-se que um profissional mais satisfeito em seu ambiente de trabalho tem maiores chances de desempenhar um trabalho mais produtivo e conseqüentemente ter melhores resultados.

O estudo traz como contribuição um maior entendimento das percepções dos profissionais de saúde acerca dos modelos de acesso vivenciados na unidade estudada, podendo ser base tanto para novos estudos como para fomentar mudanças no processo de trabalho de outras unidades de saúde com características similares.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 na Constituição Federal. Nela, pela primeira vez, foram trazidas as atribuições do Estado em relação à saúde. a qual se definiu como:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 55).

O SUS é regulamentado pela lei 8.080/1990. Este sistema é composto por um conjunto de ações e serviços de saúde e traz o direito do cidadão à saúde, sendo um dever do Estado em fornecê-lo a partir de políticas sociais e econômicas. (Brasil, 1990)

O SUS é composto por sete princípios, sendo eles:

- a) Integralidade: condiz em olhar o indivíduo como um todo;
- b) Universalidade: considera a saúde como um direito de todos;
- c) Equidade: pode ser interpretada como ofertar o necessário para que todos tenham acesso às mesmas oportunidades;
- d) Regionalização: se refere à delimitação de espaços geográficos;
- e) Hierarquização: é a organização da saúde em níveis crescentes de complexidade.
- f) Participação popular: traz a população como parte responsável pelas decisões em saúde;
- g) Descentralização: redistribui as responsabilidades entre as esferas do governo (federal, estadual e municipal) (lei 8.080/1990).

Um sistema de saúde tão complexo como o SUS se organiza também através das redes de atenção à saúde (RAS), algo que foi regulamentado apenas em 2011 pelo Decreto nº 7.508/2011. Esta organização tem como objetivo articular diferentes níveis de atenção à saúde a fim de promover um cuidado integral aos usuários. (Brasil, 2011).

Sendo o Brasil um país de dimensões continentais e com uma população bem diversa entre si, garantir acesso à saúde em um território como este se torna algo desafiador. Dito isto, é importante ter instituições de saúde de diferentes níveis de complexidade que estejam inseridas em localidades estratégicas para a população. Também é necessário que esses serviços estejam integrados entre si para que o usuário possa ser visto em sua totalidade. (Mendes, 2011)

As redes de atenção à saúde tem o objetivo de garantir que quando um usuário chegar em uma unidade de APS e necessitar de um tratamento de saúde não oferecido nesta unidade, este será devidamente inserido em outros serviços de saúde ou, quando um usuário chegar em uma unidade de urgência e emergência com pico hipertensivo (ou outra questão agudizada), ele será devidamente assistido e encaminhado para um serviço de acompanhamento à saúde. (Mendes, 2011)

Este encaminhamento do usuário será de acordo com o tipo de serviço solicitado e ao nível de urgência necessário para consegui-lo. Sendo feito por um profissional da ponta integrado com um sistema que irá avaliar a oferta, demanda, dentre outras situações que interferem no cuidado em saúde (Mendes, 2011)

## **2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:**

A Atenção Primária à Saúde tem como definição ser um modelo de acesso cujo objetivo é garantir um acompanhamento longitudinal dos usuários, a fim de promover qualidade de vida e evitar internações desnecessárias (Starfield, 2002).

Considerando o contexto histórico, no ano de 1920 na Grã-Bretanha, foi divulgado um texto oficial onde se tratava da organização do sistema de serviços de saúde, o qual se se distinguiam três níveis principais de serviços: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. A partir desta divisão, muitos países (principalmente da Europa Ocidental) conseguiram organizar os serviços de saúde e conseqüentemente gerir melhor a saúde da população. (Starfield, 2002)

Inspirado nessa proposição, em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembleia Mundial de Saúde decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes seria trazer uma política de saúde que proporcionasse o cidadão a ter mais qualidade de vida e uma vida economicamente produtiva. Esta meta ficou conhecida como “Saúde para todos 2000” e seus princípios foram

elucidados em uma conferência realizada em Alma Ata, cujo enfoque da reunião era a Atenção Primária à Saúde. (Starfield, 2002)

A conferência de Alma Ata (1978) também especificou alguns componentes fundamentais da APS, entre eles:

- Educação em saúde;
- Saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos;
- Programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar;
- Prevenção de doenças endêmicas locais;
- Tratamento adequado de doenças e agravos comuns;
- Fornecimento de medicamentos essenciais; e
- Promoção de boa nutrição e medicina tradicional.

(Starfield, 2002)

No ano de 1979, em sua reunião subsequente, a assembleia Mundial da Saúde também inspirada na conferência de Alma Ata trouxe a definição de APS como um modelo de acesso universalmente acessível, com destaque também para o acompanhamento em diferentes fases do desenvolvimento e constituído como parte integral do sistema de saúde. A APS também é tida como a principal porta de entrada ao sistema de saúde e de fácil acesso aos usuários (Starfield, 2002).

A APS orienta-se por eixos estruturantes que se dividem em **atributos essenciais**:

- a) Atenção ao primeiro contato: está relacionado ao primeiro atendimento do usuário na APS seja por um caso novo ou recorrente, configurando uma porta de entrada para os serviços de saúde;
- b) Longitudinalidade: engloba os cuidados que perpassam o tempo, garantindo um acompanhamento contínuo em diferentes fases da vida;
- c) Integralidade: engloba ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e proteção à saúde, avaliando o indivíduo como um todo;
- d) Coordenação do cuidado: está relacionada à articulação dos diferentes serviços de saúde.

