



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

PROTOCOLO DE ACESSO AVANÇADO E FLUXO DE ATENDIMENTO NA UBS

**FAZENDA RIO GRANDE
2026**

EQUIPE GESTORA 2024/2025

MARCO ANTÔNIO MARCONDES SILVA
Prefeito Municipal

MONIQUE COSTA BUDK
Secretária Municipal de Saúde

CAMILA KOLOSOVSKI
Diretora Geral

PAULO HENRIQUE PEIXOTO
Coordenador da Atenção Primária à Saúde

EQUIPE GESTORA 20226

LUIZ SÉRGIO CLAUDINO
Prefeito Municipal

MONIQUE COSTA BUDK
Secretária Municipal de Saúde

PAULO HENRIQUE PEIXOTO
Diretor Geral

MARCILENE DE PAULA
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde

PRIMEIRA REVISÃO (OUTUBRO/2025)

MARCILENE DE PAULA
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde

RENATA SCHMITZ BOOTH
Coordenadora Técnica da da Atenção Primária à Saúde

TALITA GERMANO
Coordenadora de Avaliação e Monitoramento na APS

SEGUNDA REVISÃO (JANEIRO/2026)

MARCILENE DE PAULA
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde

1 INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO

O modelo de Acesso Avançado é uma estratégia de reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), cujo objetivo é oferecer atendimento com base na demanda real do usuário, reduzindo tempos de espera e fortalecendo o vínculo com a equipe de referência. Propõe que o atendimento ocorra preferencialmente no mesmo dia da procura, substituindo o modelo tradicional de agendamento futuro, muitas vezes fragmentado e ineficaz.

Essa abordagem está fundamentada nos estudos de Murray e Berwick (2003), que demonstram que o atraso no atendimento e as filas persistem não por falta de recursos, mas por inadequações na gestão da oferta frente à demanda. A APS, conforme preconizado por Starfield (2004), deve ser o primeiro contato, contínuo, integral e coordenado, com capacidade resolutiva elevada. O acesso oportuno é, portanto, um dos principais atributos da APS eficaz.

Além disso, experiências exitosas em diversas cidades brasileiras, como Curitiba, Florianópolis e Sapucaia do Sul, comprovam que é possível, com reorganização interna, melhorar significativamente o acesso mesmo em contextos de recursos limitados (SMS Curitiba, 2014; Almeida, 2023; Castro, 2021).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implantar um modelo de Acesso Avançado e reorganização do fluxo de atendimento na UBS, assegurando acolhimento qualificado, atendimento oportuno e vínculo efetivo com a equipe de referência.

2.2 Objetivos Específicos

- Garantir que os usuários sejam preferencialmente atendidos por sua equipe de referência, respeitando o princípio da continuidade do cuidado.
- Reorganizar o fluxo de atendimento desde a recepção até o desfecho clínico, de forma eficiente e humanizada.
- Ampliar o acesso com otimização da agenda e melhor distribuição do trabalho entre os profissionais da equipe.
- Reduzir o absenteísmo, as filas e o uso inadequado de serviços de urgência.
- Promover a corresponsabilização de toda a equipe multiprofissional pelo cuidado.

3 ESTRUTURA DO FLUXO DE ATENDIMENTO: ETAPAS E CONTEXTO OPERACIONAL

3.1 Recepção e Primeira Escuta

Ação: Realizar acolhimento breve na recepção, com identificação da equipe de referência e motivo do comparecimento. Identifica nome, CPF/SUS e motivo da procura, bem como atualiza o cadastro no CADWEB e Sistema de Prontuário Eletrônico vigente.

Contexto: A recepção passa a desempenhar um papel ativo na escuta inicial. Ao identificar a demanda e a equipe de referência já no primeiro contato, evita-se a duplicidade de triagens e facilita-se o encaminhamento direto. Isso reforça o princípio da orientação familiar e territorial, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017).

Resultados Esperados:

- Redução de encaminhamentos inadequados.

- Direcionamento correto e rápido para profissionais da equipe.
- Ambiente de espera mais tranquilo e organizado.

3.2 Encaminhamento Imediato com Equipe Volante de Acesso Avançado

Ação: Usuário é acolhido por uma equipe volante de acesso avançado, que realiza escuta clínica inicial e direciona para a equipe de referência ou, quando necessário, para equipe disponível.

Contexto: A Equipe Volante é composta por pelo menos um enfermeiro ou médico, um técnico de enfermagem e, quando possível, um Agente Comunitário de Saúde. Atua de forma itinerante, assumindo o acolhimento clínico no momento em que o usuário procura a UBS. Essa estratégia é particularmente útil em Unidades de Saúde com sobrecarga de agendas ou ausência de equipe completa em determinados turnos.

Inspirada nas práticas de gestão populacional e clínica propostas por Castro (2021), a equipe volante promove uma escuta qualificada que leva em conta tanto a criticidade da demanda quanto o vínculo territorial. Seu trabalho é centrado na lógica de responsabilização ampliada e gestão por processos.

