



Comunicação integrada, cuidado contínuo

SOLUÇÃO PARA EFICIÊNCIA NA REGULAÇÃO DO ACESSO E CONTINUIDADE DO CUIDADO ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA (AB) E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA (AE) DO SUS



O DESAFIO

- **Vagas ociosas e desperdício de capacidade instalada:** absenteísmo das vagas reguladas, ampliando filas de forma “artificial”.
- **Encaminhamentos incompletos:** retrabalho, pendências e atraso na regulação.
- **Filas prolongadas:** maior risco de piora clínica e pressão sobre urgência.
- **Contrarreferência frágil e descontinuidade do cuidado:** aumento da insegurança do usuário e ineficiências.

20–25%



vagas ociosas
média por absenteísmo

70%



encaminhamentos
chegam à AE sem contexto clínico

4–6 meses



fila média
em cardiologia e endocrinologia

Baixo



retorno à AB
contrarreferência frágil na prática



POR QUE ISSO É PRIORITÁRIO ?

- **Não é só “falta de oferta”:** as dificuldades de acesso à AE estão fortemente associadas a **fragilidades de hierarquização, regulação e comunicação** no fluxo de referência/contrarreferência.
- **Sustentabilidade do SUS:** reduzir faltas, melhorar previsibilidade e **fortalecer coordenação AB-AE** é agenda estrutural diante do envelhecimento da população e da carga de condições crônicas.

SOLUÇÃO NO MEU SUS DIGITAL

CONEXÃO SUS: COMUNICAÇÃO INTEGRADA, CUIDADO CONTÍNUO

- **Avisos inteligentes** (*chatbot/automação*) para **confirmar, orientar e permitir remarcação** de forma simples.
- **Estratégia multicanal** (ex.: Meu SUS Digital/SMS/WhatsApp/voz) para reduzir “ruído” e ampliar adesão.
- **Apoio do ACS** para populações com barreiras digitais e para reforço territorial.
- **Protocolo mínimo AB↔AE** (mensagens, prazos e responsabilidades) para reduzir pendências e retrabalho.

COMO FUNCIONA (JORNADA DO USUÁRIO – 5 PASSOS)

- 1) Agendamento/regulação:** dispara comunicação oficial ao usuário.
- 2) Confirmação e preparo:** mensagem com local, horário, documentos e orientações.
- 3) Remarcação fácil:** canal bidirecional para remarcar e registrar motivo (evita vaga vazia).
- 4) Busca ativa quando necessário:** multicanal + ACS para quem não responde/tem barreira digital.
- 5) Pós-consulta e continuidade:** apoio no retorno para AB (contrarreferência) e orientação de próximos passos.



RESULTADOS ESPERADOS





PRINCIPAIS ENTREGAS



Módulo de comunicação no Meu SUS Digital.



Protocolo padronizado de Comunicação AB - AE.



Apoio do papel do Agente Comunitário em Saúde no acompanhamento.



CONSTRUÇÃO DE CENÁRIOS

Indesejável



Comunicação ativa junto aos usuários não se sustenta e provoca descontinuidade ou descrença na plataforma proposta, atrelada à estagnação da integração entre AB-AE e redução da confiança sobre o acolhimento e as informações relacionadas ao atendimento.

- Falhas nas entregas de mensagens | - Interoperabilidade instável
- Desmobilização dos ACS no trabalho em campo com os avisos
- Dúvidas sobre o cumprimento da LGPD | - Absenteísmo e espera crescentes.

Provável



Plataforma proposta estabiliza os canais e rotinas de comunicação, com governança ativa e correções rápidas das integrações, resultando em ganhos graduais com variações entre as unidades ou especialidades participantes.

- Redução moderada do absenteísmo | - Aumento moderado da contrarreferência
- Satisfação positiva dos usuários quanto às comunicações recebidas
- Rotina de atualização de dados cadastrais sendo consolidada
- Apoio percebido dos ACS em áreas críticas.

Desejável



Plataforma proposta promove comunicação integrada como prática padrão, com fortalecimento da coordenação AB-AE junto ao cuidado integral e participação ativa dos usuários e profissionais de saúde no uso das mensagens.

- Redução das filas de espera e demanda reprimida
- Mitigação das perdas de informação entre AB e AE
- Redução das demandas por urgência e emergência
- Ampliação da confiança e satisfação dos usuários sobre as informações
- Atualização constante da base de dados pessoais dos usuários e contato da rede de apoio



IMPACTOS ESTIMADOS

Indicador	Cenário atual (Ineficiência)	Cenário com Conexão SUS	Valor agregado / Economia
Orçamento MAC (Ambulatorial)	R\$ 19,26 Bilhões		-
Taxa média de Absenteísmo	25%	20% (Redução de 20% sobre a base)	Redução de 5 % no absenteísmo
Perda financeira (Ociosidade)	R\$ 4,81 Bilhões	R\$ 3,85 Bilhões	R\$ 962 Milhões (Recuperados)
Sobrecarga estimada em urgências	R\$ 4,0 Bilhões (Estimativa)	R\$ 3,2 Bilhões	R\$ 800 Milhões (Evitados)
TOTAL			~ R\$ 1,76 Bilhões / Ano

Com **custo estimado de R\$ 1,25 milhão para a realização do teste-piloto (em escopo limitado) e, após a expansão, de R\$ 34,2 milhões anuais** para a implementação em âmbito nacional, o Conexão SUS trará **ganhos orçamentários superiores (~R\$ 1,76 Bi/ano)**, conforme o quadro acima, além de contribuir para a economicidade sistêmica ao reduzir internações de urgência decorrentes de condições não tratadas.



Equipe Técnica (Grupo 6 - LideraGOV 5.0):

Flávia dos Santos Paixão · Juliano dos Santos · Mônica Cruz Kafer · Rafael Gomes Fernandes · Rafael Hohenfeld Macedo dos Santos · Rosana Elisa Gonçalves Gonçalves Pinho · Sharon Lisauskas Ferraz de Campos

LideraGOV

Entrega 3 - Relatório Final

Projeto:

Conexão SUS – Comunicação integrada, cuidado contínuo

Escopo - Brasil 2050:

Eixo 1 – Desenvolvimento Social e Garantia de Direitos

Objetivo 3 – Saúde integral e de qualidade



Grupo 6:

Flávia dos Santos Paixão

Juliano dos Santos

Mônica Cruz Kafer

Rafael Gomes Fernandes

Rafael Hohenfeld Macedo dos Santos

Rosana Elisa Gonçalves Gonçalves Pinho

Sharon Lissauskas Ferraz de Campos

Janeiro/2026

SUMÁRIO

RESUMO EXECUTIVO.....	2
1. APRESENTAÇÃO E CONTEXTO.....	4
2. CARACTERIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	6
3. ALTERNATIVAS ANALISADAS.....	11
4. MODELO LÓGICO E OBJETIVOS DA SOLUÇÃO.....	14
5. DESENHO DA SOLUÇÃO “CONEXÃO SUS”.....	16
6. EVIDÊNCIAS DO PROTÓTIPO E TESTAGEM.....	19
7. PLANO ESTRATÉGICO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	20
8. ANÁLISE DE RISCOS E MITIGAÇÃO.....	25
9. PLANO DE COMUNICAÇÃO.....	27
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
ANEXOS.....	32
ANEXO I - ESTRATÉGIA BRASIL.....	33
ANEXO II - ENTREVISTAS.....	34
1 - ENTREVISTA – USUÁRIO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	35
2 - ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA SAÚDE ESPECIALIZADA.....	43
3 - QUESTIONÁRIO APLICADO – PROFISSIONAL DA REGULAÇÃO.....	70
4 - ENTREVISTA - PROFISSIONAL ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	73
5 - ENTREVISTA - PROFISSIONAL ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	113
6 - ENTREVISTA - PROFISSIONAL DA REGULAÇÃO INTERNA / ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	120
7- ENTREVISTA COM PERSONA CRIADA POR IA - SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE.....	123
ANEXO III - JORNADA METODOLÓGICA.....	129
ANEXO IV - CÁLCULO DA ESTIMATIVA DE ECONOMIA.....	148
ANEXO V - CÁLCULO DOS CUSTOS PILOTO E TOTAL.....	158



RESUMO EXECUTIVO

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios significativos na continuidade do cuidado, especialmente no que tange ao absenteísmo em consultas e exames de Atenção Especializada (AE) e à ineficácia da contrarreferência da AE para a Atenção Básica (AB). Essa lacuna evidencia problemas de comunicação, que resulta em desperdício de recursos, sobrecarga dos serviços e, principalmente, descontinuidade do tratamento e insatisfação do usuário. A falta de informações claras e acessíveis sobre agendamentos, preparos e resultados contribui para a fragmentação do cuidado e para a percepção de desamparo por parte dos cidadãos. Para tanto, apresenta-se o projeto: **Conexão SUS – Comunicação Integrada para a Continuidade do Cuidado**.

1. **Contexto e alinhamento estratégico:** Este plano estratégico responde diretamente ao desafio da Estratégia Brasil 2050 (Eixo 1: Desenvolvimento Social e Garantia de Direitos, Objetivo 3: Saúde integral e de qualidade), em busca de contribuir com o tratamento do problema do acesso e da continuidade do cuidado. Nesse recorte, o projeto **Conexão SUS** se alinha à Orientação Estratégica 11, que trata da eficiência da rede hierarquizada. Com isso, busca-se reduzir os ruídos comunicacionais entre as partes interessadas do cuidado, centrado no usuário, de modo a reduzir o absenteísmo por falta ou esquecimento, assim como a desorientação por falta de informações claras que acompanha o usuário em toda a jornada dentro do fluxo hierarquizado do atendimento entre Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada (AE) do SUS.
2. **O problema (absenteísmo e falhas na transição AB↔AE↔AB):** O diagnóstico mostrou que o gargalo não está apenas na falta de vagas, mas nas falhas de comunicação com o usuário e entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. Essas fricções geram dois problemas principais:
 - **Absenteísmo elevado:** Muitos pacientes não aparecem na consulta marcada. As razões são diversas: não receberam a informação corretamente, esqueceram a data, não sabiam como se preparar, ou encontraram dificuldades no percurso.
 - **Ineficiência sistêmica:** Quando o paciente não chega, a vaga fica vazia. Quando ele chega sem preparo adequado, perde-se tempo. E quando não há retorno para a unidade básica após a consulta especializada, o cuidado fica fragmentado. O resultado é o represamento nas filas e sobrecarga nas portas de urgência e emergência.
3. **A solução:** O **Conexão SUS** possui arquitetura sociotécnica, combinando tecnologia e interface humana com aproveitamento das estruturas atuais. Não é só digital, não é só presencial. São os dois juntos, cada um fazendo o que faz de melhor. Para tanto, propõe-se o desenvolvimento de uma **plataforma de gestão e emissão de avisos inteligentes** via multicanais (SMS, *Whatsapp*, E-mail e Meu SUS Digital) e *WhatsApp* com *chatbot* de inteligência artificial (IA). A partir disso, o paciente receberá lembretes, poderá confirmar ou remarcar a consulta diretamente pelo celular, e receberá orientações claras sobre como se preparar, incluindo jejum, documentos necessários e informações sobre como chegar ao local. Para garantir equidade, também será fortalecido o papel do **Agente Comunitário de Saúde (ACS)** como elo presencial, especialmente para acolher **pacientes em situação de vulnerabilidade** ou com **barreiras digitais**.



4. Valor público e impacto esperado: A solução foca no custo-efetividade incremental, maximizando a capacidade instalada sem necessidade de expansão imediata de infraestrutura física. Seguem as metas esperadas a partir do início de sua implementação:

- **Meta de curto prazo (0-6 meses):** Redução de 20% no absenteísmo no território piloto por meio da recuperação de agendas ociosas.
- **Meta de médio prazo (6-18 meses):** Aumento da taxa de contrarreferência efetiva, o que permite o seguimento longitudinal do paciente na AB e a redução da fragmentação do cuidado.

5. Governança, Segurança e Interoperabilidade: A implementação adota o princípio de *privacy by design*, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). A solução prevê integração incremental à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e ao Modelo de Informação da Regulação Assistencial (MIRA), assegurando rastreabilidade e transparência.

6. Decisão requerida e próximos passos: Para viabilizar o escalonamento da proposta, solicita-se à alta gestão:

- **Validação do território piloto:** Priorizar regiões com altos índices de absenteísmo e vacância de agenda especializada, onde o impacto da solução será mais visível e mensurável.
- **Pactuação Federativa:** Viabilizar pactuação com gestores locais para integração de dados de regulação e para suporte às equipes de ponta, incluindo Atenção Básica, Atenção Especializada e Agentes Comunitários de Saúde.

Desse modo, a proposta prioriza o usuário ao reduzir fricções na jornada (informação, preparo, confirmação e reagendamento) e ao combinar comunicação digital com reforço humano para mitigar risco de exclusão e para ampliar equidade. Apresenta inovação por integrar e automatizar mensagens multicanal, interoperabilidade com padrões nacionais de saúde digital, com foco em resultados mensuráveis (absenteísmo, tempo de espera e contrarreferência) e um canal de contato intermediado por IA para interações básicas de confirmação e dúvidas relacionadas ao agendamento. Com isso, sua característica é de ser um projeto escalável, desenhado de forma iterativa e incremental, com governança federativa, desenho gradual e preparado para mitigar seus riscos (dados cadastrais, LGPD e segurança da informação).



1. APRESENTAÇÃO E CONTEXTO

A Entrega 3 do programa LideraGOV 5.0 representa o exercício do terceiro bloco de formação, focado na liderança estratégica de organizações públicas. Este documento consolida o Plano Estratégico do projeto “Conexão SUS – Comunicação integrada, cuidado contínuo”, uma solução desenhada para enfrentar um problema público crítico: as lacunas e ruídos no acolhimento do usuário do SUS e na transição assistencial entre os níveis de atenção à saúde.

O projeto é resultado de um exercício aplicado de formulação de políticas públicas, mobilizando ferramentas de inovação e gestão por evidências para projetar futuros desejáveis e gerar valor real para a sociedade. A construção foi viabilizada por meio de uma Comunidade de Aprendizagem Profissional (CAP), fomentando a colaboração e a inteligência coletiva do Grupo 6 formado por participantes do LideraGOV 5.0.

1.1. Enquadramento estratégico: Brasil 2050

A solução está alinhada à Estratégia Brasil 2050, especificamente ao Eixo 1, Desenvolvimento Social e Garantia de Direitos, cujo Objetivo 3 visa garantir o acesso universal à saúde integral e de qualidade. Nossa escolha baseou-se na constatação de que com o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas, a sustentabilidade do SUS dependerá menos de disponibilidade de leitos e mais de coordenação eficiente do cuidado. É nesse contexto que o **Conexão SUS** se insere, como uma resposta prática e viável aos desafios do presente que se intensificarão no futuro, ilustrado na **Figura 1**.

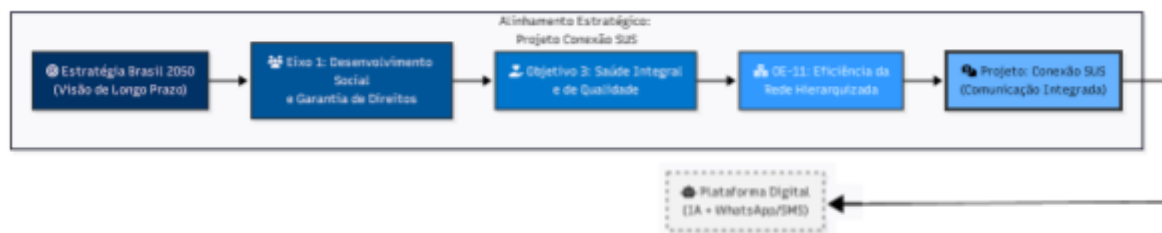


Figura 1. Alinhamento estratégico. Elaboração própria (2026).

1.2. Alinhamento ao SUS e à agenda de Saúde Digital

A proposta fundamenta-se nos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e regionalização, fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde. A intervenção busca otimizar a Política Nacional de Atenção Básica e as diretrizes de regulação assistencial, especialmente aquelas relacionadas ao Sistema de Regulação (BRASIL, 2011).

O projeto insere-se na vanguarda da Saúde Digital, alinhando-se ao uso do Meu SUS Digital e da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) como infraestruturas de interoperabilidade. Ao adotar o Modelo de Informação da Regulação Assistencial (MIRA), o **Conexão SUS** garante que a comunicação entre a Atenção Básica, a Atenção Especializada e o usuário seja padronizada e segura, respeitando integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados.

O que diferencia esta proposta é justamente o equilíbrio entre inovação tecnológica e respeito às realidades locais. Não se trata de impor um modelo único, mas de oferecer uma arquitetura flexível que se adapte às diferentes capacidades e necessidades de cada território, sempre mantendo a segurança e a privacidade dos dados.



1.3. Mapa de *Stakeholders* e Governança

Para a viabilidade da solução, mapeou-se um arranjo de governança complexo, envolvendo atores estratégicos e operacionais. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, coordena a implementação nacional e garante recursos para o escalonamento. As secretarias estaduais e municipais executam localmente e adaptam a solução ao contexto regional, respeitando as particularidades de cada território.

As equipes de Atenção Básica e Atenção Especializada usarão a plataforma no dia a dia e fornecerão *feedbacks* para melhorias contínuas. Os Agentes Comunitários de Saúde atuarão como vertentes presenciais para populações vulnerabilizadas, garantindo que a tecnologia não se torne uma barreira, mas sim uma ponte, considerado um ator fundamental na territorialização, de acordo com o Secretário Estadual de Saúde (ANEXO II). Os usuários do SUS são os beneficiários diretos da solução, experimentando um cuidado mais coordenado e previsível.

Foram considerados ainda outros atores indiretos, mas não menos importantes, como os Conselhos de Saúde, que monitoram a transparência e garantem os direitos dos usuários, e as áreas de Tecnologia da Informação, responsáveis pela infraestrutura e segurança dos dados.

1.4. Percurso Metodológico

O grupo adotou uma lógica de gestão ágil e *design* centrado no usuário, percorrendo ciclos iterativos de diagnóstico e ideação, como ilustrado na Figura 2.

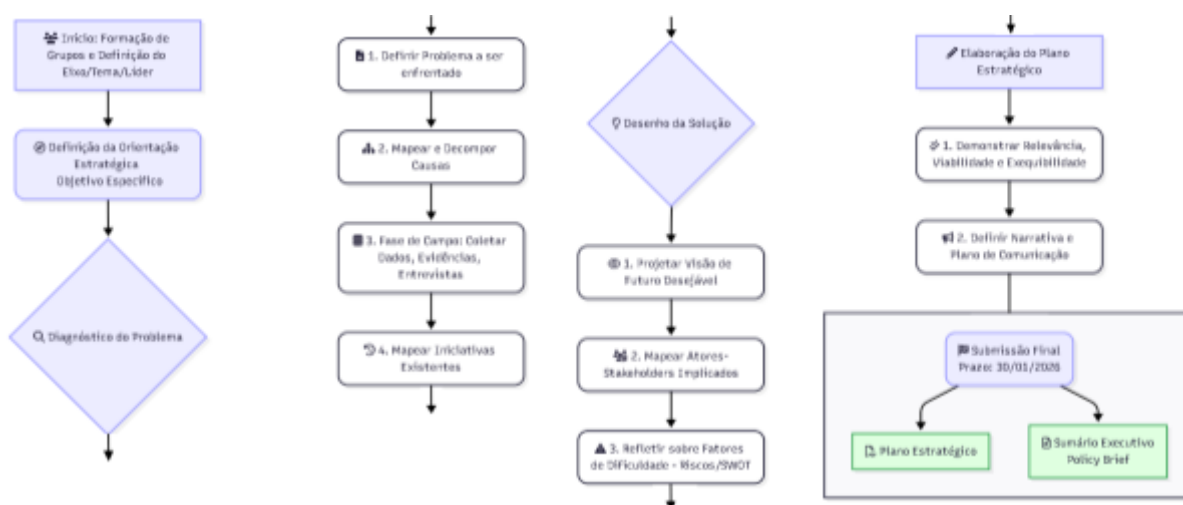


Figura 2. Percurso metodológico e etapas de construção da proposta. Fonte: Elaboração própria (2026).

Assim, o grupo estruturou o trabalho em um percurso progressivo: (i) levantamento inicial de problemas associados ao acesso à Atenção Especializada; (ii) priorização coletiva; (iii) decomposição causal por árvore de problemas e técnica dos “5 Porquês”, identificando *clusters* de causas estruturantes; (iv) priorização do *cluster* do pilar humano por viabilidade, governabilidade e potencial impacto no curto e médio prazos; (v) mapeamento de atores e construção de *personas*/mapas de empatia; (vi) entrevistas semiestruturadas para refinar o diagnóstico; (vii) ideação e prototipagem da solução; (viii) análise de riscos e viabilidade



(SWOT) e construção do modelo lógico inicial (insumos, atividades, produtos, resultados e impacto).

O fluxo evidencia a lógica progressiva e coletiva do trabalho, reforçando o encadeamento entre método, evidências empíricas e a solução apresentada neste relatório, com os destaques que seguem:

a. Recorte e enquadramento do problema (Brasil 2050, Eixo 1, Objetivo 3, OE-11)

Partindo do OE-11, o grupo realizou levantamento de dificuldades do sistema e estudo bibliográfico e documental, seguidos de priorização do problema público e decomposição causal, orientando a decisão por um nó crítico de alta governabilidade no curto prazo (pilar humano: comunicação/capacitação/cultura).

b. Mapeamento de atores (*stakeholders*)

Identificação de atores proximais (usuário, Atenção Básica - AB, Atenção Especializada - AE, regulação, Agente Comunitário de Saúde - ACS) e estratégicos/marginais (gestores, conselhos, TIC, instâncias de controle), com leitura de interesses, incentivos, fricções, capacidade de influência sobre a implementação e escala.

c. Matriz CSD (certezas, suposições e dúvidas)

Consolidação de hipóteses críticas do diagnóstico, distinguindo o que já era sustentado por evidência/experiência do grupo (certezas), o que dependia de validação (suposições) e o que exigia investigação dirigida (dúvidas), orientando o desenho de imersão e entrevistas.

d. Planejamento de imersão e estratégia de escuta qualificada (entrevistas)

Delineamento de abordagem de campo com entrevistas semiestruturadas por perfis-chave, priorizando atores com visão sistêmica (gestão/regulação) e atores da ponta (atenção especializada/atenção básica/território), para capturar barreiras reais de execução, gargalos informacionais e oportunidades de intervenção.

e. Roteiros de entrevista e construção de *personas*

Elaboração de *personas* e de roteiros com base no mapa de atores, garantindo padronização mínima das perguntas, comparabilidade dos achados e capacidade de transformar relato qualitativo em insumo de desenho do serviço. Como exemplo, foi construída a *persona* do Secretário de Estado da Saúde, com roteiro estruturado para explorar contexto, problemas, experiências e visão de futuro a partir de base de conhecimento analisado por IA.

f. Entrevistas realizadas, sínteses e lições aprendidas (insumos para o protótipo)

As entrevistas com pessoas reais e *personas* reforçaram, sob a ótica de gestão e operação, que falhas de comunicação e baixa previsibilidade para o usuário amplificam absenteísmo, retrabalho e sobrecarga da rede, além de evidenciar preferência por mensageria (ex.: *WhatsApp*) em detrimento de ligações, por questões de confiança e responsividade. Também foi reiterado o papel do ACS como redundância humana essencial para mitigar exclusão digital e sustentar a continuidade do cuidado em territórios vulnerabilizados.

2. CARACTERIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

O envelhecimento populacional projetado até 2050 tende a elevar a demanda por cuidado continuado e por atenção especializada, ao mesmo tempo que pressiona a



sustentabilidade fiscal e operacional do sistema. Em paralelo, as doenças crônicas não transmissíveis concentram parcela significativa da carga de adoecimento e do uso de serviços, exigindo redes mais coordenadas e eficientes para evitar desperdícios e atrasos no cuidado. Nesse contexto, reduzir faltas, melhorar previsibilidade e fortalecer a coordenação AB-AE deixa de ser apenas ganho operacional e passa a ser agenda estruturante de sustentabilidade do SUS (IPEA, 2025; NILSON et al., 2020).

As dificuldades de acesso à Atenção Especializada não se explicam exclusivamente por insuficiência de oferta. Elas se associam, de forma importante, a fragilidades de hierarquização e regulação do acesso, especialmente no fluxo de referência e contrarreferência entre Atenção Básica e Atenção Especializada. A comunicação insuficiente entre AB, regulação, AE e usuário compromete a integralidade, aumenta o uso ineficiente da capacidade instalada, prolonga filas e contribui para sobrecarga evitável de urgência e emergência (BAPTISTA et al., 2021).

Evidências qualitativas obtidas em entrevistas com profissionais e gestor reforçam essa leitura. Segundo o Secretário de Estado da Saúde, embora a Atenção Básica seja concebida como coordenadora do cuidado, “cerca de 70% dos encaminhamentos chegam à Atenção Especializada sem contexto clínico completo, o que atrasa o processo e gera retrabalho”, resultando em filas prolongadas e uso ineficiente da capacidade instalada. O gestor destaca ainda que, em especialidades como cardiologia e endocrinologia, as filas médias permanecem entre quatro e seis meses, afetando mais de 150 mil pacientes por ano no estado, o que aumenta riscos clínicos e pressiona serviços de urgência e emergência. (ANEXO II).

Nesse contexto, o problema central que direciona esse problema é: a comunicação deficiente leva pacientes com doenças que precisam de atenção especializada (AE) a não obterem atendimento integral de forma regular, gerando uso ineficiente da AE, demandas reprimidas (filas de espera) e sobrecarga desnecessária nas urgências/emergências.

2.1. O cenário do absenteísmo na Atenção Especializada

O absenteísmo na Atenção Especializada é um dos maiores gargalos de eficiência do Sistema Único de Saúde. Estudos nacionais indicam que o não comparecimento não é um evento isolado, mas o desfecho de uma série de barreiras informacionais e organizacionais. No Brasil, a prevalência elevada de faltas não justificadas compromete a capacidade instalada e amplia o tempo de espera de forma artificial.

Nas entrevistas, gestor e profissionais relataram estimativas recorrentes de sobrecarga e perdas evitáveis associadas a falhas de acesso à AE, além de tempos de espera prolongados para especialidades e taxas relevantes de ausência nas consultas. Também foi frequente o relato de encaminhamentos incompletos, contrarreferência pouco operacionalizada e uso de soluções informais (ligações e e-mails pessoais) para evitar perda de seguimento, o que torna o processo dependente de esforço individual e pouco escalável. (ANEXO II).

Dados do monitoramento estadual via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) validam essa percepção, indicando uma ociosidade média de 20% a 25% das vagas devido ao absenteísmo.

Como destacado pelo Secretário de Saúde em entrevista, essa ineficiência gera perdas diretas: “*Em oftalmologia, por exemplo, temos 20% de vagas vazias por absenteísmo... o que desperdiça R\$5 milhões*”. (ANEXO II)



O custo disso vai muito além do desperdício financeiro. Tem o custo humano: pessoas esperando meses por uma vaga que poderia ter sido delas. Tem o custo sistêmico: filas repesadas, portas de emergência sobrecarregadas, profissionais frustrados.

O gestor estadual reforça que esse cenário é crítico em especialidades de alta densidade: *“Em cardiologia e endocrinologia, as filas médias estão em 4-6 meses, afetando mais de 150 mil pacientes anuais no estado”*. Para a liderança, o impacto transcende as métricas operacionais: *“Isso não é só um número; é o impacto real na vida das pessoas, com riscos à saúde”*. (ANEXO II)

A experiência clínica da Enfermeira da Atenção Especializada revela que a gestão da fila sem comunicação ativa gera um cenário irreal: *“Ao realizar o teleatendimento, antes de os pacientes virem para a consulta de primeira vez, percebi que alguns já estavam tratando, outros já tinham morrido e outros já tinham optado por fazer o tratamento em outro lugar”* (ANEXO II). Com essa averiguação prévia, permitiu-se oportunizar a vaga para quem realmente precisava.

Adicionalmente, a escolha do meio de comunicação também influencia na eficácia do contato. A preferência por mensagens em detrimento de ligações é confirmada pela experiência de campo da Assistente Social entrevistada: *“As pessoas conseguem acessar melhor o WhatsApp do que a ligação... não atendem número desconhecido por medo de golpes”* (ANEXO II). Esse comportamento cultural torna o telefone tradicional uma ferramenta obsoleta para a confirmação de agendas, gerando um 'vácuo' de comunicação que contribui para o absenteísmo.

A regulação técnica aponta que a ineficiência muitas vezes decorre de falhas na origem da solicitação: *‘Sair da fila não significa que foi agendado; pode ter sido pendenciado por falta de algum exame que não foi anexado’*. Segundo a profissional vinculada à regulação, informações clínicas cruciais que deveriam ser consideradas pelo médico regulador são omitidas, travando a cronologia dos agendamentos. (ANEXO II)

Evidências publicadas também apontam o absenteísmo como fator de ineficiência, com impactos sobre desperdício, atraso no cuidado e aumento de retrabalho, reforçando o racional de intervenção sobre comunicação e confirmação de agendas (BAPTISTA et al., 2021; GUROL-URGANCI et al., 2013).

Conforme o diagnóstico, a comunicação não deve ser considerada apenas como um lembrete, mas como um componente crítico de governança assistencial e coordenação do cuidado. Quando o sistema não conversa com o cidadão de forma clara e tempestiva, todo o resto não funciona adequadamente.

2.2. Delimitação do problema público

O problema central aborda a ineficiência na comunicação e na transição assistencial. Com isso, as falhas na hierarquização e na regulação do acesso (fluxo AB↔AE) geram um ciclo vicioso (BELTRAME et al., 2019):

- **Desafio do projeto:** Como podemos fortalecer a integração da comunicação entre a atenção básica, especializada e usuário diante da necessidade de promover uma atenção integral e uma melhor eficiência da oferta em saúde?

No nível terciário, a falha de comunicação da rede básica manifesta-se na ausência de insumos para diagnóstico, segundo a Enfermeira entrevistada: *“Muitas vezes o profissional da atenção básica não se atenta... e os pacientes acabam vindo sem a lâmina e o bloco da*



biópsia. Isso acaba sendo um fator impeditivo para a execução da lei dos 30 dias (diagnóstico) e 60 dias (início do tratamento)". (ANEXO II)

O sentimento de 'perda' no sistema é agravado pela ausência de protocolos de recepção, segundo o profissional do Serviço Social – Regulação: *'Os usuários reclamam que... não é fornecido nenhum papel mostrando que a solicitação foi inserida na regulação'*. Essa lacuna gera desconfiança e faz com que o usuário, por falta de orientação na ponta, atribua erroneamente a culpa do atraso à unidade executante (hospital), quando o processo ainda está em análise pelo regulador estadual. (ANEXO II)

Ratifica essa situação o relato de mãe de um usuário do SUS atendido na AE:

*"No posto de saúde, muitas vezes, eles evitam falar com a Fiocruz. Dizem que o *** é um paciente complicado. Uma vez, na emergência, eu tive que passar o WhatsApp do médico do IFF para a médica plantonista, para eles conversarem sobre como atender meu filho. Fora isso, não existe comunicação. (...) A gente ouve notícia de criança que morre esperando vaga. No IFF, eu vi criança morrer sem a mãe. Tem mães que não conseguem visitar porque precisam trabalhar. É muito triste. A gente vive com medo."* (ANEXO II)

Um dos principais efeitos da falha de comunicação e de acesso à AE é a ampliação de usuários nas portas de urgência e emergência, elevando o custo médio do atendimento e saturando serviços de maior complexidade. Assim, a desarticulação entre as redes gera o que a Assistente Social da Atenção Especializada descreve como 'problemas' logísticos: *'A gente não conseguia fazer articulação com uma UPA... a UPA não queria absorver e mandava de volta para o IFF (que não tem emergência)'* (ANEXO II). Ou seja, a ausência de uma 'matriz de cuidado' compartilhada e sistêmica empurra o paciente para um ciclo de internações e altas à revelia.

2.3. Diagnóstico de causas: Os três clusters estruturantes

Para compreender a complexidade do problema, as causas foram agregadas em três dimensões interdependentes descritos na **Figura 3**:

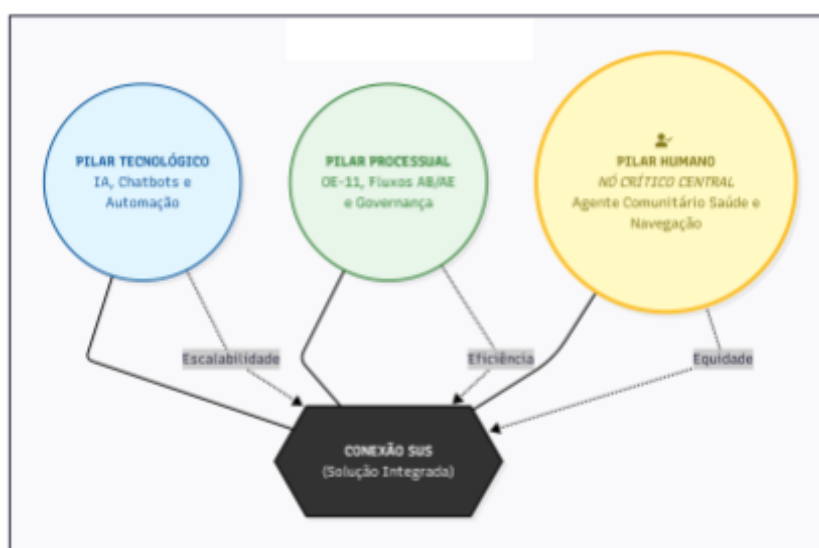


Figura 3. Clusters estruturantes. Fonte: Elaboração própria (2026).



1. **Pilar tecnológico:** Fragmentação tecnológica e baixa interoperabilidade entre sistemas (SISREG, prontuários locais e RNDs). A despadronização dos fluxos de referência impede que a informação "acompanhe" o usuário do serviço de saúde.

"A gravidade dessa desconexão técnica é ratificada pela experiência da gestão estadual: 'AB envia papéis ou e-mails isolados, e AE não recebe feedback automático sobre o que aconteceu com o paciente... 40% dos atrasos em AE vêm dessa desconexão'." (Persona Secretário de Saúde, ANEXO II).

2. **Pilar processual:** Fragilidade nos pactos regionais, assimetrias na gestão municipal e limitações orçamentárias que dificultam a expansão sustentável da rede. Essa disparidade territorial exige que a solução **Conexão SUS** seja flexível para se adaptar a diferentes capacidades locais.

O diagnóstico de governança aponta que a rede é desigual: 'Tem unidades que conseguem trabalhar de uma maneira mais articulada... infelizmente tem outras que estão sobrecarregadas, que não têm uma força de trabalho tão qualificada' (Assistente Social, ANEXO II).

3. **Pilar humano:** Foco prioritário deste projeto. Inclui a sobrecarga das equipes, a baixa cultura de uso de dados e, crucialmente, as falhas de comunicação e letramento em saúde do usuário. Isso gera um sistema em que o profissional gasta energia excessiva tentando achar o contato da UBS para garantir um curativo ou acompanhamento.

Um nó crítico identificado nas entrevistas é a instabilidade das equipes na Atenção Básica: *"A alta rotatividade dos recursos humanos (médico e enfermeiro) lá na ponta dificulta que tu treine, aí ele sai... a implementação não acaba acontecendo"* (Enfermeira, ANEXO II).