**E atributos derivados:**

- e) Orientação familiar: na avaliação do indivíduo, deve-se levar em consideração o contexto familiar ao qual ele está inserido e seu impacto na saúde;
- f) Orientação comunitária: reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade e seu impacto na saúde do usuário;
- g) Competência cultural: o profissional de saúde deve se adaptar às características culturais e identitárias de cada população, como forma de facilitar a relação interpessoal e a comunicação.

(Starfield, 2002)

### **2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À SAÚDE NO BRASIL**

A Atenção Primária à Saúde no Brasil é o modelo preferencial de acesso aos serviços de saúde instituídos pelo governo federal. Sua política tem sido proposta para reorientar os sistemas de serviços tornando-os mais efetivos (Souza, 2020; Giovanelli, 2019).

Considerando a necessidade de uma política que potencialize a Atenção Primária à Saúde e evidencie as necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde em sua portaria de nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica que atualmente está em sua versão mais recente disponibilizada em 2017. Tanto os termos Atenção Básica e Atenção Primária serão considerados sinônimos neste estudo. Esta política tem como objetivo criar diretrizes que vão reger a organização da atenção primária no âmbito do SUS, sendo definida como:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Brasil, 2017, p. 1)

De acordo com a PNAB, a APS é definida como a principal porta de entrada para a rede de atenção à saúde e seus usuários terão acesso a ela de forma

gratuita. Seu atendimento será de acordo com as suas necessidades, levando em conta os determinantes sociais de saúde (Brasil, 2017).

As unidades de APS estão inseridas dentro de um território adscrito que é formado por equipes de saúde. Cada equipe é responsável por uma população que pode variar de 2000 a 3500 cadastrados, a unidade deve funcionar no mínimo 40 horas semanais, além de possuir uma estrutura pré-definida (Brasil, 2017).

As unidades devem ser compostas por consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipe odontológica completa; (Brasil, 2017 p.8)

Cada equipe deve ser formada minimamente por um médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, podendo ser inseridos outros profissionais, entre eles: agente comunitário de saúde (ACS), equipe de saúde bucal e agente de endemias. Além destes profissionais, as unidades também podem ser constituídas pelo NASF-AB (atualmente chamada de e-multi) que é uma equipe multidisciplinar de nível superior para dar suporte às equipes (Brasil, 2017; Bispo Junior, 2023).

## **2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO RIO DE JANEIRO**

Na cidade do Rio de Janeiro, havia um predomínio muito grande do modelo hospitalar e uma baixa cobertura das unidades de atenção primária até o ano de 2009. As poucas unidades presentes estavam organizadas dentro de um modelo com médicos especialistas atendendo a população, mas sem mecanismos consistentes de acompanhamento. A primeira gestão do prefeito Eduardo Paes priorizou a expansão da APS no modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF), no qual os especialistas são retirados e o usuário passa a ser acompanhado por um único profissional, a fim de favorecer o acompanhamento de saúde deste usuário. (Melo, 2019)

A expansão ocorrida no Rio de Janeiro se deu a partir das parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS), por meio de avaliação da qualidade, transparência e pagamento por desempenho, o que culminou na implantação das

chamadas Clínicas da Família. Tal mudança impactou positivamente na expansão da cobertura de saúde com o aumento de 128 equipes de saúde da família em 2008 para 958 em 2016. (Melo, 2019)

Em 2018, sob a gestão do Prefeito Marcelo Crivella, houve uma reorganização da APS no município, que segundo o prefeito em exercício na época, foi feita de forma desordenada na gestão anterior. Com isso, houve um aumento de usuários por equipe, atraso do pagamento dos profissionais, demissão dos ACS, redução do horário de funcionamento das unidades e a extinção de 184 equipes de saúde da família. Frente a esse desmonte, muitos profissionais (principalmente médicos) abandonaram a atenção primária no Rio e migraram para outros serviços. (Melo 2019; Fernandes 2020)

Durante a nova gestão do Eduardo Paes, as unidades voltaram a ser reabertas e com a criação de novas unidades. No ano de 2021, um total de 73% da população carioca já estava cadastrada em uma unidade de atenção primária. (SMS RJ 2021)

Além de questões políticas, o Rio de Janeiro também sofre com a violência urbana, onde há a presença de grupos armados em uma grande parcela dos territórios. Estes grupos desenvolvem atividades ilegais, como venda de drogas ilícitas e roubos. Por conta disso, é constante o confronto de policiais e bandidos ou entre grupos rivais, gerando um caos e medo entre a população. (Boiteux, 2015; Valois, 2019; Silva, 2021)

Mesmo diante de diversos problemas, o município do Rio de Janeiro tem investido cada vez mais em centros de especialidades, a fim de diminuir o tempo de espera para consultas por especialista e formação de profissionais qualificados a partir de programas de residência em saúde. Além destes, o município organiza processos para a descentralização da regulação ambulatorial, na qual médicos da APS também podem ser responsáveis pela regulação do usuário. (Gomes, 2023; Melo, 2019)

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo foi realizado de acordo com os princípios descritos nas Resoluções nº466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. As respostas serão divulgadas de forma anônima e a privacidade dos participantes será respeitada.

Foram seguidos os critérios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, utilizando como base principalmente os seguintes seguintes preceitos:

Respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; Ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; Garantia de que danos previsíveis serão evitados; Relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária. (Resolução 466/12, p.3)

Dentre os riscos ou desconfortos envolvidos na pesquisa estão reflexões sobre o trabalho que podem gerar algum sentimento de insatisfação, angústia ou tristeza.

Esta pesquisa também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa são reflexões sobre seu processo de trabalho e surgimento de novas ideias para melhorá-lo.

