



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  
2025**

---



SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
SAÚDE

**EQUIPE GESTORA**

MARCO ANTÔNIO MARCONDES SILVA  
**Prefeito Municipal**

MONIQUE COSTA BUDK  
**Secretária Municipal de Saúde**

CAMILA KOLOSOVSKI  
**Diretora Geral**

PAULO HENRIQUE PEIXOTO  
**Coordenador Municipal 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 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.

## 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.

---