A desumanização no atendimento especializado é um sintoma da fragmentação: *'Às vezes a gente está no round e fala: o C3 (número do leito). Eu sempre intervenho: a pessoa tem nome, ela não é o leito, não é a doença... é a Maria, é o João' (Assistente Social, ANEXO II).*

Essa redução do usuário a um código técnico enfraquece o vínculo e a adesão ao tratamento. *"Se o pessoal do posto de saúde e do IFF conversasse mais, ajudaria muito. Daria para encaixar quem perdeu consulta, entender o motivo da falta e remarcar para mais perto. Muitas vezes não é culpa da pessoa."* (Mãe de usuário da Atenção Especializada, ANEXO II)

2.4. Priorização: O pilar humano

Entre as múltiplas causas, o grupo priorizou o Pilar Humano e de Comunicação por sua alta governabilidade no curto prazo. A otimização da coordenação do cuidado, via comunicação integrada, permite entregas rápidas, mensuráveis e de baixo custo, gerando valor público imediato ao recuperar agendas ociosas e reduzir a peregrinação do usuário.

Trabalhar com governança e financiamento exige pactos complexos e mudanças legislativas. Resolver a fragmentação tecnológica demanda investimentos pesados e tempo. Mas melhorar a comunicação entre os pontos da rede é algo que pode começar agora, com recursos relativamente acessíveis e impacto visível em poucos meses.



2.5. Evidências da escuta qualificada

A imersão e as entrevistas com atores estratégicos (gestor estadual, profissionais da AB/AE, regulação e usuários) validaram as seguintes hipóteses:

- **Preferência por mensagens:** Usuários evitam atender ligações de números desconhecidos (temor de golpes), mas apresentam alta responsividade a mensagens via *WhatsApp*.
- **Barreira de letramento:** A falta de clareza sobre o "onde, quando e como preparar" é a principal causa de insegurança e absenteísmo.
- **O papel do ACS:** O Agente Comunitário de Saúde foi identificado como reforço humano essencial. Em territórios vulnerabilizados, ele mitiga a exclusão digital e garante que a inovação tecnológica não se torne uma barreira de acesso.

2.6. Escopo e delimitação do piloto

Para assegurar a exequibilidade e a geração de evidências robustas, o piloto da solução "Conexão SUS" terá o seguinte recorte:

- **População-alvo:** Pacientes com doenças crônicas complexas em acompanhamento especializado.
- **Linha de cuidado:** **Cardiologia**, devido à sua alta densidade tecnológica, risco clínico e histórico de demanda reprimida.
- **Crítérios do território:** Município/Região com alta taxa de absenteísmo, capacidade mínima de integração de dados e apoio formal da gestão local para governança do experimento, a ser escolhido pela Alta Gestão.

2.7. Hipóteses norteadoras

O sucesso da intervenção será avaliado sob três premissas:

1. **Impacto no fluxo:** A comunicação proativa reduzirá o absenteísmo e, consequentemente, o tempo de espera.
2. **Engajamento e equidade:** A combinação de canais digitais com o reforço presencial do ACS aumentará a adesão, especialmente entre os usuários mais vulnerabilizados.
3. **Escalabilidade:** O modelo desenhado é replicável para outras linhas de cuidado e regiões, servindo como padrão de interoperabilidade assistencial.

3. ALTERNATIVAS ANALISADAS

A definição da solução "Conexão SUS" resultou de um processo sistemático de análise de alternativas, considerando os critérios de viabilidade técnica, custo-efetividade e alinhamento à Estratégia Brasil 2050. O grupo utilizou uma matriz de priorização para comparar três cenários distintos, detalhados a seguir:



Quadro 1. Alternativas analisadas.

Alternativa	Prós	Contra	Matriz de Impacto		
			Escalabilidade	Custo-Efetividade	Equidade
A) Status Quo Otimizado: Melhorias incrementais internas e confirmações manuais por telefone.	Sem custo tecnológico e implementação imediata.	Sobrecarga humana e baixíssima escala.	●	●	●
B) Central Multicanal: Comunicação automatizada (SMS/WhatsApp) unidirecional.	Reduz carga manual e possui maior alcance	Comunicação estática; não resolve dúvidas do usuário.	●	●	●
C) Conexão SUS: Arquitetura sociotécnica: Plataforma com IA + reforço presencial do Agente .	Alta interatividade, mitigação da exclusão digital e alinhamento total.	Exige investimento inicial e governança federativa.	●	●	●

Fonte: Elaboração própria (2026).

3.1. Alternativa A – Status Quo Otimizado

Descrição: Foco exclusivo em melhorias incrementais de processos internos. Envolve o treinamento de recepcionistas e equipes administrativas para a realização de confirmações telefônicas manuais e ajuste de agendas locais.

Prós: Ausência de custo tecnológico direto; implementação imediata; controle total pela unidade local.

Contras: Elevada dependência de força de trabalho humana já sobrecarregada; baixíssima escalabilidade; não resolve o problema da desatualização cadastral sistêmica e mantém a fragmentação da informação entre AB e AE.

Análise crítica: Esta alternativa ignora a tendência de transformação digital do Estado prevista no Eixo 3 da Estratégia 2050 e não atende à necessidade de escala para reduzir as filas reprimidas nacionalmente.

3.2. Alternativa B – Central de comunicação de agendamentos multicanal

Descrição: Criação de uma régua de comunicação automatizada (SMS/E-mail/WhatsApp) enviando apenas lembretes unidirecionais em períodos fixos (ex: 3 dias e 1 dia antes da consulta). Inclui um esforço concentrado de saneamento cadastral.



Prós: Reduz a carga de trabalho manual; garante maior alcance que o telefone; baixo risco de falhas tecnológicas complexas.

Contras: Comunicação estática; não resolve dúvidas do usuário (gerando transbordo para o telefone); não permite reagendamentos dinâmicos ou triagem de riscos; menor potencial de personalização.

Análise Crítica: Embora superior ao *status quo*, a rigidez do sistema unidirecional pode frustrar o usuário e não garantir o fechamento do ciclo de cuidado (contrarreferência).

3.3. Alternativa C – Conexão SUS, com arquitetura sociotécnica (priorizada)

Descrição: Uma arquitetura sociotécnica que combina uma plataforma multicanal interativa (com chatbot de IA) com reforço presencial sistemático do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A solução prevê integração incremental com a RNDS por meio do modelo MIRA.

Prós: Alta interatividade e personalização; mitigação da exclusão digital via ACS (equidade); escalabilidade sistêmica; capacidade de coletar evidências de desfecho em tempo real; alinhamento total com a agenda de Saúde Digital e a Estratégia Brasil 2050.

Contras: Exige investimento em tecnologia e integração; demanda governança federativa (acordos entre municípios e estado); requer gestão de mudança para as equipes de saúde.

A literatura sobre navegação de pacientes mostra que intervenções com componente humano ajudam a reduzir barreiras práticas e subjetivas de acesso, sobretudo em populações vulnerabilizadas. Por outro lado, soluções digitais ampliam escala e previsibilidade, mas podem intensificar desigualdades quando adotadas de forma exclusiva. Assim, a estratégia recomendada para o contexto do SUS é combinar automação e multicanalidade com redundância humana já existente orientada por risco, equilibrando escala, equidade e capacidade operacional (RODRIGUES et al., 2021; CHEN et al., 2024).

3.4. Racional de priorização e ideação em grupo

A escolha da Alternativa C consolidou-se durante as oficinas de ideação do Grupo 6, no percurso do LideraGOV 5.0, em que aplicamos a técnica de análise multicritério. O levantamento em grupo considerou as seguintes dimensões:

Valor público e equidade: Concluiu-se que o uso isolado de mensagens e IA poderia aprofundar desigualdades para populações vulnerabilizadas. A inclusão do ACS (pilar humano) foi a decisão estratégica para garantir a universalidade do acesso, transformando a solução em uma política de equidade e não apenas de eficiência tecnológica.

Equilíbrio estratégico: A solução equilibra o "olhar pragmático" (recuperar vagas via *chatbot*) com o "olhar intuitivo/inovador" (usar IA para aprender padrões de absenteísmo e propor políticas preventivas).



Referencial teórico: A priorização baseou-se no conceito de "Navegação de Pacientes" e comunicação multicanal. Estudos apontam que intervenções que combinam tecnologia com suporte humano direto aumentam a adesão ao tratamento em até 30% em relação a métodos tradicionais (GUROL-URGANCEI et al., 2013; BRASIL, 2024).

A Alternativa C foi selecionada por ser a única capaz de atacar o nó crítico identificado no diagnóstico (falha de comunicação e coordenação) de forma integrada, transformando a transição AB↔AE em uma jornada fluida, previsível e segura para o usuário do serviço de saúde.

4. MODELO LÓGICO E OBJETIVOS DA SOLUÇÃO

O Modelo Lógico da solução "Conexão SUS" foi estruturado para garantir que a inovação tecnológica esteja a serviço da eficiência operacional e da equidade em saúde. Ele detalha a cadeia de valor necessária para transformar insumos técnicos e humanos em resultados sistêmicos.

4.1. Cadeia de Valor e Teoria da Mudança

Abaixo, detalhamos os componentes que sustentam a transição do cenário atual para o cenário desejado:

Insumos (Recursos): Plataforma multicanal de mensagens; IA para processamento de linguagem natural (NLP); conectores de interoperabilidade (APIs) com SISREG/agendas locais; corpo técnico de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e orçamento para manutenção tecnológica.

Atividades (Processos): Disparo de réguas de comunicação personalizadas (D-7, D-3, D-1); triagem automatizada de dúvidas e cancelamentos via *chatbot*; realização de visitas domiciliares qualificadas pelos ACS com apoio de *tablets*/histórico de avisos; monitoramento em tempo real dos desfechos assistenciais.

Produtos (Entregas diretas): Mensagens interativas entregues e respondidas; grade de agendamento otimizada com remanejamento antecipado de vagas; profissionais da Atenção Básica informados sobre o percurso do usuário na Atenção Especializada.

Resultados Intermediários: Redução do absenteísmo; aumento da adesão às orientações de preparo para exames; fortalecimento do vínculo entre o usuário e a equipe de saúde da família.

Resultados Finais (Impacto sistêmico): Consolidação da rede hierarquizada (OE-11); redução do tempo médio de espera em cardiologia, por exemplo; diminuição da sobrecarga em serviços de urgência por casos eletivos represados e melhoria da eficiência do gasto público em saúde.





Figura 4. Modelo lógico operacional e teoria da mudança - projeto Conexão SUS. Fonte: Elaboração própria (2026).

Assim, o encadeamento lógico da intervenção, apresentando a transição dos insumos técnicos e humanos para os resultados de impacto social segue ilustrado na **Figura 4**. O modelo destaca a sinergia entre a automação digital (mensagens e IA) e a interface humana (papel do ACS), demonstrando como essa arquitetura sociotécnica ataca o nó crítico do absenteísmo. A cadeia de valor evidencia que o sucesso do projeto não reside apenas no envio de mensagens, mas na garantia da continuidade do cuidado e na otimização da capacidade instalada do SUS, em total convergência com a Orientação Estratégica 11 (OE-11) da Estratégia Brasil 2050.

4.2. Premissas Estratégicas e Condicionantes

Para o sucesso do modelo, estabelecemos cinco pilares de sustentação:

Saneamento de dados: Rotinas de atualização contínua de cadastros (celular/endereço) como pré-requisito para a comunicação.

Linguagem simples: Uso de identidade oficial e tom acolhedor, mitigando a insegurança do usuário e o risco de golpes digitais.

A viabilidade de soluções digitais, como o *chatbot* proposto, já possui precedentes, como a assistente virtual 'Serena' (RJ), mas sua eficácia é condicionada à higiene dos dados: *'Para que a Serena consiga enviar a mensagem, é necessário verificar se o celular no cadastro encontra-se devidamente atualizado'*. Sem esse rigor cadastral na Atenção Básica, a tecnologia falha em sua função primordial de informar." (Serviço Social – Regulação).

Desenvolvimento de competências: Capacitação das equipes da AB e da AE para atuar com fluência em dados e foco no usuário.

Interoperabilidade incremental: Alinhamento aos padrões da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDs) e ao modelo MIRA.

Segurança e LGPD: Gestão rigorosa de consentimentos e trilha de auditoria para proteção da privacidade do paciente (BRASIL, 2024).



4.3. Objetivos do Projeto

Objetivo Geral

Melhorar a continuidade do cuidado e a eficiência da Atenção Especializada no SUS por meio da integração da comunicação entre a rede primária, o especialista e o usuário, visando a sustentabilidade do sistema e a integralidade da atenção.

Objetivos Específicos (Metas para o teste-piloto de 12 meses)

- **Redução de absenteísmo:** Reduzir a taxa de não comparecimento em consultas e exames de cardiologia em 20% no território piloto, por meio da confirmação e recuperação ativa de agendas ociosas.
- **Fortalecimento da contrarreferência:** Elevar em 15% o registro de desfechos assistenciais e orientações de retorno da AE para a AB, assegurando o fechamento do ciclo de cuidado/assistência.

A contrarreferência hoje é vista como puramente teórica, segundo a Enfermeira entrevistada: “*A contrarreferência fica meio que enganchada... o paciente fica desesperado porque fala que não vai conseguir a continuidade do cuidado na atenção primária*”. (ANEXO II). Assim, a meta de registro de desfechos visa transformar o “campo das ideias” em “modelagem prática”.

- **Experiência do Usuário:** Alcançar um índice de 85% de satisfação (“Satisfeito” ou “Muito Satisfeito”) quanto à clareza das orientações e facilidade de navegação no sistema.

4.4. Definição de *baseline* e calibragem

Os percentuais citados serão calibrados a partir de uma linha de base (*baseline*) construída com dados históricos dos últimos 12 meses no território selecionado. A meta final será pactuada via pactuação federativa, considerando o perfil socioeconômico da microrregião e a capacidade de resposta das equipes locais para absorver a demanda liberada.

Ao reduzir faltas e melhorar a previsibilidade da agenda, a solução aumenta o aproveitamento da capacidade instalada e reduz perdas evitáveis. Em um cenário de envelhecimento e maior carga de doenças crônicas, ganhos de eficiência operacional e coordenação do cuidado tendem a produzir valor público, contribuindo para a sustentabilidade e o melhor desempenho da rede (NILSON et al., 2020).

5. DESENHO DA SOLUÇÃO “CONEXÃO SUS”

A solução “**Conexão SUS**” fundamenta-se no conceito de Navegação Assistida, transformando o percurso do usuário entre os níveis de atenção em um processo fluido e previsível. A arquitetura foi desenhada como uma intervenção sociotécnica que harmoniza a automação digital com a capilaridade humana do SUS, e pretende conectar-se ao Meu SUS Digital.

5.1. Pilares Estratégicos e Diretrizes

A solução opera sob os seguintes princípios norteadores:



Centralidade no cidadão/usuário: O usuário deixa de ser um agente passivo no agendamento e assume o protagonismo do seu cuidado por meio da informação tempestiva.

Interoperabilidade semântica: Alinhamento aos padrões da RNDS e ao modelo MIRA (Portaria Conjunta SAES/SEIDIGI nº 3/2023), garantindo que os dados de regulação sejam compreensíveis por todos os entes.

Equidade digital: Reconhecimento de que a tecnologia, isoladamente, pode aprofundar iniquidades. O componente humano (ACS) atua como corretor desta distorção (BRASIL, 2024).

O desenho da solução deve considerar a sobrecarga de gênero no cuidado domiciliar. A Assistente Social da Atenção Especializada destaca que, na maioria das vezes, a figura central é feminina: *'A figura feminina é a figura do cuidado... a equipe muitas vezes coloca essa mãe no centro e é muita responsabilidade, muita culpa'* (Assistente Social, ANEXO II). Assim, o **Conexão SUS**, ao automatizar lembretes e orientações, também visa aliviar essa carga, tratando a família também como alvo de cuidado e não apenas como executora de tarefas clínicas.

Linguagem Simples e Direito à Informação: Adoção de termos claros para reduzir a assimetria de informação, conforme diretrizes do Código de Defesa do Usuário do SUS.

5.2. Arquitetura técnica e funcional

A plataforma foi pensada em módulos interdependentes para garantir segurança e escalabilidade:

Módulo de Orquestração de Mensagens: Gerencia a régua de comunicação multicanal (*WhatsApp Business*, API, SMS, E-mail e notificações *push* no Meu SUS Digital).

Motor de Inteligência Artificial (NLP): *Chatbot* parametrizado com base de conhecimento oficial para triagem de dúvidas de preparo, confirmação automática de presença e processamento de cancelamentos antecipados.

Módulo de Conectores (Interoperabilidade): Camada de APIs para integração com sistemas legados (SISREG) e agendas locais das UBS. Utiliza a infraestrutura da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) para validação cadastral e registro de eventos.

Console de Gestão Assistencial: Interface para profissionais de saúde acompanharem, em tempo real, o *status* da fila e o engajamento dos usuários.

5.3. Jornada do Usuário e Fluxo Operacional

O **Quadro 2**, detalha o percurso desenhado para os diferentes perfis de atores.

Etapa da Jornada	Usuário do SUS	Profissional AB/AE	Regulação
1. Agendamento	Recebe confirmação imediata do pedido de regulação.	Insere dados de contato validados no sistema.	Visualiza a demanda reprimida em tempo real.
2. Preparação (D-7)	Recebe vídeo/texto em linguagem simples sobre o preparo.	Alerta sobre pacientes de alto risco (ex: idosos).	Identifica vazios de agenda para a semana.
3. Confirmação (D-3)	Interage com <i>Chatbot</i> para confirmar ou liberar vaga.	Aciona ACS para reforço presencial se não houver leitura.	Realiza remanejamento automático de vagas liberadas.



4. Procedimento/Consulta	Navega com GPS/Endereço e lembrete de documentos.	Atende usuário, otimizando o tempo clínico.	Monitora o comparecimento efetivo
5. Retorno (Contrarreferência)	Recebe orientações pós-consulta e satisfação.	Recebe sumário de alta estruturado via plataforma.	Consolida indicadores de resolutividade da rede.

Quadro 2. Matriz de interação e jornada do usuário na navegação assistida. Fonte: Construído pelos autores (2026).

Com isso, é possível acompanhar a jornada do usuário na forma do mapa na **Figura 5**:

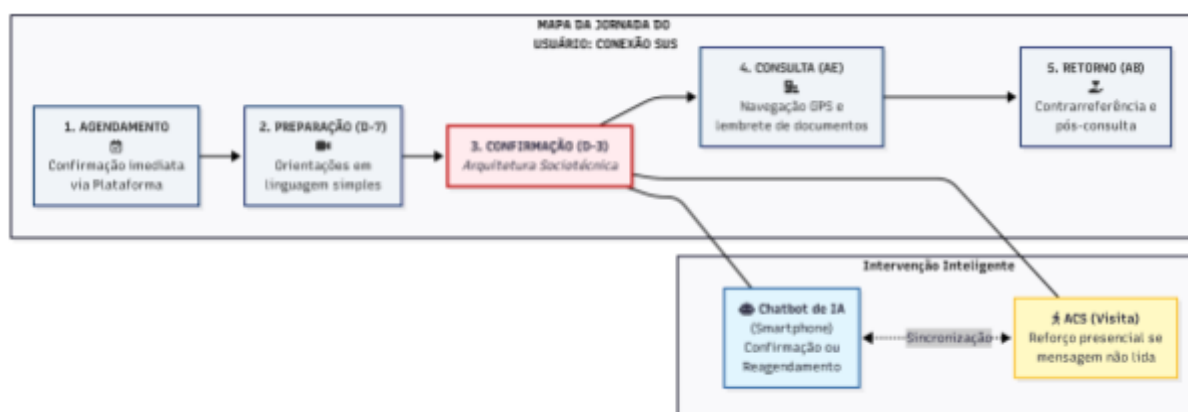


Figura 5. Jornada do usuário. Fonte: Elaboração própria (2026).

5.4. O componente humano: Escore de risco e o papel do ACS

Uma das inovações insurgentes do **Conexão SUS** reside na integração do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Baseado na Portaria GM/MS nº 2.436/2017 (PNAB), o ACS atua como o elo de confiança entre o SUS e o usuário.

Priorização por escore: A plataforma sinaliza ao ACS, via dispositivo móvel, apenas os casos de Alto Risco de Absenteísmo (ex: pacientes sem *smartphone*, com baixa escolaridade ou histórico de faltas), otimizando ou direcionando a rotina de visitas domiciliares.

Como complemento ao papel do ACS, a proposta alinha-se à visão de especialistas sobre a necessidade de "Enfermeiros de Ligação", conforme defendido pela Enfermeira entrevistada: *“Ter o enfermeiro posicionado como um elemento facilitador dessa comunicação dá bastante esperança... ele entende de rede e consegue articular o percurso do paciente”*. Para casos de alta complexidade, a navegação técnica é o que evita que o paciente "se perca" no fluxo após a alta especializada. (ANEXO II)

O desenho prevê integração com regulação e agendas por meio de conectores e APIs, buscando aderência a padrões nacionais de interoperabilidade e ao ecossistema de saúde digital, com alinhamento ao Modelo de Informação da Regulação Assistencial (MIRA) e às diretrizes da RNDS. Essa decisão reduz customizações locais, melhora rastreabilidade e favorece escalabilidade (BRASIL, 2023).

5.5. Governança, Segurança e LGPD

Em conformidade com a Lei nº 13.709/2018, a plataforma adota:



- **Privacy by design:** Minimização de dados, trafegando apenas o estritamente necessário para a finalidade assistencial.
- **Identidade verificada:** Uso de selos oficiais de verificação para mitigar riscos de *phishing* e fraudes digitais.

5.6. Visão de Futuro Desejável e Sustentabilidade

A visão estratégica para o horizonte de 2050 projeta um SUS com redes assistenciais com maior integração e interoperáveis. O "Conexão SUS" atua como um catalisador dessa transição, transformando a atual fragmentação informacional em um modelo de governança do acesso baseada em dados.

Cenário 2050: Espera-se que a jornada do usuário entre os níveis de atenção seja pautada pela previsibilidade. Isso significa que o cidadão terá mais clareza sobre o seu percurso terapêutico, e os gestores terão ferramentas de monitoramento em tempo real para corrigir gargalos de oferta e demanda de forma preventiva.

Sustentabilidade Financeira: A viabilidade da solução baseia-se na eficiência alocativa. Ao reduzir o absenteísmo e otimizar o uso da capacidade instalada da rede especializada, o projeto gera uma economia indireta que permite o autofinanciamento da plataforma tecnológica. A meta é converter o desperdício atual (consultas vazias) em ampliação real de acesso, sem necessidade de elevação exponencial do gasto público (BRASIL, 2024; Estratégia Brasil, 2050).

Esta sustentabilidade é detalhada na visão do Secretário para os próximos anos: *'Vislumbro um futuro com comunicação unificada... cortando 25% das duplicações e liberando R\$150 milhões anuais para prevenção'*. (Secretário de Saúde, ANEXO II).

6. EVIDÊNCIAS DO PROTÓTIPO E TESTAGEM

Estratégias de lembretes e comunicação proativa são amplamente utilizadas como intervenção comportamental para reduzir faltas, especialmente quando combinam linguagem simples e possibilidade de confirmação/reagendamento. Revisões sistemáticas indicam aumento de comparecimento com lembretes por mensagens móveis em comparação com ausência de lembretes. Além disso, experiências recentes no SUS têm explorado automação via *WhatsApp* para reduzir absenteísmo em consultas e exames regulados, com resultados iniciais promissores (GUROL-URGANCÍ et al., 2013; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE RJ, 2025). Em contextos de sistemas públicos e populações com barreiras de acesso, intervenções via *WhatsApp* também vêm sendo testadas para reforçar o acompanhamento e o comparecimento, com resultados úteis para desenho de mensagens e fluxos (FAVARETTI et al., 2024; NEJAMIS et al., 2025).

A validação da solução "**Conexão SUS**" fundamenta-se na experimentação controlada por meio de um Produto Mínimo Viável (MVP), focado na geração de evidências que subsidiem a decisão de escalonamento. A testagem seguirá a lógica do *Design Centrado no Usuário*, visando validar tanto a funcionalidade tecnológica, quanto a adesão humana e institucional.



6.1. Escopo e Delimitação do Teste Piloto

Para garantir o rigor técnico e a comparabilidade dos dados, o teste será delimitado conforme os seguintes critérios:

Território e Linha de Cuidado: Será selecionada a linha de cuidado em Cardiologia em uma microrregião com alta demanda reprimida (vazios assistenciais), conforme priorizado na Orientação Estratégica 11 (OE-11) da Estratégia Brasil 2050.

Amostra: O piloto abrangerá 150 usuários em fila de espera para consultas especializadas e exames diagnósticos (ex: Ecocardiograma), vinculados a 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com cobertura plena de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Período de Experimentação: Realização durante 90 dias, permitindo observar ciclos completos de agendamento, confirmação e comparecimento.

6.2. Metodologia: O Cartão de Teste

Adotamos a ferramenta Cartão de Teste para estruturar a experimentação sob quatro dimensões críticas (Quadro 3):

Dimensão	Hipótese a ser validada	Método de aferição
Tecnológica	A plataforma multicanal é capaz de disparar mensagens e processar respostas via <i>chatbot</i> sem falhas críticas de sistema.	<i>Logs</i> de processamento e taxa de erro de entrega (APIs).
Comportamental	Usuários respondem mais positivamente a canais digitais interativos do que a chamadas telefônicas tradicionais.	Taxa de leitura e taxa de interação ativa com o <i>Chatbot</i> .
Operacional	O ACS consegue atuar como reforço presencial para o grupo de "alto risco" de forma integrada à sua rotina de visitas.	<i>Feedback</i> qualitativo dos ACS colhido via questionário semiestruturado.
Sistêmica	A confirmação/remarcação antecipada reduz o absenteísmo real na Atenção Especializada.	Comparação entre o <i>baseline</i> histórico (<i>no-show</i>) e o resultado do período de teste.

Quadro 3. Cartão de teste – Planejamento e validação de hipóteses do MVP. Fonte: Construído pelos autores (2026).

O **Quadro 3** apresenta o Cartão de Teste (*Test Card*) da solução, ferramenta fundamental para a mitigação de riscos e validação da proposta antes de seu escalonamento. A estruturação do teste em quatro dimensões (Tecnológica, Comportamental, Operacional e Sistêmica) assegura uma visão holística da intervenção, permitindo que a tomada de decisão seja pautada por dados concretos.

A contextualização desta matriz de validação reforça o compromisso do grupo com a Gestão por Evidências: ao definir hipóteses claras e métodos de aferição precisos para cada pilar. Para a alta gestão, este quadro demonstrará a viabilidade do piloto, evidenciando que a integração tecnológica é acompanhada de perto pela resposta do usuário e pela capacidade operacional das equipes.

7. PLANO ESTRATÉGICO DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do "Conexão SUS" foi planejada sob a lógica do Equilíbrio Estratégico, com foco na entrega de resultados pragmáticos imediatos (redução de absenteísmo) enquanto se constrói a infraestrutura de interoperabilidade para o futuro (Saúde



Digital 2050). A estratégia divide-se em três ondas sucessivas para garantir a sustentabilidade e o aprendizado contínuo, conforme explicitado no Quadro 3.

7.1. Relevância e geração de valor público

A solução é relevante por atacar a ineficiência alocativa do SUS. Segundo as diretrizes da Estratégia Brasil 2050, a garantia de direitos sociais passa pela gestão inteligente de recursos escassos. Ao recuperar 20% das consultas ociosas, o projeto amplia a oferta real sem exigir novas obras físicas, gerando valor direto para o cidadão em fila de espera.

7.2. Cronograma de Implementação (Abordagem por Ondas)

Os marcos estratégicos do projeto, portanto, é apresentado em três ondas (Figura 7):

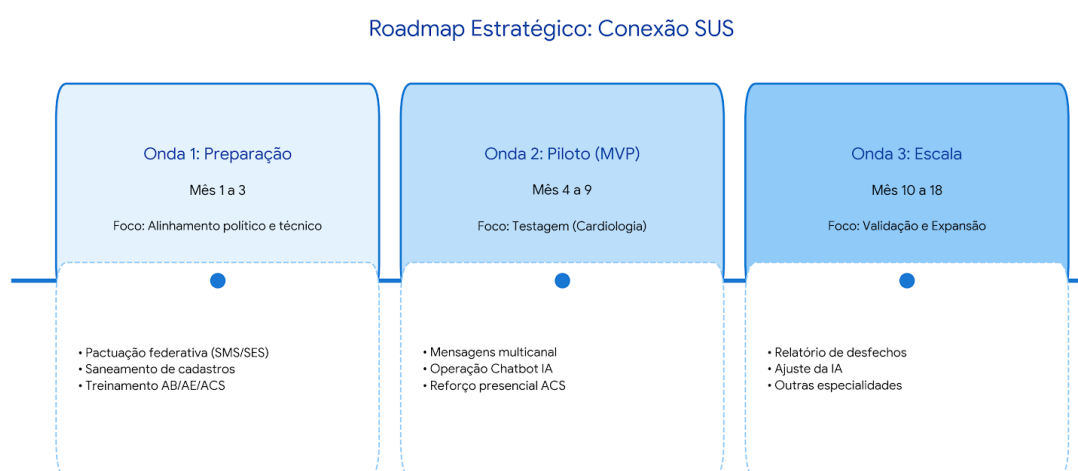


Figura 7. Roteiro Estratégico e Marcos de Implementação por Ondas. Fonte: Construído pelos autores (2026).

A **Figura 7** detalha a estratégia de implementação do 'Conexão SUS', estruturada sob a lógica de ciclos incrementais de entrega. A opção pela abordagem por ondas reflete o princípio da prudência administrativa, permitindo que o projeto avance à medida que as evidências de eficácia e os acordos de governança sejam consolidados.

A **Onda 1** assegura a base política e cadastral (governança); a **Onda 2** foca na experimentação técnica no território piloto (execução); e a **Onda 3** projeta a sustentabilidade e a expansão do modelo (escala). Esse planejamento assegura que o escalonamento para novas especialidades, como a cardiologia e outras áreas críticas, ocorra de forma estruturada, minimizando riscos operacionais e garantindo a eficiência alocativa dos recursos públicos, conforme preconizado pela Estratégia Brasil 2050.

7.3. Viabilidade técnica e operacional

O plano fundamenta-se na Arquitetura Sociotécnica:

- **Infraestrutura existente:** Utiliza a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e o Meu SUS Digital, evitando a criação de "sistemas paralelos" e garantindo a interoperabilidade semântica (Modelo MIRA).
- **Interface humana existente:** A viabilidade operacional repousa na capilaridade dos ACS em funcionamento. O Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB) já prevê o papel de coordenação do cuidado, que é potencializado pela plataforma.



7.4. Viabilidade jurídica e segurança (LGPD)

O projeto opera sob o rigor da Lei nº 13.709/2018. A implementação adota a minimização de dados e o consentimento informado via plataforma, garantindo a proteção de dados sensíveis relacionados ao usuário e à segurança da informação institucional.

7.5. Exequibilidade e fatores críticos de sucesso

Para garantir que o plano seja exequível, identificamos três pilares de sustentação:

- **Engajamento da liderança local:** A pactuação com Secretários de Saúde para a garantia da prioridade política do piloto.
- **Qualidade da conectividade:** Monitoramento do alcance das mensagens e suporte aos territórios com zonas de sombra digital.
- **Capacitação contínua:** Fomento a uma cultura de gestão por dados na ponta, transformando o registro da consulta em insumo estratégico para a regulação.

Para sustentar implementação e escalabilidade, recomenda-se pactuação dos fluxos e indicadores em instâncias de governança interfederativa, com alinhamento entre estado e municípios quanto a regras de acesso, contrarreferência e uso dos dados. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é espaço institucional para pactuar etapas, prazos e responsabilidades, reduzindo assimetria e aumentando sustentabilidade política e operacional do arranjo (BRASIL, 2011).

A proposta de implementação também se alinha à agenda do Programa SUS Digital, que orienta planos territoriais de transformação digital com monitoramento e avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

7.6. Estratégia de relacionamento com stakeholders (Mapa de Poder)

O objetivo é transformar a "resistência" em "adesão", focando nos interesses específicos de cada grupo para viabilizar a solução Conexão SUS. O **Quadro 4** posiciona os atores listados no relatório conforme sua capacidade de influenciar o projeto (Poder) e o quanto o projeto impacta suas rotinas ou objetivos (Interesse).

Poder	Baixo interesse	Alto interesse
Alto	LATENTES (Cuidar/Satisfazer: podem virar bloqueadores se ignorados): • Médicos Especialistas (AE) (Podem resistir à mudança de fluxo) • Equipes de TIC (Podem alegar inviabilidade técnica)	PROMOTORES (Gerenciar de perto) • Ministério da Saúde (MS) (Financiador/Regulador) • Secretarias Municipais (SMS) (Gestão Local) • Secretarias Estaduais (SES) (Regulação)



Baixo	APÁTICOS (Monitorar): • Fornecedores de serviços gerais • Outras secretarias não envolvidas	DEFENSORES (Manter informados; aliados na ponta): • Agentes Comunitários (ACS) (Braço operacional) • Usuários do SUS (Beneficiários) • Conselhos de Saúde (Controle Social)
-------	---	--

Quadro 4. Matriz de Poder vs Interesse (Mapa de Influência). Fonte: Elaboração própria (2026).

Nesse sentido, ficam definidas as estratégias de relacionamento para "Bloqueadores" e Atores Críticos:

A. Como convencer o Secretário Municipal de Saúde?

Resistência Provável: Preocupação com custos, complexidade de implementação e riscos políticos (descontinuidade).

Estratégia de Abordagem: "O Conexão SUS não exige obras físicas. Ele reduz a 'fila visível' e as reclamações na ouvidoria em curto prazo (6 meses), gerando uma entrega política rápida."

Ação Prática: Apresentar o *Dashboard* de Monitoramento. Mostrar que ele terá dados em tempo real sobre absenteísmo para tomar decisões, algo que hoje é uma "caixa preta".

Mitigação de Risco: Enfatizar que a solução usa a infraestrutura já existente (celulares dos ACS e *WhatsApp*), reduzindo o investimento inicial (CAPEX).

B. Como engajar os Médicos Especialistas que resistem?

A Resistência Provável: Medo de desumanização, desconfiança na tecnologia ou receio de aumento de carga de trabalho.

Estratégia de Abordagem (Eficiência Clínica): "O *chatbot* não vai diagnosticar. Ele vai garantir que o paciente chegue à sua sala com o exame pronto e o preparo correto. O objetivo é acabar com o seu tempo ocioso por paciente que falta."

Ação Prática: Envolvê-los na validação dos protocolos clínicos do *chatbot*. Se o médico ajuda a definir o que a IA pergunta, ele confia na resposta. Mostrar que a ferramenta organiza a agenda, permitindo que ele atenda casos mais complexos e filtre demandas desnecessárias.

C. Como engajar as Equipes de TIC (Tecnologia)?

A Resistência Provável: Medo de "mais um sistema isolado" e problemas de interoperabilidade.

Estratégia: Falar a língua deles. Garantir desde o início que a solução segue os padrões da RNDS (Rede Nacional de Dados em Saúde), evitando o "puxadinho tecnológico".