#### **3.2 TIPO DA PESQUISA**

Esta pesquisa possui uma abordagem qualitativa e objetivo descritivo. Na pesquisa qualitativa, seus dados são não métricos e a sua abordagem está centrada na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Esta pesquisa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Enquanto uma pesquisa quantitativa busca a proporção de funcionários insatisfeitos com o trabalho, por exemplo, a pesquisa qualitativa irá avaliar qual o motivo da insatisfação desses profissionais. (Gerhardt, 2009; Minayo, 2001)

Quanto aos objetivos, a pesquisa descritiva busca descrever os fatos e fenômenos que estão atrelados a uma determinada realidade. O pesquisador não interfere nos fatos, e os resultados podem ser quantitativos e/ou qualitativos. (Triviños, 1987; Souza, 2019)

### **3.3 CENÁRIO DA PESQUISA**

Foi avaliada uma unidade de atenção primária à saúde presente na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Esta unidade é composta por 7 equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal. Todas as equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de endemias.

Dentre os profissionais que integram a unidade, mas que desempenham atividades para além de uma equipe estão: gerente, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, farmacêutico, técnico de farmácia, equipe de saúde bucal (dentistas, técnico de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal) e equipe e-multi (psicólogo, assistente social, nutricionista, profissional de educação física e fisioterapeuta).

A unidade também possui residência de enfermagem em três equipes, residência de medicina nas sete equipes, residência multiprofissional em uma equipe residentes de saúde mental pela prefeitura acompanhando a e-multi e acadêmicos de medicina, enfermagem, odontologia, saúde coletiva e nutrição.

Em relação a estrutura física do local, a unidade possui dois consultórios por equipe, consultório odontológico, consultório e-multi, centro de estudos, sala da administração, auditório, sala dos agentes de saúde, observação clínica, expurgo, sala de esterilização, academia carioca, sala de expurgo, sala de esterilização, academia carioca, sala de curativos, sala de imunização, sala de coleta de sangue, sala de endemias, sala de raio x e a recepção da unidade.

Dentre a população atendida pela clínica estão aproximadamente 29.000 cadastrados, que se subdividem na população da área adscrita e alguns dispositivos que estão inseridos no local. Entre eles, sete unidades socioeducativas para jovens em conflito com a Lei, abrigo para adultos, idosos e famílias, Aeroporto Internacional e uma área militar.

A unidade apresentava uma organização de acesso até dezembro de 2023, na qual ficava um médico e um enfermeiro de cada equipe atendendo. Os usuários relatavam suas queixas na recepção para o agente comunitário, este anotava a queixa em uma planilha online e os profissionais do atendimento (médico e/ou enfermeiro) organizavam quem iria atender cada usuário. Depois de responder quem iria atendê-lo, o ACS orientava o usuário a aguardar sua vez do atendimento.

Neste modelo, o médico e o enfermeiro atendiam majoritariamente demandas do dia e possuíam apenas 2 a 3 horários para agendamentos da equipe. Os agendamentos eram feitos prioritariamente para consultas de pré natal, puericultura e alguns outros casos mais complexos, como saúde mental por exemplo. Logo, a grande maioria das queixas da população eram atendidas como demanda espontânea.

Com a nova organização que deu início em 2024: um profissional ficou responsável por atender as demandas espontâneas e outro profissional ficou responsável por atender os usuários agendados da equipe. As demandas que seriam atendidas no dia estariam relacionadas a queixas agudas como, por exemplo, dor, febre, tosse, entre outras. Já as demandas agendadas estariam relacionadas a demandas que não possuísem urgência (clínica ou social) como, por exemplo, renovação de receita de medicamentos, encaminhamentos para exames eletivos e para especialistas, assim como as linhas de cuidado, tal qual pré natal, puericultura e outras. Para saber se a sua consulta seria agendada ou atendida no mesmo dia, o usuário relatava sua queixa ao ACS, que colocava na planilha e o profissional do atendimento (médico e/ou enfermeiro) respondia através da planilha se seria uma consulta no mesmo dia ou agendada. Caso fosse agendada, o profissional inseria imediatamente a data do agendamento na própria planilha e o ACS comunicaria ao paciente.

### **3.4 COLETA DE DADOS**

Como critérios de inclusão estão profissionais da equipe mínima que vivenciaram os dois momentos citados nesta pesquisa. Como critérios de exclusão estão técnicos de enfermagem, por não terem sido diretamente impactados pela mudança ocorrida na unidade.

Estes profissionais assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), presente no apêndice D. Posteriormente foi ofertado pelo pesquisador um questionário semiestruturado. Ambos foram preenchidos através da plataforma *google forms*. Optou-se pelo uso dessa plataforma por ser de fácil manuseio e gratuita, facilitando o preenchimento pelos participantes em um horário mais confortável para eles. Os profissionais receberam o convite e responderam o questionário no momento que julgaram melhor para fazê-lo. Suas respostas foram salvas em um dispositivo eletrônico local e posteriormente retiradas da internet a fim de garantir a segurança e sigilo dos dados.

O questionário foi composto por 11 perguntas, sendo elas abertas e fechadas, com uma duração de preenchimento aproximada de 15 minutos, e todas estão presentes no apêndice A. Foram utilizados os seguintes parâmetros na elaboração das perguntas: avaliação da mudança de acesso, satisfação do profissional com as ferramentas de trabalho e qualidade das consultas na perspectiva do profissional.