Fluxo Operacional:

1. Recepção identifica nome, CPF/SUS e motivo da procura.
2. Encaminha o usuário para equipe volante.
3. Acolhimento clínico e classificação da demanda:
 - **Leve** → possível retorno agendado;
 - **Moderada** → atendimento no dia;
 - **Grave** → atendimento imediato;
4. Consulta do prontuário e definição da equipe de referência.
5. Encaminhamento preferencial à equipe de vínculo, ou a outra disponível se

necessário.

Diferenciais da Equipe Volante:

- Flexibilidade assistencial e aumento da resolutividade.
- Redução da sobrecarga de equipes fixas.
- Promoção do acesso universal e equânime.
- Fortalecimento do papel clínico da enfermagem.

Apoios Necessários:

- Prontuário eletrônico acessível em tempo real.
- Escala rotativa e qualificada.
- Atualização constante dos dados territoriais.
- Apoio institucional à tomada de decisão clínica.

3.3 Acolhimento Clínico Qualificado

Ação: Escuta qualificada realizada pelo enfermeiro ou médico da equipe (volante ou fixa), com classificação clínica e condução do cuidado.

Contexto: O acolhimento é um momento terapêutico e resolutivo, conforme Caderno de Atenção Básica n.º 28 (MS, 2013). Ele deve considerar a integralidade do usuário e usar critérios clínicos baseados em evidências para definir condutas.

Instrumentos Utilizados:

- Linhas de cuidado;
- Caderno de acolhimento n.º 28;
- Prontuário eletrônico.

3.4 Organização da Agenda da Equipe

Ação: Reservar no mínimo 50% das vagas diárias para demandas do mesmo dia e flexibilizar o restante conforme necessidades locais.

Contexto: A agenda deve refletir a realidade da população e a capacidade de resposta da equipe. Agendas engessada por semanas aumentam o absenteísmo e reduzem a resolutividade. O modelo de Murray e Tantau (2.000) propõe que a maior parte das consultas seja realizada em até 48h da solicitação.

Exemplo de Organização da Agenda:

Horário	Tipo de Consulta
7h - 8h	Consultas do dia anterior
7h - 9h	Demanda espontânea (equipe volante)
8h - 12h	Consultas demandas espontâneas
12h - 13h	Intervalo dos profissionais
13h - 16h	Consultas agendadas – divisão por equipe
16h - 17h	Consultas agendadas – divisão por equipe

3.5 Estratégias de Comunicação com o Usuário

Ação: Informar a comunidade sobre o novo fluxo e modelo de acesso.

Contexto: Comunicação clara e contínua evita ruídos, promove autonomia dos usuários e fortalece o vínculo com a equipe. A educação em saúde é uma ferramenta potente de corresponsabilização do cuidado.

Ferramentas:

- Cartilhas educativas;
- Painéis informativos na recepção;
- Cartões com contatos das equipes;

- Divulgação via redes sociais e rádios locais.

3.6 Planejamento do Atendimento Programado

Ação: Substituir os dias fixos de crônicos por blocos dinâmicos de atendimento conforme necessidade clínica.

Contexto: O atendimento centrado em grupos temáticos (ex: dia do diabético) limita o acesso e fragmenta o cuidado. O modelo de blocos permite mais agilidade, atende quem realmente precisa e otimiza os recursos humanos.

3.7 Monitoramento e Avaliação

Ação: Acompanhar indicadores de acesso e resolutividade com apoio da gestão local e colegiado.

Indicadores:

- Taxa de absenteísmo;
- Tempo médio entre procura e atendimento;
- Porcentagem de atendimentos realizados pela equipe de referência;
- Tempo médio de espera na recepção.

3.8 Apoio Institucional e Educação Permanente

Ação: Realizar reuniões mensais com Grupo de Trabalho e incluir ações de educação permanente com base em casos reais.

Contexto: O acesso avançado é uma transformação organizacional. Precisa de pactuação coletiva, apoio pedagógico e institucional contínuo para que se consolide como política pública efetiva.

4. ACOLHIMENTO E TRIAGEM NA APS - O PAPEL DO AUXILIAR E DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

O Acolhimento na APS

A APS atua como a principal porta de entrada dos sistemas de saúde e a ela compete a organização e o ordenamento da rede, através da garantia de acesso aos usuários, qualificação das demandas visando a resolução dos problemas ou o encaminhamento, quando necessário. Portanto, acolher de maneira satisfatória e manter vínculo com os usuários fortalece a eficácia e a continuidade das ações de saúde, além de favorecer a participação do usuário durante a oferta de cuidado e a tomada de decisão.

A partir disso, devemos entender o acolhimento como parte integrante de todo o processo de trabalho na APS, sendo um dos pilares da postura profissional ética voltada à solidariedade humana e um importante potencializador do vínculo. O acolhimento é um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo entendido como a necessidade de humanizar o atendimento e a recepção do usuário no sistema de saúde com vistas à promoção de solução dos casos através de uma escuta qualificada e responsável, reconhecendo o usuário como sujeito central na promoção da saúde. Além disso, o acolhimento é uma ferramenta essencial para a organização do processo de trabalho, não se limitando a uma profissão ou a um único horário.