Com isso, segue plano de ação por quadrante (Quadro 5):

Grupo de Atores	Objetivo	Ações Específicas de Engajamento
Alta Gestão (MS, SES, SMS)	Engajamento e Pactuação	• Reuniões mensais de apresentação de resultados (redução de filas). • Formalização via Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para garantir segurança institucional. • Relatórios focados em "Eficiência do Gasto Público".
Bloqueadores Potenciais (Médicos, TIC)	Conversão e Cooperação	• Workshops de Co-criação: "Desenhe o fluxo com a gente". • Prova de Conceito (PoC) rápida para demonstrar que a ferramenta funciona e não trava o sistema. • Divulgação de casos de sucesso (ex: "O Dr. X reduziu suas faltas em 30%").
Defensores (ACS, Equipes AB)	Capacitação e Valorização	• Treinamento focado em Letramento Digital. • Mostrar ao ACS que a IA é uma "assistente" dele, filtrando quem realmente precisa de visita, e não uma substituta. • Gamificação ou reconhecimento para equipes com melhores taxas de atualização cadastral.
Usuários e Conselhos	Transparência e Confiança	• Campanhas de comunicação em Linguagem Simples ("Conexão que Cuida"). • Uso do selo de verificação oficial no WhatsApp para evitar medo de golpes/fraudes. • Apresentação transparente dos dados de fila nos Conselhos de Saúde.

Quadro 5. Estratégias específicas por grupo de atores. Fonte: Elaboração própria (2026).

7.7 - Custos e impactos

O cenário atual de ineficiência gera um desperdício de R\$ 4,81 bilhões anuais no Teto MAC devido à ociosidade técnica (absenteísmo). A implementação da solução, ao atingir a meta conservadora de recuperar 20% dessas agendas e mitigar custos evitáveis em urgências, tem o potencial de gerar um Valor Público de R\$ 1,76 bilhão por ano. Isso representa a transformação de capacidade instalada ociosa em milhões de consultas e exames efetivos, sem a necessidade de adição de novos empreendimentos.

Para tanto, o modelo financeiro do "Conexão SUS" apresenta uma escalabilidade robusta com custos marginais decrescentes. A fase Piloto demanda um investimento inicial



estimado em R\$ 1,25 milhão para promover o seu desenvolvimento inicial e 12 meses de operação controlada. Já na Expansão Nacional, ao alavancar economias de escala na contratação de mensageria (WhatsApp API) e infraestrutura de nuvem, o custo operacional anual projeta-se em cerca de R\$ 34,2 milhões para atender 5 milhões de pacientes mensais, resultando em um custo unitário de manutenção de apenas R\$ 0,57 por paciente ao mês.

A análise comparativa revela, portanto, um Retorno sobre o Investimento (ROI) assimétrico e altamente favorável. Com o ponto de equilíbrio (break-even) sendo atingido com a redução de apenas 1,25% das faltas, o projeto se confirma não como um custo, mas como uma ferramenta indispensável de eficiência alocativa para a sustentabilidade do SUS. Mais detalhes estão presentes nos anexos Anexo IV - Cálculo da Estimativa de Economia e Anexo V - Cálculo dos Custos Piloto e Total.

8. ANÁLISE DE RISCOS E MITIGAÇÃO

A gestão de riscos do projeto "Conexão SUS" é compreendida como um processo contínuo de identificação de eventos incertos que podem comprometer a continuidade do cuidado e a eficiência sistêmica. Adotamos a premissa de que a liderança é relação, não apenas posição, sendo responsabilidade dos gestores estimular uma cultura de integridade que antecipe falhas e proteja a entrega de resultados para o cidadão. Na visão do *persona* do Secretário de Saúde, a postura resiliente diante dos riscos é alimentada pelo senso de urgência da liderança: *"Sinto impotência misturada com raiva. A população trabalha duro e depende do SUS, mas o sistema ainda falha nela. Motiva-me a lutar por mudanças"* (ANEXO II).

8.1. Metodologia: Método simplificado de Gestão de Riscos

Aplicamos o método simplificado de gestão de riscos em quatro etapas:

1. Identificação: Mapeamento de ameaças nas dimensões técnica, política e operacional.

2. Análise de Relevância: Cruzamento entre a Probabilidade de ocorrência e o Impacto nos objetivos estratégicos (OE-11).

3. Tomada de Decisão: Definição da postura (Aceitar, Reduzir, Compartilhar ou Evitar).

4. Plano de Tratamento: Ações concretas de mitigação e monitoramento.

8.2. Matriz de Riscos e Plano de Mitigação

O **Quadro 6** detalha os riscos críticos identificados para o piloto "Conexão SUS" e as respectivas estratégias de mitigação/prevenção.

Categoria	Descrição do risco	Probabilidade /Impacto	Ação de mitigação	Responsável
Tecnológico	Falha na interoperabilidade entre a plataforma e o SISREG/agendas locais.	Média / Alto (15)	Reduzir: Adoção de padrões RNDS/MIRA e realização de testes de API em ambiente de homologação antes do piloto.	Equipe de TIC / Fornecedor



Sociodigital	Exclusão de usuários sem acesso a <i>smartphones</i> ou letramento digital.	Alto/ Média (15)	Reduzir: Fortalecimento do pilar humano via ACS para busca ativa e orientação presencial.	Equipes da AB / ACS
Político	Descontinuidade por mudanças na gestão ou falta de pactuação federativa.	Média/ Alto (15)	Compartilhar: Formalização do projeto via Portaria Interministerial/Municipal e pactuação na CIB (Comissão Intergestores Bipartite).	MS/SES/SMS
Operacional	Baixa adesão ou resistência das equipes (ACS/Médicos) ao novo fluxo.	Baixa/ Alto (5)	Compartilhar: Envolvimento das equipes no <i>design</i> da solução e capacitação focada em "Segurança Psicológica" e propósito.	Gestão Local (UBS/AE)
Ético/Legal	Vazamento de dados sensíveis ou desconformidade com a LGPD.	Baixa/ Alto (5)	Evitar: Implementação de <i>Privacy by Design</i> , criptografia de ponta a ponta e trilha de auditoria rigorosa.	Departamento responsável pelos dados

Quadro 6. Matriz de riscos e plano de tratamento – projeto conexão SUS. Fonte: Construído pelos autores (2026).

A matriz do **Quadro 6** operacionaliza o Método Simplificado de Gestão de Riscos ao priorizar riscos que ameaçam a continuidade do cuidado e a integridade da solução e estabelecer respostas preventivas (Reduzir, Compartilhar e Evitar), com responsáveis designados para assegurar execução e monitoramento. A análise evidencia que os riscos de maior impacto, como a resistência operacional e a exclusão digital, são mitigados diretamente pelo pilar humano do projeto (fortalecimento do papel do ACS), e os riscos éticos são mitigados pelo princípio de *Privacy by Design*.

A resistência cultural é um risco real. A Enfermeira da Atenção Especializada relata que, inicialmente, as equipes demonstram descrença: “*A líder médica disse: 'Não vai dar certo, você vai pedir e eles não vão fazer'. Há uma certa descrença dos profissionais da atenção terciária de que é possível melhorar a comunicação com a atenção primária*” (ANEXO II). Assim, o sucesso do projeto depende de provar a eficácia desses "atalhos" de comunicação.

A falha na devolução do paciente à rede primária compromete a continuidade do cuidado: ‘*O local que recebe o usuário fica sem saber ao certo o que ocorreu com ele no local para o qual foi referenciado*’ (Serviço Social da Regulação, ANEXO II). Nesse contexto, a integração proposta visa sanar essa fragilidade técnica que ainda é um ponto crítico na rede.

8.3. Governança e Monitoramento

A gestão de riscos não é estática. Em conformidade com o método *Scrum* de Inspeção e Adaptação, os riscos serão revisitados a cada ciclo de entrega do piloto. O foco reside em atenuar a obsessão pela formalização extrema e priorizar a confiança e a comunicação fluida entre os atores do sistema, garantindo que o risco seja visto como uma oportunidade de aprendizado e aprimoramento da política pública.



8.4. Integridade e proteção de dados

O projeto reafirma o compromisso com o Decreto nº 11.443/2023 e a Lei nº 13.709/2018 (LGPD), assegurando que o tratamento de dados pessoais na saúde digital seja pautado pela finalidade assistencial e pela transparência ativa. A identidade oficial verificada nas mensagens é a principal salvaguarda contra fraudes e desinformação.

Por envolver dados de saúde, o tratamento deve seguir a LGPD, com minimização, finalidade, controle de acesso e trilha de auditoria. A governança deve prever registro de envios, entregas, confirmações e alterações de *status*, além de medidas de segurança e comunicação antifraude para reduzir risco de golpes e desconfiança do usuário (BRASIL, 2018).

9. PLANO DE COMUNICAÇÃO

O plano de comunicação do "Conexão SUS" é o suporte estratégico da Navegação Assistida. Ele foi desenhado para converter o agendamento em uma experiência de cuidado contínuo. A estratégia fundamenta-se na transparência e no fortalecimento da confiança institucional.

Considerando barreiras de compreensão e ansiedade na navegação do sistema, as mensagens devem adotar linguagem simples, orientações objetivas e instruções acionáveis (o que fazer, onde ir, como reagendar), com reforço de confiança (identidade oficial e alertas antifraude). Evidências apontam associação entre letramento em saúde e adesão, reforçando a necessidade de comunicação desenhada para públicos com diferentes níveis de compreensão e acesso digital (SÁ et al., 2022).

9.1. Narrativa Estratégica e Identidade

A narrativa central, intitulada "Conexão SUS", abandona o tom reativo de "lembrete de falta" e adota um tom proativo de "acompanhamento de saúde".

- **O conceito:** "Sua saúde é nossa prioridade; estamos com você em cada etapa."
- **O tom:** Empático, seguro e em Linguagem Simples, garantindo que a informação técnica seja traduzida em orientações acionáveis para o cidadão.

A necessidade de humanizar a narrativa vem do reconhecimento de que a burocracia não pode ser um obstáculo: *'cada reclamação é um lembrete de que o SUS é para o povo, não para a burocracia'* (Persona Secretário de Saúde, ANEXO II).

A comunicação deve resgatar a identidade do sujeito: "Pensar essas mulheres como mulheres, não só como mães... você também tem beleza, inteligência, características que extrapolam o cuidado... Essa abordagem humanizada, testada no projeto 'Cuidadoria de Mães', resultou em maior adesão e melhora na percepção da equipe sobre o usuário" (Assistente Social, ANEXO II).

9.2. Design de mensagens e ciências comportamentais (*Nudges*)

Para elevar a efetividade e combater o absenteísmo, serão aplicadas técnicas de *Nudges* (estímulos comportamentais) e *Sticky Messages* (mensagens memoráveis). O objetivo é reduzir a carga cognitiva do usuário e incentivar decisões positivas:



- **Normas sociais:** Uso de gatilhos como "A maioria dos pacientes do seu bairro já confirmou a consulta", gerando um senso de responsabilidade coletiva.
- **Redução de ruídos:** Inclusão de botões de ação imediata no *WhatsApp* ("Confirmar" ou "Liberar Vaga"), tornando o cancelamento tão simples quanto a confirmação.
- **Mensagens memoráveis (método *SUCCES*):** As orientações de preparo são desenhadas para serem simples, concretas e emocionais, garantindo que o paciente se lembre do jejum ou dos documentos necessários sem esforço.
- **Enquadramento de ganho:** Ênfase no benefício do diagnóstico precoce ("Sua consulta de cardiologia é um passo vital para seu coração") em vez de apenas o horário do exame.

9.3. Matriz de comunicação e canais

Abaixo, seguem detalhes da segmentação das mensagens e os meios de transmissão:

Público-Alvo	Mensagem-Chave	Canal / Meio	Frequência / Gatilho
Alta Gestão	O Conexão SUS gera eficiência alocativa e protege o valor público.	Relatórios estratégicos e Painéis de Monitoramento.	Mensal
Equipes (AB/AE)	A coordenação, via plataforma, reduz ruídos e organiza a rede especializada.	Informativos internos e tutoriais rápidos (<i>Webinars</i>).	Semanal / Fluxo operacional.
Usuários do SUS	Seu atendimento está garantido. Veja como se preparar e como chegar.	<i>WhatsApp Business</i> , API, SMS e Meu SUS Digital.	D-7, D-3 e D-1 do agendamento.
Público vulnerabilizado / Risco	O ACS é o seu guia presencial para garantir que você não perca seu cuidado.	Reforço Presencial (ACS) e guias impressos em Linguagem Simples.	Conforme escore de risco (Visita).

Quadro 5. Matriz de comunicação e canais – projeto conexão SUS. Fonte: Construído pelos autores (2026).

O Plano de Comunicação detalhado no **Quadro 5** reflete a integração de tecnologias disruptivas (IA e Multicanalidade) com as Ciências Comportamentais (*Nudges*). A contextualização desta matriz demonstra a comunicação como um ativo de Liderança Estratégica: ela empodera o gestor com dados, reduz a ansiedade do usuário com previsibilidade e valoriza o ACS como elo vital da rede. Ao utilizar mensagens 'que grudam' e facilitam a jornada do cidadão, o 'Conexão SUS' assegura a rastreabilidade da informação e a mitigação de falhas assistenciais, transformando a comunicação em uma ferramenta direta de alcance das metas de eficiência alocativa da Estratégia Brasil 2050.

9.4. Equidade, diversidade e inclusão na comunicação

Em alinhamento à Estratégia Brasil 2050, o plano assegura que a inovação digital não aprofunde as iniquidades. Reconhecemos que o acesso à tecnologia é heterogêneo; por isso, a comunicação digital é sempre amparada pelo pilar humano. O ACS atua como o "tradutor" da



mensagem digital em territórios de sombra tecnológica ou para usuários com baixo letramento, garantindo uma transformação digital inclusiva e interseccional.

9.5. Segurança, LGPD e combate à desinformação

As mensagens utilizarão a identidade visual oficial do SUS com selos de verificação. Em conformidade com a Lei nº 13.709/2018, as comunicações são auditáveis e protegem a privacidade do paciente. A clareza sobre a origem da mensagem (Identidade Oficial) é a principal ferramenta de Segurança Psicológica, mitigando o receio de fraudes e elevando a credibilidade da comunicação pública em canais de mensagens.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ‘Conexão SUS’ é uma aposta na possibilidade de fazer mais com menos, de usar melhor o que já temos, de colocar o cidadão no centro da política pública. É também um exercício de liderança estratégica, que desafiou a equipe a pensar o Sistema Único de Saúde do futuro com os recursos do presente.

A inovação na gestão pública não precisa ser complexa ou onerosa. Muitas vezes, basta olhar para os pontos de atrito, escutar quem está na ponta e aplicar soluções simples com rigor metodológico. O absenteísmo é um sintoma, não a doença. A doença é a falta de coordenação do cuidado. E é isso que o projeto se compromete a contribuir na mitigação.

Este plano estratégico é viável, relevante e exequível. Não é uma solução de prateleira, criada em gabinete. É o resultado de escuta ativa, diagnóstico baseado em evidências e prototipagem iterativa. Está pronta para ser testada, aprendida e escalonada.

O caminho, desde o enquadramento do problema na Estratégia Brasil 2050 até o detalhamento da solução, foi marcado por escolhas deliberadas. Foi priorizada a governabilidade no curto prazo, focando no pilar humano e na comunicação. Ao mesmo tempo, foram rejeitadas soluções que aprofundariam desigualdades, insistindo na arquitetura sociotécnica que combina tecnologia e pessoas. Com isso, busca-se equilíbrio entre inovação e respeito às realidades locais.

O projeto também representa um aprendizado coletivo para o Grupo 6 do LideraGOV 5.0. Foram exercidas competências de liderança estratégica: visão sistêmica, pensamento de longo prazo, gestão de *stakeholders*, comunicação estratégica e capacidade de inovar dentro das restrições do setor público.

Ao Ministério da Saúde, às Secretarias de Saúde, aos gestores e às equipes de ponta: este projeto é uma contribuição do Grupo 6 do LideraGOV 5.0 para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Passa a ser de todos que acreditam em um sistema de saúde mais eficiente, mais humano e verdadeiramente universal.

O desafio está lançado. O ‘Conexão SUS’ é uma proposta concreta, fundamentada e pronta para implementação. Os próximos passos dependem da decisão política e gerencial de priorizar a eficiência alocativa, de apostar no avanço da coordenação do cuidado como caminho para a sustentabilidade do sistema, e de reconhecer que a transformação digital precisa ser, antes de tudo, uma transformação humana. O Sistema Único de Saúde esperado para 2050 começa com as decisões tomadas no presente. O Conexão SUS é um passo nessa direção.



REFERÊNCIAS

- BELTRAME, S. M. et al.. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 123, p. 1015–1030, out. 2019.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: Planalto. Acesso em: 15 jan. 2026.
- BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: Planalto. Acesso em: 15 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Informação e Saúde Digital. Portaria Conjunta SAES/SEIDIGI nº 3, de 18 de abril de 2023. Institui o Modelo de Informação da Regulação Assistencial (MIRA). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: gov.br. Acesso em: 15 jan. 2026.
- RASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: gov.br. Acesso em: 15 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. RNDS: FHIR v4.0.1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: rnds-fhir.saude.gov.br. Acesso em: 15 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Institui o Programa SUS Digital. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: BVSMS. Acesso em: 15 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. Manual do Plano de Ação de Transformação para a Saúde Digital (PA Saúde Digital). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: gov.br. Acesso em: 15 jan. 2026.
- CHEN, M. et al. Patient Navigation in Cancer Treatment: A Systematic Review. [Periódico em PMC], 2024. Disponível em: PubMed Central. Acesso em: 15 jan. 2026.
- GUROL-URGANCI, I. et al. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Art. No.: CD007458. Disponível em: Cochrane Library. Acesso em: 15 jan. 2026.
- IBGE. Projeções da População. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, s.d. Disponível em: ibge.gov.br. Acesso em: 15 jan. 2026.
- IPEA. Ipea e MPO colocam envelhecimento no centro do debate sobre o futuro. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2025. Disponível em: ipea.gov.br. Acesso em: 15 jan. 2026.
- NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, e32, 2020.
- RODRIGUES, R. L. et al. Clinical outcomes of patient navigation performed by nurses: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021. Disponível em: SciELO. Acesso em: 15 jan. 2026.
- SÁ, A. M. et al. Influência do letramento funcional em saúde na adesão ao tratamento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2022. Disponível em: SciELO. Acesso em: 15 jan. 2026.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Assistente virtual avisa sobre consultas e exames e reduz faltas. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2025. Disponível em: rj.gov.br. Acesso em: 15 jan. 2026.



BAPTISTA, S. C. P. D. et al. O absenteísmo dos pacientes em consultas ambulatoriais: implicações para o sistema de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2021. Disponível em: SciELO. Acesso em: 15 jan. 2026.

FAVARETTI, C. et al. Effectiveness of WhatsApp based debunking reminders on follow-up visit attendance for individuals with hypertension: a randomized controlled trial. BMC Public Health, 2024.

NEJAMIS, A. et al. WhatsApp-Based Intervention for Diabetes Prevention and Care in Argentina's Public Health System: Implementation and Process Evaluation. JMIR Formative Research, 2025.



ANEXOS



ANEXO I - ESTRATÉGIA BRASIL



A Estratégia Brasil 2050 consiste na construção de um plano de governo estratégico para o desenvolvimento do país nos próximos 25 anos, com a proposta de unificar estratégias e setores diferentes do governo para resolver problemas estruturais do país, com a participação de toda a sociedade civil, empresas e universidades. O programa é coordenado pela Secretaria Nacional de Planejamento (SEPLAN), do Ministério de Planejamento e Orçamento e o seu principal normativo é a Portaria Seplan/MPO n. 345, de 11 de outubro de 2024.

Para elaboração do plano foi realizada uma consulta pública aberta a toda a sociedade e produzidos alguns documentos técnicos norteadores, que podem ser acessados pelo site:

<https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/planejamento/Brasil2050>



ANEXO II - ENTREVISTAS

A entrevista é uma ferramenta essencial no levantamento de requisitos de um projeto, sendo utilizada para obter informações diretas e detalhadas de atores envolvidos e/ou especialistas no problema estudado, possibilitando identificar riscos, expectativas e premissas, dando clareza ao escopo delimitado e minimizando surpresas na sua execução.

Para a construção da proposta foram realizadas sete entrevistas, com atores e formatos distintos, sendo uma delas realizada com auxílio da Inteligência Artificial (IA).

As entrevistas com *personas* de IA são utilizadas principalmente para simular cenários reais, testar hipóteses e humanizar a interação com dados, simulando "personas sintéticas" que apresentam o comportamento e a linguagem de um grupo específico.



1 - ENTREVISTA – USUÁRIO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Dia 23/12/2025

Meio de realização: chamada whatsapp

Entrevistada: Tatiana Furtado (42 anos), mãe e responsável do paciente infantil David Luis Furtado, (7 anos), paciente da AE doença rara - Síndrome de Berdon (MMIHS), residente no Município de Valença-RJ com atendimento na AE – Hospital Materno-Infantil Instituto Fernandes Filgueiras/Fiocruz no município Rio de Janeiro.

1 Consentimento: sim.

2. Identificação básica da entrevistada

Eu me chamo Tatiana Furtado, me profissionalizei no Hosp. (multi técnicas), mãe atípica, por 5anos internada no IFF/Fiocruz onde estive acompanhando meu filho David Furtado com o diagnóstico de Síndrome de Berdon (MMIHS) e compartilho as batalhas do meu filho David Luis Furtado no instgram @eu_daviff. Mulher negra, 42 anos, casada, mãe de 3 filhos, artesã autônoma e no instagram @tatii_furtado_atelie mostro meu trabalho. Moradora do município de Valença-RJ há 163 km (3h de carro) do RJ, o Davi nasceu com 3,5kg mas em 1 mês perdeu muito peso, quase 2kg, vomitava e os médicos do posto faziam exames de sangue e diziam várias coisas: fórmula na alimentação, remédios que iria passar (os sintomas) e não funcionava. Até fui acusada de maus tratos por que o Davi perdeu muito peso, mas como sempre levava na mesma emergência uma técnica me conhecia e disse que não era maus tratos. Até que num atendimento no hospital uma médica gastro que tinha estudado na Fiocruz falou que o caso do David poderia ser doença rara e encaminhou para ele fazer exame no IFF – Instituto Fernandes Filgueiras da Fiocruz. Hoje graças a Deus o David está com 7 anos em home care, mediante ação judicial contra a Prefeitura de Valença para obter desospitalização: 1 processo aberto no município de Valença-Rj sem conclusão e posteriormente 1 processo aberto no Município do RJ-RJ com deferimento favorável à desospitalização e concessão do homecare ao paciente.

() De mim mesmo(a)

(x) De um filho

Entrevistadora: Qual a sua idade?

paciente infantil com 7 anos de idade, em tratamento na AE desde 1,5 mês de vida.

Entrevistadora: Em que município você mora? Qua a distância do hospital da AE?

Entrevistada: Moro em Valença-RJ e vamos para o hospital IFF no carro da prefeitura, leva 3h de carro, não sei a distância em quilômetros. Como a doença do David deixa ele muito sensível sempre brigo no setor de transporte da Prefeitura que David precisa de carro que ele vá pro IFF sozinho, faça o tratamento dele lá e volte assim que terminar. Ele não pode esperar todos os pacientes pra voltar pra casa. A alimentação do David é especial e não posso fazer em qualquer lugar, no meio de muita gente e sem o suporte adequado. (Valencia-RJ está há 160 km do Rio de Janeiro)



Entrevistadora: Você estuda ou trabalha atualmente?

Entrevistada: (x) Nenhum dos dois – eu estava um trabalho muito ruim e pedi demissão e só depois soube que estava grávida. O David (paciente) nasceu em 22/11/2018 e em 09/01/2019 ele foi internado e eu internei junto para acompanhar a rotina do tratamento que é pesado e impede a gente ter um trabalho normal. Hoje a eu sou bolsista de um projeto de extensão da Fiocruz onde aprendi a fazer artesanatos e faço encomendas pra Fiocruz e para fora, é a única coisa que dá pra fazer (gerar renda) de dentro do hospital porque fico o tempo todo do lado dele (David).

Entrevistadora: você pode dizer como é o tratamento do seu filho? Usuário que busca consultas com especialistas regularmente? Usuário que precisa de exames/tratamentos de alta complexidade?

Entrevistada: Como é a Síndrome de Berdon (MMIHS) , todo o tratamento do David é caro: exames e acompanhamento frequente do médico gastro, do pediatra, da psicologia; é alimentação especial – a Nutrição Parenteral; os medicamentos; os aparelhos, cânula pra trocar, o David tem fisioterapia, a psicóloga acompanha. Teve um tempo na UTI e depois passou pro internamento no ambulatório, pra depois vir para casa.

Entrevistadora: Há quanto tempo o David (paciente) usa essa farmácia de alto custo? Com que frequência você costuma vir aqui ou buscar os remédios?

Entrevistada: Com mais de 7 anos já, começou com quase 2 meses de idade...

Entrevistadora: Tati, como vê sua jornada com o David até hoje? Deste o posto de saúde em Valença, as idas na emergência do hospital municipal, até chegar no IFF (atenção especializada)? Foi fácil ou difícil? As pessoas te explicaram um passo a passo? Ou você tinha que buscar?

Entrevistada: Quando encaminhou pro IFF a médica me avisou que o David poderia fazer exames e dependendo do resultado fazer cirurgia e voltar para casa, ou ficar internado pra ali aos 2 meses de idade Durou 1 mês e quinze dias tudo até o diagnóstico na emergência de Valença (município) até marcar (regulação) no IFF em 07 dias e internamento na AE no IFF no dia 09/01/2019 e durou até 12/12/2023. Precisou entrar na justiça pra ter alta. A médica (do município) me explicou e no IFF eles explicam também, remarcam, tem reunião de round com todos os profissionais da UTI, ambulatório médicos e técnicos de enfermagem. Mais as vezes a pediatria não conversa com o medico especialista (geneticista doença rara) aí eu vou na assistente social e peço pra fazer algo. O que não gosto é que... eu usava a psicologia no hospital (IFF) mas depois... você percebe que tudo que você falou... sua vida tá exposta na reunião de round na frente de todas as outras mães... por isso muitas mães vêem as coisas e ficam caladas... eu corro atrás de todos os direitos do David, mas passei para uma psicóloga fora do IFF (AE)

Entrevistadora: Quando você precisa de uma consulta ou exame com um especialista, como é que você faz hoje?



Entrevistada: como eu disse, como eu entrei na justiça hoje a prefeitura (de Valença) paga a empresa que vem aqui e traz tudo, mas eu tô sempre de olho falando. Eu fiquei famosa aqui em Valença por causa do David eu fui nos Veradores, deputados, fiz campanha, fui em tudo que foi lugar. Pelos direitos do David eu luto mesmo.

Entrevistadora: E pra conseguir o remédio de alto custo? Falta ou sempre tem?

Entrevistada: no processo do homecare já inclui o medicamento e a alimentação parenteral, antes a prefeitura comprava aos poucos mas agora já disseram que fizeram aquilo que o governo faz...

Entrevistadora: a licitação?

Entrevistada: sim, a licitação. Acho que a prefeitura já se conformou.

Entrevistadora: e no IFF (AE) quando o médico fala que o David precisa do remédio, até receber? Alguém te orientou ou você teve que ir em muitos lugares? Faltou alguma vez?

Entrevistada: não. No IFF o médico solicitava e o David sempre tinha tudo, nunca faltou. Meu medo na verdade era o David passar mal a noite a alguém (equipe enfermagem) não ver, por isso eu internei também com ele. São coisas simples mas que podiam levar (a morte) a criança.

Entrevistadora: Agora Tati, o **posto de saúde da Prefeitura de Valença conversa com o atendimento especializado do IFF** ? Como você vê a **comunicação** entre eles?

Entrevistada: No caso do David eles dizem que é (paciente) problemático e o posto não quer falar com o IFF, eles não querem responsabilidade ainda mais agora com o homecare que ganhei na justiça. Uma vez na emergência do hospital eu dei o zap do médico do IFF para a médica (plantonista) e ela conversou com ele sobre como atender o David. Mas só isso.

Entrevistadora: Tati, que bom que o David achou todo suporte, mas e você na sua saúde, quando precisa de um especialista? Ou você vê muitas pessoas que deveriam estar no posto de saúde **buscando a emergência/urgência no hospital**? Ou o contrário?

Entrevistada: Valença não tem muita estrutura, em março eu fui no ginecologista que pediu uma mamografia e eu levei a requisição para regulação e tô esperando até hoje (23/12/2025). Se tivesse algo grave, como seria? Com a doença do David eu esqueci de mim, nunca mais fui ao médico e todo dia é cuidando das coisas dele, então nem sei do restante.

Entrevistadora: Você percebe diferença entre o acesso a consultas ou exames quando as pessoas moram em bairros ou cidades diferentes? Você acha que a **falta de informação** ou a **dificuldade de comunicação** tornam conseguir exames/consultas mais difícil para algumas pessoas?



Entrevistada: Quando eu vou pro IFF sozinha, só pegar resultado de exames de David ou conversar com o pediatra, aí eu divido o transporte da prefeitura com outras pessoas. Teve uma moça que a consulta era 13h no Rio e teve engarrafamento na estrada e chegamos no Rio 14h. Ela perdeu a consulta e remarcaram para 3 meses depois... ela se queixou que tinha feito exame particular pra levar pra essa consulta e remarcação ficou longe o exame dela ia perder a validade. Devia ter uma forma, uma exceção pra encaixar a pessoa. Não foi culpa dela perder a consulta. Outra vez foi um home cego sem acompanhante fazer tratamento e o motorista da prefeitura desceu do carro pra acompanhar o paciente cego e combinar com a recepção do hospital pra atender ele e buscar o homem cego no final do dia. O motorista foi bem legal, pois não era obrigação dele.

Entrevistadora: Tati, agora voltando pra você e o David. Quem mais te orienta sobre **como conseguir** consultas, exames, medicamentos de alto custo. (atendimentos especializados) ? Ou **explica como é a fila e quando algo dá errado que precisa remarcar?**

Entrevistada: olha, no IFF é o Médico ou a Enfermeiro. Se eles não resolverem aí eu vou na Assistente social.eu me mexo mesmo.

Entrevistadora: e no seu caso Tati, da sua saúde?

Entrevistada: aqui em Valença o agente de saúde vem em casa avisar quando marca o exame, ele traz o papel com a data, mas demora.

Entrevistadora: Tati, sabemos que o David internou no IFF rápido, mas você outras mães e que essas pessoas geralmente dizem sobre a **fila de espera?**

Entrevistada: eu faço parte de um grupo de mães de filhos com Síndrome de Berdon (MMIHS), no zap. A gente sabe de criança morrendo, e fico com medo pelo David. No IFF nós vemos que tem pouca UTI pra criança, vocês deviam pensar um jeito de aumentar isso. O ambulatório (internamento tipo enfermaria) ainda é maior, mas a UTI é muito pouca.

Entrevistadora: Grupo de zap de mães de crianças com com Síndrome de Berdon (MMIHS)? Como você entrou nesse grupo Tati?

Entrevistadora: ahh eu pesquisei no google tudo sobre a doença e o IFF me disse que há um centro de referência em Síndrome de Berdon (MMIHS) Porto Alegre. Nos pedimos regulação para esse centro e me colocaram no grupo enquanto esperava na fila. Nesse grupo soube de uma criança que fez tratamento e hoje a criança come comida normal, leva uma vida praticamente normal e eu queria isso pro David. Mas no grupo também uma criança morreu na fila... e a vaga veio pro David... mas são 7 anos, minha mãe que me ajudava morreu (2024) e tenho mais 2 filhas pra cuidar e não tenho com quem deixar e tive que abrir mão da vaga. E olha, quando a prefeitura soube que saiu a regulação cortou o homecare dizendo que o David não precisava e era só eu me mudar pra Porto Alegre. Mas como? Meu marido trabalha em Valença, como eu ia sustentar toda minha família em Porto Alegre, sem conhecer ninguém? Abri mão da vaga da regulação que foi para outra criança da fila (nacional).



Entrevistadora: Você costuma ouvir histórias sobre pessoas que **desistem** do tratamento especializado ou **vão parar na emergência** porque não conseguiram atendimento no lugar certo e na hora certa? O que elas contam? São histórias mais positivas ou mais de dificuldade?

Entrevistada: a gente ouve notícia de criança que morre esperando vaga. Mas no IFF eu vi criança morrer lá sem a mãe. Acho triste. Tem mãe que nunca vai visitar a criança porque a criança fica internada vários anos... as mães dizem que precisam trabalhar e que precisam viver a vida. Eu não consigo. Não concordo com isso.

Entrevistadora: Tati, alguém já explicou de forma clara para você **quais são seus direitos** em relação aos remédios especiais e serviços de saúde? se Sim – Quem? E como foi essa explicação?

Entrevistada: Olha, no IFF o médico explica tudo sobre a Nutrição Parenteral e os outros procedimentos, e a recepção também. E se tiver dúvida pergunto a assistente social ou a outra mãe. Como eu pesquisei eu sei correr atrás dos direitos do David. Para o David receber alta eu abri processo com a Defensoria de Valença, mas o processo não andava e acho que isso teve influência política. Eles (prefeitura) diziam que o tratamento do David era muito caro e ele devia ficar no IFF. Aí entrei com advogado na justiça do Rio de Janeiro e consegui.

Entrevistadora: Você já ouviu falar sobre **novas tecnologias** como falar com o médico por vídeo, prontuário eletrônico que poderiam ajudar a **melhorar a comunicação** entre os serviços? Qual sua opinião sobre isso?

Entrevistada: na reunião de round do IFF falam , mas pra mim o whatsapp é o melhor. Antes de receber alta o IFF me treinou, me ensinou tudo pra (manejar) o David e eles (equipe IFF) falam comigo pelo zap. É rápido e tiro dúvida logo, se precisar o IFF remarca a consulta e já me avisa e eu marco o carro da prefeitura e vou (para o Rio de Janeiro).

Entrevistadora: Como você se sente em relação a **depende** desses serviços especializados e ter que enfrentar um caminho **confuso ou demorado**?

Entrevistada: Com o tratamento do David eu já sei o que tenho que fazer e Deus me deu força a coragem pra lutar pelos direitos dele. A neuro e a psicóloga recomendou que David estudasse pra se desenvolver e esse ano (2025) matriculei o David na escola municipal, a direção é muito boa, muito legal comigo, mas tive que brigar com a empresa de homecare pois o técnico (de enfermagem) não queria acompanhar o David na escola. E tem que ir. Agora o técnico vai na escola. No início a prefeitura queria colocar David numa escola separada só com crianças com deficiência. E eu briguei: - o David tem que estudar com crianças normais para ele se desenvolver. Foi aí que mandaram pra essa escola municipal que a Diretora é muito boa.

Entrevistadora: Quando você tem uma consulta com o especialista, o que passa na sua cabeça sobre a **próxima etapa**? “Será que meu posto de saúde vai saber o que aconteceu?” ou “Será que vou conseguir marcar o retorno?”



Entrevistada: hoje eu não tenho contato no posto. Pro David é tudo no homecare e o IFF.

Entrevistadora: Qual é o seu maior **medo** em relação à **continuidade do seu tratamento**? (Ex.: medo de perder o laudo, de o posto de saúde não ter o resultado, de não conseguir a vaga de retorno.)

Entrevistada: hoje eu confio que como o tratamento do David é de alto custo mas tem o IFF que é da Fiocruz que é bem importante, já garantias pro David no IFF e na prefeitura pela justiça.