O convite e o link do questionário e TCLE foram disponibilizados para os participantes por e-mail e/ou através de mensagem por aplicativo de mensagens. Foi feito o convite de forma individual e enviado por um e-mail exclusivo para cada participante, informado pelo próprio participante. As respostas da pesquisa e o termo de consentimento ficarão disponíveis com o pesquisador responsável por um período de 5 anos para acesso e consulta caso seja necessário.

O período da coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2024, apenas após aprovação do comitê de ética em pesquisas. O entrevistado pôde preencher o questionário em tempo oportuno considerando a data limite de dois meses estipulada para coleta dos dados.

### **3.5 ANÁLISE DOS DADOS:**

A análise dos dados qualitativos seguiu a metodologia proposta por Bardin (1977), na qual foi feita inicialmente uma pré-análise flutuante das respostas. Posteriormente, os conteúdos que apresentarem similaridades foram indexados em categorias que apresentaram uma relação entre si.

Para a análise dos dados quantitativos, utilizou-se uma planilha na qual as respostas foram agrupadas por categorias e interpretadas de acordo com a frequência das respostas.

## 4 RESULTADOS:

Para a realização deste estudo foram convidados 59 profissionais, dos quais 9 são enfermeiros, 12 médicos e 38 ACS. Dentre os que responderam a pesquisa, estão 6 enfermeiros, 10 médicos e 21 ACS, totalizando 37 respostas. A coleta de dados durou 2 meses.

Dentre os participantes 86.5% são do sexo feminino e 13.5% são do sexo masculino. Em relação à raça/cor, 59.5% são pardos, seguidos por 27% de brancos, 10.8% de pretos e 2.7% de participantes amarelos. Já em relação ao tempo de atuação na APS, 56.8% já estão 5 anos ou mais na unidade, seguidos por 24.3% que estão há 2 anos, 10.8% há 1 ano, 5.4% há 3 anos e 2.7% há 4 anos.

Em relação às respostas do questionário serão apresentadas abaixo de forma categorizada por pergunta:

### Categoria: Percepção sobre a mudança no acesso da unidade

Gráfico 1 Percepção sobre a mudança do acesso

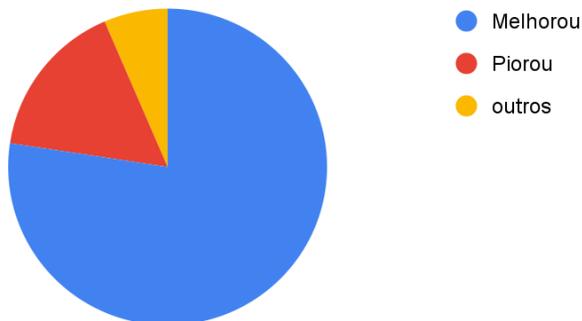
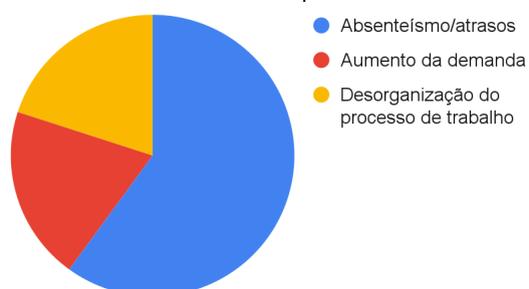


Gráfico 2 Questões elencadas para MELHORA do acesso



Gráfico 3 Questões elencadas para PIORA do acesso



Ao avaliar a percepção dos profissionais sobre a mudança do acesso, é possível concluir que 77,4% dos entrevistados disseram que houve uma melhora no acesso. Dentre as principais categorias levantadas por eles está a melhora na

qualidade do atendimento (37,5%), organização do processo de trabalho (29,16%), redução no tempo de espera (12,5%), resolutividade (8,3%), organização da demanda espontânea (8,3%) e continuidade do cuidado (4,16%).

Já em relação aos que desaprovam a mudança, estes representam 16,13% das respostas e as principais categorias relatadas são os absenteísmos/atrasos dos pacientes (60%), aumento da demanda (20%) e desorganização do processo de trabalho (20%).

Além destas respostas, outros 6,45% disseram que os resultados variam de acordo com a equipe ou perfil da população.

### Categoria: vantagens e desvantagens em cada um dos modelos de organização do acesso

Gráfico 4: Vantagens do modelo anterior

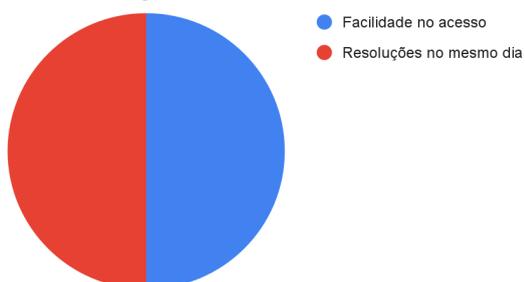


Gráfico 5: Desvantagens do modelo anterior

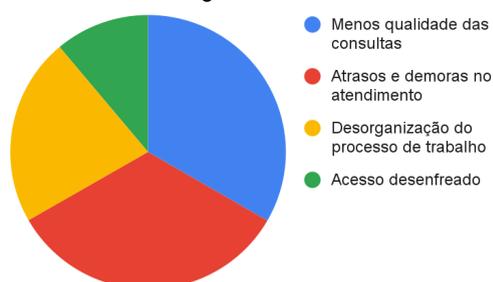


Gráfico 6: Vantagens do modelo atual



Gráfico 7: Desvantagens do modelo atual



Ao questionar os entrevistados sobre as vantagens e desvantagens de cada modelo, 8 respostas mencionaram as vantagens do modelo anterior, na qual 50% mencionaram a facilidade do acesso dos usuários e os outros 50% mencionaram a resolução das demandas no mesmo dia. Já em relação às desvantagens, 9

respostas foram identificadas e 33,3% delas mencionaram a inferioridade na qualidade das consultas, 33,3% mencionaram atrasos e demoras no atendimento, seguidos pela desorganização do processo de trabalho (22,2%) e acesso desenfreado (11,1%)

Em relação ao modelo atual, no que tange às vantagens, 26 respostas foram identificadas e 73% das respostas se referiam a uma melhor organização do processo de trabalho, seguidos por mais qualidade nas consultas (15,4%), diminuição nos atrasos do profissional durante os atendimentos (7,7%) e facilidade de acesso aos que têm menos disponibilidade (3,8%).