A triagem é uma atividade mecânica e não se caracteriza pela escuta do usuário, trata-se da simples verificação de dados vitais, antropométricos, anotação da queixa e encaminhamento para a consulta ou procedimento. Por vezes, a atividade principal será a simples triagem, porém, o acolhimento é um ato diferente, requer escuta, aproximação e disponibilidade para dar respostas/orientações adequadas aos usuários, com resolutividade e responsabilização. Também promove escuta qualificada, construção de vínculo e garante acesso, continuidade da assistência e articulação entre os serviços. Independente do horário, o usuário que procura o serviço

deve ser acolhido, ouvido e orientado.

Segundo a PNAB (2017), são atribuições comuns a todos os profissionais da APS: participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

Cabe ressaltar que não faz parte das atribuições do técnico de enfermagem a avaliação clínica detalhada, classificação de risco ou definição de condutas terapêuticas, funções privativas do enfermeiro, conforme estabelecido pela Lei nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987 e Resolução Cofen nº 661/2021.

Embasamento Legal e Normativo

- Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987: Regulamenta o exercício profissional da enfermagem, estabelecendo limites para atuação do técnico e enfermeiro.
- Resolução Cofen nº 661/2021: Define como privativa do enfermeiro a classificação de risco e avaliação clínica.
- Caderno 28 do Ministério da Saúde: Orienta que o acolhimento deve garantir a avaliação inicial e o direcionamento adequado da linha de cuidado, respeitando os limites de atuação da equipe técnica.
- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Garante a segurança e humanização no cuidado, respeitando competências profissionais.
- Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, Portaria 2436/2017.
- PARECER No 39/2025/CÂMARAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM. PROCESSO No 00196.000158/2025-04. Parecer Técnico sobre a atuação do Técnico de Enfermagem no acolhimento em Unidade Básica de Saúde.

Passo a Passo do Acolhimento de Enfermagem pela Equipe de Técnicos em Enfermagem

1. Início do Acolhimento: O acolhimento inicia imediatamente após o encerramento das vagas do acesso avançado ou a partir das 09 horas da manhã, conforme fluxo da unidade. Esse acolhimento visa garantir o atendimento ordenado e humanizado dos pacientes que chegam fora do horário do acesso avançado.
2. Acolhimento pelo Técnico de Enfermagem: O técnico de enfermagem realiza a avaliação dos sinais vitais: pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio. Caso haja alterações nos sinais vitais que indiquem risco ou descompensação, o técnico deve comunicar imediatamente o enfermeiro para avaliação e conduta. Nos casos em que detectar alterações, o técnico não realiza a dispensa ou alta do paciente, mas orienta e direciona para a linha de cuidado adequada.
3. Direcionamento e Orientações com base na demanda do usuário (escuta ativa): Com base na avaliação e no protocolo da unidade, o técnico orienta o paciente sobre: Participação em grupos de promoção da saúde; Agendamento de consultas eletivas e programadas; Retorno no acesso avançado, que ocorre diariamente das 07:00 às 09:00 horas. Em caso de descompensação ou sinais de gravidade, o paciente é encaminhado imediatamente ao enfermeiro para avaliação clínica detalhada.
4. Registro e Comunicação: Registrar todas as informações no prontuário ou sistema eletrônico, incluindo dados da avaliação, orientações e encaminhamentos. Garantir comunicação clara e imediata com o enfermeiro em caso de alterações que demandem intervenção.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de acesso avançado representa uma mudança de paradigma na APS brasileira. Mais que uma simples modificação de agenda, trata-se da reorganização profunda dos processos de cuidado, da gestão do tempo clínico e da lógica de acolhimento das pessoas. É um retorno à essência da APS: estar disponível quando o usuário precisa, garantir vínculo e atender com qualidade.

Sua implantação exige compromisso institucional, suporte técnico, articulação entre profissionais e escuta ativa da população. Trata-se de uma inovação sustentável e necessária, conforme demonstrado nas experiências descritas por Knight & Lembke (2013), Castro (2021), Almeida (2023) e SMS Curitiba (2014), que comprovam que acesso avançado não é só possível, mas desejável e viável.

Deixamos aqui disponível o endereço onde pode ser acessado o curso disponibilizado pela plataforma AVASUS chamado “Introdução ao Acolhimento”, autoinstrucional e que pode ser útil para treinamento das equipes. <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=66>.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Flávia Morales de. "Acesso Avançado na ESF Terra Nova". UFSC, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 28 - Acolhimento na Atenção Básica. Brasília, 2013.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, 2017.

CASTRO, Denise Maria Campos de Lima. "Roteiro de implementação do modelo de acesso avançado." USP, 2021.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments 101. Aust Fam Physician, v.42, n.3, 2013.

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. JAMA, v.289, n.8, p.1035-1040, 2003.

SMS CURITIBA. Cartilha do Acesso Avançado. Curitiba, 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

PARECER No 39/2025/CÂMARAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM
PROCESSO No 00196.000158/2025-04