Observação da entrevistadora: em set/25 há postagem no instagram da entrevistada solicitando contribuições voluntárias (vaquinha) para realização de exame de emergência devido a uma crise do paciente, exame que só seria realizado gratuitamente caso o paciente estivesse internado, segundo a paciente.

Entrevistadora: Quando aparece algum problema de **comunicação** – por exemplo, falta de informação sobre a vaga, o posto de saúde não tem seu laudo, ou você não sabe quem procurar – o que você costuma fazer?

Entrevistada: Aqui em Valença eu falo com a agente de saúde e no IFF eu procuro a recepção ou a assistente social.

Entrevistadora: Você costuma **reclamar formalmente** em algum lugar quando () Sim – Onde? E Por quê? Você costuma **conversar com outras pessoas** sobre essas dificuldades? Com quem? O que você costuma dizer sobre a **clareza** das informações e a **organização** do serviço?

Entrevistada: no IFF tem uma caixa de sugestões mas a gente escreve e coloca-la e nada acontece. Aí ninguém escreve mais. As mães falam que não dá em nada. Por exemplo, tem uma chefe do serviço (ambulatório/enfermaria) que chega 8h de acende todas as luzes e fala alto que não é hora de ninguém estar dormindo. Mas ali tem criança que chorou a noite toda e a mãe não dormiu. E cochila um pouco e ela (a chefe) não pensa nisso. Ela (a chefe) também reclama que não pode ter nenhuma bolsa ao lado do leito, mas as mães ficam internadas junto com os filhos. Precisamos de uma bolsa pra roupa limpa e outra pra fazer o artesanato durante o dia e não tem lugar pra guardar nada. No início todos nos tratam (as mães) muito bem mas com o tempo elas (trabalhadoras da saúde) ficam irritadas com a gente, mas não temos culpa do internamento ser longo. A gente queria que nosso filho tivesse alta pra gente ir pra casa.

Entrevistadora: Tati, você **já faz** algo que ajuda a **organizar as informações** de saúde do David pra que elas cheguem ao médico certo? (guardando todos os laudos, tirando fotos do prontuário, usando agenda/alarme, alguém que lembra dos dias, grupo de WhatsApp, etc.)



Entrevistada: ahh eu tenho tudo (exames e prescrições) do David numa pasta e o os contatos do IFF e da empresa do homecare. O IFF me dá tudo agendado no cartão e me liga pra lembrar mas estou sempre atenta. Aqui em Valença o agente de saúde vem em casa avisar e traz o papel da marcação.

Entrevistadora: Tati, qual é a **parte mais difícil** de todo esse processo de conseguir atendimento especializado? (Deixar a pessoa escolher o que mais pesa.) Se necessário, explorar:

Entrevistada: o Deslocamento, por que a prefeitura quer enfiar várias pessoas num carro e deixar o David esperando o dia todo. Nós saímos de Valença as 2h da manhã pra chegar no IFF antes de 7h e passar por todos os médicos no mesmo dia e termina umas 13-14h. não dá pra deixar o David no carro esperando dar 18h e pegar outros pacientes pra voltar pra Valença. Tenho que brigar no setor de transporte da prefeitura pra não expor o David a doenças de outros pacientes no mesmo carro.

Entrevistadora: Alguma vez você **interrompeu ou adiou** o tratamento porque a **comunicação falhou**? perdeu o laudo, não recebeu a () Sim – O que aconteceu? Como isso afetou sua saúde / a saúde de quem você cuida?

Entrevistada: Não, sempre ando com tudo do David.

Entrevistadora: Pensando em todo esse caminho (posto, especialista, urgência): **O que mais te cansa ou te desanima** nesse sistema que não se "**comunica**"?

Entrevistada: é que a gente tem direito, sabe? Tanta coisa ora fazer...

Entrevistadora: Apesar das dificuldades, **o que você considera bom** no serviço (ex. farmácia de alto custo)ou na rede de especialistas que te atende, especialmente em relação à **informação e orientação**?

Entrevistada: A equipe fala entre si mas precisa conversar mais (e se entenderam sobre historia dos pacientes) mas a gente precisa, as vezes, falar comum depois falar com outro.

Entrevistadora: **Você sente que o tratamento do seu filho melhorou** quando houve **comunicação clara** entre o posto de saúde e o especialista? De que forma?

Entrevistada: a equipe do posto tem evita de falar com a Fiocruz, diz que o David é um paciente complicado. Mas como o David vem da Fiocruz eles tratam o David com muito cuidado, por isso a Prefeitura contratou o homecare terceirizado e colocou na minha casa. Por que o posto não conseguia atender ao David em casa, como o IFF me orientou. O IFF orienta 3 pessoas da família pra saber dar apoio a criança. É obrigatório na desospitalização.

Entrevistadora: Tem alguém ou algum lugar na rede de saúde que faz diferença positiva por te dar **informação clara e te guiar** no processo? Quem ou qual? O que essa pessoa/serviço faz que ajuda?



Entrevistada: acho que a médica que encaminhou pro exame no IFF (2018) e as recepcionistas do IFF quem me orientaram no início.

Entrevistadora: Se você pudesse resumir o que **dá valor** em um atendimento, qual seria a importância de o **posto de saúde e o especialista "conversarem"** sobre o David? E sobre você?

Entrevistada: se o pessoal do posto e do IFF , dos outros hospitais em geral conversassem ajudaria muito os pacientes a fazer exames, fazer um encaixe de quem perdeu a consulta, saber o porque a pessoa perdeu (justificativa) e remarcar pra mais perto (data).

Entrevistadora: Se você pudesse **melhorar uma coisa** no caminho para consultas e exames com especialistas, o que você faria para **comunicação mais fácil**?um **recado** você mandaria para quem organiza esses serviços **de informação** para o usuário?

Entrevistadora : Tati, sei que você falou um pouco sobre isso. Você sente que alguém **"escuta"** o que você tem a dizer sobre o serviço?

Entrevistada: sim, sobre o David todos me conhecem por que eu fiz campanha pro David na cidade, a TV vem fazer entrevista aqui, eu busco todos os direitos do David. No IFF também me escutam no geral. O que eu tenho a dizer é que o IFF está apertado pra quantidade de pacientes e tem muita criança esperando por UTI e vocês deviam pensar em aumentar isso.

Entrevistadora: Encerramento. Chegamos ao fim da nossa conversa. Muito obrigado por compartilhar sua experiência. Suas respostas são muito importantes para que a gente entenda melhor como melhorar o acesso e a **comunicação** nos serviços de saúde mais especializados.



2 - ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA SAÚDE ESPECIALIZADA

Entrevistada: Assistente Social em fundação que atua nas políticas do SUS

[00:00] **Entrevistadora:** ...dada a sua disponibilidade de conceder essa entrevista pra gente. Essa entrevista, ela faz parte do estudo sobre o desafio em fortalecer a comunicação da rede de atenção à saúde, né? Foi o foco que a gente escolheu. No nosso foco, o problema da comunicação deficiente entre a atenção básica e a atenção especializada e o usuário, que resulta no uso ineficiente da AE, filas e sobrecargas da urgência.

Eu gostaria de te ouvir, de conhecer a tua experiência entendendo essa falha de comunicação, como impacta no seu cotidiano e as soluções que você possa vislumbrar ou que já vem implementando em promover uma atenção integral e mais eficiente. A entrevista, ela deve durar cerca de 30 minutos e você me autoriza a gravar para fins de registro e análise?

[01:12] **Entrevistada:** Autorizo, autorizo sim, Entrevistadora.

[01:15] **Entrevistadora:** Obrigada, Entrevistada. Assim, o nosso trabalho ele está como "O problema de comunicação deficiente entre a atenção básica e especializada e o usuário, gerando ineficiência na assistência especializada, filas e sobrecargas de urgência". Mas para além do nosso problema, a gente quer ouvir o teu cotidiano mesmo. E que soluções você vislumbra nesse ambiente. Mas antes, antes dessa parte... (risos)... você partiu só para a pergunta. Eu queria ouvir um pouco mais de você, se você poderia se apresentar, formação, tempo de atuação.

[01:55] **Entrevistada:** Claro, claro. Então, eu sou formada em Serviço Social. Eu me formei em 2016 e logo que eu me formei eu fui trabalhar no IFF. Eu comecei num projeto lá, o IFF é o Instituto Fernandes Figueira (Hospital da Fiocruz), né? Hospital pediátrico, voltado para o cuidado da mulher, da saúde da mulher, da criança e do adolescente. E foi uma experiência muito exitosa para a minha carreira.

Porque assim que eu comecei a trabalhar, eu trabalhava muito numa perspectiva de um... comecei como bolsista pensando num projeto, um projeto depois que virou um programa e se institucionalizou, que fazia a desospitalização de crianças com condições crônicas complexas e que tinham alguma dependência tecnológica e precisavam ir para casa com essa dependência tecnológica.

[02:45] **Entrevistada:** Então a gente está falando de um cenário muito complexo do ponto de vista clínico, social, emocional para essas famílias. E a gente acabava trabalhando de uma maneira muito interdisciplinar. Então isso era muito valorizado pela equipe, porque tinha que ser assim. Porque não bastava a criança ter uma estabilidade clínica – e aí a gente está falando de categorias mais biomédicas, né, que estão envolvidas nesse cuidado – mas ela também precisava ter uma casa adequada. Ela precisava que a rede da atenção básica estivesse atenta para fazer o trabalho dessa porta de entrada, para fazer esse trabalho muitas vezes de vacina, de um acompanhamento, o próprio Agente Comunitário de Saúde. Então eram interlocuções muito valiosas para a gente pensando esse processo da desospitalização.



[03:40] **Entrevistada:** Então eu trabalhava um pouco com esse projeto e eu vou falar dele um pouco mais depois para você entender, acho que vai responder melhor a sua pergunta. Mas só para eu não desviar da minha história, eu vou continuar e vou dar uma pausa nisso. E aí eu fiquei trabalhando muito tempo com esse projeto e também na Unidade Intermediária, que é a UI (uma semi-intensiva) e no Programa de Assistência Domiciliar.

Então eu fiquei durante 6 anos no IFF trabalhando com isso. Eu acabo saindo do IFF, dou uma pausa, vou para a Marinha. E aí eu acabo tendo uma outra perspectiva, né, porque eu vou para prestar basicamente atendimento a militares, né? E é um outro público, é um outro perfil de usuário. Eu saio e volto para a Fiocruz na condição de servidora nesse último concurso. E agora eu estou no INI, que é o Instituto Nacional de Infectologia. Também é um outro perfil de usuário, tem um público muito forte pensando a característica em relação à questão de HIV e Tuberculose, porque é um hospital de doenças infecciosas. Então é um outro público, mas eu também estou aqui há pouco tempo, estou aqui há 5 meses. Então estou conhecendo ainda esse novo cenário de atuação. Você ia fazer alguma pergunta?

[05:20] **Entrevistadora:** Nossa, Entrevistada, você está melhor que a encomenda. Porque você vem do materno-infantil e já está na infectologia, no INI. Está ótimo! Um repositório de informações maravilhoso você. Mas, então assim... No IFF como materno-infantil, você estava no ambulatório e no INI você está no ambulatório? Como é a sua posição?

[05:45] **Entrevistada:** Não. No IFF eu trabalhava com a internação, então eram lidando com famílias com crianças e adolescentes em internação prolongada. Então por isso que tem a ver com a questão do projeto da "Desosp". E tem a ver com a cuidadoria também, que acaba atravessando tudo isso. Porque nesse tempo que eu trabalhava lá no IFF, a gente começou a perceber – e aí eu falo "a gente" porque era um trabalho muito eu e a Kátia, que é a coordenadora da Cuidadoria – e a gente começou a perceber que essa internação prolongada trazia muita repercussão para essas mulheres que estavam no hospital. E aí eu te digo repercussões de naturezas diversas.

Então, essas mulheres muitas vezes se trabalhavam, tinham que sair do trabalho. Se eram casadas, muitas vezes se separavam. A rede de apoio, de repente, se mostrava muito frágil, porque elas precisavam ficar longos períodos dentro do ambiente hospitalar. E aí é isso, ela não conseguia mais encontrar os amigos, a família. Se tinha outros filhos, isso também ficava fragilizado, essa questão dos vínculos. Então eu e a Kátia, a gente começou a perceber que essa internação prolongada para essas mulheres – e eu estou falando mulheres porque a gente também percebeu que na maioria das vezes eram mulheres, eram mães, eram tias, eram irmãs.

[07:10] **Entrevistada:** E aí isso também era um dado importante porque a gente se dá conta – a gente sabe, mas a gente tem um dado muito, muito real – de como essa figura feminina é a figura do cuidado. É a figura que é sempre muito central e que é muito demandada. Então a equipe de saúde também tinha esse papel assim, de muitas vezes colocar essa mãe no centro do cuidado e é muita responsabilidade, muitas vezes é muita culpa, né? Porque você está sempre cobrando ali daquela mulher, você está sempre cobrando daquela tia, daquela irmã. Então a gente enquanto mulher, a gente sabe que é dureza, né? É essa experiência.



Então eu e a Kátia, a gente começou a perceber essas nuances no nosso trabalho pensando na "Desosp". A gente queria obviamente levar essas famílias para casa, levar essas crianças para casa, mas a gente pensou: *"Mas poxa, e o tempo que ela está no hospital? Porque muitas vezes eu estou falando de meses, eu estou falando de anos, né? Como é que é isso, né? Porque é isso, a gente só cobra? Para que ela aprenda a ser uma boa cuidadora? Será que dá para a gente fazer algo a respeito para a gente pensar um SUS para além desse cuidado direto, para além dessa questão pensando aspectos clínicos?"*

[08:40] **Entrevistada:** E aí a gente cria esse projeto, que é a Cuidadoria de Mães. Então ele começa com iniciativas mais pontuais. A primeira que a gente fez foi um ensaio fotográfico no Dia das Mães... não, Dia das Mães não, desculpa, Dia das Mulheres. Pensando justamente nesse sentido de pensar essas mulheres como mulheres e não só como mães, assim, para além desse ato de ser mãe. Então: *"Calma aí, você também tem beleza, você também tem inteligência, você tem outras características que extrapolam essa coisa do cuidado e da maternagem"*.

Então a gente promoveu essa atividade. Foi um sucesso assim no hospital, porque as mães aderiram muito. A gente já tinha muitos vínculos, né, porque a gente já trabalhava com elas, então teve uma adesão muito grande dessas mulheres. Mas também teve um aspecto importante para a equipe assim. Porque elas, as mulheres, circulavam pelo hospital. É isso, você não toma banho direito, você não dorme direito. Você... essa questão do autocuidado, ela é muito negligenciada nesse momento. E nessa atividade as mulheres foram maquiadas, tiraram fotos, estavam... a gente conseguiu uma parceria com uma pessoa que vendia roupa e ela emprestou as roupas.

[09:55] **Entrevistada:** Então, eu me lembro da, sobretudo da enfermagem, que muitas vezes é a categoria que está ali muito próxima, de falar: *"Meu Deus, eu não reconheci a fulana de tal. Nem acreditei!"*. Porque é isso, porque ela estava... teve um momento ali que foi um momento muito dela, assim, né? Não mais a "mãe do fulano". Que também isso acontece muitas vezes no ambiente hospitalar. Aqui eu tenho muito isso aqui no INI. Que às vezes a gente está no *round*, né, que são essas reuniões de equipe, aí fala assim: *"Não, porque o C3... C3 é o número do leito, assim. Aí eu sempre faço alguma intervenção: mas qual o nome da pessoa? A pessoa tem nome. Ela não é o leito, ela não é a doença. Não é o C3. É a Maria, é o João"*.

Então acho que são essas pequenas coisas que fazem muita diferença para o nosso trabalho, assim. Que muitas vezes parece que é, é isso, né: *"Ah, a Assistente Social é 'cri-cri'. Ah, a Assistente Social está sempre essa pessoa que está problematizando tudo, que está, né, um pouco chata às vezes, né?"*. Mas é muito do que a gente acredita, né? Então eu acredito que estou falando com pessoas, que eu estou lidando, estou cuidando de pessoas, não estou cuidando da doença, sabe?

[11:00] **Entrevistada:** Então é nesse contexto que nasce a Cuidadoria de Mães. Então, quando eu saio do IFF, eu acabo me afastando um pouco do projeto, mas agora que eu voltei para a Fiocruz – e mas não mais no IFF, estou no INI – eu retomo a minha intervenção na Cuidadoria muito por uma questão de estar ali no embrião do que que era a Cuidadoria, dessas atividades que eu te falei que eram mais pontuais e menos sistematizadas, e agora com



no formato mais de projeto... a gente tem financiamento, tem recursos. Então agora é um, é um projeto mesmo mais sistematizado. Então eu estou aqui e estou lá. Estou aqui no INI, mas também estou lá no IFF. Então essa é um pouquinho da minha trajetória, assim, pelo menos profissional, né.

[11:50] **Entrevistadora:** Olha Entrevistada, aqui eu super me identifiquei. Também muito curiosa, mas eu estou me contendo porque eu tenho um roteiro de entrevista aqui. Mas no final aí eu faço algumas perguntas livres também com mais detalhes do projeto. Mas vamos lá. Eu estou seguindo aqui o roteirinho. O... Hoje você está no INI no ambulatório? Não, perdão.

[12:15] **Entrevistada:** Não, eu estou no CTI. Eu... assim, o INI ele tem, ele tem duas... dois espaços físicos em locais diferentes, mas é uma coisa só, né? Que tem a parte do ambulatório que é lá em cima e tem a parte aqui do centro hospitalar. Que foi criado na época da COVID, não sei se você sabe essa história.

[12:35] **Entrevistadora:** Lembro, lembro.

[12:37] **Entrevistada:** E aí acabou que o centro hospitalar ele se integrou ao INI. Então hoje a gente tem 120 leitos de internação. Eu, aqui a divisão aqui no INI, cada assistente social é referência de uma unidade. E eu sou a referência do CTI.

[12:55] **Entrevistadora:** Só pega a coisa fácil para trabalhar, né, Entrevistada? (risos). Então, já que você está na parte de internação, assim... quais seriam hoje suas principais atribuições relacionadas a essa interface com a assistência básica ou a regulação? Aí, como você tem duas experiências, uma do IFF e uma do INI, aí eu vou explorar. O que você puder trazer como era num e como é no outro... assim, assistencial, gerencial, educacional, coordenação de projetos ou processos... O que você prefere?

[13:30] **Entrevistada:** Posso seguir o roteiro? Se deixar, a gente conversa o dia todo...

[13:40] **Entrevistadora:** Eu também... Me disseram que iam fundar a CEDIP (Coordenação de Equidade) e que era para trabalhar na diversidade. E aí perguntaram: "*Entrevistadora, você vem?*" Eu falei: "*Vou*". Aí perguntaram: "*Você vem mesmo?*" Eu falei: "*Não tô dizendo que eu vou?*". Fui. (risos). Mas vamos lá.

[14:00] **Entrevistada:** Então, no INI eu estou aqui há pouco tempo, estou aqui há mais ou menos uns 5 meses. No CTI, assim, eu não tenho tanta interlocução com a Atenção Básica no sentido... por quê? Quando... o paciente, tem um perfil do CTI aqui, são pacientes muito, muito graves. Então a gente acaba que a pessoa sai do CTI e ela nunca vai direto para casa. Ela vai para uma outra unidade, geralmente para a semi-intensiva, para depois ir para as enfermarias, para depois pensar essa saída para casa. E as assistentes sociais que estão nessa ponta da enfermaria, elas têm uma interlocução maior com a Atenção Básica.

Mas isso quer dizer, isso não quer dizer que eu não tenha nenhuma. Porque o que acontece: muitas vezes, por exemplo, Consultório de Rua. A gente tem muitos pacientes em situação de rua que internam aqui por conta da questão da tuberculose, do HIV. É uma vulnerabilidade social que é muito grande, muito gritante. E essas equipes costumam vir aqui para visitar os



pacientes. Então acontece isso. Acontece também, já aconteceu, tem um CMS aqui, um Centro Municipal de Saúde aqui dentro da Fiocruz. Que também já veio aqui para visitar paciente. Sabe que o paciente internou e vem aqui para fazer algum tipo de acompanhamento. Então já aconteceu nesse tempo curto que eu estou aqui, do pessoal da Clínica da Família vir e fazer essa visita. Então a gente sentou, discutiu o caso, eles trouxeram algumas informações e alguns elementos muito importantes porque já acompanham de fato esse paciente. E aí a gente ficou pensando estratégias mesmo para a saída. Porque nesse caso, nesse caso específico, era um paciente HIV que não conseguia fazer adesão ao tratamento, tinha muita dificuldade de tomar a medicação, tinha uma rede de apoio frágil – que é um perfil também muito forte aqui dessa questão da rede de apoio – e ele, e tinha uma questão também de abstinência com drogas, assim. Então ele também não conseguia, ele internava, muitas vezes saía a alta à revelia, e ia... quase um ciclo, né, assim, que bem triste desses pacientes. Porque internam porque estão graves e aí começa a abstinência, não consegue ficar, pedem alta à revelia, saem. E depois interna de novo. Enfim, fica nesse vai e vem. E a Atenção Básica, tanto a Atenção Básica quanto o Consultório de Rua [Knar], pelo menos aqui do território, tenho observado que eles acompanham, conhecem bastante os usuários aqui da região, entendeu? Então, eu já tive essas experiências com essas duas equipes.

[16:40] **Entrevistadora:** E na relação no IFF com a atenção básica especializada?

[16:45] **Entrevistada:** Então, no IFF tinha muito... eu tinha muito mais proximidade, porque como eu te falei, eu era dessa equipe da desospitalização. Então, para a gente poder pensar essa desospitalização, pensar essa saída para casa dessa criança, era um trabalho que era muito grande assim. E a gente está falando de doenças que são crônicas, que não tem cura, que... a gente está falando de um acompanhamento ainda de saúde em casa. Essa criança não está indo para casa e com cura, *"Ah agora não tem mais dependência nenhuma"*, pelo contrário. Ela está indo com muita dependência tecnológica.

Então ia com cilindro de oxigênio, ia com concentrador, ia com BiPAP, ia com uma série de equipamentos que a gente precisava dessa articulação com a Atenção Básica. Justamente para eles darem apoio... e eram... a gente fazia até visita antes da criança ir para casa, a gente fazia visita na rede para entender como é que era, assim... Porque a gente sabe que cada território é diferente.

Então tem unidades que conseguem trabalhar de uma maneira mais articulada, conseguem entregar mais assim, né, no sentido de integrar com outras unidades, no sentido de ter mais recursos. Infelizmente tem outras unidades que não, que estão sobrecarregadas, que não têm uma força de trabalho tão qualificada. Às vezes tem uma defasagem aí. Então lá no IFF a gente tinha bastante articulação com a Atenção Básica, assim. Era, não tinha como levar essa criança para casa sem identificar quem era a unidade referência e sem as pessoas saberem que essa criança estava indo para casa. Assim: *"Olha só, está indo uma criança de uma condição crônica complexa. Essas pessoas precisam saber que ela existe. Vocês precisam entender que essa criança está aqui no teu território"*.

[18:30] **Entrevistada:** A gente não conseguia fazer articulação, por exemplo, com uma UPA da vida. Porque muitas vezes, não tinha como essa criança ir para a UPA. E às vezes em intercorrência quando ia, a UPA não queria absorver, queria mandar para o IFF. E o IFF não



tem emergência. Então isso também era um problema para a gente. Então, levar essas crianças para casa, né, com esse perfil do IFF, é uma responsabilidade, assim, que é muito grande. Porque a gente está falando da vida das pessoas.

Está falando da... quando a gente fala, pensa nessa questão da mulher e dessas mães que vão... Elas recebiam um treinamento dentro do hospital ainda e elas realizam praticamente todos os cuidados em casa. Porque tem uma diferença muito grande entre *Home Care* – e aí você tem num período às vezes de 12 ou 24 horas um profissional de saúde que acompanha esse paciente – e o que é diferente da Atenção Domiciliar, que a equipe vai uma vez por semana, às vezes vai quinzenalmente.

Então a responsabilidade do cuidado era toda basicamente da mãe. Ela conseguia ter uma aproximação com a equipe, com o telefone pessoal muitas vezes do médico, então conseguia falar e a gente tinha essa troca com a família. Mas a responsabilidade ali do cuidado, da execução dia a dia, é da mãe. Era da mulher, entendeu? Então eu, no meu mestrado assim, eu discuti essa questão da Atenção Domiciliar e eu até fiz uma reflexão muito grande num artigo em algum momento falando sobre essa coparticipação do cuidado, assim, né? Porque que responsabilização é essa? Assim, eu não estou dizendo que não é para levar para casa. Porque também se não é a mãe que assume, essa criança fica no hospital. E eu com certeza entendi que estar no hospital não era o melhor para ela. Para ninguém, né? Para a família como um todo. Mas também aí, que estratégia que a gente cria para levar ela, mas de uma maneira que ela também não fique sobrecarregada? Porque é ela que faz tudo. E aí eu estou falando de alguns procedimentos... as crianças, a maioria delas eram traqueostomizadas. E aí as mães aspiravam. Às vezes elas tinham que trocar a cânula! Que é um procedimento que é teoricamente médico, assim. Mas na hora do desespero, tipo assim: ou você troca ou seu filho morre. E aí elas trocavam, assim. A gente teve várias experiências que essas pessoas que faziam essa troca de cânula em casa. Então é um procedimento que é arriscado, é um procedimento que é médico. Não é recomendado fazer, mas é isso, na situação de emergência elas recebiam esse treinamento para que pudessem pelo menos ter um suspiro ali para a criança nesse momento da intercorrência.

[21:10] **Entrevistadora:** Entrevistada, eu vou fazer uma pergunta aqui, mas eu sinto que em parte você já respondeu quando você falou do projeto de desospitalização. Como se deu a sua entrada na agenda de organização da rede e fluxos de acesso à atenção especializada? Assim, você pode dizer sim, não, ou "eu atuo nisso" nessa etapa. E eu gostei muito que você falasse um pouco mais dessa comunicação pelo WhatsApp com a família.

[21:40] **Entrevistada:** Tá. É... A gente muitas vezes a gente já tinha mapeado quem... porque assim, lá no IFF não tem uma lógica de território. Como tem na Atenção Básica, por exemplo. A gente atendia pessoas, inclusive crianças, né, de outros municípios. Então, Duque de Caxias, Queimados... a gente já foi para Mesquita. Enfim, outros municípios do Rio de Janeiro. Tinha um limite de quilometragem, porque até pensando nessa questão logística mesmo, né, das visitas. Então muitas vezes a gente realizava duas visitas por dia. É, sei lá, se o paciente é de, ainda que seja do município do Rio, sei lá, Campo Grande... É longe, é longe, né, do Flamengo, que é a localização do IFF. Então mesmo que seja dentro do município, essa questão da logística a gente também precisava organizar.



Então a gente tinha mais ou menos, quando nesse processo da desospitalização ainda com o paciente internado, a gente fazia esse levantamento da rede. Então o que que é, aonde ele mora, o que que tem ao redor? Tem Atenção Básica? Tem alguma clínica de reabilitação? Que também ele é um paciente que tem a questão da fisioterapia, de precisa de ter esse acompanhamento dessa parte mais especializada, né, de reabilitação. Então a gente também fazia esse mapeamento. Além das unidades públicas de saúde, a gente também via se tinha alguma instituição filantrópica, alguma iniciativa que pudesse suprir ali essa defasagem, né, do serviço público. E depois de tudo isso a gente iniciava os contatos.

Então, ou era um contato mais dessa rede que a gente tem às vezes, ah, de uma conhecida que trabalha lá ou que você acha que conhece alguém e fazia... ou a gente ia na internet mesmo, pesquisava, ligava. Geralmente a gente marcava da equipe se apresentar. Então também era importante ter essa... da gente conhecer o local, deles verem também a gente. Porque a gente estava querendo estabelecer uma parceria ali. Porque é isso assim, tipo, não era uma transferência de cuidado. A gente não estava pedindo para eles assumirem. A gente estava colocando ali como, como uma matriz, né, desse cuidado, mas a gente precisava desse apoio.

Então, sobretudo pensando médico, enfermagem e nutri... desculpa, médico, enfermagem e fizio. Íamos, e eu e a psicóloga. Então era um núcleo mais duro assim da equipe. A gente ia até a unidade, apresentava o caso, falava da complexidade tanto do ponto de vista clínico quanto social, às vezes emocional. E a partir daí eles podiam também tirar dúvidas. Porque é isso, são crianças que muitas vezes assustam. Porque lá no IFF são doenças raras, congênitas. Então muitas vezes a pessoa nunca ouviu falar naquela doença e muitas vezes assustava um pouco a situação. Então a gente também queria dar esse, um pouco essa segurança para a equipe. No sentido de: *"Olha, a gente está aqui. A gente compartilhava os contatos"*. Então a gente se falava por WhatsApp. Tal qual com a família. Então a família também tinha o WhatsApp de todo mundo.

[24:50] **Entrevistada:** Eu já recebi ligação no dia 24 de dezembro de um paciente com intercorrência. A mãe tentou falar com o médico, tentou falar com a enfermagem, não conseguiu e ela me ligou. Então já, a gente já teve esse tipo de situação. Então a gente estava *full* nessa questão da comunicação com a família, assim. Então, de dia, de noite, madrugada... então a gente tem várias histórias assim de experiências que aconteceram e que a gente se comunicava dessa maneira. Ou telefone, ligação, ou WhatsApp, né? Aqui no INI, por exemplo, acontece muitas vezes de eu tentar ligar para alguma família, para algum tipo de contato para aproximação e tudo mais, não consegui. Aí eu peço o administrativo, tem um telefone institucional. Mando o WhatsApp, a pessoa responde na mesma hora!

Então eu sempre penso: *"Poxa, por que que não me atendeu?"*. É... e aí eu acho que é um pouco, tem sido meio cultural assim, né? As pessoas conseguem acessar melhor o WhatsApp do que ligação. Seja porque desconhece o número e tem medo de golpe... já ouvi muito isso da pessoa falar: *"Ah, não atendo número desconhecido"*. E aí até engraçado assim, né, para ver mesmo da geração assim, dessa época. Como assim você não atende uma ligação porque você não conhece o número? Você só vai atender quem você salvou o número, né? Assim... não faz muito sentido. Mas beleza. Então essa coisa do WhatsApp muitas vezes funciona muito mais. De mandar mensagem de texto, da gente se identificar enquanto unidade



hospitalar. A pessoa vê, aí sim eu consigo ligar, ou aí sim eu consigo marcar da pessoa vir e a gente tratar pessoalmente o que, né, a demanda que eu tenho.

[26:30] **Entrevistadora:** Entrevistada, eu vou perguntar o que você vê em termos de cenário de atenção especializada. Sua opinião mesma, assim. Falhas de comunicação, desorganização no fluxo, sobrecarga... Quando você olha para a atenção especializada no seu serviço hoje – hoje IFF e INI, né – o que que te salta aos olhos em termos de falhas de comunicação, de integração? Um gargalo ou boa prática?

[26:55] **Entrevistada:** É, olha... eu estou chegando aqui há pouco tempo, como eu te falei, assim. E uma grande questão... aí é uma particularidade do INI... E aí depois eu vou falar do IFF também assim. E, quer dizer, não é nem necessariamente do INI, mas estou falando do CTI. Como eu te falei, chegam pacientes muito complexos e tem uma questão em relação à comunicação, é nos casos de óbito, assim. A gente sabe que existem inúmeros protocolos para notícias difíceis, né, dentro da literatura de saúde. E muitas vezes eu acho que... isso é uma falha aqui, sabe? E que eu estou vendo de que forma eu vou poder contribuir, sendo recém-chegada. Porque também a gente sabe que tem relações, tem questões políticas, tem muitas nuances, né, do ponto de vista do trabalho mesmo e das relações. Então isso é uma estratégia que eu estou elaborando, que eu estou amadurecendo ainda como abordar isso de uma maneira mais assertiva. Que é essa comunicação com o usuário em caso de notícias difíceis. Seja para óbito ou seja para atualização clínica mesmo.

Eu acho que talvez a equipe... pensando na categoria médica, né... ela, ela... Estou sendo muito cuidadosa com as palavras... (risos)... porque é difícil falar disso assim. Mas, se a gente pensar no Serviço Social, na Psicologia, a gente está sempre atento, né, numa questão de humanização mesmo. De você olhar o outro, de você conseguir perceber ali as respostas que corporais e não ditas, né, que a gente está, que a gente observa. E talvez para a equipe médica isso não seja uma prioridade. Porque eles estão preocupados de fato ali com a questão clínica, com a questão, né, da doença. E aí às vezes é, a doença se sobrepõe a pessoa, né? Então acho que isso... e aí o que eu te falei, né? Estou falando do INI e de uma observação de uma pessoa que está chegando há pouco tempo.

Em relação à articulação com outros serviços aqui, eu tenho observado – e aí pensando mais no trabalho das colegas e tudo mais – tem articulação com instituições de acolhimento, tem articulação com os Consultórios de Rua. Que, por exemplo, Consultório de Rua para mim é uma novidade assim de trabalho. Porque no IFF eu nunca atendi nem equipe e nem pessoa em situação de rua. Talvez, assim, fazendo uma reflexão agora, talvez se a pessoa está em situação de rua e tem uma criança com uma condição crônica complexa, talvez essa criança nem sobreviva. Por isso que ela não chega no IFF. Então, eu acho que tem essa diferença assim, sabe? Desse perfil do público aqui e tem muita diferença, esse perfil de lá e daqui. Então acho que isso é uma questão assim. Mas, e no IFF, pensando nessa questão da comunicação, eu acho que não sei se pelo fato de ser um perfil de criança, aí eu acho que os pediatras têm um olhar mais cuidadoso para falar... eu acho que é um ciclo da vida que é diferente, né? Então acho que talvez isso para mim assim, neste momento, é o que mais me chama a atenção. Essa relação equipe-paciente, equipe-família, como a gente se comunica com essas pessoas, o quão duro é falar isso e quão duro eu estou preocupada em como essa



pessoa está ouvindo. Eu acho que tem um pouco essa diferença IFF e INI. Talvez pelo perfil mesmo, sabe? Perfil da equipe, perfil dos usuários.

E a articulação com... você falou que no Desosp conversava muito com a equipe básica daquela... assim, vocês mapeavam o bairro onde o paciente morava, as estruturas e conversava com a equipe local. Assim, era OK esse diálogo direto? Porque tem o município no meio, não tem hierarquia entre vocês.

[31:00] **Entrevistada:** Cara, era... assim... fluía. No geral fluía bem, assim. Porque eu acho que o IFF por ser um hospital da Fiocruz tem um nome muito, tem um peso, assim. É você chegar e falar: *"Olha, eu sou assistente social aqui do IFF, da Fiocruz e tal"*. Sempre tinha um peso assim. Eu acho que o fato da gente ser referência – e a gente também, né... aqui no INI também, né. Quando a gente vai falar, ele fala: *"Não, porque eu sou aqui do INI, eu sou referência em doenças infecciosas, não sei o quê, papapá, papapá"*. Então acho que isso traz um peso para esse diálogo. E muito no sentido de, de ser a referência mesmo. Então assim, você chega na Atenção Básica, ainda que trazer um caso que seja complexo, assusta – do ponto de vista da complexidade mesmo – eu acho que o fato da gente falar: *"Olha, mas a gente está aqui"*, sabe? *"A gente está assumindo esse cuidado e a gente quer você como apoio, quer você como um, como alguém que participa ali desse cuidado"*.