Entre as desvantagens, 25 respostas foram identificadas e 52% mencionaram as altas taxas de absenteísmos e atrasos, seguidos pelo aumento da demanda espontânea (36%), desgaste com orientação para o paciente (8%) e não resolução de todas as demandas do usuário no mesmo dia (4%).

### **Categoria: Percepção sobre a qualidade do atendimento após a mudança**

Gráfico 8: Qualidade do atendimento

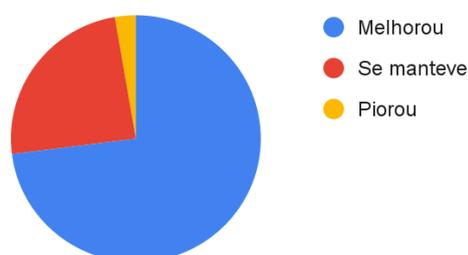


Gráfico 9: Questões para a melhora da qualidade



Quando questionados sobre a qualidade dos atendimentos após a mudança do acesso, 73% das pessoas relataram uma melhora na qualidade dos atendimentos, principalmente em relação ao tempo disponível para consulta (37%), acompanhamento das linhas de cuidado (29,63%), organização dos atendimentos (7,40%), seguidos pela melhora nos indicadores, longitudinalidade do cuidado e resolutividade com 3,7% cada.

## Categoria: Percepção sobre o tempo de espera para consultas de demanda espontânea

Gráfico 10 Tempo de espera para demanda

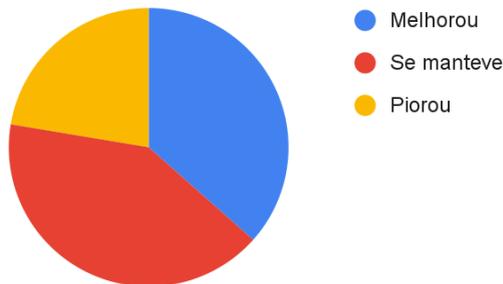


Gráfico 11: Questões para a melhora do tempo

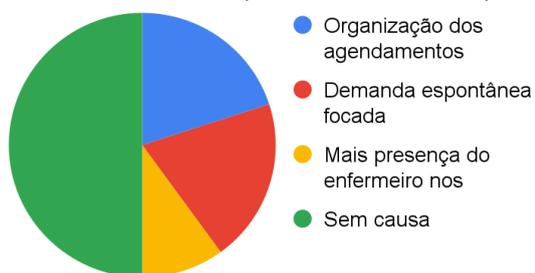
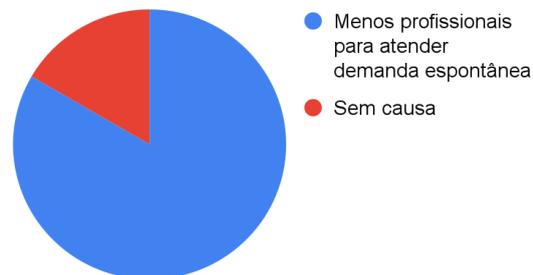


Gráfico 12: Questões para a piora do tempo de espera



Em relação ao tempo de espera das consultas de demanda espontânea 35% das pessoas acham que melhorou, e dentre as causas para esse fato estão a organização das consultas agendadas (20%), atendimento da demanda espontânea focada (20%), mais presença do enfermeiro nos atendimentos (10%), além daqueles que não atribuíram uma causalidade (50%).

Cerca de 21,4% dos entrevistados referiram uma piora no tempo de espera das consultas, principalmente devido à disponibilidade de apenas um profissional para o atendimento de demanda espontânea (83,3%). O número de 16,6% destes não atribuíram causalidade.

Uma quantidade de 39,3% dos profissionais não notaram mudança no tempo de espera para consulta. Ainda, 18,2% destes relacionaram a falta de organização e 81,8% não atribuíram uma causalidade.

## Categoria: Interferência da mudança do processo de trabalho na qualidade de vida

Gráfico 13: Interferência da mudança na

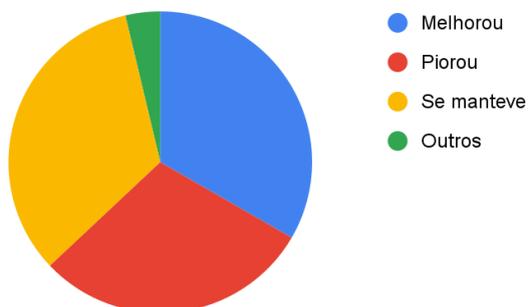
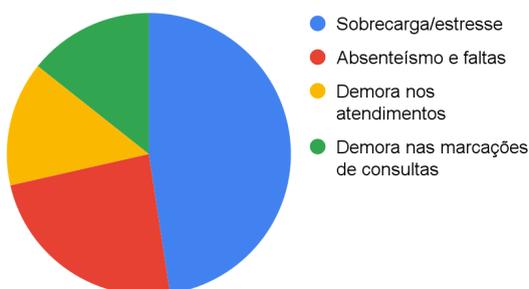


Gráfico 14: Questões para melhora da qualidade de vida



Gráfico 15: Questões para piora da qualidade de vida



Em relação a qualidade de vida do profissional, 33,3% referiu melhora atribuindo como causa, uma melhor organização do acesso (33,3%), menos estresse/sobrecarga (22,25%), mais tempo (11,1%), resolutividade (11,1%) e sem causalidade (22,25%)

Já os que trouxeram um relato de piora na qualidade de vida, representam 29,6% da amostra e atribuem o problema principalmente a sobrecarga/estresse em ter que organizar agendas e conversar com a população (50%), absenteísmos e faltas (25%), demora nas marcações e nos atendimentos (ambos com 15%). 33,3% dos entrevistados não notaram mudança na sua qualidade de vida.

Além das perguntas acima, foi solicitado que cada profissional atribísse uma nota de 0 a 10 para a organização do acesso anterior e atual e com base na média aritmética das respostas foi observado que para a organização do acesso anterior foi dada a nota 5,5 e para a organização atual foi dada a nota 7,08.

Ao analisar esses dados em números absolutos, observamos que apenas 4 profissionais deram uma nota menor à organização atual em relação a anterior e que 33 profissionais deram uma nota maior à organização atual em relação a anterior.

## 5 DISCUSSÃO

Conforme evidenciado nos resultados, é possível observar que de maneira geral a mudança trouxe benefícios para os profissionais. Dentre os principais benefícios elencados por eles está a melhora na qualidade dos atendimentos e a organização do processo de trabalho.

Este fato está atrelado a uma maior previsibilidade do número de atendimentos por turno e a organização dos horários de agendamento, pois quando o profissional sabe quantos atendimentos ele terá naquele dia e a duração de cada consulta, ele consegue se planejar melhor para realizar procedimentos que até então não tinha tempo de fazer e realizar pendências burocráticas do paciente que muitas vezes acabava tendo que deixar para o final.

De acordo com TESSER (2018), a organização do processo de trabalho é dinâmica e possui interferência direta das características do território. Para ele, a construção da organização do acesso não é algo que será totalmente positivo em todas as áreas de acompanhamento da unidade e cabe aos gestores evidenciarem seus maiores desafios na APS e trabalhar a partir deles.

A mudança de acesso na unidade objeto deste estudo trouxe melhorias para a qualidade dos atendimentos, porém evidenciou um outro problema que é a alta taxa de atrasos e absenteísmos e que inclusive pode ser uma das respostas para o aumento da demanda elencada por uma parcela da amostra, pois estes pacientes podem retornar a unidade para avaliação da consulta perdida. Este problema também está atrelado a uma cultura de atendimentos no mesmo dia e quando a população passou a ser informada que seu atendimento não seria naquele dia e que seria marcado para algumas semanas ou um mês depois muitos esquecem a data.

Segundo NIED (2020) cabe aos responsáveis pela gestão do acesso estar em avaliação frequente em relação aos problemas que surgem ao longo do caminho, a fim de contornar essas situações garantindo medidas que dialoguem com a dinâmica do território, criando estratégias como horário ampliado e priorização a parcela da população que a unidade não está conseguindo acessar.

Segundo os participantes, o modelo anterior possibilitava um maior acesso ao serviço de saúde, garantindo atendimento a toda a população, porém é inferior na qualidade das consultas. Já o modelo atual possibilita uma consulta de qualidade, porém quando avaliado em relação ao aumento da demanda, uma

minoria da amostra diz que aumentou e uma maioria diz que diminuiu ou não houve mudança nesse aspecto. Isso nos mostra que a mudança do acesso foi positiva na qualidade do atendimento e não apresentou piora (ou talvez não apresentou piora significativa) no tempo de espera, o que acaba sendo mais um ponto positivo para a organização atual. Esses dados, sugerem também, que dentro da mesma unidade houveram equipes que se adaptaram melhor do que outras nesse processo e que talvez o perfil da população daquela equipe influenciou na avaliação.

## 6 CONCLUSÃO

Torna-se evidente, portanto, que a mudança no acesso trouxe muito mais benefícios que malefícios para a organização do processo de trabalho, principalmente no acompanhamento de linhas de cuidado, agendamento de retornos e avaliações que até então eram mais difíceis. Ademais, de maneira geral, essa mudança trouxe uma percepção de melhora da qualidade de vida do profissional, pois, dentre outras vantagens, é possível planejar melhor o dia.

O acesso de uma unidade é dinâmico e está relacionado às características do território e da população assistida. Planejá-lo demanda uma avaliação constante e é fato que nenhum modelo é melhor em tudo, cada um deles vai ter suas vantagens e desvantagens, cabendo aos gestores aderirem ao modelo que melhor atende seus objetivos

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod\\_resource/content/1/BARDIN\\_L\\_1977.\\_Analise\\_de\\_conteudo.\\_Lisboa\\_\\_edicoes\\_\\_70\\_\\_225.20191102-5693-11e-vk0e-with-cover-page-v2.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN_L_1977._Analise_de_conteudo._Lisboa__edicoes__70__225.20191102-5693-11e-vk0e-with-cover-page-v2.pdf). Acesso em: 10 jul. 2024

BISPO JÚNIOR, J. P; ALMEIDA, E. R. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos De Saúde Pública**, 39(10), e00120123. p. 1-5. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vc9wbm9xLKqTKRScJwBym5d/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 18 jun. 2024