Era uma ideia de coparticipação mesmo. Entre a Especializada e a Atenção Básica. Cada um sabe o seu papel. Acho que isso era muito claro assim. A gente não estava pedindo para eles assumirem e fazerem coisas que a Atenção Básica não foi pensada para fazer. Mas a gente queria que eles fizessem a proposta mesmo desse, de promoção de saúde, de pensar prevenção. Então assim, a gente tem um caso complexo? Tem. É responsabilidade da Especializada? É. Mas isso não isenta a Atenção Básica de também ter ações, assim. Entende? Então acho que isso funcionava para a gente lá, assim. Na maioria das vezes, sabe?

Às vezes a gente precisava fazer contato, por exemplo, quando a gente fala de oxigenoterapia. O IFF conseguia, por conta de várias articulações do IFF, tinha... a gente oferecia todos os aparelhos. Então isso não era uma dificuldade, por exemplo. Mas em alguns municípios, o próprio Programa de Atenção Domiciliar também tinha. Então quando acontecia isso para a gente era bom, porque a gente não usava o nosso e a gente conseguia contemplar mais crianças e conseguia usar do município. Então isso era bom assim, isso tem a ver também com essa comunicação que a gente fazia antes da alta, antes dessa desospitalização.

[33:30] **Entrevistadora:** Como você percebe o processo de referência e contrarreferência no seu cotidiano? Entendo aí que você tem duas experiências, tanto do INI quanto do IFF. O tipo de informação e de documentação e informação clínica que chega da Atenção Básica... se chega bem ou se chega faltando para a Atenção Especializada? Como é que você acha que vem esse retorno? E o que mais te chama a atenção sobre as filas de espera e o uso ineficiente de vagas? Absenteísmo, reagendamento ou falta de informação, retrabalho?

[34:10] **Entrevistada:** Tá. Sobre a primeira pergunta que você falou sobre referência e contrarreferência, né. Aqui no INI, tem... o prontuário ele é digital, né? Ele é um sistema. Tem um sistema que parece que é pago e tal. Está até num momento de transição para utilizar um sistema interno produzido pela própria Fiocruz. E isso para mim já foi muito diferente da



minha experiência no IFF, porque ainda era, a gente evoluía em papel assim, né? Mas estou falando de três anos atrás. Eu não sei se, não sei como é que está hoje lá, porque quando eu estou no IFF eu estou voltada mais para a Cuidadoria, então eu trabalho diferente do que eu fazia antes, né?

Então aqui no INI tudo está sistematizado, está tudo no sistema. Então toda a documentação da Atenção Básica... por exemplo, se chega um paciente que está em situação de rua, e aí não tem... ele chega aqui sem familiar, ele está aqui há uma semana não aparece ninguém, você vê que essa pessoa não tem uma rede de apoio forte. Quando eu tenho, quando eu identifico isso, eu olho no sistema, consigo acessar tudo que foi anexado pela unidade que fez a transferência, né? Geralmente a pessoa vem transferida. E aí muitas vezes eu consigo acessar, nem sempre, mas eu consigo acessar às vezes uma evolução médica que diz como que chegou. Eu consigo ver às vezes a evolução de outra assistente social ou da psicologia.

E aí isso facilita muito porque a partir disso eu consigo começar uma busca ativa de quem é essa pessoa, né? Então, ela realmente mora na rua? Mas ela tem família? Ela perdeu os vínculos familiares? Porque ela brigou? Porque ela entrou... foi de outro estado? Enfim, tem, já aconteceu, nesses 5 meses aqui já teve de tudo. Nesse sentido de, quando a pessoa não tem uma rede de apoio muito forte, acaba que a gente na hora de fazer essa pesquisa é quase que investigativa mesmo, né?

A gente tem o CADSUS, que também foi uma surpresa para mim, não, não... nunca utilizei no IFF. Então aqui no INI é, eu consigo acessar esse cadastro, que nem sempre ele está 100% preenchido. Então tem alguma defasagem de informações. Mas eu acho que, que tem sido eficiente. Pelo menos para você, às vezes tem telefone de uma, de uma instituição de acolhimento que essa pessoa passou. E aí já, já aconteceu de eu ligar para essa instituição de acolhimento, eles terem o sistema deles e falarem assim: *"Olha, ele não passou aqui, mas ele passou em tal unidade. Toma o telefone de tal unidade"*. E aí eu vou fazendo esse trabalho um pouco de buscando por onde aquela pessoa passou e talvez algum profissional que tenha tido um olhar mais atento a ele, consiga me dar mais informações.

Sobre quem é essa pessoa, de onde vem, se tem família, se tem amigos. Aqui tem um perfil de ter muitas mulheres trans também. E aí no caso das mulheres, já tem alguns casos assim – acho que eu já peguei uns três casos nesses 5 meses – de mulheres trans que são de outro estado. Então assim, Maceió, né? A pessoa é de Alagoas, não tem nenhuma referência familiar consanguínea aqui. Mas tem uma rede de apoio de amigas que moraram juntas em algum momento e aí são essas pessoas que são, que é a família dela mesmo, assim. E ela no, antes de internar, assim, já no momento antes de intubar às vezes, né, que a pessoa já vê que inconsciente, ela fala: *"Não faça contato com a minha família"*.

E aí, beleza. Tenho, eu registro isso em prontuário, que para mim isso é uma informação muito importante. A paciente não quer que faça contato com a família. E se ela vier a óbito, a gente vai ter que pensar em outras estratégias para dar seguimento ali ao que tem que ser feito, mas sem contactar a família. Porque o desejo dela é esse. Então acontecem essas situações.

É... dá um trabalho porque você acaba tendo que articular com muitas vezes que é isso, com serviço da Polícia Civil de Necropapiloscopia, quando a pessoa não tem identidade. Depois é



um tem um serviço de gratuidade de sepultamento. Então você acaba fazendo, tendo que fazer muitas redes aí, muitos contatos para que você consiga dar dignidade pelo menos na hora do óbito para essa pessoa. Já que ao longo da vida muitas vezes não foi possível, né?

[00:00] **Entrevistadora:** Qual era a outra pergunta? A outra... O que te chama a sua atenção nas filas de espera e no uso ineficiente das vagas na especializada, e quais situações de emergência e urgência você imagina que poderiam ser evitadas por meio de uma boa comunicação ou um encaminhamento mais eficiente vindo da atenção básica?

[00:30] **Entrevistada:** Tá... É, eu não sei se eu consigo dar conta de responder essa pergunta, porque, assim, eu nunca tive uma experiência de gestão, assim, de estar tão próximo da gestão nesse manejo das vagas, seja para o ambulatório ou seja para a internação. Mas eu consigo ver um pouco de longe. Então, não sei se ajuda também.

[00:54] **Entrevistadora:** Ajuda!

[00:55] **Entrevistada:** E aí assim, pensando... Eu acho que eu consigo falar mais do IFF do que daqui. Porque daqui, por exemplo, eu já tive um caso de um paciente que ele veio para cá, internou no CTI, o filho tentou... fez... tentou, precisava... O que ele precisava... foi... ele internou e foi descobrindo outras coisas, além da tuberculose. E aí, uma das coisas, ele precisava de uma outra unidade especializada. E foi feita a tentativa de regulação aqui e virou uma corrida contra o tempo, assim.

[01:42] **Entrevistada:** E eu orientei que ele judicializasse. Porque conversando com o pessoal do NIR [Núcleo Interno de Regulação], eu entendi que, assim, precisaria que a outra unidade aceitasse e que isso, pelo jeito que a pessoa do NIR falou, assim, parecia não ter uma perspectiva concreta, sabe? Acho que não sei se tem essa comunicação com o NIR, entre os NIRs, né?

[02:11] **Entrevistada:** E aí, esse paciente judicializou e, mesmo assim, não deu certo, assim. Inclusive, quando eu fui falar com a pessoa do NIR, eu falei: "Ah, você já tá com o pedido aí?". Já tava lá escrito, já tinha sido deferido pelo juiz que fosse disponibilizada a vaga e a pessoa do NIR até falou comigo assim: "Ah, tipo assim, não importa que teve uma decisão judicial, porque os caras não vão liberar, assim, né... Assim, não tem o que fazer".

[02:49] **Entrevistada:** Então, a instância que a gente acha que é superior, né, que é judicializar e que a gente evita, porque eu entendo que aí é uma opinião Entrevistada, né? Que judicializar por judicializar, isso não vai resolver o problema, né? Eu acho que é muito mais uma organização que é nossa aqui, de pensar em como que a gente pode absorver, nesses casos, do que ficar só judicializando. Porque foi isso, nesse caso judicializou e não deu certo, né? O paciente morreu aqui inclusive.

[03:22] **Entrevistada:** Então, nem sempre a judicialização é o caminho que é efetivo, né? Que muitas vezes para a família coloca ali uma esperança muito grande em que a caneta do juiz vá conseguir salvar ali a vida daquele familiar, daquele ente querido, mas o problema é muito maior, né? Porque é isso, muitas vezes a gente não tem a quantidade de vagas em



outras unidades, né? Aqui, como eu te falei, eu não consigo muito dizer como é que é esse pedido de vaga para cá.

[03:59] **Entrevistada:** Mas eu já tive um feedback uma vez de um médico do Consultório de Rua, em que eu falei com ele: "Ah, em relação a aqui...", aí ele falou: "É, eu gostaria de mandar muito mais gente para aí, mas vocês não conseguem absorver". Então, eu tenho assim... foi o que eu te falei, eu não tô na gestão, nem no NIR, então é difícil falar sobre isso, mas eu entendo também que a gente não dá conta de absorver, né, o que a rede precisa, entende? Mas é isso, é muito de uma fala de um outro colega do que de fato assim eu te falar: "Olha, a gente não consegue absorver porque, né, não tem profissional... não tem número de profissional adequado, porque não tem número de leitos".

[04:47] **Entrevistada:** E eu pensando no IFF [Instituto Fernandes Figueira], a gente... a gente também tinha muita demanda por vagas, né, pelo fato de ser um hospital especializado. Tinha... tinha às vezes casos, a gente recebia casos de pacientes de outro estado, de outro país. Eu tenho... eu tive uma paciente aqui no INI que ela veio da Venezuela. Essa questão, né, dos imigrantes também tem sido um assunto de relevância, né, para o nosso país, da gente pensar que muitas vezes as pessoas saem do país para tentar aqui, porque sabem também que a gente tem uma saúde que é pública. Também com tuberculose.

[05:32] **Entrevistada:** E ela ficou um tempo aqui sem documentação. E aí também foi... deu uma trabalhadeira para a gente conseguir documentação, porque sem documentação ela não acessa benefício. Então a gente atendia ela aqui, ela tinha acesso à saúde, mas aí a política de assistência ela já não tinha, porque ela não tinha... não tinha nada, assim. Ela tinha a documentação dela da Venezuela. Mas quando você vai lá para a ponta, para o CRAS, eles não aceitam, né? Porque ela tinha que ter pelo menos o CPF.

[06:05] **Entrevistada:** Então isso também dá muito trabalho, porque a gente teve que articular com uma ONG, que articulou com a Polícia Federal, e aí você vira... é isso, que é uma rede que é muito extensa, né? Porque você já... enfim, você vai para outro lugar. Até lembrei aqui de um caso que eu tive que fazer contato com o consulado do Kuwait. Porque meu paciente internou, ele era funcionário de uma empresa de aviação no Kuwait. Ele volta para o Brasil com... com sarampo. E aí ele vem para cá, vem para o INI, só que aí para ele poder mandar um atestado médico para a empresa, precisa o consulado dar um OK que aquele documento é válido.

[06:51] **Entrevistada:** Então, também foi uma coisa que eu aprendi, novidade. Então é isso, tem toda uma articulação com uma rede que às vezes é internacional [risos]. Então isso também, também a gente vai aprendendo, né?

[06:58] **Entrevistadora:** Dá para fazer um livro, uma minissérie.

[07:04] **Entrevistada:** [Risos] É, eu sempre pensei isso, que tinha que ter uma série. Tem muita série médica, né? A gente tem um monte aí, já tá até manjada. Agora tinha que ter uma de Assistente Social, cara. Ou de equipe multidisciplinar, sabe? Porque a gente faz muita coisa e é isso... eu, se tem uma palavra que o Assistente Social acho que faz e talvez traduza bastante assim o nosso trabalho é a articulação, né? A gente tá sempre articulando, seja com a rede, seja com o usuário, seja com a família, seja internamente aqui entre a gente. Então a



gente tá sempre nessa comunicação, né, talvez articulação/comunicação. Porque senão a gente não faz nada, né? Assim... enfim. Então é muito trabalhoso fazer essa comunicação aí com a rede como um todo.

[08:00] **Entrevistadora:** Vou colocar aqui, duas em uma. No cotidiano do serviço, o que mais você escuta dos pacientes e familiares referente à comunicação e tempo de espera por atendimento? E da parte da equipe profissional também, quais seriam as principais queixas, né, em termos de documentação, comunicação ou sistema de informação?

[08:24] **Entrevistada:** Estamos... Se puder, caso concreto, fica à vontade.

[08:28] **Entrevistadora:** É... Aí também acho que sua escuta é muito boa na cuidadoria, né? Dessas mães, né? O que elas passavam para conseguir o atendimento, que tem coisas bem... dificuldades bem específicas, né, até regionais que elas passam. E também do outro lado a equipe que vê a dificuldade, mas também tem as queixas dela.

[08:48] **Entrevistada:** É, pensando em queixa assim das famílias, eu entendo que... talvez assim... não é puxando o saco da Fiocruz. Mas eu acho que tanto IFF quanto INI, eu acho que de um modo geral, conseguem dar conta dessa questão da... de cumprimento de... dos seus... do que se coloca... assim: "Ah, você tem consulta ambulatorial, você tá na unidade de internação e tem uma necessidade de, às vezes de diálogo, reunião com a equipe e tudo mais". Eu acho que isso a gente consegue... consegue bancar assim, sabe? Consegue fazer.

[09:32] **Entrevistada:** Eu não tenho outras experiências em outras unidades, né? A minha maior experiência é na saúde e é na saúde dentro da Fiocruz. Então, é difícil falar sobre isso, mas eu entendo que a gente não dá conta de absorver, né, o que a rede precisa, entende? Mas é isso.

[09:50] **Entrevistada:** De um ponto de vista geral, eu percebo sempre uma satisfação dos usuários em relação ao atendimento. Tanto do IFF quanto do INI. Já aconteceu uma situação uma vez de uma mãe falar para mim, de perguntar alguma coisa, ela falou: "Ah não, porque aqui, né, é uma rede privada". Aí eu falei: "Oi?". Aí ela falou: "Ué, aqui não é privado?". Aí eu falei: "Claro que não". Alguém já te cobrou? Na hora eu só pensei nisso, alguém te cobrou alguma coisa em algum momento? Aí ela falou: "Não, não, eu achei que sei lá, tipo, vocês tavam fazendo caridade para mim". Eu falei: "Imagina... isso aqui é SUS".

[10:24] **Entrevistada:** Aí a dimensão política do Assistente Social surge, né? O nosso olho brilha para falar para ela que claro que não, assim, isso aqui é saúde pública, é universal, é conquista, é luta, não tá à toa aqui não, entende? Então, eu tenho assim... tem queixas, óbvio, né? Não tô dizendo que nunca houve queixas. Mas não é, não é uma coisa constante, assim. Eu acho que de um modo geral... tô até pensando, tentando lembrar de alguma situação.

[10:56] **Entrevistada:** O que às vezes até pode ter, por exemplo, pensando na época lá do IFF... às vezes de ter dificuldade de marcar uma consulta. Mas aí a equipe era tão organizada assim, internamente, que a gente conseguia suprir, sabe? Nem que fosse num encaixe, alguma coisa assim. Então, para essa equipe não.



[11:15] **Entrevistada:** Agora pensando em comunicação com a equipe... eu tenho algumas queixas muitas vezes com dados da internet, que tão desatualizados. Então às vezes tem lá... tem o "Onde Ser Atendido", que eu adoro esse site lá da Prefeitura daqui do município do Rio. Outros municípios não têm. Eu acho que seria muito legal ser uma... ser um recurso do Estado, assim, quem sabe nacional. Que você coloca o endereço da pessoa... [Interrupção]

[11:42] **Entrevistadora:** Você é Assistente Social?

[11:44] **Entrevistada:** Não, eu sou Administradora. Mas eu sei porque você tá falando, por causa daquele Saúde do Viajante, também tem alguns lugares assim e ele diz os endereços onde a pessoa pode conseguir o serviço.

[11:54] **Entrevistada:** Ah é? Esse eu não conheço. Mas deve ser. Esse "Onde Ser Atendido" é da Prefeitura, município do Rio, e aí vocês logo o endereço da pessoa e você consegue saber qual é a sua atenção básica de referência, qual é a sua unidade. Porque muitas vezes, dependendo do município, tem mais de uma, né? É... dependendo da região, sei lá, regiões grandes como Campo Grande, por exemplo. A própria Rocinha, é... tem duas unidades de atenção básica lá.

[12:22] **Entrevistada:** Então, apesar de ser um território que é grande, né... mas assim, só para você ter noção que, então a pessoa pode ser, a referência dela pode ser a Rinaldo De Lamare, que é na parte baixa da favela, ou pode ser a Maria do Socorro que é em cima. Então, nesse site, hipoteticamente falando: "Ah, essa pessoa mora na Rocinha", ela bota lá o endereço dela, ela consegue saber qual das duas equipes é a referência dela. Então eu acho muito legal.

[12:48] **Entrevistada:** Mas os telefones muitas vezes não estão atualizados. O que eu tenho observado é que algumas unidades de atenção básica têm WhatsApp. Então eu precisei, por exemplo, fazer um contato com uma unidade do Catete, eu mandei WhatsApp e eles me responderam. Mas já aconteceu de eu mandar e não ter. Já aconteceu também de mandar WhatsApp para UPA, de descobrir, olhar no Instagram... que também, eu não tenho Instagram no momento, e eu acho isso meio chato assim, porque aí já aconteceu de jogar na internet da unidade ter Instagram, só que o Instagram me deixa olhar de maneira limitada quando você não tem pela internet, você vê uma parte do conteúdo e depois ele entra numa caixinha para você logar.

[13:25] **Entrevistada:** Mas eu já consegui pegar contato institucional pelo Instagram, nessa... nesse contato mais rápido assim, nesse... tem alguma descriçãozinha que tem, né? Bio, Bio, lembrei. Nessa biozinha e aí você... eu já consegui fazer contato com as unidades assim. Mas às vezes no site das prefeituras tá desatualizado. É... às vezes tem... a gente acaba fazendo contato para além também do público. Tem unidades, é... Organizações Cívicas Organizadas, né? Tipo as ONGs. Então também você consegue acessar tudo pela internet. Mas muitas vezes esses telefones estão desatualizados. Então a minha queixa muitas vezes é mais nesse sentido de não ter atualizado o telefone.

[13:58] **Entrevistadora:** Entrevistada, vou fazer uma pergunta de desconhecimento mesmo. Mas esses dados básicos não tinham que ter vindo com o paciente quando ele dá entrada? Quando eles vêm para a especializada? Não vem tudo?



[14:10] **Entrevistada:** Nem sempre vem tudo assim, não vem o prontuário todo. Assim, não é um prontuário unificado, né? Eu confesso que eu não sei quem que escolhe quais documentos que vêm, assim. É uma boa pergunta. Porque muitas vezes quando esse paciente re-interna muito, o prontuário dele é enorme, né? Então, não vem tudo. Vem algumas informações. Mas eu realmente não sei se é o médico que faz a escolha de quais informações ele manda, eu não sei quem que faz essa... se é o NIR, talvez seja o NIR, né? Tô pensando aqui, pensando e falando, talvez seja o NIR.

[14:40] **Entrevistadora:** O NIR, eu anotei aqui, é o Núcleo Interno de Regulação, é isso? NIR?

[14:45] **Entrevistada:** É, isso, isso.

[14:46] **Entrevistadora:** É porque, desculpa também, acabou que você nem se ligou que você não era Assistente Social. Mas fica à vontade. Tem um monte de sigla, um monte de coisa. Se eu falei alguma coisa que era novidade, você pode ter perguntado.

[14:58] **Entrevistada:** Não, mas faz parte do meu processo de aprendizado também, Entrevistada, tem que estudar. Tá tudo certo. Enfim, vou avançar um pouco em algumas perguntas da... de parte de gestão e política, aí você fica à vontade para dizer...

[15:10] **Entrevistada:** Se eu souber responder, né, porque...

[15:12] **Entrevistadora:** Isso, fica tranquila, é isso mesmo. Então assim: Na arena da gestão e política, que discursos aparecem com mais força quando o tema é integração da rede e a necessidade de melhorar sistemas de informação? E existem discursos ou expectativas, assim... pode usar sua lente grande angular de assistente, tá?... de expectativas dos Conselhos de Saúde, movimentos sociais, associações de pacientes que impactam na agenda – e agora vou falar do serviço especializado que você tem duas carteiras aí, né? – e como isso chega até você? Tanto da parte de gestão e política, quanto Conselho de Saúde e movimentos sociais.

[15:52] **Entrevistada:** Tá. Vamos por partes. Em relação à primeira pergunta, como que...

[16:00] **Entrevistadora:** Em termos de, na arena de gestão e política, que discursos são... vêm com mais força nessa parte de integração da rede e necessidade de melhorar sistemas de informação.

[16:15] **Entrevistada:** Tá. Como eu falei, aqui tem esse sistema, né, que é um sistema pago pela Fiocruz, de prontuário eletrônico e tudo mais, que a gente consegue acessar, facilita aqui internamente. Mas é isso, não tem essa comunicação com outros sistemas, né? Eu acho que no IFF agora tem também, mas por exemplo, hipoteticamente falando, se um adolescente que tá lá... que tá internado e por algum motivo ele interna aqui, eu não tenho acesso ao sistema de lá, ainda que seja Fiocruz. Porque eu nem sei qual é o sistema deles de lá.

[16:45] **Entrevistada:** Então a gente não tem essa articulação de sistemas. Tal qual a atenção básica. Foi o que eu falei com você, tem alguns documentos que são anexados para a gente aqui quando esse paciente vem. Mas eu não tenho acesso ao da atenção básica. Não tenho. Eu tenho acesso ao do lugar que ele tá vindo transferido. E não necessariamente é de uma



unidade de atenção básica. Acho difícil, assim. Geralmente quando o paciente vem transferido, ele vem de uma UPA, ou de um outro hospital. Então não tem essa, a gente não consegue compartilhar, né, essas informações. O que é uma grande falha, assim.

[17:22] **Entrevistada:** Agora pensando em discurso, eu acho que o discurso muitas vezes é de uma... de uma defasagem profissional mesmo, né, da gente não conseguir... não ter profissionais suficientes para a gente dar conta da quantidade de demandas que tem, né, o SUS e a atenção especializada. Eu acho que isso eu escuto bastante, assim, de muitas vezes as pessoas se sentirem sobrecarregadas, porque é isso, fazem muita coisa.

[17:49] **Entrevistada:** Se a gente pensar realmente numa... num acompanhamento integral, né, numa tentativa mesmo de, por exemplo, pensando no meu trabalho, para eu acompanhar ali esse paciente na internação, depois se ele sai e eu poder articular com a atenção básica e pensar como é que tá, no caso do HIV: "Hum, tá acompanhando o tratamento? Tá tendo adesão? Tá tomando as medicações?". É difícil, né, você conseguir fazer esse acompanhamento mais organizado, sabe?

[18:19] **Entrevistada:** E para a atenção básica também deve ser, né, porque é uma sobrecarga mesmo, né, de demandas, desses casos mais complexos é mais difícil, assim. Acaba que... que nos casos mais complexos a gente consegue acompanhar mais porque a gente tá com olhar mais atento, né? Mas e pensando em promoção e prevenção, né? A gente... aqui a gente não faz porque a gente tá num lugar de atenção terciária, mas para a atenção básica imagino que seja difícil também dar conta. Porque muitas vezes esses casos que necessitam de maior atenção eles tomam mais tempo da gente, né, mais energia. Então acho que o discurso é um pouco da questão da sobrecarga, na questão da defasagem profissional. Acho que é um pouco isso, assim.

[19:08] **Entrevistadora:** A outra pergunta é sobre a dimensão política...

[19:10] **Entrevistada:** É, e também dos... dos pacientes e dos... assim, pacientes, movimentos de pacientes e conselhos, né, como é que chega para você? A percepção deles desse mesmo problema.

[19:20] **Entrevistada:** É, então... A gente... No IFF acaba que algumas organizações são por doença, né? Então assim, tinha Associação de Amiotrofia Muscular Espinhal, é a AME. Aí tem a de Fibrose Cística. São movimentos que muitas vezes liderados por pessoas que tiveram algum familiar, né, com essa patologia e aí se organizam, se reúnem e a depender, né, de como a pessoa for lidar, como aquilo ali for desenvolver, né, muitas vezes tem muita força política no sentido de conseguir articular e pensar políticas públicas mesmo, né?

[20:00] **Entrevistada:** Então alguns movimentos têm tanta força que conseguem muitas vezes conquistas importantes. Conseguem às vezes coisas mais pontuais, por exemplo, a galera da fibrose cística no IFF, eles eram tão organizados que eles tinham uma rede forte para dispensação de cesta básica. Então todo mês as famílias que eles acompanhavam conseguiam dispensar cesta básica. E por aí vai, assim.

[20:25] **Entrevistada:** Pensando aqui no INI, o HIV também tem movimentos importantes, que pensando que o HIV aí também atravessa a questão das pessoas trans, eh... e aí tem... tem



algumas ONGs que prestam apoio, que têm assessorias jurídicas, que têm Assistente Social, que têm psicólogo, que têm muitas vezes algumas iniciativas também pensando nessa questão de algum suporte ali, seja do ponto de vista da alimentação, seja do ponto de vista... enfim, de recursos mesmo, né? De às vezes para pagar sepultamento. Então tem esses movimentos que conseguem fazer essas... esse auxílio, né, para as famílias.

[21:12] **Entrevistada:** Pensando para o hospital, assim, para os hospitais, tanto INI e IFF, no IFF a gente tinha bastante articulação com esses movimentos assim. Aqui no INI, como eu falei, tô chegando agora, ainda não consegui perceber tanto. Deve ter, mas eu ainda não... assim, já veio uma pessoa aqui de uma ONG para pacientes com HIV, mas ela era uma pessoa amiga e ela veio visitar. Não foi no intuito de troca tipo instituição para instituição, sabe? Mas eu sei que tem. Mas acho que pela minha... pelo meu pouco tempo ainda não deu para pescar, sabe?

[21:48] **Entrevistada:** Mas no IFF tem... tinha bastante. Você via que muitas mães eram engajadas e já ouvi vários relatos, assim, do tipo: "Poxa, eu achei que como a minha doença era rara, só o meu filho que tinha. E aí num grupo de WhatsApp da ONG tal, eu vi que tem outras coisas. E, ah, às vezes eu precisava de um insumo, e aí eu vi que tinha esse caminho aqui porque a mãe tal fez esse caminho". Então tinha essa troca também e aproximação entre as mães, assim, entre as famílias. Por conta dessas... desses movimentos assim, que eram bem valiosos, sabe? Bem valiosos. Porque também até pensando na cuidadoria, assim. Uma das coisas que a gente tem percebido como... como importante do projeto é essa troca entre as mães, assim, é esse fortalecimento entre elas.

[22:38] **Entrevistada:** Porque se dá ruim para uma, dá ruim para todas, assim. Elas se seguram... eh, às vezes é isso, eu tô lá na cuidadoria, né, tenho os meus dias lá, mas meia-noite do domingo, eu tô na minha casa dormindo e elas estão lá internadas. Então elas se apoiam, elas se fortalecem, eh... então isso para a gente tem sido um puta ganho do projeto, sabe? Porque tipo: "Eita, deu certo", sabe? Se essas pessoas estão conseguindo se organizar e se enxergar ali como pares, como parceiras mesmo, assim, para além da nossa oferta, sabe? Eu acho que isso tem sido um presente para a gente de ver que tá funcionando, né, essa rede de afeto entre elas, essa rede de apoio verdadeira, assim, né? Então isso tem sido bem importante para a equipe da cuidadoria.

[23:30] **Entrevistada:** Porque tem muito a ver com o nosso trabalho, sabe? Tem muito a ver do que a gente promove, assim, do que a gente fala para elas, sabe? Que é muito a verdade assim, né, dessa coisa de... de entender que a gente não tá sozinho, né? Que família não é só quem tem o mesmo sangue, né? Que pode ser... pode ser a pessoa lá da igreja que você acredita, pode ser o teu vizinho, eh... e como que essa rede de apoio é importante para a gente poder ter vida, né? Porque é isso, não dá para seguir sozinho num momento difícil. Tem que ter... tem que ter colinho, né? Tem que ter um ombro ali para dar esse apoio.

[24:12] **Entrevistadora:** Acredito, Entrevistada, estamos chegando na metade. Tô preocupada com o seu almoço.

[24:16] **Entrevistada:** Não...



[24:17] **Entrevistadora:** Mas vamos lá. O... Pessoalmente, como você avalia a cultura de comunicação e fechamento do ciclo do cuidado, né? Referência ou contrarreferência nessa rede? Se pode ser ponto forte, fragilidade, intercorrência...

[24:32] **Entrevistada:** Não, vamos por partes. Se não eu não consigo.

[24:35] **Entrevistadora:** Tá bom. Fica tranquila, é isso mesmo.

[24:38] **Entrevistada:** Então, eu... assim, talvez eu seja muito romântica. Mas eu acho que... não consigo ver que o cuidado tem um fechamento, sabe? Eu acho que o cuidado ele precisa ser contínuo. Ainda que, eh, esteja ali na perspectiva de promoção e prevenção, sabe? Porque eu tô falando de dois institutos que têm... têm um atendimento de doenças que são complexas, né, e são doenças que são crônicas. Então a pessoa não deixa de ter. A pessoa vai levar aquilo para a vida toda.

[25:12] **Entrevistada:** E, eh, então acho que nesse cuidado ele não fecha. Esse cuidado ele tá sempre aberto e ele é contínuo. Às vezes ele é interrompido. Seja por questões próprias do paciente, porque ele não consegue, eh, não consegue elaborar mesmo, né? É muito difícil, assim, você estar doente e é uma doença que não tem cura e se for HIV tem um estigma... eh, e aí eu venho observando que, pensando aqui, né? Que o fato de ser HIV também é um outro peso, assim.

[25:48] **Entrevistada:** A família... tem gente que não fala, né, HIV assim. Fala "ah, esse negócio", "aquele...", né? Tem... tem um peso aí que... que é difícil de lidar, sabe? Então, acho que pensar essa comunicação entre as equipes, né, e com os pacientes também, né? Porque foi o que eu te falei, não fecha, né? O cuidado ele precisa ser... ser contínuo ali... mesmo que com a gente aqui feche um pouco, porque às vezes ele re-interna... eh, né, é um perfil de pacientes que acabam re-internando em algum momento... eh, por conta mesmo, né, da progressão da doença e tudo mais. Mas assim, a partir do momento que... que a doença está controlada e que ele consegue ter ali uma estabilidade clínica, eh, a gente entende que tem caldo, sabe? Precisa a gente continuar acompanhando a gente Saúde, né? Não mais o terciário, mas o a atenção básica que seja, né? Então acho que é importante sim ter essa progressão aí do cuidado, sabe?

[26:55] **Entrevistadora:** O... Quais seriam hoje as suas maiores preocupações em relação ao risco assistencial, né, do paciente se perder no fluxo, e um desperdício de tempo ou de recurso por falta de comunicação, né, por uma comunicação deficiente com esse paciente?

[27:12] **Entrevistada:** Tá. Eh, em relação ao risco assistencial... em relação à comunicação?

[27:18] **Entrevistadora:** Sim, do paciente ele se perder no fluxo, né? Ou ele tinha no processo, ele não foi comunicado ou precisou se ausentar de uma etapa e aí para reintegrar, para não ter que voltar para o início, ele se perder nesse fluxo de comunicação. Assim, que você visualiza como risco real, né? Do paciente se perder ou acabar tendo um desperdício de tempo no sistema ou de recurso. "Olha, a gente poderia atender mais e não consegue".

[27:48] **Entrevistada:** Tá. Hã... Bom, eu acho que, eh, pensando em risco, o que acontece... o que eu tenho observado muito aqui é uma não adesão ao tratamento, né, das medicações de



HIV. E... eu não... eu, aqui o INI, ele era muito pequeno... assim, muito pequeno, né? Mas ele era menor, melhor dizendo. E ele cresceu muito, né, com a história da Covid e a criação desses 120 leitos. Eh, e aí eu percebo que a comunicação entre internação e ambulatório, eh, ela muitas vezes é difícil, assim. Inclusive, eh, talvez seria muito interessante você conversar com alguém do ambulatório.

[28:38] **Entrevistada:** Porque talvez a pessoa consiga... porque, por exemplo, aqui tem algumas pesquisas acontecendo, né? Então, eh, tem, pelo fato de ser um instituto, né, e tudo mais, e em algum momento eu consegui encaminhar uma paciente que era um caso assim: o cara internou, HIV, já internou grave... uma semana... ele internou grave. E aí eu atendi essa, essa, a esposa, que foi falando um pouco e tudo mais, né? Foi uma entrevista social mesmo, né? E eu me dei conta na entrevista que ela nunca tinha testado.

[29:22] **Entrevistada:** E aí, eh, eu perguntei para ela, assim... "Mas me diz uma coisa, você testou? Você fez o teste, tudo mais?". Aí ela falou: "Não". Aí aquilo, eu já por dentro já pensei: "Meu Deus do céu, vamos testar, como é que eu vou pensar...". Aí eu já, como eu tô chegando agora, eu ainda não conheço tão bem como é que funcionam esses fluxos. Mas eu falei: "Caraca, não, essa mulher precisa testar, precisa testar, precisa testar, porque se ela tiver também, iniciar a medicação".

[29:45] **Entrevistada:** E aí, eh, aí eu falei assim para ela: "Mas... enfim, você toparia testar? Assim? Porque que não testou assim?". Tentei entender qual foi a natureza assim desse, dessa, fato dela não ter testado. E ela falou que ela ficou com medo. Ficou com medo e depois no final ela até falou: "Cara, muito obrigada assim, porque foi por sua causa assim que eu testei. Porque se você não tivesse parado para me escutar, se a gente não tivesse batido aquele papo, eh, eu acho que eu não ia testar, assim. Não ia conseguir, assim".

[30:20] **Entrevistada:** E no fim, foi um negócio assim... eu saí daqui 8 da noite, só para você ter ideia, assim, para eu conseguir que essa moça testasse. Porque, eh, é isso. Tem alguns fluxos que não são tão claros e parece que se você conhece alguém, aí você consegue. E eu, que estou chegando agora, não conheço ninguém. Então, eh, depois também de tudo o que ela estava passando, eu até depois até fiquei pensando: as colegas falaram para mim: "Ah, mas a gente só encaminha para a atenção básica".

[30:45] **Entrevistada:** Mas eu pensei: "Ah, mas se eu só encaminhar para a atenção básica, ela vai testar?". Se eu me liguei ali que ela estava tendo essa dificuldade, tipo, só encaminhar... né? Eu vou dar um papel para ela, vai lá e testa? Tudo bem, eu poderia fazer contato com a atenção básica, ver talvez alguém que pudesse recebê-la, enfim, tentar um contato mais próximo de alguém da atenção básica para a gente... Mas aí é isso, a atenção básica é o território dela. E muita gente não quer testar no seu próprio território. Então assim, enfim.