BOITEUX, L. El antimodelo brasileño, prohibicionismo, encarcelamiento y selectividad penal frente al tráfico de drogas. **Rev Nueva Soc.** n 255. p. 133-144. 2015. Disponível em: <https://nuso.org/articulo/el-antimodelo-brasileno-prohibicionismo-encarcelamiento-y-selectividad-penal-frente-al-trafico-de-drogas/>. Acesso em: 10 jun 2024

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 196. Seção II. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/legislacao/constituicao-de-1988/#:~:text=Art.,Art>. Acesso em: 10 jun. 2024

BRASIL, **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 10 jun. 2024

BRASIL, **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) Acesso em: 10 jun. 2024

BRASIL, **Resolução nº 466, De 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2024

BRASIL, **resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2024

FERNANDES, L; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, 30(3), e300309. p. 1-11. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dR8cWVJsGKzFBpKvg8KNw8k/?lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2024.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Rio Grande do Sul. 1º ed. 2009. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2024

GIOVANELLA, L. et al. De Alma Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad Saude Publica**.35(3):e00012219. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/>. Acesso em: 24 mai. 2024

GOMES, G. G; MELO, E. A. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição?. **rev. physis**. v. 33, e33012. p. 1-24. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kTnZZdQNYXqQWcjHr4B5Snh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 jun. 2024.

MELO, E. A; MAGALHÃES, M. H; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 24(12). p.4593-4598, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DvfHFsvqYzXN4bPX9HbsBxj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 jun 2024

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª ed. Brasília: OPAS; 2011.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 10 jul 2024

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 mai 2024

NIED, M. M. et al, Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. **Cadernos saúde coletiva**. 2020;28(3):362-372. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/WLsQXrzJrP8Kv4DBsLSdnbP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 8 jan 2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. SMS-Rio. Plano Municipal De Saúde Do Rio De Janeiro 2022 - 2025. Rio de Janeiro. 2021. Disponível em: [https://www.rio.rj.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?uuid=7269eff7-6b72-480f-88fb-8cd00473c637&groupId=8822216](https://www.rio.rj.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=7269eff7-6b72-480f-88fb-8cd00473c637&groupId=8822216). Acesso em: 18 jun 2024

SILVA, M. M. et al. “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. **rev Ciência & Saúde Coletiva**. 26(6). p. 2109-2118. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HP7Fpy7bkkJ49vzBkrS3Yfg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun 2024

SOUZA, C. D. L. et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. **Braz. Oral Res**. 34(47):1-3. 2020 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/FWF6mZvzvSByh9VBxTD4wCd/?format=pdf&lang=en>. acesso em: 24 mai. 2024

SOUZA, E. L. **METODOLOGIA DA PESQUISA: Aplicabilidade em trabalhos científicos na área da saúde**. Rio Grande do Norte: Revista e ampliada. 2º ed.

2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/27909>. Acesso em 10 jul 2024

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 15 mai. 2024

TESSER, C. D; NORMAN, A. H; VIDAL, T.B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, V. 42, número especial 1, p. 361-378, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 5 jan. 2025

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4233509/mod\\_resource/content/0/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em\\_Ciencias-Sociais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4233509/mod_resource/content/0/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf). Acesso em 10 jul. 2024

VALOIS, L. C. **O Direito Penal da Guerra às Drogas**. 3ª ed. Belo Horizonte: D'Plácido; 2019. Disponível em: [https://cdnv2.moovin.com.br/livrariadplacido/imagens/files/manuais/385\\_o-direito-penal-da-guerra-as-drogas-3-ed.pdf](https://cdnv2.moovin.com.br/livrariadplacido/imagens/files/manuais/385_o-direito-penal-da-guerra-as-drogas-3-ed.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024

**APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados**

Formação: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Agente comunitário de saúde

Raça/Cor: ( ) Preto ( ) pardo ( ) Branco ( ) amarelo ( ) Indígena

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Outro

Tempo de atuação nesta unidade de APS: ( ) 1 ano ( ) 2 anos ( ) 3 anos ( ) 4 anos ( ) 5 anos ou mais

Entre o final de 2023 e início de 2024 foi realizada uma discussão e posterior reorganização do acesso nesta unidade de APS, onde passou-se a organizar os agendamentos e o atendimento à demanda espontânea de modo que há, sempre que possível, um profissional direcionado ao atendimento de agendados e outro ao atendimento das demandas espontâneas. Buscando compreender a percepção da equipe desta unidade sobre as mudanças ocorridas, seguem as seguintes perguntas:

Qual a sua percepção sobre a mudança na organização do acesso ocorrida na unidade entre o final do ano de 2023 e início do ano de 2024?

Quais vantagens e desvantagens você percebe em cada um dos modelos?

Na sua percepção, houve alguma mudança na qualidade do atendimento prestado? Se sim, cite exemplos.

Na sua percepção, houve mudança no tempo de espera para consultas de demanda espontânea? Explique

Você acredita que esta mudança interferiu de algum modo em sua qualidade de vida? Se sim, como?

Se você pudesse atribuir uma nota ao modelo de acesso ANTERIOR de 0 à 10, no qual 0 significa péssimo e 10 excelente, que nota você atribuiria:  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10.