[31:12] **Entrevistada:** Eu achei que seria, bem, eu achei que seria mais fácil e seria mais efetivo para que ela testasse aqui, ela já estava aqui. E... Enfim, no fim eu consegui, mas eu tive que fazer uma parceria com um psicólogo que é super antigo aqui, que já está inclusive se aposentando, e ele que foi me ajudando. Mas foi um caminho meio árduo, assim, porque inclusive a médica que estava... aqui tem um PAT, que é um pronto atendimento. A médica que estava no PAT, ela disse que não ia testar, que não era o fluxo.



[31:48] **Entrevistada:** E aí eu, a gente foi para o ambulatório... como eu te falei, aqui são espaços físicos diferentes. Então eu subi com essa moça até lá na parte do ambulatório, que já estava em horário avançado, não testava. Mas a gente conseguiu falar com a chefia, que autorizou, aí desce, testa aqui. Então assim, depois eu até pensei nisso: "Poxa, eu deveria ter ido sozinha". Porque eu fui com ela, desço com ela. Sabe assim? Olha também esse ping-pong com o usuário, sabe? E a gente vai se dando conta, vai fazendo e aprendendo também, né?

[32:15] **Entrevistada:** E depois a gente, ela testou, a... quando eu procurei a médica para ver a questão do resultado, ela já tinha ido embora. Ou seja, ela pouco se importou ali. Porque assim, é um, é uma, é uma informação que é uma informação que vai mudar a vida da pessoa dali para frente, né? Então como é que você faz isso? E a minha sorte é que eu estava com esse psicólogo, que é um cara super engajado, um cara super profissional. Então a gente fez a comunicação do teste juntos, eh, fez um... tem uma, tem um protocolo, né, que é um pré-teste, um pós-teste. Então que você conversa com a pessoa antes dela testar e depois você conversa com a pessoa, faz um link aí, né, com essa comunicação no pós-teste.

[33:00] **Entrevistada:** Que é uma pessoa super qualificada e ainda bem, porque se dependesse dessa médica, é isso, a pessoa ia saber o resultado dia seguinte e olha a ansiedade para você faz um teste de HIV e precisa saber, entendeu? Enfim. E ela acabou positivando, essa mulher, uma mulher negra, eh, de uma região de favela aqui no Rio de Janeiro e o marido dela morreu na mesma semana. Então, foi muita coisa para ela. E a gente conseguiu inserir ela numa pesquisa aqui, com uma medicação nova, que parece que já tem, eh, já tem um certo, já tem, já tem um resultado positivo fora, mas estão testando aqui. E só que é uma pesquisa que tem acesso limitado.

[33:45] **Entrevistada:** Então, sei lá, tinham só mais três vagas e eu também não conhecia, então a partir dessa experiência eu conheci e consegui inserir essa moça e tempos depois eu tentei inserir um outro usuário e não consegui, porque já não tinha mais vaga. Então, eh, eu fiquei, eu fiquei, fiquei até curiosa para entender. Até fiquei de subir um dia para entender como é que funciona esse esquema do ambulatório e as pesquisas, como é que funcionam esses critérios de absorção. Porque acho que tem uma dinâmica que é muito própria aqui que eu, como eu cheguei agora, ainda não consigo pescar tanto, né?

[34:15] **Entrevistadora:** É, Entrevistada, você testada a cada caso que dá vontade de ir para o INI amanhã. Eu digo: "Espera aí, eu quero saber esse CSI que rolou aqui". Mas enfim, vamos lá. O... Na sua percepção, quais riscos corremos de não haver uma reorganização consistente da comunicação da rede nos próximos anos? Né, isso pensando básica, especializada, né? Ampliação de desigualdades, colapso de serviços de referência, judicialização em massa?

[34:46] **Entrevistada:** Pois é. Acaba que, eh, tem uma questão que é muito política, né, nesse sentido, assim. Porque, eh, em alguma medida, muita das... das decisões e das escolhas, né, vem de uma organização que é política e que eu acho que é muito difícil a gente conseguir ter uma organização, por exemplo, dos usuários, eh, no sentido de pressionar, no sentido de sair de um lugar só de queixa, né? Só de... foi o que eu falei, eu não tenho essa experiência aqui,



nem aqui nem no IFF de não ter vaga, né? Mas a gente sabe que em outras instituições, né, em outras unidades de saúde, eh, tem.

[35:28] **Entrevistada:** Então assim, de que forma a gente instrumentaliza esses usuários para que eles façam algum tipo de pressão, né? Tem alguns canais como a ouvidoria, eh, alguns recursos que a gente sabe que existem e que é possível ter algum tipo de, de, de demonstração de insatisfação. Não sei se isso é suficiente, sabe, Flávia? Não sei se isso é suficiente. Mas eu entendo que, que é um canal, sabe?

[35:55] **Entrevistada:** Eh, então eu acho que, se a gente pensar no presidente anterior, a gente tem o desmonte muito grande de muitas coisas assim, muito além do que... é muito maior assim o estrago. Porque não é só um estrago objetivo, é um estrago objetivo, né? Tipo tem uma questão objetiva ali. Mas tem uma questão subjetiva que é tão grande, que é você, você ver o usuário reproduzir o mesmo discurso assim... é de doer, assim.

[36:28] **Entrevistada:** E eu acho que é um estrago que é maior. Porque é isso, o objetivo, num próximo governante, a depender do que for, a gente consegue ali organizar a casa. Mas eu acho que quando isso você consegue convencer ali, no seu discurso, para que a pessoa reproduza isso, aí isso é difícil. Isso é difícil porque tem a ver com uma narrativa que quando ela é comprada, minha amiga, é... é complicado.

[36:54] **Entrevistada:** E agora a gente está lidando com um monte de coisa nova, né, com a inteligência artificial, com informações falsas, eh, com uma série de... sei lá, se eu pensar há 10 anos atrás, a gente não tinha isso, né? Então muitas vezes o fato do nosso saber enquanto profissional e ter essa troca com o usuário, eu acho que tinha uma escuta mais aberta do usuário, assim. E agora ele tem a corrente do WhatsApp lá que a tia mandou e que está dizendo que tem uma informação ali e que às vezes essa informação ela, ela se sobrepõe ao que a gente está falando, né? Então eu acho que isso é um, é um... foi um estrago muito grande nessa era esquisita aí que a gente passou. Pensando, tô restringindo aqui à saúde. Mas a gente sabe que outras políticas também, né, como a política de assistência social.

[37:45] **Entrevistada:** Então assim, não que esteja tudo maravilhoso agora, não é isso. Tem muita coisa para melhorar. Eh, mas eu acho que quando a gente tem pessoas que têm uma valorização da saúde pública, que entende isso como algo importante, sabe? Eu acho que faz muita diferença para o nosso trabalho aqui na ponta, sabe? Faz muita diferença.

[38:10] **Entrevistadora:** Até o Programa Nacional de Vacinação, né? A gente está com baixas de... baixa cobertura e retorno de doenças que já tinham sido erradicadas do país. Mas enfim, vamos lá. Algumas dessas perguntas aqui eu sei que na sua narrativa você já vinha falando, né? Mas eu vou seguir aqui o roteiro.

Entrevistadora: ...Entrevistada, você acabou trazendo informações justamente para a pergunta seguinte, que é: quais ferramentas ou documentos você considera essenciais para o fechamento do ciclo de referência ser mais efetivo? O diagnóstico situacional, definição de diretrizes, se é a pactuação interfederativa, definição de fluxos ou indicadores, né? Quando você aponta para esse documento "tecnologia", que a gente não tem nome ainda...



Entrevistada: Tá. É... Aqui no hospital a gente usa o PTS, que é o Projeto Terapêutico Singular. Não sei se você conhece. Ele é um instrumento que não é engessado. É um instrumento que é vivo, que é dinâmico, e ele tem... ou pelo menos deveria ter, tá? Tô falando aqui um pouco mais da literatura do que o que realmente acontece. Mas ele é um documento "equipe-família-paciente" e que tem o histórico do paciente e, mais do que isso, ele tem um planejamento para o paciente. Porque ele é um projeto e ele é singular, então cada paciente deveria ter o seu.

E a ideia é um pouco que a equipe possa discutir isso com a família e com o paciente. Aqui no INI... No IFF [Instituto Fernandes Figueira], eu gostava mais das discussões de PTS, porque a gente sentava, discutia, tinha uma comunicação mais fluida com esse instrumento. Aqui no INI, eu tô entendendo que tem uma percepção diferente do PTS. Tô entendendo também que está sendo discutido isso, então não é uma coisa que tá tão consolidada. Porque, pelo o que até a minha chefe me falou essa semana, parece que uma chefia tem um entendimento, a outra chefia tem outro. Então estão tentando alinhar as compreensões do instrumento.

Mas ele é um pouco esse instrumento para ter essas informações gerais e planos para o paciente. E o mais legal é que, na teoria, ele é um instrumento democrático. Então o paciente também tem voz, o paciente e a família. Isso acontece na prática? Não sei te dizer, sabe? Mas na literatura ele é um instrumento bem legal.

Prontuário e Comunicação Informal

Entrevistada: O prontuário, que eu falei, né, que acho que é o nosso principal meio de comunicar. E tem essas comunicações mais informais, como WhatsApp, que acaba que tem sido um instrumento bem importante. Por conta da LGPD [Lei Geral de Proteção de Dados], tem muitas limitações também, às vezes para envio de documento e tal. A gente sabe que acontece, né? Nem sei se eu poderia falar isso.

Entrevistadora: Dado sensível, né?

Entrevistada: Pois é. Pois é. Então tem um grupo aqui no CTI, aí o pessoal bota laudo... No IFF – aí eu tô falando de dez anos atrás – às vezes a gente compartilhava até foto, né? Foto de ferida, foto de não sei o quê. Era um horror. Eu nunca abria essas fotos porque eu não curto ver essas coisas, não tem nada a ver com o meu trabalho. E eu acho que... não sei, assim. Precisa? Realmente eu não sei qual a importância disso. Talvez entre médicos, enfermeiros, faça sentido ter essas fotos. Mas enfim. Eu acho que são esses instrumentos. Na ponta, de fato, é o PTS e o prontuário, acho que os principais.

Relatórios e Articulação com a Rede

Entrevistada: Para quando a gente faz uma comunicação com a rede, tem os relatórios, né? Então, o relatório social. Seja para Conselho Tutelar, seja para a Atenção Básica também, se for preciso. Articulação com outras políticas, Previdência Social. Então, quando a gente tem encaminhamento para o INSS, muitas vezes é necessário fazer esse tipo de documento para fora. Eu acho que, pensando internamente, é prontuário e PTS. Externamente, é mais esses relatórios mesmo. Relatório, laudo, né, quando é médico, encaminhamentos.



Entrevistadora: Entrevistada, assim, eu acho que você já respondeu às perguntas seguintes, mas eu vou ler para a gente checar juntas. De que maneira você procura levar para a mesa de gestão a perspectiva da assistência especializada sobre a necessidade de qualificar a informação para a Atenção Básica? Após a definição dos fluxos, que ações concretas você tem observado em termos de implementação de ferramentas de comunicação e informação? Checklist no sistema, grupos de comunicação, mini roteiros? Mas aí... E a outra pergunta é: No seu serviço, o que tem sido feito para promover o diálogo e o aprendizado com as equipes da Atenção Básica? Reunião, matriciamento?

O Desafio da Integração com a Atenção Básica

Entrevistada: Vou começar com essa de trás, porque acho que fica mais fácil. Depois se você puder repetir a primeira... Em relação a... você perguntou sobre essa questão de como que a gente faz para fazer esse diálogo com a Atenção Básica, né?

Entrevistadora: E como levar para a mesa de gestão. Tipo assim, a gente não consegue, como é que a gente leva para o gestor.

Entrevistada: É. Então, eu... um exemplo prático aqui que aconteceu. Eu estou há pouco tempo, tudo mais, e eu recebi a visita de duas médicas, duas médicas da Atenção Básica, para discutir um paciente. E eu achei muito interessante, a gente discutiu o caso e tudo mais. E me chamou a atenção. Porque no IFF nunca aconteceu isso. Eu trabalhei muito mais tempo lá. Já aconteceu da Atenção Básica ir, mas por um convite nosso. Mas uma iniciativa da própria Atenção Básica de vir aqui e tudo mais, isso foi novidade para mim.

E eu, que adoro me comunicar, conhecer pessoas e ter contatos e tudo mais, eu fiquei muito feliz com isso. E a partir disso me deu um *start* de ir até a Atenção Básica. Com a minha chefe. Então a minha chefe, toda vez que eu mando mensagem, ela fala: "Ai meu Deus". Porque ela fala que eu tô chegando agora, né? E ela fica brincando assim: "Você tá chegando com muito gás e tal, vamos com calma". Porque, né, tem muita coisa, muitas demandas de cima.

Mas eu acho que tem coisas que são muito importantes. Que é ter esse contato com o território, pelo menos. Ainda que a gente não se limite, não tenha uma lógica de território – porque foi o que eu falei, a gente atende pacientes de outros bairros, de outras regiões – e aí a gente foi até a Atenção Básica, daqui do próprio, da Fiocruz, que é a Clínica da Família... "Sinval"... alguma coisa. Esqueci o nome. Não conhece, não?

Entrevistadora: Não. Também vejo as meninas falarem, mas realmente não sei qual é o nome.

Entrevistada: É Sinval... É Sinval. E a gente foi lá para conversar um pouco. E a gente entendeu que eles também têm... Assim, o que é que eu me dei conta, na verdade, assim? Muitas vezes, as questões das relações, assim, superam, extrapolam as necessidades do usuário. Por que que eu tô falando isso? A gente foi lá um pouco para dizer: "Olha, o Serviço Social do INI tá aberto ao diálogo. Quando precisar ir lá, a equipe, fiquem à vontade. A gente gostou muito de receber as duas médicas". A gente veio aqui também para conhecer.



A gente até estabeleceu que, quando internasse alguém lá que eles estivessem acompanhando, que a gente avisaria. Porque para eles isso era importante, saber quem é que estava internado.

Conflitos Históricos e Gestão de Território

Entrevistada: Então, assim, a gente conseguiu sair com um trabalho em equipe da unidade. Mas a gente entendeu também que tinham muitos conflitos. Assim... Pelo que eu entendi, e aí são conflitos meio históricos. Porque existia um ambulatório naquele espaço físico e depois, não sei por que – a pessoa também não entrou nesses detalhes – cria-se uma Clínica da Família ali. Então eles dividem um ambulatório especializado e divide o espaço com a Clínica da Família, que é a Atenção Básica. E as equipes não têm tanto... não têm tanto afeto um pelo outro.

Isso acaba dificultando um pouco essa questão da comunicação, né? De como às vezes conflitos entre as equipes prejudicam um pouco o processo de trabalho, sabe? E eu entendi que também tinha um conflito aqui com o nosso NIR [Núcleo Interno de Regulação]. Porque em algum momento eles mandavam o paciente para cá para internar e nem sempre o NIR absorvia, e nem sempre se justificava... Enfim. Então eu também entendi que era uma briga mais de gestão.

E aí a gente que tá na ponta fica um pouco vendido, né? Assim... Como é que a gente faz isso? E eu também entendi que, eu chegando agora, não ia poder fazer muita coisa. Porque enquanto eu não entender quem são essas pessoas que estão aqui do ponto de vista político, né? Quem é... Tem o gestor, a gente sabe. Mas às vezes não é o gestor que manda, né? Às vezes tem alguém ali que é a pessoa de fato que tem influência. Então eu ainda não consigo ter esse olhar em cinco meses, sabe? Eu já entendi algumas coisas. Tem coisas que são muito claras aqui. Mas eu ainda não entendi tudo.

Então eu recuei, nesse momento, em relação a essa parceria. Mas a gente conseguiu tirar também, além dessa ideia de comunicar quando internasse, a gente conseguiu uma atividade de, em março, para que a Atenção Básica venha aqui e explique um pouco sobre o que é a Atenção Básica. E aí a gente vai convidar profissionais de várias unidades para ter essa conversa.

Capacitação e Competências

Entrevistada: Porque eu senti uma certa queixa dela. Porque, por exemplo, surgiu uma demanda daqui do INI para que viesse uma dentista para fazer um procedimento num paciente. Mas é isso, a dentista da Atenção Básica, ela tem um perfil. E aí ela vem para cá, numa UTI/CTI, para fazer um procedimento num paciente que... assim... num nível de complexidade que não era da Atenção Básica. O que também coloca o profissional num lugar de insegurança.

E aí, pela nossa falta de não ter um profissional adequado ali para lidar com a situação, né? Que fosse especializado no sentido de poder atender aquele perfil. E aí a gente faz esse pedido, quase que um favor, para a Atenção Básica, que cumpre até um determinado ponto, mas depois ela recua. Porque ela consegue fazer em um paciente, mas no outro ela já não consegue. E aí já tem um ruído.



Porque a gente fica chateado porque ela não consegue atender, e ela fica chateada porque ela não... ela não tem competência, não porque ela é incompetente, mas não tá dentro do rol ali das habilidades dela, sabe? Do que ela pode oferecer. Porque ela é Atenção Básica. E aí, a partir disso, eu... É isso. Como que eu levo isso para o gestor? Isso é para eu pensar também, assim. Eu não tenho nada pronto. A gente vai tentando aqui e ali, vai vendo o que dá para fazer. Mas tem momento que também é isso, eu falei: "Opa, não dá para mexer nesse vespeiro ainda, porque tô chegando agora e vi que o problema é muito maior".

Entrevistadora: E como que você propõe talvez uma contratação de um dentista? Como é que você coloca na mesa que um dentista é importante?

Entrevistada: Aí a gente tá mexendo com política, né? Porque com gestão. Então... É isso, eu ainda preciso amadurecer. E preciso também criar carcaça aqui para eu poder ter certas brigas, né? E nesse momento eu sou... Ninguém (risos).

Entrevistadora: Diga... Construindo o capital social, né Entrevistada? Construindo capital social nesse patamar, com recurso zero e muita simpatia.

Entrevistada: É! A gente vai construindo a nossa trajetória também assim, né? Porque é isso, eu não tô fazendo isso porque eu quero, que eu acho... Né? Tô fazendo isso porque para o usuário é importante. Tô fazendo isso porque, se teve essa demanda para o dentista em algum momento, é porque isso é relevante, né? Então assim, ninguém tá inventando nada. A gente não tá inventando demanda, não tá inventando a contratação de profissional. Me parece que é uma demanda que está defasada, né? Que não tem. Então a Atenção Básica trouxe isso para mim, por exemplo. Que eu também não sabia.

Gargalos Operacionais: Sistema e Violência Urbana

Entrevistadora: Entendi. Entrevistada, você tinha pedido para segmentar as perguntas, mas eu acho que você respondeu a outra, que era: "No seu serviço, o que tem feito para promover o diálogo e o aprendizado?", quando você fala que em março vai ter uma atividade de convite, né? Então, e como você traz, assim... tem o ponto de vista da especializada que precisa e fornece coisas, e tem o socorro que vocês pedem à Atenção Básica. Mas que muitas vezes é algo muito singular, além de estar fora do rol de escopo de atribuição, que coloca também o outro profissional numa situação delicada, né?

Entrevistada: Totalmente. Totalmente. Mas eu acho que essas atividades assim, eu sou muito a favor dessa educação continuada, assim. Eu acho que não dá para parar de estudar, não dá para parar de pensar. Porque o cotidiano, ele te atropela. Se você só fizer, você só faz. Você tem que pensar, você tem que parar e pensar no que que você tá fazendo. Porque se a gente só faz, vira automático. É isso. Se tem um monte de óbito, eu só falo: "Morreu. Fulano morreu. Infelizmente, veio a óbito". Se eu não penso sobre isso, é isso, a gente vira robô, né?

Então, para mim, esses espaços, eles são muito, muito importantes. E eu tenho tentado, apesar do meu pouco tempo aqui, eu tenho tentado plantar essa sementinha com a equipe, sabe? Porque é uma equipe muito boa, muito qualificada, mas é uma equipe que faz muito, mas pensa... não é que pensa pouco, mas não consegue se dar o direito de ter um espaço para pensar. E se eu puder plantar essa sementinha aqui, eu tô muito a fim. É isso.



A gente teve uma atividade com o INSS semana passada, convidei uma assistente social do INSS, aí a gente tira dúvida, a gente fala, a gente discute caso. E em março tem essa atividade com a Atenção Básica.

Também pensando nesse sentido: todo mundo sabe o que é Atenção Básica. Mas será que a gente conhece as particularidades do Sinval? Que tá aqui dentro? No nosso mesmo espaço físico aqui, a Fiocruz? A gente sabe quem é o perfil de pacientes que eles atendem? Quem são os pacientes em comum que a gente tem? Será que a gente sabe? A gente tem, dá onde? Então acho que ter essa aproximação vai ser bom. E é só um primeiro passo, porque assim, tem outras unidades de Atenção Básica aqui do território. E a ideia é um pouco ir fazendo essa expansão territorial, né? Dentro do que for possível, né?

Entrevistadora: Entendo. Dores e frustrações. Novidade. Quais são hoje os principais gargalos operacionais que dificultam a integração ou interoperabilidade dos sistemas de informação (prontuário eletrônico, regulação) entre a Básica e a Especializada? O que é que você visualiza como principal gargalo? Regulação, sistema de informação, transporte sanitário, insumos ou recursos humanos?

Entrevistada: Acho que tem um pouco de tudo, né? Acho que você conseguiu trazer um pouco de tudo. Porque essa questão do prontuário, né? Que a gente não consegue se comunicar tão bem. Quando você extrapola ali os muros da sua unidade, isso acaba dificultando um pouco. E acho que pensar essa comunicação com a Atenção Básica faz muita diferença. Porque eu tô no CTI, mas em algum momento esse paciente vai para casa, ele faz um trajeto, né, no hospital.

Então, nesse trajeto, quando ele tá próximo de ir para casa, eu acho que é importante ter essa comunicação com a Atenção Básica. Mas não necessariamente partir daquele momento que ele tá próximo de ir. Acho que ao longo da internação a gente pode ir construindo isso. Porque leva tempo. Não vou jogar na internet aqui o contato, vou ligar e vou conseguir e tudo mais. Às vezes é isso: às vezes eu não tenho internet. Às vezes eu tô preocupada aqui com o tiroteio que tá tendo na Maré. Que essa questão da violência urbana também atravessa a gente aqui.

Então, tem esse gargalo que muitas vezes é um gargalo que não é previsto, né? Que essa questão da violência urbana, por exemplo, e que tá presente não só aqui, mas em outras unidades. Mas também tem esse gargalo de um prontuário que não é possível acessar, né? O que eu escrevo aqui, a pessoa da Atenção Básica não tá vendo. Talvez fosse relevante ela saber o que eu tô fazendo aqui, qual foi a conduta que eu tive, qual foi o meu plano, né, para aquela família, para aquele usuário. Então acho que isso faz falta, assim. Faz falta.

Governança e Dificuldades na Mudança de Jornada

Entrevistadora: Do ponto de vista da governança e gestão, o que mais limita a implementação das diretrizes para fechar o ciclo de contrarreferência de forma ágil e completa? E lembre-se, Entrevistada, fique bem à vontade para dizer sim, não...

Entrevistada: É, essa realmente eu não... acho que eu não tenho *know-how* assim para responder, sabe?



Entrevistadora: Fica tranquila. Você já tinha me dito isso antes, mas como eu tô seguindo o roteiro... Durante a construção ou a revisão de fluxos, houve tensões ou conflitos relevantes ligados à responsabilidade da informação entre a Básica e a Especializada ou a Regulação? E como isso foi equacionado? E vou colocar uma outra pergunta junto. Na sua experiência, o que é mais difícil de transformar as normas sobre protocolos e comunicação em uma mudança concreta na jornada do paciente? Sabe, que às vezes a gente pensa nos fluxos, "ah, vai ser melhor assim para o paciente", mas o que é mais difícil para transformar isso num benefício concreto para o paciente?

Entrevistada: É. Olha, eu acho que quando a gente... eu falei do PTS, né, que é esse Projeto Terapêutico Singular. Nele a gente traça muitos fluxos e muitos processos, assim, né? Para pensar esse paciente internado e depois ele indo para casa. Tem muita coisa que é muito concreta, né? E que a gente não consegue... não consegue executar. Por exemplo, pensando na questão de reabilitação. Sempre foi difícil inserir o paciente no serviço de fisioterapia, terapia ocupacional. São serviços, especialidades, né, de pensar em reabilitação, que muitas vezes torna difícil essa inserção do paciente.

Pensar também às vezes a aquisição de determinados medicamentos. Que seja porque tem um custo alto, ou seja porque a rede não... a Atenção Básica não dispensa. Então você vai criando estratégia ali, né? O que é que você faz quando isso acontece? Aqui no município do Rio, por exemplo, tem a Rio Farma, que é uma farmácia de medicamento de alto custo. Então você consegue fazer a retirada de alguns medicamentos. Mas também não tem tudo. Então judicializa? Tem a Câmara de Litígio no centro do Rio.

A gente tem alguns mecanismos, algumas estratégias, né, do ponto de vista das políticas públicas, para que o usuário não fique sem. E às vezes o que funciona também é o Terceiro Setor, assim. No IFF, eu arrisco dizer que se não fosse o Terceiro Setor, não desospitalizava ninguém. Porque foi uma dinâmica que ficou estabelecida, que foi sendo construída e foi possível. Tá? Não é uma crítica, não. Foi possível pra gente levar essas crianças para casa, teve que ser por esse caminho, assim. De doação, de uma sociedade civil organizada e fazendo captação de recursos. Foi assim que a gente conseguiu fazer muito do que a gente fez, sabe? Então, que bom que a gente conseguiu, mas é uma pena. Porque isso tinha que ser, isso tinha que ser dentro, né, da esfera pública ali.



3 - QUESTIONÁRIO APLICADO – PROFISSIONAL DA REGULAÇÃO

1.1. Para começarmos, poderia se apresentar brevemente? (Formação, área de atuação, tempo de trabalho na saúde.)

Minha formação é em Serviço Social, atuo atualmente no NIR ambulatorial da unidade. Na saúde já estou em atuação há 38 anos.

1.2. Em qual esfera e nível atua hoje? (Municipal, estadual, federal; gestão central, regional, unidade de saúde, outro.)

Nível Federal

1.3. Qual é a sua função atual no processo de regulação do acesso à atenção especializada e como ela se relaciona com a gestão da informação/comunicação na rede?

• Regulação de consultas, exames, internações; coordenação de núcleo de regulação; apoio técnico; análise de dados etc .

A função versa sobre os agendamentos ambulatoriais realizados pelo Sistema de Regulação Estadual (SER). Ou seja, abertura de vagas para atendimento de primeira vez, incluindo avaliação de vagas extras, quando demandadas pela própria regulação, Mandado Judicial e situações clínicas.

Ainda que seja uma unidade executante, em algumas situações, insiro solicitação de exame e consulta de forma bem específica.

Anteriormente inseria solicitações em vaga zero e solicitação também de transferências para outro serviço da rede, quando não dispomos do serviço adequado ao quadro do paciente. Atualmente essa é uma demanda realizada pelo NIR de uma outra unidade da Instituição que centraliza essas demandas.

1.4. Como se dá sua participação na construção de políticas públicas (normativas, protocolos, redes temáticas) que visam integrar a comunicação AB-AES?

Não atuo na construção de políticas públicas, minha função se dá no âmbito das execuções.

2.1. Quando olha para a comunicação e o fluxo de informação no acesso à Atenção Especializada no seu território, o que mais lhe salta aos olhos em termos de fragilidades? (Ex.: sistemas que não conversam, falta de devolutiva, informações incompletas.) • Filas, tempos de espera, distribuição de oferta, vazios assistenciais, sobrecarga em certos serviços.

Uma das questões que me causam inquietudes é a distribuição de ofertas de vagas, com serviços que ofertam muitas poucas vagas o que ocasionam sobrecarga em outros serviços. A fila também é algo que também preocupa, juntamente, com o tempo de espera.

Quanto ao sistema, percebo que não conversam entre si, existem também a falta de devolutiva e informações incompletas.



2.2. Como você enxerga hoje a organização da rede de referência e contrarreferência entre Atenção Básica e Atenção Especializada, especificamente do ponto de vista da qualidade e tempestividade da informação

A referência e contrarreferência, ainda é um ponto de fragilidade, alguns serviços e/ou profissionais não utilizam dessa ferramenta, como forma a otimizar o andar do usuário na rede, contribuindo para que ele percorra um fluxo mais ágil e efetivo.

Observa-se que ainda existem locais que não fazem a contrarreferência do usuário, ao devolvê-lo à rede de atenção, dessa forma o local que recebe o usuário fica sem saber ao certo o que ocorreu com ele no local para o qual foi referenciado.

Cabe ressaltar que tenho observado que muitos serviços utilizam a contrarreferência de forma usual, já estando incorporado à sua rotina.

2.3. Em quais especialidades ou procedimentos a comunicação deficiente e a falta de integração geram mais uso ineficiente da AE ou sobrecarga desnecessária nas urgências/emergências? • Eletivas, alta complexidade, exames de apoio diagnóstico, oncologia, ortopedia, cardiologia etc.

Não tenho como responder sobre todos, mais por certo, a comunicação deficiente e a falta de integração geram sobrecarga aos diversos serviços prestados pela rede. Trabalhar a integralidade das ações garante o acesso do usuário à saúde a qual ele tem direito.

2.4. Na sua percepção, há desigualdades territoriais ou sociais no acesso que são agravadas pela falha nos canais de comunicação ou transparência da fila de espera?

Certamente que há desigualdade territorial e sociais e que têm seu agravamento na falta de comunicação entre os diferentes serviços que não conversam entre si, que ficam restritos apenas aos seus espaços de atuação, muitas vezes não sabendo o que o outro faz.

Quanto a criação do Painel de Transparência da Fila de espera, é algo positivo, no entanto existem nuances que apenas as pessoas que lidam com o sistema têm conhecimento, visto que por trás do rank da fila tem especificidades diferentes, que inferem diretamente na classificação de risco, que não se visualiza, mas que é determinante na cronologia dos agendamentos. Ademais sair da fila não significa que foi agendado, pode ter sido pendenciado por falta algum exame que não foi anexado.

Muitas vezes não é comunicado na solicitação, alguma situação que precisam ser consideradas pelo médico regulador, que serão importante no momento que vai se analisar as informações sobre o quadro clínico do paciente, por exemplo.

3.1. Que tipos de demandas e reclamações você mais escuta dos usuários e familiares em relação à falta de informação sobre sua posição na fila ou sobre a continuidade do cuidado?



De modo geral, os usuários reclamam que perguntam sobre o agendamento, mas recebem apenas a informação que tem que esperar, que não é fornecido nenhum “papel” mostrando que foi inserida na regulação. Verifico que não são informados da existência do Pannel da Fila de Espera, para verificarem posição na fila.

Pensam ainda no SISREG como a única ferramenta de solicitação da consulta ambulatorial, e muitas vezes quando ainda não foram agendados são informados de forma equivocada que a culpa é do INCA que ainda não agendou **(SIC)**

Bom registrar, que com a criação da Serena, Assistente Virtual da Central Estadual de Regulação do Estado do Rio de Janeiro, o paciente recebe automaticamente mensagem informado que foi inserido no sistema e qual o número da solicitação e quando agendado receber de imediato a informação do agendamento.

Para que a Serena consiga de fato enviar a mensagem é necessário que ao cadastrar a solicitação seja verificado se o celular que consta no cadastro encontra-se devidamente atualizado.

3.2. E dos profissionais de saúde e gestores (Atenção Básica, especializada, regulação)? Quais narrativas se repetem sobre a interoperabilidade de sistemas, protocolos de comunicação e o retrabalho.

Sendo o contato maior com o regulador(SER), podemos dizer que a narrativa versa sobre os equívocos na inserção do recurso e a falta de informações e exames que não são anexados, o que obriga ao pendenciamento da solicitação.



4 - ENTREVISTA - PROFISSIONAL ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Entrevistado: CAVM

Transcrição gerada por computador de entrevista realizada em /12/2025 através da Plataforma GoogleMeet

Entrevistador: Ó, essa entrevista faz parte de um estudo sobre o desafio de fortalecer a comunicação na rede de atenção à saúde.

Entrevistador: Nosso foco é o problema da comunicação deficiente entre a atenção básica, a atenção especializada e o usuário,

Entrevistado: Sì.

Entrevistador: que resulta em uso ineficiente da atenção especializada, filas e sobrecarga das urgências.

Entrevistador: Gostaria de ouvir sua experiência na atenção especializada,

Entrevistado: Sì.

Entrevistador: entendendo como a falha de comunicação impacta seu cotidiano e que soluções você vislumbra para promover uma atenção integral e mais eficiente.

Entrevistador: A entrevista deve durar cerca de 20 a 30 minutos, tá?

Entrevistador: E aí eu tenho aqui os tópicos.

Entrevistador: Então, o primeiro deles, eu queria que você se apresentasse brevemente em relação à sua formação, especialização, tempo de atuação na atenção especializada,

Entrevistado: OK.

Entrevistado: Eh,

Entrevistador: né?

Entrevistado: eu eu sou a Carla Carla André Vila Nova Marques, enfermeira, graduada no ano de 2001 numa universidade em São Paulo, mas antes mesmo, durante a graduação, eh,

Entrevistado: eu já era bastante atenta à possibilidades de de melhorar meu engajamento dentro da própria carreira, que ainda nem tinha me formado.

Entrevistado: e ficava atento aos morais da escola e percebi que já existia a possibilidade de fazer estágio extracurricular.

Entrevistado: E o estágio extracurricular poderia ser a partir do segundo ano depois que a gente cursa as disciplinas básicas de semiologia e semiotécnica.

Entrevistado: Então eu busquei essa possibilidade durante a graduação e tive a oportunidade de trabalhar no serviço de da saúde suplementar com atendimento em enfermaria para paciente oncológico.



00:05:00

Entrevistado: Aí essa época, como ainda tava em formação, então não prestava muita atenção sobre essa situação de comunicação eh dentro do serviço público, mesmo porque eu tava dentro de um serviço privado.

Entrevistado: Minha próxima experiência, eu fiquei quase um ano nesse primeiro serviço e minha última experiência ainda em processo de formação foi no a Camargo em São Paulo, que era um hospital filantrópico, portanto atendia tanto pacientes do SUS eh, quanto os pacientes conveniados.

Entrevistado: E aí eu fiquei ali também em serviço de emergência e pude participar de vários cursos de formação eh dentro já da área de oncologia durante o processo de formação.

Entrevistado: E uma das professoras da graduação que eu gostava muito é a Maria Teresa Cícero Laganá.

Entrevistado: Eh, ela deu a disciplina de saúde coletiva.

Entrevistado: Então, eu sempre adorei saúde coletiva, mas além de saúde coletiva, ela também eh era muito engajada e aprofundada na temática de câncer.

Entrevistado: Então, isso fez com que me aprofundasse tanto na em questões de saúde coletiva quanto na parte de oncologia.

Entrevistado: Assim que eu terminei a a graduação, a primeira especialização que eu escolhi por fazer foi a especialização em enfermagem oncológica pela USP de Ribeirão Preto, ou seja, um centro de excelência que procura formar principalmente pra rede e também retrata um

Entrevistado: tanto quanto de problemas que a gente tem dentro do sistema, eh, atrelado aí à rede de atenção ao câncer.

Entrevistado: Eh, nessa minha trajetória passei por outra, a minha primeiro vínculo de trabalho foi no no Hospital Beneficência Portuguesa, que também era filantrópico, ou seja, atendia tanto o SUS quanto eh a rede eh privada, pacientes conveniadas.