Se você pudesse atribuir uma nota ao modelo de acesso ATUAL de 0 à 10, no qual 0 significa péssimo e 10 excelente, que nota você atribuiria:  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10



**APÊNDICE C - Orçamento**

<b>Itens</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor total</b>
Resma de papel A4	1	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Impressão	30	R\$ 0,60	R\$ 18,00
Caneta	1	R\$ 1,50	R\$ 1,50
Prancheta	1	R\$ 7,00	R\$ 7,00
<b>TOTAL</b>			R\$ 24,50

## **APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Título do Estudo: Mudança na organização do acesso de uma unidade de Atenção Primária do Rio de Janeiro: Uma perspectiva dos profissionais de saúde

Pesquisador Responsável: Anderson Borges Fialho

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é investigar a avaliação dos profissionais de saúde com a mudança do modelo de acesso de sua unidade e tem como justificativa a atuação em uma clínica da família do município do Rio de Janeiro onde observou-se que alguns fluxos podem não ser suficientes para a dinâmica da unidade e do território, tendo em vista que os processos de trabalho podem ser intimamente atravessados pela demanda constante de usuários

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Preencher um questionário realizado pela plataforma google forms fora do seu expediente de trabalho, contendo perguntas abertas e fechadas sobre avaliação da mudança de acesso, satisfação do profissional com as ferramentas de trabalho e qualidade das consultas na perspectiva do profissional, com tempo médio de preenchimento de 15 minutos.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são reflexões sobre o seu trabalho que podem gerar algum sentimento de insatisfação, angústia ou tristeza, invasão da privacidade, divulgação de dados confidenciais, ter que responder sem conhecer o teor do conteúdo do instrumento virtual, não conhecer a política de privacidade da ferramenta virtual a ser utilizada e risco de compartilhamento das informações com parceiros comerciais para oferta de produtos e serviços;

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa são reflexões sobre seu processo de trabalho e surgimento de novas ideias para melhorá-lo.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá receber por despesas decorrentes de sua participação caso tenha um aumento no consumo de dados de internet. Essas despesas serão pagas pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexo causal com a pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo a coordenação do programa de residência em enfermagem de família e comunidade da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro PREFC-SMS/RJ como pré requisito para obtenção de título de especialista, em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa e você receberá uma cópia do trabalho após finalização. Suas respostas serão inseridas dentro de categorias, podendo ser extraídos trechos ou a frase completa.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro PREFC-SMS/RJ Rua Evaristo da Veiga, nº 16, 3º andar, Bairro Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP – 20.031-040 pelo e-mail [prefc.smsrio@gmail.com](mailto:prefc.smsrio@gmail.com) ou poderá entrar em contato com o comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – CEP/SMSRJ, Rua Evaristo da Veiga, nº 16, 4º andar, Bairro Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP – 20.031-040, telefone – (21) 2215-1485. O email do CEP/SMSRJ é: [cepsmsrj@yahoo.com](mailto:cepsmsrj@yahoo.com).

Esse termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

## Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: "Mudança no modelo de acesso de uma unidade de Atenção Primária do Rio de Janeiro: Uma perspectiva dos profissionais de saúde"

<hr/> Nome do participante ou responsável  <hr/> Assinatura do participante ou responsável	Data: ____/____/____
--	----------------------

Eu, Anderson Borges Fialho, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

<hr/> Assinatura e carimbo do Pesquisador	Data: ____/____/____
--	----------------------

**APÊNDICE E - Termo de Anuência**

Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadoria Geral da Atenção Primária 3.1  
Clínica da Família Assis Valente

**Termo de Anuência**

Eu Camilla Santos Baptista, na qualidade de responsável pelo (a) **Clínica da Família Assis Valente**, autorizo a realização da pesquisa intitulada **Mudança no modelo de acesso de uma unidade de Atenção Primária do Rio de Janeiro: Uma perspectiva dos profissionais de saúde** a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **Anderson Borges Fialho**; e declaro que esta instituição apresenta as condições necessárias à realização da referida pesquisa. Este termo é válido apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética avaliador do estudo.

Rio de Janeiro, 22 de julho de 2024.

Camilla S. Baptista

Camilla Santos Baptista  
Gerente ESF  
Matrícula: N1119407  
Viva Rio

**APÊNDICE F - Declaração de compromisso do pesquisador responsável**

47

**APÊNDICE F - Declaração de compromisso do pesquisador responsável**

Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadoria Geral da Atenção Primária 3.1  
Clínica da Família Assis Valente

Eu, Anderson Borges Fialho, pesquisador(a) responsável pelo projeto intitulado “Mudança do modelo de acesso de uma unidade de atenção primária do município do Rio de Janeiro: Uma perspectiva dos profissionais de saúde”, comprometo-me em anexar os resultados e relatórios da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo a identidade dos participantes.

Rio de Janeiro, 9 de setembro de 2024.

*Anderson Borges Fialho*

---

## ANEXO – Aprovação do comitê de ética

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ

Continuação do Parecer: 7.088.713

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2387523.pdf	02/09/2024 23:02:44		Aceito
Outros	Termo_de_correcao.pdf	02/09/2024 22:59:01	Anderson Borges	Aceito
Outros	Declaracao_de_compromisso.pdf	02/09/2024 22:56:03	Anderson Borges	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_7027356_.pdf	02/09/2024 20:53:05	Anderson Borges	Aceito
Cronograma	cronograma_02_09.pdf	02/09/2024 20:49:19	Anderson Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_TCR_02_09.pdf	02/09/2024 20:47:18	Anderson Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_02_08.pdf	02/09/2024 20:41:03	Anderson Borges	Aceito
Orçamento	Orçamento_anderson.pdf	22/07/2024 21:03:04	Anderson Borges	Aceito
Outros	Questionario_anderson.pdf	22/07/2024 21:00:03	Anderson Borges	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_anderson.pdf	22/07/2024 18:46:24	Anderson Borges	Aceito
Folha de Rosto	folharostopronta.pdf	22/07/2024 18:20:00	Anderson Borges	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Setembro de 2024

Assinado por:  
**Danielle Furtado de Oliveira**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, n° 16, 4° andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br