Entrevistado: O emprego subsequente foi um concurso que eu fiz eh no hospital das clínicas em São Paulo, então um hospital plenamente público e no setor que eu fiquei a gente atendia também pacientes oncológicos, incluindo adolescentes,

Entrevistado: eh porque era a parte do de do IoT, né, que é o Instituto de Ortopedia e Traumatologia.

Entrevistado: Então, a gente lidava com esses problemas de comunicação e dificuldade para contrarreferenciar.

Entrevistado: Ah, o o emprego subsequente foi no Einstein.

Entrevistado: E no Einstein ele atendia algo de filantropia, mas era muito mais voltado para transplante.



Entrevistado: E nessa época eu fiquei especificamente atuando no no setor de oncologia, mas ali o enfoque maior realmente eram de pacientes da sistema complementar e não só usuários do do SUS plenamente.

Entrevistado: Passei no concurso do Inca, o Instituto Nacional do Câncer, e aqui permaneço desde 2011. Nesse interim de vivência eh prática da do conhecimento, eu continuei estudando,

Entrevistado: fiz outra um aprimoramento em transplante de medula óssea, eh em psicooncologia.

Entrevistado: Eu fiz eh outra especialização em gestão e educação.

Entrevistado: Fiz mais uma gestão em saúde da mulher no climatério pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Entrevistado: uma outra especialização eh em políticas públicas recentemente na Fio Cruz, políticas públicas voltado paraa área da saúde e eh fiz o mestrado e o doutorado pela universidade pública eh a Federal de São Paulo.

Entrevistado: justamente tratando de uma temática que eu amo muito, que é a situação de políticas públicas voltada pro câncer de mama e averiguação de o quanto do que o governo preconiza vinha sendo executado, porque na prática clínica o que eu mais via,

Entrevistado: seja no sistema complementar de saúde e e principalmente ali nos serviços filantrópicos e no público, era o câncer chegando em estadio avançado.

Entrevistado: tive a possibilidade ainda dentro da minha carreira, já estando no Inca, após eh finalização do doutorado, de fazer um estágio na Organização Mundial de Saúde, no Departamento eh de Recursos Humanos, sobre a supervisão de Eh, ai,

Entrevistado: agora não tô lembrando o nome da doutora, mas também uma enfermeira renomada que já foi professora na eh e até mesmo diretora da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto.

Entrevistado: Então, tive contato com TIF Nurces e e com vários eventos e líderes eh nacionais acerca das situações de saúde, os problemas na América Latina e pude colaborar no desenvolvimento do documento, eh,

00:10:00

Entrevistado: que é o plano estratégico para o alcance das metodos da da agenda de desenvolvimento social, agenda 2030, para enfermagem na região das Américas.

Entrevistado: Eh, a lembrei com a Dra. Silvia, que era responsável à época.

Entrevistado: Eh, eu acho que essa eh foi assim que eu fui, né, galgando a carreira e aqui cheguei e lá no Inca colaboro na assistência.

Entrevistado: Eh, tô tendo a possibilidade agora de estar fazendo, auxiliando na gestão, já estive na parte de educação continuada e permanente e trabalho com ensino, pesquisa, assistência e principalmente desenvolvendo eh estudos atrelados aí à implementação de



Entrevistado: políticas públicas ou propondo melhorias eh paraa assistência direta aos pacientes oncológicos.

Entrevistador: Tá.

Entrevistador: A próxima questão versava sobre isso.

Entrevistador: Em que tipo de serviço da atenção especializada você atua atualmente?

Entrevistado: Ah, tá.

Entrevistado: esqueci de contar que eu tive a possibilidade e colaborei, né, na elaboração do Plano Estadual de Câncer do Estado do Rio de Janeiro, que eu fui indicada pro cargo para ser a responsável eh pelo plano estadual de câncer por conta dessa formação.

Entrevistado: Eh, entretanto, eh, não houve sessão do INCA para que eu fosse direcionada para esse cargo, mas foi interessantíssimo dialogar com a rede, né?

Entrevistado: Então, eu dialoguei com vários atores de diversas posições dentro da Secretaria Estadual e até mesmo representantes dentro da esfera municipal sobre os problemas atrelados à concepção do teórico pro prático, né?

Entrevistado: Então, passando do campo da das ideias para a prática para implementar a rede.

Entrevistado: Então, o que que a gente tinha de gargalos e como que a gente poderia driblar?

Entrevistado: Eu ajudei a mapear e propor algumas ideias.

Entrevistador: Так.

Entrevistador: Eh, a segunda pergunta é: em que tipo de serviço da atenção especializada você atua

Entrevistado: Atualmente eu atuo no Instituto Nacional do Câncer,

Entrevistador: atualmente?

Entrevistado: atenção terciária.

Entrevistado: Eh, entretanto, pelo fato do Inca ser um centro formador, a gente dialoga com diferentes atores, né?

Entrevistado: seja os que vem fazer curso ou a gente precisa, mesmo estando na atenção terciária, conversar, por exemplo, com atenção primária ou atenção secundária para ajudar o paciente, por exemplo, realizar exames em tempo on time ou ter a continuidade do seu cuidado perto do domicílio,

Entrevistado: como por exemplo, a realização de durativo de uma ferida tumoral.

Entrevistado: Estou na atenção terciária, mas na atenção terciária eu faço interlocução com esses outros eh níveis de

Entrevistador: Tá?

Entrevistado: atenção.



Entrevistador: Então, atualmente você tá atuando num cacom, certo?

Entrevistado: Sim. Na terciária com adulto.

Entrevistado: Eh, isso no Inca,

Entrevistador: Tá.

Entrevistado: na

Entrevistador: A próxima pergunta,

Entrevistado: assistência.

Entrevistador: quais são hoje suas principais atribuições diretamente relacionadas à interação ou interface com a atenção básica ou com a regulação?

Entrevistado: Ah, são muitas.

Entrevistado: Eh, no momento eu tô na posição de eh líder setorial do ambulatório e da enfermagem, né?

Entrevistado: E ali como enfermeira a gente fica e como líder setorial a gente fica no entremeio de todas as outras eh especialidades e também tem que dialogar com atenção primária, porque eh via ambulatório é que a gente recebe da regulação os

Entrevistado: pacientes que precisam de uma avaliação especializada eh para iniciar para primeiro para confirmar se realmente é ou não é câncer.

Entrevistado: e para aqueles que já têm caso confirmado, para ter a avaliação dos demais especialistas, incluindo também ali o enfermeiro, de qual é a modalidade de tratamento.

Entrevistado: Então, a gente recebe da atenção primária via regulação esses profissionais.

Entrevistado: Esse é um dos canais que a gente tem de comunicação.

Entrevistado: O outro canal de comunicação via ambulatorial que ali a gente tem que fazer para para favorecer essa rede, é também, por exemplo, o paciente que está em tratamento.

Entrevistado: paciente que está em tratamento eh para câncer e, por exemplo, ele precisa que seja agilizado eh para realizar a cirurgia, por exemplo, vai passou com a médica da clínica médica, a nós temos ali uma doutora, né?

Entrevistado: E ela avalia que precisa fazer um ecocardiograma e tá tendo dificuldade de marcar esse ecocardiograma.

Entrevistado: Então, a enfermagem pode e muitas vezes acaba auxiliando, por exemplo, explicando pro usuário eh como é que aonde ele se deve buscar essa assistência na atenção primária.

00:15:00

Entrevistado: Fala, vai até teu posto, local de sua região, procure o setor de regulação, mostre esse papel de encaminhamento e diga n e e aí a gente orienta como fazer.



Entrevistado: Além de isso, também acontece ali na triagem, quando o paciente chega pela primeira vez, sendo confirmado o câncer, por exemplo, ele tem uma indicação de eh uma gama de exames.

Entrevistado: E a gente sabe que muitas vezes pro usuário, o usuário ele tá distante do centro de tratamento oncológico, o local mais fácil para ele para executar é o mais próximo da casa dele.

Entrevistado: E muitas vezes a atenção especializada não tem aquela vaga de imediato e a gente sabe que depende daquele exame para iniciar o tratamento.

Entrevistado: Então a gente tenta utilizar o recurso ou orientar como é que faz o uso mais apropriado do recurso disposto na rede.

Entrevistado: Então eh aí faça a orientação ao usuário de como ir até a pensão primária.

Entrevistado: Então isso é feito de forma verbalizada, dizendo que vá até a regulação, os exames que são prioritários e além de fazer essa orientação verbalizada, a gente também dá essa orientação por escrito.

Entrevistado: E já aconteceu sim, de alguns casos que a gente faz a aplicação da de uma escala chamada escala de navegação e pacientes que têm um alto déficit, rede de apoio familiar frágil de ter acionado a atenção primária.

Entrevistado: Então, ligo paraa atenção primária e tento saber quem é o enfermeiro de referência, passo a situação e peço que, por exemplo, eh, auxilie nas marcações dos exames via regulação no território mais próximo e que também acompanhe nas consultas subsequentes,

Entrevistado: porque tem rede frágil e vai precisar de apoio nesse cuidado.

Entrevistado: Então a gente tem esse tipo de comunicação para quem tá entrando, para quem para quem tem a indicação de tratamento e para quem já está em tratamento, por exemplo, no caso das mulheres com feridas tumorais na mama, ela tem uma ferida,

Entrevistado: precisa dar continuidade no curativo, o cacon tá distante, então a gente escreve ali uma a passamos a escrever uma carta de contrareferência paraa unidade básica, eh requisitando, dizendo qual é o histórico dessa paciente.

Entrevistado: ente eh que tratamentos ela fez e o que que a gente precisa eh garantir de continuidade de forma partilhada entre atenção primária e atenção especializada.

Entrevistado: Então, além de entregar um relatório por escrito, eu mesmo como ali setorial já entrei em contato e conversei com o enfermeiro responsável pelo paciente e mandei e-mail tanto pro enfermeiro quanto pro gestor da unidade básica de saúde.

Entrevistado: E recentemente pensando em melhorar essa comunicação da rede, porque assim fica muito no campo das ideias, é o que é preconizado no SUS essa tal da contrreferência, mas não há uma modelagem de como fazer essa contrreferência.

Entrevistado: Eh, como eu já fiz pesquisa na atenção primária, eh, estudei bastante sobre políticas públicas e já conversei com diversos atores eh dentro da rede, seja aqueles que atuam na atenção primária quanto na atenção eh especializada voltada pro diagnóstico ou pro tratamento.



Entrevistado: Então, esse ouvir os entes e consultar o que há de evidência é favoreceu muitas vezes e trazer essa ideia do que é contrreferência eh que tá só na ideia para uma modelagem prática.

Entrevistado: E eh e isso já tem sido implementado ali no ambulatório e deu certo com várias pacientes, tem dado certo.

Entrevistado: estreitou a comunicação entre atenção especializada com a a atenção eh primária e favoreceu a execução do cuidado.

Entrevistado: Então isso eh tem resultado ali principalmente pros enfermeiros como uma modelagem de contrreferenciar e garantir a continuidade e interligação dos cuidados entre atenção primária e terciária pro cumprimento dos princípios do SUS paraa população e sua família.

Entrevistado: Então isso vem ocorrendo e recentemente também eh através de reestruturação de processo de trabalho dos enfermeiros, motivei que os enfermeiros pensassem nessa temática, aprofundasse,

Entrevistado: trouessem ideias e provavelmente no início do mês nós debateremos um pouco mais sobre esse assunto para eh trazer mais inovações, para melhorar essa comunicação.

Entrevistado: e de forma a favorecer a família e o melhor uso dos recursos dentro eh da rede.

00:20:00

Entrevistado: Um outro modo que você falou assim: "Ah, fala como que é a relação com a regulação, né? eh que ocorreu e que foi bem interessante,

Entrevistado: como o Hospital de Câncer 3, ele é referência para o tratamento do câncer de mama, o Outubro Rosa, eh me foi passado um convite por meio da divisão de enfermagem para ir dialogar na Secretaria Estadual de Saúde. Chegando lá,

Entrevistado: me deparei com a o Conselho eh estadual de de saúde com representantes.

Entrevistado: Então, foi interessantíssimo eh ali eh trazer os problemas do campo teórico e do campo prático, né, e dialogar sobre soluções.

Entrevistado: Dentre elas, muitas vezes, tá escrito lá no papelzinho da regulação que o paciente para ser encaminhado pro hospital três, ou seja, vir da tensão básica, precisa trazer a lâmina e o bloco da biópsia, mas muitas vezes o profissional da atenção básica não se atenta

Entrevistado: ou entende aquela recomendação e os pacientes acabam vindo sem essa esse material.

Entrevistado: Isso acaba eh sendo um fator impeditivo para implementação e execução, né, da lei dos 30 dias, que é do diagnóstico diferencial, para que a gente cumpra a lei subsequente, que é o início do tratamento em 60 dias.

Entrevistado: O fato de ter ido até a secretaria e dialogado com o conselho também foi um canal de comunicação aberto ali por meio via ambulatorial que tende a a auxiliar na rede, né?

Entrevistado: E e isso é importante, precisa ser estreitado mais.



Entrevistado: É uma das outras maneiras que a gente criou para driblar isso é fazer um teleendimento da listagem das pacientes que são reguladas pro hospital de câncer três.

Entrevistado: Eh, eu testei, implementei, deu certo e treinei depois todos os enfermeiros do setor.

Entrevistado: Então, nós estamos fazendo uma tele um, uma teleconsulta com os pacientes antes mesmo deles serem admitidos na consulta.

Entrevistado: eh, pro Inca.

Entrevistado: Então a gente liga, averigua se realmente eles virão para o atendimento e além disso aí a gente aproveita para explicar o que que é a lâmina e o bloco e pedir que eh ele regresse à atenção primária, uma vez que ele ainda não chegou pra gente na atenção terciária,

Entrevistado: e que solicite na atenção primária essa carta de solicitação feita pelo médico pro enfermeiro da lâmina e o bloco junto ao laboratório onde está esse material, de modo que ele consiga trazer já na consulta de primeira vez.

Entrevistado: Isso facilita o diagnóstico em 30 dias e o início do tratamento oportuno.

Entrevistado: Então, foram algumas medidas que a gente eh vem ali implementando os enfermeiros e que eh é para driblar essas nossas lacunas de comunicação entre atenção primária e atenção especializada.

Entrevistador: tá?

Entrevistador: Eh, como se deu a sua entrada na agenda de organização da rede e fluxos de acesso na atenção especializada?

Entrevistado: Como se deu a minha entrada na

Entrevistador: Isso na rede de comunicação,

Entrevistado: rede?

Entrevistador: de organização de fluxos do acesso atenção especializada.

Entrevistado: Você consegue elaborar essa pergunta de uma outra forma para ver se eu consigo entender o que que você realmente gostaria de saber?

Entrevistador: Eh, como que você começou, a partir de que momento você começou a participar dessa questão da organização da rede, dos fluxos?

Entrevistador: de uma forma mais

Entrevistado: Ah,

Entrevistador: acentuada.

Entrevistado: foi depois de como enfermeira clínica, eh, vê que o câncer chegava avançado.

Entrevistado: Isso me incomodou.

Entrevistado: E assim, se chega para tratar avançado, tem alguma falha que precede, né?



Entrevistado: Então, algo que acontece antes de chegar para tratar, eh, alguma falha grande de comunicação.

Entrevistado: Esse foi o principal motivo que me levou ao mestrado.

Entrevistado: Isso me incomodava.

Entrevistado: E aí uma das professoras que e foi minha coorientadora tanto do mestrado como doutorado, que tinha essa essa interface na área de saúde coletiva, ela virou e falou assim: "Eh, senta e e olha a política direitinho para você ver se você acha o que que é

Entrevistado: recomendado". E foi quando eu sentei,

Entrevistado: eu li a política toda e fui voltando e perguntando paraas pacientes o que que aconteceu.

Entrevistado: Isso foi, gente, se eu fiz o mestrado, terminei em 2011, então esse incômodo deve ter começado em 2008, 2009. E aí eu comecei a perguntar paraas pacientes, participar do grupo de estudo, enfim, perguntando para pacientes o que que aconteceu,

00:25:00

Entrevistado: qual era o problema, porque que elas estavam chegando daquele jeito.

Entrevistado: E elas começaram a falar.

Entrevistado: E aí eu comecei a confrontar com o que tava na política.

Entrevistado: A política dizia que tinha que ser de um jeito e elas começaram a me contar quais eram as barreiras.

Entrevistado: E as principais barreiras estavam na comunicação, que muitas vezes, por exemplo, o governo preconiza o que deve ser realizado, mas quem tá na linha de frente desconhece o que é preconizado e executa conforme práticas prévias ou vai reproduzindo modelagens anteriores.

Entrevistado: Outras falhas que fui percebendo ao dialogar com as pacientes é que as próprias pacientes desconheciam o que tava recomendado na própria política, né?

Entrevistado: Então, não havia envolvimento do público alvo acerca do que lhe era recomendado numa linguagem inteligível.

Entrevistado: Eh, e essas essas percepções trazidas pelas pacientes nas pesquisas que eu fiz subsequentes foram confirmadas, mas a motivação foi o câncer chegando o avançado, ouvir as usuárias,

Entrevistado: voltar olhar a política e e me e me calçando ou entendendo um pouco mais eh até mesmo de como avaliar adequadamente as políticas de saúde.

Entrevistado: foi quando eu conheci os pressupostos e, enfim, recomendações de avaliação e saúde feita por dona Bidian, né?

Entrevistado: Então, a gente tem que olhar a estrutura, tem que olhar processo, tem que ter resultado, né?



Entrevistado: E a gente tem que articular esse entre esses três pilares para que a gente alcance eficiência, eficácia, efetividade.

Entrevistado: E assim eu fui mapeando e identificando onde é que estavam as falhas e eh o que que era tangível de ser sobreposto e como sobrepor.

Entrevistado: Então, foi por aí que começou essa minha inquietação e fui mobilizando e chegou aonde estou hoje.

Entrevistador: Tá.

Entrevistado: Continua me inquietando

Entrevistador: A próxima Aham.

Entrevistador: A próxima eu acho que você já respondeu, mas se você quiser complementar,

Entrevistado: isso.

Entrevistador: porque ela é assim, ó.

Entrevistador: Quando você olha para o acesso à atenção especializada no seu serviço hoje, o que mais lhe salta aos olhos em termos de falhas de comunicação e integração entre

Entrevistado: Entre a atenção primária versus o terciária.

Entrevistador: a especializada e a atenção básica.

Entrevistado: O que me salta os olhos, né, que e até mesmo você sabe que foi teve uma época que ali no Inca chegou uma proposta de de ter um repasse do de recurso da Organização Mundial de Saúde para escrever projetos de melhoria.

Entrevistado: Eh, eu fiz vários estudos, né, para porque tudo isso me inquietava.

Entrevistado: a o câncer chegando avançado, a população desconhecendo e retratando que os atores envolvidos não sabiam ao certo o que que estava recomendado.

Entrevistado: Isso foi me inquietando e eh a ao ter essa inquietação dali, o que me saltou aos olhos muito é que assim, a gente precisa eh fazer com que a política não seja

Entrevistado: feita só por eh política, né, para constar de que ela existe.

Entrevistado: Ela precisa envolver todos os atores e principalmente a audiência.

Entrevistado: e ela precisa ganhar eco da dos demais atores interessados e até mesmo dos que fazem força oposta.

Entrevistado: Então, me salta os olhos eh essa essa política que acaba não eh muitas vezes abraçando todos os entes e os engajando nessa nessa frente, por exemplo,

Entrevistado: trabalhar a questão do empoderamento da população versus a nós temos os conselhos de saúde, eh os canais apropriados para que eles façam força e pressão de que a política realmente venha a ser executada.

Entrevistado: Então, é o envolvimento entre a audiência, entre os demais interessados na política me saltam aos olhos.



Entrevistado: E isso isso acaba resultando muitas vezes nesse gargalo entre a atenção primária e a terciária.

Entrevistado: E tendo sido o eh tendo conhecido, por exemplo, a a situação do estado do Rio de Janeiro ao fazer o plano, né?

Entrevistado: Então a gente faz fez uma avaliação situacional.

Entrevistado: O que salta muito aos olhos também é a dificuldade que os municípios têm eh de ter realmente os recursos mínimos.

00:30:00

Entrevistado: Faltam muitos para muito para muitos dos municípios os recursos mínimos para implementar a política.

Entrevistado: Então, a gente tá falando, por exemplo, de laboratório de realização eh de exames do imunistoquímico, do istopatológico, a ausência do patologista ou ausência de confiabilidade ou de

Entrevistado: teste de qualidade dos exames que são feitos.

Entrevistado: Então, por exemplo, contrata-se um prestador de saúde, porque ele foi o único que eh concorreu pro pregão.

Entrevistado: E mas assim, a qualidade do serviço que ele presta é péssima, mas só tinha ele, não tem outro, ficou ele mesmo.

Entrevistado: Então isso salta os olhos.

Entrevistado: A a ausência de estrutura mínima.

Entrevistado: Muitas vezes a estrutura que se tem não é uma estrutura de qualidade.

Entrevistado: Um problema seríssimo que salta os olhos entre a tensão primária e a terciária é a falta de eh a alta rotatividade dos recursos humanos, médico e enfermeiro lá na ponta.

Entrevistado: Isso dificulta que tu treina, aí ele sai, né?

Entrevistado: E aí quando você precisa implementar, a implementação não acaba acontecendo.

Entrevistado: Por exemplo, se a gente pensa na questão do rastreio do câncer de mama ou nas ações de promoção à saúde, então isso vai gerando uma fragmentação, isso salta os olhos e me gera um grande incômodo porque continua favorecendo com que a população fique exposta aos fatores de risco,

Entrevistado: que o câncer chegue avançado, porque não tem equipamento, porque quando é feito o exame, o exame é de baixa qualidade, ou porque tem que ficar eh saltando de um município pro outro e gastando recursos por exemplo, com transporte para tentar fazer o diagnóstico diferencial,

Entrevistado: porque a gente sabe, por exemplo, que no Rio de Janeiro o único eh CACON tá aqui no no Rio, mas o estado é muito é assim, o estado não é tão grande, mas assim, nós temos vários municípios e a população tem que,



Entrevistado: né, percorrer um território imenso para poder chegar ali no serviço especializado, porque não tem outro serviço especializado dentro do território.

Entrevistado: Então isso salta aos olhos a dispersão de recursos dentro do território, a ausência de profissionais lá,

Entrevistador: Tak.

Entrevistado: alta rotatividade de profissionais na atenção primária.

Entrevistado: Eh, outro problema que salta os olhos dentro da rede de atenção oncológica, pensando em em situação de comunicação, né?

Entrevistado: Então, comunicação de recursos, aí eu tô falando é uma alta concentração dos recursos no grande centro e a ausência de equipamentos de saúde profissionais eh para o diagnóstico diferencial dispersos de uma forma equitativa dentro do território.

Entrevistado: Então, isso gera eh muito atraso.

Entrevistado: E e a questão que eu já tinha eh pontuado eh o número de profissionais especializados, principalmente os colegas médicos, foi um item muito trazido na discussão de planejamento, né?

Entrevistado: Então a falta dos especialistas médicos para ajudar no diagnóstico diferencial antes de chegar na tensão eh terciária ou até mesmo para compor a tensão terciária no SUS é algo gravíssimo, né?

Entrevistado: Eh, a gente sabe, isso é retratado na literatura e também é verbalizado pelos atores que estão dentro da rede.

Entrevistado: A capacidade de diagnóstico diferencial dentro da rede gera o tratamento tardio, eh, e mais gastos em saúde.

Entrevistado: Isso salta aos olhos.

Entrevistador: Tá?

Entrevistador: Como você percebe o processo de referência e contrreferência no seu dia a

Entrevistado: É,

Entrevistador: dia?

Entrevistado: então eu já pontuei muito falho, muitas vezes fica dentro do campo teórico.

Entrevistado: Eh, e e assim fala-se de referência e contrferência, né?

Entrevistado: Eh, isso tem acontecido por intermédio da regulação.

Entrevistado: Regulação vem fazendo isso, mas a regulação é quando, por exemplo, quer transferir o paciente de uma UPA para poder eh chegar na vaga especializada, porque lá na UPA viu que o tumor tava imenso e o problema é o tumor e a paciente não tem nenhum

Entrevistado: diagnóstico.



Entrevistado: Então, regulação rapidamente vai e faz essa comunicação entre os eh serviços para ajudar aí nessa nesse entremeio.

Entrevistado: Mas de uma forma eh pensando, por exemplo, da atenção terciária para poder devolver pra atenção primária, eh, ou para interligar, essa comunicação parte muito do profissional e assim, primeiro do quanto que ele conhece de rede, né?

00:35:00

Entrevistado: eh do quanto que eh ele consegue eh mobilizar os mecanismos dentro da rede, porque assim, você tem que parar o que tu tá fazendo, eh, ouvir o paciente, procurar o endereço da UBS, ligar na UBS e achar o profissional,

Entrevistado: conversar, descobrir qual é o e-mail para poder, por exemplo, tentar ajudar um paciente ao familiar.

Entrevistado: Então, não tá tudo, não está estruturado como fazer isso dentro da atenção eh entre atenção terciária e a primária.

Entrevistado: Parte muito do profissional e do quanto ele conhece da rede e do quanto ele tem ainda energia, disposição e força para se engajar em mais uma tarefa para ajudar paciente, familiar e o SUS a se articular melhor.

Entrevistado: Então, não é claro entre o terciário pro primário.

Entrevistado: O primário consegue encaminhar, mas a contrreferência fica é meio que eh enganchada.

Entrevistado: E de igual modo, por exemplo, se chegou um caso de suspeita de câncer, eh, no na atenção especializada, a gente refina a avaliação diagnóstico e confirma que não é câncer, aí acaba sendo mais fácil,

Entrevistado: porque a resposta vai via regulação e sai da tensão terciária, por exemplo, um laudo dizendo: "Esse paciente eh o a a alteração suspeita não se confirmou, o caso não é câncer".

Entrevistado: Então ele leva o laudo do colega médico e já tem a baixa eh via regulação da de contrreferência.

Entrevistado: Nesse caso é fácil, mas quando a gente precisa interligar cuidados, isso não é claro.

Entrevistado: E o outro aspecto que a gente vivencia via ambulatorial também, que tem sido um desafio paraa atenção oncológica, é um momento de alta, né, que a gente precisa eh esvaziar eh ou abrir possibilidades para que novos casos entrem.

Entrevistado: E a gente sabe que teremos um número cada vez maior e crescente de sobreviventes do câncer.

Entrevistado: a gente precisa dar alta na atenção especializada.

Entrevistado: Então, não existe essa modelagem de como fazer, de como estreitar esse diálogo.



Entrevistado: É um dos gargalos que é provavelmente existe, que eu sempre falo, eh, quando converso com os alunos em políticas públicas voltada paraa parte de câncer, que em parte isso tudo eh poderia ser melhorado se nós tivéssemos os enfermeiros

Entrevistado: oncológicos também compondo na atenção primária.

Entrevistador: Tá?

Entrevistado: Ja.

Entrevistador: Eh, que tipo de documentação ou informação clínica da atenção básica chega deficiente para o atendimento na atenção especializada no seu

Entrevistado: Então, foi o que eu disse,

Entrevistador: contexto?

Entrevistado: por exemplo, lá vai uma listagem de exames e muitas vezes não se atenta a esses exames ou antes do paciente realmente vir eh esse checkpoint que poderia ser feito junto com a atenção primária para poder ver se tá tudo certinho realmente para ir para não atrasar.

Entrevistado: Isso não acontece.

Entrevistado: Então, muitas vezes vem o paciente sem o laudo, ele chega para consulta sem os exames.

Entrevistado: Então, por exemplo, se na atenção primária tivesse ali a presença de todos os casos indicados para o tratamento de de câncer ou uma avaliação de caso suspeito de câncer, se a gente tivesse um enfermeiro oncológico nessa instância como um coordenador para casos

Entrevistado: suspeitos, ele poderia ajudar na organização dessas documentações.

Entrevistado: chegam, por exemplo, os sem laudos, sem a lâmina e o bloco, eh, sem ter realizado análise imunistoclinica da da peça, eh, que foi extraída do ali suspeita.

Entrevistado: Então, essa documentação muitas vezes acaba vindo faltando.

Entrevistado: Outro aspecto que vem faltando também, por exemplo, se esse caso seja confirmado, eh, a gente precisa que o paciente esteja com a vacinação, OK?

Entrevistado: Então isso também já poderia ter sido averiguado lá na na atenção primária.

Entrevistado: Outro item importante que poderia ter sido averiguado eh uma vez que o paciente tá sendo encaminhado com uma suspeita de câncer ou com algo já confirmado para atenção especializada, como é que tá o tratamento dentário?

Entrevistado: Porque depois que inicia o tratamento oncológico, a realização de qualquer tratamento dentário tende a ser uma porta de entrada para infecção, complicação e até mesmo óbito.

Entrevistador: Tá?



Entrevistador: Eh, o que mais chama a sua atenção no seu contexto em relação às filas de espera e uso ineficiente de vagas?

Entrevistador: Você tem alta taxa de absenteísmo dos pacientes, reagendamentos por falta de informação e trabalho?

Entrevistador: Eu sei que você falou um pouco da questão das lâminas, né, que entra aqui, mas tem alguma outra aspecto que você recorda nesse sentido?

00:40:00

Entrevistado: Sim, sim.

Entrevistado: Eh, quando eu comecei fazer o teleatendimento antes dos pacientes virem para a consulta de primeira vez dentro da fila da regulação, o fato de não ter previamente, né, eh e ao realizar o teleatendimento, eu percebi que, por exemplo, os pacientes que estavam eh esperando ali a avaliação do especialista,

Entrevistado: alguns já estavam tratando, outros paciente já tinha morrido, eh, e outros já tinham optado por fazer o tratamento em outro lugar e não queriam mais aquela avaliação de primeira vez na instituição.

Entrevistado: Então, o um teleatendimento, uma averiguação eh antes eh um período antes da da respectiva consulta favoreceria abrir a possibilidade pros demais.

Entrevistado: Então, ao realizar esse teleatendimento, eu identifiquei isso e a gente pôde oportunizar, dando então a vaga para quem realmente eh eh precisava ou ainda estava vivo para receber essa e esse parecer.

Entrevistado: Então, existe eh absenteísmo, mas sim é possível estabelecer medidas e sim dar resultado eh melhorando aí ou ampliando as possibilidades de acesso a quem eh tá ali aguardando na fila.

Entrevistado: Eh, sim.

Entrevistador: Tá?

Entrevistador: Na sua vivência, quais situações de urgência ou emergência atendidas poderiam ter sido evitadas com uma comunicação ou um encaminhamento mais eficiente da atenção básica?

Entrevistador: Você pode poderia me trazer algum exemplo?

Entrevistado: Eh, alguns casos sim, mas só que assim, é outra coisa, a gente tem que pensar sobre uma outra perspectiva, né?

Entrevistado: Eh, não é possível exigir da atenção primária eh tanto de conhecimento especializado, né?

Entrevistado: porque assim, ele já tem um escopo de trabalho muito abrangente.

Entrevistado: Eu acho que a, na minha perspectiva, seria muito mais eh inteligente por parte do governo fazer o inverso, ter enfermeiros oncológicos, por exemplo, atuando, né, como a gente tem no NASP, né,



Entrevistado: cada duas ou três eh OBSs tem um enfermeiro oncológico fazendo esses mapeamentos e ajudando nessa triagem, porque é difícil um enfermeiro generalista, eh, ou até mesmo um médico generalista identifica por exemplo, que é um caso eh oncológico,

Entrevistado: que precisava ser eh regulado com mais rapidez, porque senão vai chegar mais grave, dispende mais recurso e que a gente poderia ter minimizado consequências.

Entrevistado: Então isso acontece eh e muitas vezes acaba gerando até judicialização.

Entrevistado: Poderia ser evitado, sim.

Entrevistado: Entretanto, eh, entendo que a atenção primária no atual cenário, eh, com a quantidade de recursos humanos e a alta rotatividade que tem e o escopo de trabalho que eles têm, não dariam conta.

Entrevistado: Eh, uma coisa a se pensar no Brasil de a minha recomendação seria eh entendendo que câncer ele ocupa nesse momento ainda a segunda causa de morte e tende ir para a primeira, a gente tem que rever a o modo como a gente vem atendendo e aonde a gente vem alocando o

Entrevistado: o os nossos recursos especializados.

Entrevistado: Então,

Entrevistador: Так.

Entrevistado: quem que consegue eh triar, otimizar ou favorecer uma internação eh em tempo oportuno com um menor dispêndio de recurso?

Entrevistado: Tem que ser alguém especializado.

Entrevistado: Quem que não é tão caro, mas que consegue entender de rede e articular isso de uma forma melhor?

Entrevistado: um enfermeiro com formação em oncologia e que entenda o que é uma rede oncológica, porque é difícil você exigir isso, por exemplo, de um enfermeiro da tensão primária, que tem um um escopo imenso de trabalho ou pro médico da tensão primária.

Entrevistado: Então, esse seria o meu apontamento, o exemplo versus

Entrevistador: Certo?

Entrevistador: No cotidiano do serviço,

Entrevistado: sugestão.

Entrevistador: o que mais você escuta dos pacientes e familiares sobre a comunicação e o tempo de espera para atenção especializada?

Entrevistado: É muito triste.

Entrevistado: Alguns trazem relatos, muito poucos, né, na verdade trazem relatos de que foi tudo bem, que deu certo e que foi rápido, que a atenção, a atenção primária foi muito boa e, mas a maioria não, né?



Entrevistado: Mas aí de novo eu volto a dizer, o problema não está na atenção primária, nos recursos que eles têm, a questão de sobrecarga, alta rotatividade, eh e a gente sabe, né, que muitas vezes também, principalmente no Rio de Janeiro,

00:45:00

Entrevistado: esses serviços estão alocados em áreas de alta vulnerabilidade.

Entrevistado: Então, até esses profissionais trabalham eh colocando a própria vida em risco.

Entrevistado: Então, há um relato frequente de sim dificuldade de comunicação e que isso sim gera atraso, porque eu chego, o médico não tá lá e eu faço a consulta com a enfermeira, depois outra vez que eu volto, ela fala que eu preciso passar com o médico,

Entrevistado: mas aí aquela enfermeira não tá ou não é mais aquele médico e aí tudo bem se é o médico não tem um exame, depois tem que voltar para aquele médico, aí o médico não está, já mudou, é outro ou o exame extraviou,

Entrevistado: então existe muita falha.

Entrevistado: eh e problema que acontece nessa dimensão, mas não eh necessariamente atribuídos aos atores que lá estão.

Entrevistado: A um déficit muito grande de infraestrutura lá e e sobrecarga entre eles e alta rotatividade.

Entrevistado: Isso confirmado pela literatura e até mesmo por avaliações do governo,

Entrevistador: Tá certo.

Entrevistado: né?

Entrevistador: e da equipe multiprofissional, quais são a as queixas, as percepções que você observa em relação a essa questão da comunicação de tempo de espera, né, em relação aí à questão do dos sistemas de informação, documentação,

Entrevistado: Ele vai fazer a Vai, pode ligar.

Entrevistador: comunicação.

Entrevistado: Pode ser.

Entrevistado: Não vai, não vai não.

Entrevistado: É, tá.

Entrevistado: Daqui a pouco mamãe pega você.

Entrevistado: Desculpa, Ju,

Entrevistador: Não,

Entrevistado: mesmo.

Entrevistador: imagina.



Entrevistado: Pera aí, né?

Entrevistado: que o João acabou a aula e aí ele foi, graças a Deus,

Entrevistador: Quer quer interromper?

Entrevistado: tem uma vizinha e amiga que pegou ele ali, foi com ele ali em cima de É, desculpa, eu não consegui prestar atenção o que que a equipe multidisciplinar fala

Entrevistador: É, a gente falou do que você escuta dos pacientes e dos familiares.

Entrevistador: Agora eu queria saber o que você escuta da equipe multi,

Entrevistado: sobre

Entrevistador: dos enfermeiros, dos médicos, da regulação, quais são as principais queixas que eles tm sobre documentação, sistema de informação e comunicação entre serviços, atenção básica e especializada.

Entrevistado: então os serviços de regulação ali, né?

Entrevistado: E por exemplo, que também tá trelado ao administrativo que a gente tem ali, eh, muitas vezes vem faltando o os exames, eh, o não presta atenção, eh, na nota que tá escrita ali da lâmina e do bloco, colocar o telefone errado também.

Entrevistado: Então, muitas vezes dificulta pra gente essa essa comunicação.

Entrevistado: Ah, quando eu falei que eu ia fazer o teleendimento para poder tentar melhorar isso, foi engraçado, né?

Entrevistado: A líder médica disse assim: "Não vai dar certo isso, não vai, você vai pedir, eles não vão fazer, né?" né?

Entrevistado: Então assim, há uma certa discrença de que tentar interpelar pro paciente ou estreitar essa conversa entre atenção primária que vai resolver, mas graças a Deus se confirmou do oposto.

Entrevistado: Então, mas os profissionais eles tendem a não acreditar.

Entrevistado: E foi engraçado que de igual modo, por exemplo, quando eu falei, gente, se a gente conversar com a atenção primária, vai resolver a situação do curativo dos pacientes, a gente vai conseguir contrarreferenciar.

Entrevistado: Os enfermeiros estavam discrentes.

Entrevistado: Não, já aconteceu.

Entrevistado: Os pacientes falam que tem dificuldade.

Entrevistado: A gente sabe que tem dificuldade lá.

Entrevistado: Então eles são discrente, mas quando eles viram que eu fiz e como eu fiz e que deu certo, eles passaram a acreditar que é possível eh melhorar a comunicação e de que é possível juntos, sim, construir eh outros modos de se interligar.



Entrevistado: Então, eu tenho tido mais contatos ali pensando em equipe multidisciplinar, né, com da área da saúde, com os colegas médicos, eh, mastologistas, com os radiologistas da clínica médica, ã, plástica também, né, e os enfermeiros, né,

Entrevistado: que a gente tem conversado mais sobre esses problemas assim de ah de rede.

Entrevistado: Aí outra coisa, já aconteceu, por exemplo, de paciente tá precisando, de recursos perto da comunidade, então a gente vai precisar primeiro acionar atenção primária para depois acionar o recurso.

Entrevistado: Então a gente vai no serviço social e tenta fazer isso.

Entrevistado: Então também às vezes há essa discrepância do serviço social, ah, não adianta falar com atenção primária, a gente vai falar e vai ter aquele problemão.

Entrevistado: Falei assim: "Ai, meu Deus do céu, você vai me transferir isso mesmo, Carla", né?

Entrevistado: Então, eh, há uma certa discrepância dos profissionais que estão na atenção terciária de que é possível melhorar a comunicação com a atenção primária, mas quando eu mostrei de que dá certo, eles passaram a acreditar, por exemplo,

Entrevistado: os enfermeiros estão reproduzindo essas outras modelagens e deu certo.

Entrevistador: A

00:50:00

Entrevistado: E o administrativo também não acreditava: "Ah, você vai ligar e não vai resolver".

Entrevistado: E aí quando eu liguei e que resolveu, falei, caraca, não foi que resolveu mesmo e que tá dando certo?

Entrevistado: E então às vezes essa modelagem, essa reprodução, a eh muitas vezes faz com que os demais reproduzam comportamento sem ao menos testar uma alternativa.

Entrevistado: Quando alguém testa e mostra que dá certo, aí eles passam a tentar implementar também.

Entrevistado: Aí se eles vem, se implementam, os os demais também começam a reproduzir.

Entrevistado: Então é possível sobrepor isso, essa crença é possível

Entrevistador: Tá?

Entrevistado: melhorar.

Entrevistador: Eh, pessoalmente, como você avalia a cultura de comunicação e o fechamento do ciclo do cuidado, referência e contrare referência na sua

Entrevistado: Então,

Entrevistador: rede?



Entrevistado: foi aquilo que eu já tinha eh posicionado.

Entrevistado: Tem muito eh teoricamente escrito, executado eh muito pouco, né?

Entrevistado: Então, foi o que eu falei, a quando a gente tem que dar alta, a gente fica naquele momento, o paciente fica desesperado porque fala que não vai conseguir a continuidade do cuidado ou segmento que ele tem na atenção especializada na atenção primária.

Entrevistado: Então, fica no campo do teórico que a gente fica tentando driblar ou criar jeitos.

Entrevistado: não existe como eh devolver a atenção primária a um sobrevivente de câncer, de modo que eh não é que não existe, né?

Entrevistado: o familiar eh relata e o paciente não se sentem seguros de voltar pros cuidados plenos da atenção primária após um tratamento prolongado e ele ter sobrevivido ao câncer.

Entrevistado: Então, ainda não tem essa não tivemos ainda êxito nesse momento, mas é possível.

Entrevistado: Acredito que a gente possa fazer isso porque a gente já conseguiu em outros.

Entrevistado: Eh, sobre contreferência, eu já disse, nós não tínhamos, por exemplo, para continuidade de curativo e já vimos que sim, é possível estreitar, melhorar e garantir.

Entrevistado: Então, nós criamos essa modelagem e deu certo.

Entrevistado: É, nós conseguimos estreitar de forma indireta por meio dos pacientes e até mesmo assim quando vem um agente comunitário, um técnico de enfermagem, um enfermeiro da atenção primária acompanhando o paciente, a gente consegue explicar eh como é que obtém a lâmina e o bloco,

Entrevistado: o que que é essencial trazer paraa consulta de primeira vez de modo a ter o diagnóstico diferencial e começar o tratamento de forma oportuna.

Entrevistado: né?

Entrevistado: Então, a gente conseguiu avançar eh nessa parte e com a estratégia também do teleo, sobrepor essa barreira eh de comunicação.

Entrevistado: Eh, ainda existem outras que essa questão de assim, como é que a gente consegue estreitar ainda mais essa situação de comunicação com a regulação, né, junto ali a atenção primária para tentar marcar os exames com mais brevidades.

Entrevistado: Tenho tentado mandar recados por escrito e orientar muito o familiar, então engajar o familiar e o paciente.

Entrevistado: E eu tenho visto que dá certo, eles entendem quais exames são prioritários e eles conseguem já trazer na consulta subsequente para iniciar o tratamento.

Entrevistado: Então, esses são alguns dos gargalos, alguns manejos, coisas já resolvidas e testadas e implementadas e outras que eh podem ainda ser testadas e implementadas, como por exemplo na questão de alta.



Entrevistador: Tá.

Entrevistador: Quais são hoje suas maiores preocupações em relação ao risco assistencial?

Entrevistador: Por exemplo, pacientes que se perdem no fluxo ou desperdício de tempo e recurso devido à comunicação

Entrevistado: Nossa,

Entrevistador: deficiente?

Entrevistado: são os dois, né?

Entrevistado: Então assim, acontece sim de paciente se perder, como lá na triagem a gente implantou a consulta do enfermeiro, a gente vê que tem pacientes que sozinho eles não vão conseguir voltar, então que a gente precisa pegar na mão,

Entrevistado: mas não adianta pegar na mão só na tensão terciária, a gente precisa realmente criar elos com atenção primária, porque, por exemplo, se a gente pedir para fazer um exame para poder voltar, a gente precisa garantir essa volta, né?

Entrevistado: Então, a gente precisa eh interligar melhor.

Entrevistado: Então, a gente tem esse problema, é um problema sério.

Entrevistado: Eh, nessa parte eh de da questão do tempo pro diagnóstico e de perder nesse interim pacientes com uma rede social frágil, com problema de de cognição e compreensão.

Entrevistado: Então, a gente tem essa esse problema.

Entrevistado: E o outro é questão do desperdício que faz, por exemplo, fez um um exame eh em um serviço que não tá interligado no sistema do outro serviço e aí eh repete.

00:55:00

Entrevistado: Então tem eh passou com um especialista e aí volta e passa com outro especialista e isso acaba muitas vezes eh ocupando a vaga que é de outro.

Entrevistado: Então, por exemplo, dois pareceres por uma por uma mesma situação, eh, do qual acaba se confirmando por uma solicitação do próprio paciente, né, e não por uma eh hipótese levantada pelo próprio profissional.

Entrevistado: Então, há desperdício e há sim os pacientes que se perdem por conta de falha na na comunicação e bastante desperdício nessas duas perspectivas aí.

Entrevistador: Tá.

Entrevistador: Na sua percepção, quais riscos corremos se não houver uma reorganização consistente da comunicação na rede nos próximos anos?

Entrevistado: Bom, a gente já sabe que uma das consequências que a gente teve pós COVID é aumentar o número de câncer avançado, né?



Entrevistado: Então é e com a falha na comunicação, a gente ainda vai perder a oportunidade de fazer alguns diagnósticos precoces.

Entrevistado: e até mesmo para os casos avançados de iniciar o tratamento de forma oportuna, de forma a evitar a agudização.

Entrevistado: Então, uma das possíveis consequências, perder a oportunidade de diagnóstico precoces, perder a oportunidade de evitar agravamentos de casos avançados, ou seja, situações de agudizações e internações desnecessárias.

Entrevistado: eh, burnout nos profissionais, porque aí vai ocorrer uma sobrecarga, porque o paciente chegando mais doente e então vai ter uma sobrecarga e um burnout muito grande.

Entrevistado: Eh, porque lidar com muitas perdas também eh gera uma certa desesperança dentro da própria categoria profissional especializada, né?

Entrevistado: Porque você trata, trata e não resolve saber sofrimento.

Entrevistado: Então, também é difícil para quem trabalha.

Entrevistado: Eh, uma das consequências aí que eh a gente já sabe, fundamentado na literatura é o aumento do dos gastos abruptamente,

Entrevistador: Tá?

Entrevistado: né?

Entrevistador: Eh, e o que lhe dá eh, esperança ou sensação de avanço em relação à integração da informação e do fluxo de pacientes na rede?

Entrevistador: Tem alguma coisa que te dá esperança ou sensação de avanço em relação à integração desse fluxo?

Entrevistado: É, então, eh, um avanço que a época, né, que a gente é formada faz muito tempo e um no ano de 2001, não existia regulação.

Entrevistado: O fato de ter a regulação para eu considero como um grande avanço, a gente não tinha.

Entrevistado: Então esse órgão que tenta interligar, apesar de ficar no entemio e a gente não saber ao certo quem o é, foi um avanço, um avanço muito bom.

Entrevistado: e saber que a gente tem ali um representante na regulação local e a gente tem a regulação na instância estadual também.

Entrevistado: Eh, foi um avanço no sistema de comunicação.

Entrevistado: A gente sabe que o governo tá aí também criando que não existia na nossa época e agora já tá implantado, é o pontuário eletrônico na atenção primária.

Entrevistado: Então isso dá uma esperança de integrar as informações e evitar as repetições ou falhas de comunicação.

Entrevistado: Então ter uma comunicação escrita e visual mais acessível.

Entrevistado: Então isso dá uma esperança.



Entrevistado: Eh, o governo ter criado aí eh a recomendações de como implantar a saúde digital, né?

Entrevistado: então utilizar recursos tecnológicos e de uma forma oportuna para estreitar essas comunicações.

Entrevistado: Então, é bem interessante o governo apoiando essas iniciativas e tentando usar o que já existe em prol de sobrepor essas barreiras.

Entrevistado: Então isso dá uma esperança.

Entrevistado: Eh, outra coisa que me dá uma esperança quando eu vejo essa nova geração,

Entrevistador: Ok.

Entrevistado: por exemplo, de residentes da área de enfermagem, de novos especialistas, já chegando com certo domínio dessas novas tecnologias e pensando em em possibilidades de talvez utilizá-las como mais um canal eh de comunicação,

Entrevistado: que isso pode sim sobrepor essas barreiras.

Entrevistado: Um outro item que tá me dando também bastante esperança no que se refere a integrar e comunicação é a presença de navegação, principalmente com os enfermeiros, né?

Entrevistado: Então, ter o enfermeiro nesse posicionamento, porque o enfermeiro entende bastante de rede, eh, atenção primária, secundário, terciário, que que é preconizado para cada um, deria ele posicionado para como um elemento facilitador dessa comunicação, eh,

01:00:00

Entrevistado: é também dá bastante esperança e a gente já sabe que tem bastante resultado positivo e outras frentes que têm sido levantadas na comunicação que eu acho super bacana.

Entrevistado: Eh, eh, a frente global e também é mobilizada nacionalmente, a situação do engajamento do paciente, da família e maior envolvimento deles nesses nessas tomadas de decisões, né?

Entrevistado: os termos de consentimentos também, isso me dá esperança, porque assim, por mais que às vezes esteja com uma linguagem técnica, eh, chegou ali a informação ao outro para que ele saiba o que que vai ser feito e autorizar ou não.

Entrevistado: Então, eh, isso dá esperança, a implantação de algumas ferramentas de checklist pelo próprio governo, né?

Entrevistado: Então, também acabam criando barreiras de segurança e também abarcando aí a situação de de comunicação.

Entrevistado: Então tem tem muita coisa dando

Entrevistador: Tá?

Entrevistador: O próximo item eu acho que você já respondeu ao longo das suas falas.

Entrevistado: esperança.



Entrevistador: Ele é o seguinte: no seu cotidiano, quais são os principais atalhos ou rotinas que você e sua equipe utilizam para compensar as falhas de comunicação e garantir que o paciente não se perca no fluxo?

Entrevistador: Acho que você falou bastante disso,

Entrevistado: Sim,

Entrevistador: certo?

Entrevistador: Então nós vamos pular.

Entrevistado: sim.

Entrevistador: A próxima é quais ferramentas ou documentos você considera essencial para que o fechamento do ciclo da contrreferência se efetiva?

Entrevistador: Se efetivem?

Entrevistado: Como é que é?

Entrevistado: Quais Quais instrumentos?

Entrevistador: Quais ferramentas ou documentos você considera essenciais para que o fechamento do ciclo da contrarreferência seja

Entrevistado: Eh,

Entrevistador: efetivo?

Entrevistado: então acho que o ciclo da contrarreferência, não sei se ele fecha, né, primeiro, mas assim, o que eu acho essencial é e o que a gente tem utilizado lá e que vê o que dá certo, eh, é escrever mesmo.

Entrevistado: por exemplo, pode ser um um documento pautado do próprio governo ou do próprio, por exemplo, impresso institucional, uma impressão da própria uma cota e da própria folha do prontuário que você eh relata.

Entrevistado: Então, criar modelagens de como referenciar para aquilo que precisa voltar para a atenção primária pode ser um caminho.

Entrevistado: Foi o que a gente fez, por exemplo, procurativo.

Entrevistado: A gente criou uma modelagem de como contrreferenciar, como por exemplo também lá na Triagem, a gente criou um documento de como eh contrarreferenciar a solicitação de vaga pela regulação lá da atenção primária.

Entrevistado: Então, criar modelos de documentos ajuda a fechar esse ciclo de de comunicação, não só criar um uma modelagem de documento de contrreferência,

Entrevistado: como na hora que cria a modelagem treinar quem vai eh aplicar essa ou executar essa contrreferência, assim, que como é que você preenche, da onde que você vai tirar essa informação?

Entrevistado: Eh, depois que você fizer isso, aonde é que você vai anexar a comprovação, né?



Entrevistado: E, eh, quando se faz a contrarreferência, por exemplo, quando a gente fez, a gente pediu que eles também mandassem de volta, por exemplo, uma resposta.

Entrevistado: Se a gente vai fazer um segmento compartilhado de um curativo, eu envio para você o que eu fiz.

Entrevistado: Mas quando tu me enviar o paciente de novo para continuar acompanhando ele aqui também, você me conta o que que tu fez e como é que você avaliou que vem sendo feito.

Entrevistado: Então, eh, por isso que eu falei assim, nem sempre a contrarreferência se fecha, porque você pode ter uma modelagem de contrarreferência, que na verdade é uma pactuação de cuidado compartilhado entre atenção especializada com a primária.

Entrevistado: Então você diz o que que você faz, direciona ele eh no que que você pensou do de ser um bom cuidado e pede a ele para que ele te

Entrevistador: Y.

Entrevistado: devolva o que que foi possível fazer.

Entrevistado: E aí vocês vão reestruturando pactuações de modo a atender a necessidade do paciente.

Entrevistado: Então construir as modelagens, construir essas pactuações, treinar os envolvidos.

Entrevistador: procura levar à mesa da gestão a perspectiva da atenção especializada sobre a necessidade de qualificar a informação que chega da atenção básica.

Entrevistado: Nossa, repete essa pergunta que ficou

Entrevistador: De que maneira você procura levar à mesa da gestão a perspectiva da atenção

Entrevistado: técnica.

Entrevistador: especializada sobre a necessidade de qualificar a informação que chega da atenção básica?

Entrevistador: Eu acho que você meio que já respondeu, né, que é por meio dessas estratégias eh de fluxo dos checklists e dos protocolos, mas se você quiser complementar, fica à

01:05:00

Entrevistado: É,

Entrevistador: vontade.

Entrevistado: tá por meio da gestão.

Entrevistado: Como é que é?

Entrevistado: É, é, acho que é isso mesmo.



Entrevistado: Eu já tinha botado os exemplos,

Entrevistador: Tá?

Entrevistador: Tá.

Entrevistado: tá?

Entrevistador: A próxima eu também acho que você já respondeu, mas eu vou ler para você saber qual é.

Entrevistador: após a definição de fluxos que ações concretas você tem observado em termos de implementação de ferramentas de comunicação e informação?

Entrevistador: Eu acho que você também já respondeu,

Entrevistado: Sim, sim,

Entrevistador: tá?

Entrevistador: Eh,

Entrevistado: sim.

Entrevistador: cadê?

Entrevistador: Agora essa é importante.

Entrevistador: Você não, você já respondeu, mas assim, é, essa é mais técnica no seu serviço, se é que tem sido feito, tá?

Entrevistador: O que tem sido feito para promover diálogo e o aprendizado com as equipes de atenção básica, reunião, matriciamento, alguma coisa do tipo.

Entrevistador: Você tem visto alguma iniciativa

Entrevistado: É,

Entrevistador: assim?

Entrevistado: então a iniciativa na verdade partiu por nós ali mesmo, né, do da enfermagem.

Entrevistado: Então eu eu liguei, eu eu além de ter ligado, mandei o por escrito, né?

Entrevistado: Eh, e mandei o relatório e mandei um e-mail eh dizendo o que que a gente pactuou por telefone.

Entrevistado: Eh, então foi feito por telefone, eh, foi feito por e-mail.

Entrevistado: Ai, pera aí.

Entrevistado: Volta lá na pergunta, Juliano.

Entrevistado: Eu fui andando, fui me

Entrevistador: Eh, cadê No seu serviço,



Entrevistado: perdendo.

Entrevistador: o que tem sido feito para promover o diálogo e o aprendizado com as equipes da atenção básica?

Entrevistador: Você falou do telefone, e-mail, tem alguma outra

Entrevistado: Sim,

Entrevistador: estratégia?

Entrevistado: eu os convidei para poder eh vir conhecer o serviço e nos permitir, se quisessem, que a gente fosse até eles, então estreitar a relação.

Entrevistado: E falei também da existência de cursos que nós temos eh atrelados à atenção oncológica, que talvez fosse escopo de interesse eh deles.

Entrevistado: Então, foram algumas proposições que eu fiz, ah, e uma que emergiu, que eu achei interessantíssimo com os enfermeiros, porque uma das enfermeiras que está no ambulatório, ela também eh atua na atenção primária e ela conhece

Entrevistado: a coordenadora regional, eh, por exemplo, da parte de curativo e, eh, já emergiu disso a possibilidade da gente sentar, conversar sobre quais são as demandas, o que que a gente pensou de possibilidades para criar um padrão de

Entrevistado: diálogo com todas as unidades básicas, enfim, estreitar essa relação da atenção terciária junto com a atenção primária por meio dessa interlocutora territorial.

Entrevistador: Tá.

Entrevistador: Você aí só eu falando, tá?

Entrevistador: Não é do questionário, não.

Entrevistador: Você acha que aquele projeto de capacitação da atenção primária que foi lá, acho que concorreu ao edital do Inca,

Entrevistado: Isso aum

Entrevistador: você a gente pode considerar isso como uma estratégia para promover diálogo e aprendizado?

Entrevistado: muito muito muito porque lá era possibilidade de integração.

Entrevistado: aquele projeto era para integrar, era para poder eh os profissionais da atenção primária conhecerem o das da atenção terceirizada, ao mesmo tempo eh verem como é que os pacientes chegam dentro do serviço, porque eles passariam um tempo lá.

Entrevistado: Então, em cada um dos serviços, então, eles veriam o que que a gente faz dentro da atenção especializada e o percurso do paciente.

Entrevistado: Teri um conhecimento teórico, bem como simulações práticas de alguns cuidados que eh podem ser executados na atenção primária.



Entrevistado: aquele curso, cara, e ele ia ajudar muito e, na verdade, ele poderia ser uma modelagem territorial, eh, de como estreitar, né, na verdade pro Brasil, né, de como estreitar a relação.

Entrevistado: Todos os cacons dentro do território poderiam serem reprodutores dessa modelagem.

Entrevistado: Isso iria ajudar demais, porque se a atenção primária eh souber, né, é direitinho, o que que é recomendado na rede, eh ter ali a a instrução e versus a

Entrevistado: possibilidade de refinamento de conhecimento e ouvir aos usuários, a gente pode fortalecer à frente dos usuários, à frente dos profissionais e angarear junto com os os pacientes, né, eh, dos políticos,

Entrevistado: os recursos necessários para que a gente consiga suprir a situação de estrutura que tá

01:10:00

Entrevistador: Tá,

Entrevistado: deficitária.

Entrevistador: deixa eu perguntar como é que tá aí com o João. Eu tô preocupado com o tempo.

Entrevistador: Qualquer coisa a gente para agora e depois a gente

Entrevistado: O João não o João não tá comigo.

Entrevistador: continua.

Entrevistado: O João ainda tá com a vizinha, mas assim, tem muita coisa ainda.

Entrevistador: Ainda tem.

Entrevistador: Eu queria te propor uma provocação,

Entrevistado: Nossa.

Entrevistado: Nossa, quanto tempo já tá na ligação?

Entrevistador: por isso é já eh é porque você

Entrevistado: Porque já passo mais de uma hora, né?

Entrevistador: fala bastante, mas isso é bom.

Entrevistador: Não tô, isso é bom.

Entrevistador: Deixa eu só te perguntar uma coisa.

Entrevistador: Vamos interromper e aí a gente retoma.

Entrevistador: falta quatro blocos, mas assim,



Entrevistado: Qu é muito

Entrevistador: tem muita coisa que você já falou, então a gente vai fazer a a o restante mais rápido.

Entrevistador: Eu só queria te perguntar para fechar esse item se você acha, como a gente tocou nesse assunto, não é objeto do questionário, mas se você consegue visualizar eh a proposta daquela capacitação para atenção básica como um protótipo de política pública em nível de

Entrevistador: Brasil.

Entrevistado: Com certeza, com certeza.

Entrevistador: Por quê?

Entrevistado: Porque assim, quando os estudos todos que fiz, né, no mestrado, no doutorado e todas as outras investigações mostram que se a gente capacita o profissional, o profissional ele em contraponto, ele empodera a população,

Entrevistado: que também acaba é porque dentro da ação tinha ações de empoderamento paraa população daquele curso, sabe?

Entrevistado: e ser feita ação de promoção à saúde na população para ter engajamento da população, que é o que globalmente a gente sabe que dá certo.

Entrevistado: Se a gente engaja a população e o profissional de saúde, a gente cria janela de oportunidade paraa execução de uma política pública, ou seja, para suprir aquilo que tá faltando.

Entrevistado: Você envolveu os principais ali interessados e eles vão fazer a força para criar janela de oportunidade.

Entrevistado: É assim que as políticas públicas vão sendo botados em pauta,

Entrevistador: Sim, é, eu tô,

Entrevistado: né?

Entrevistador: isso me veio porque você mencionou em algum momento da sala que seria interessante ter especialista na atenção básica.

Entrevistado: Com

Entrevistador: Do ponto de vista operacional e de custo,

Entrevistado: certeza.

Entrevistador: isso é muito caro, mas pensando numa capacitação organizada e que eu consiga de alguma forma eh entre bem entre aspas certificar uma certificação mínima,

Entrevistador: eu acho que do ponto de vista de política pública isso seria mais operacional.

Entrevistado: Hum.

Entrevistador: É mais



Entrevistado: A questão é também é alta rotatividade, né, Juliano?

Entrevistador: entendeu?

Entrevistado: Assim, não adianta eu capacitar e daqui a pouco ele ir para atenção ter eh para para saúde complementar, você entendeu?

Entrevistado: capacitei e perdi o RH.

Entrevistado: Então também tem que ter mecanismos de retenção desse RH, porque senão você capacita, ele escapa.

Entrevistado: Você capacita, ele escapa.

Entrevistado: Então, a gente nunca consegue fechar o ciclo desse jeito.

Entrevistado: E você, outra coisa, não adianta você implementar,

Entrevistador: M.

Entrevistado: por exemplo, uma capacitação e não ter alguém que faça essa interlocução, a interligação, porque assim, um tá na atenção primária, o outro tá na secundária, outro tá na terciária.

Entrevistado: esse enfermeiro de ligação é funcionaria.

Entrevistado: Esse era foi um modelo que logo que eu terminei o doutorado eu tentei lá na Secretaria Estadual de Saúde levar pro coordenador de estado da área de de câncer, né?

Entrevistado: Esse modelo ele daria muito certo porque não seria para cada UBS, mas seria, por exemplo, que nem o NASF, cada três ou quatro UBS você tem um, ou seja, toda vez que uma mamografia deu errado ou que a deu suspeita,

Entrevistado: né, ou que uma citologia oncótica deu alterado, o resultado vai para esse profissional, ele mapeia e aí ele tem metas.

Entrevistado: Então, teria como eh também implementar essa modelagem eh e averiguar se seria custo efetiva.

Entrevistado: Também daria para fazer essa outra.

Entrevistado: A questão é a do da modelagem da capacitação, eh, o alto custo para capacitar e a questão de reter o RH.

Entrevistado: O RH não pode sair dali que senão você e outra coisa, não adianta capacitar, também tem que monitorar.

Entrevistado: Então você precisa ter alguém monitorando.

Entrevistado: Então por isso que esse outro enfermeiro numa posição estratégica de gestão da política tanto de mama quanto de colo uterino, atrelada quada 4Bs, o enfermeiro não é caro pro sistema em relação a um câncer avançado ou um câncer agudizado chegando

Entrevistado: numa emergência para tratar.

Entrevistador: Uhum, entendi.



Entrevistador: Boa proposta.

Entrevistador: Vamos pensar sobre isso.

Entrevistador: Ó,

Entrevistado: Ah,

Entrevistador: eu vou interromper.

Entrevistado: mais do que pensar me chama para poder a

Entrevistador: Não, lógico.

Entrevistador: Vou chamar.

Entrevistado: modelar.

Entrevistador: Eh, deixa eu te falar.

Entrevistador: Vamos interromper porque eu tô preocupado com o João.

Entrevistado: João ainda não.

Entrevistador: Eh,

Entrevistado: Aproveita a oportunidade porque

Entrevistador: você quer?

Entrevistador: Então vamos.

Entrevistador: É, se eu tô custado.

Entrevistador: Eh, na sua opinião,

Entrevistado: de

Entrevistador: quais são hoje os principais gargalos operacionais que dificultam a integração e a interoperabilidade do sistema de informação entre atenção básica e a atenção

01:15:00

Entrevistado: É.

Entrevistador: especializada?

Entrevistado: Pois é.

Entrevistado: Então é isso, o prontuário que não é único interligado, então isso dificulta bastante a comunicação que a gente tem que repetir exames, né?

Entrevistado: Então esse é um item.

Entrevistado: Ah, um outro item que tem a ver também com a a comunicação, eh, deixa eu ver então, a parte do prontuário.



Entrevistado: Uhum.

Entrevistado: Deixa eu ver aqui.

Entrevistado: Não só do prontuário, mas também os sistemas de imagem diagnóstico, né?

Entrevistado: Então, pensando em comunicação, interligação de sistemas, se eles fossem também interligados, isso também facilitaria, evitaria repetições de exames e facilitaria a comunicação.

Entrevistado: Por exemplo, se todas as imagens de mamografia fossem eh disponibilizadas no computador, o mastologista já olhava ali antes ou o radiologista olhava antes do paciente chegar na triagem.

Entrevistado: Isso facilitaria então entre a atenção primária versus a atenção especializada.

Entrevistado: Essa falha na comunicação gera um gasto.

Entrevistado: Ah, que mais de intera barreira?

Entrevistado: Então, a ausência do contor eletrônico, ausência dos sistemas de de imagem, barreiras de comunicação.

Entrevistado: Eh, acho que eu não tô conseguindo mais outra coisa.

Entrevistador: Ah, não.

Entrevistador: Tá bom.

Entrevistador: Eh,

Entrevistado: Ah,

Entrevistador: vou paraa

Entrevistado: e acho que também a questão de é a questão de linguagem,

Entrevistador: próxima.

Entrevistado: né, do do dos profissionais também, né?

Entrevistado: Então, às vezes não seguir um padrão de linguagem também acaba sendo uma na forma, por exemplo, de descrever, de encaminhar, eh, acaba também sendo um

Entrevistador: Tá,

Entrevistado: problema.

Entrevistador: eu acho que essa última sua fala se comunica com a próxima questão que é do ponto de vista de governança e gestão, o que mais limita a implementação das diretrizes nesse fluxo de referência e contrreferência para que ele funcione de forma ágil,

Entrevistador: talvez a questão da comunicação,

Entrevistado: Uhum.

Entrevistador: né, do dos termos, por exemplo, Vem, você acabou de



Entrevistado: Sim, sim, sim.

Entrevistado: As comunicações do dos termos é um do item.

Entrevistador: falar,

Entrevistado: Deixa eu ver a questão de governância.

Entrevistado: É pouco eu consegui pensar agora.

Entrevistador: eu tô pensando no seu estudo mesmo doutorado ou do mestrado, não lembro mais, mas que você detectou que as pessoas, apesar de ter a diretriz, não conhecia, né?

Entrevistador: Então,

Entrevistado: Sim,

Entrevistador: a falta de conhecimento por parte dos profissionais dessas diretrizes também provavelmente é uma

Entrevistado: sim, sim.

Entrevistado: a falta do conhecimento,

Entrevistador: barreira.

Entrevistado: porque como tem alta rotatividade o o ô Juliano, às vezes é treinado e eh aí sai, entra outro, o outro não sabe, entendeu?

Entrevistado: Então assim, é isso que eu tô falando, a questão do treinamento eh esbarra na situação de alta rotatividade, que quando eu fiz a abordagem dos enfermeiros de 38 postos de saúde na na atenção primária, eu fazia abordagem, aplicava o questionário e não falava que tava recomendado.

Entrevistado: E depois eu ia e explicava o que que o governo recomenda, o que que se esperava, qual é o papel deles, né?

Entrevistado: E daqui a pouco eu voltava na UBS para poder dar devolutiva.

Entrevistado: A parte daqueles enfermeiros não estavam mais

Entrevistador: Tá?

Entrevistador: Eh,

Entrevistado: lá.

Entrevistador: vou pular umas três aqui que você já respondeu, vou para uma próxima que é de indicadores.

Entrevistador: Na sua visão, quais indicadores de gestão ou fluxo ou qualidade da informação são mais estratégicos para monitorar a efetividade da comunicação na rede?

Entrevistado: indicadores para monitorar a comunicação.

Entrevistador: Isso da rede.



Entrevistador: Na sua visão, quais são os principais indicadores que deveriam ser monitorados para eh melhorar essa comunicação na rede ou quais você acha que precisariam ser construídos ou melhorados?

Entrevistado: Não, não consegui até.

Entrevistado: É, eu não acho que eu precisaria de um tempinho para parar e e pensar de bate ponto assim para melhorar a não, para monitorar a comunicação.

Entrevistado: Quais seriam os indicadores?

Entrevistado: O que que já existe e o que que não existe poderia ser criado dentro da rede de câncer?

Entrevistador: Isso é que é su a nossa

Entrevistado: Nossa realidade, né?

Entrevistador: realidade.

Entrevistado: E que não existe, que poderia ser criada.

Entrevistado: Olha, por exemplo, eh, que a gente teria, que seria um indicador excelente, que eu acho que não existe, hein?

Entrevistador: Alô,

Entrevistado: Porque fiz o plano estadual,

Entrevistador: quem tá falando?

Entrevistado: quando eu fiz a modelagem estadual.

Entrevistador: Alo.

Entrevistado: Oi. Oi, Ju.

Entrevistado: Ju, tá ouvindo?

Entrevistado: Oi. Tá ouvindo?

Entrevistado: Ai, gente, cadê que aconteceu?

01:20:00

Entrevistado: Oi, tá ouvindo?

Entrevistado: É que eu explique em alguma coisa.

Entrevistado: Tá ouvindo?

Entrevistado: Você tá ouvindo?

Entrevistado: Oi. Oi, J.

Entrevistado: Ju, sim, foi.



Entrevistado: Ah, então, ó, é um dos dos indicadores que eu acho que não existe,

Entrevistador: Carla,

Entrevistado: porque eu lembro que quando eu fiz o plano estadual, eu não vi, tá?

Entrevistado: Foi o E que eu acho que seria interessante para ver essa parte de comunicação, por exemplo, é da regulação, né?

Entrevistado: Quantos pacientes eh foram regulados como caso suspeito para câncer da atenção primária para atenção especializada?

Entrevistado: Quanto tempo eh demandou entre a requisição de atenção especializada até a primeira consulta?

Entrevistado: Eh, dentre os exames listados ou dos eh pré-requisitos pro encaminhamento, eh a sua total qual eh poderia botar em percentagem qual totalidade do dos requisitos foram acolhidos ou não?

Entrevistado: Por exemplo, às vezes vem sem a lâmina e o bloco ou vem sem o laudo, né?

Entrevistado: Então, porque isso gera atraso no cumprimento da lei dos 30 dias.

Entrevistado: seria um indicador interessante para poder ver como é que tá a comunicação.

Entrevistador: M.

Entrevistado: Aí, por exemplo, outro indicador que não existe, que poderia passar a existir, quantos casos de sobreviventes de câncer foram contrreferenciados para segmento eh exclusivo pela atenção primária.

Entrevistado: Perfeito.

Entrevistado: pra gente saber quantos, né, que a gente devolveu pra rede, eh, quantos eh casos de cuidados compartilhados com

Entrevistador: Sim.

Entrevistado: oncológicos eh foram eh requisitados pela atenção especializada eh para ser interligado com atenção primária, nem quando a gente requisitou, se passar a existir esse indicador e o modo de requisitar,

Entrevistado: a gente consegue eh obrigar ou fazer com que se torne real essa comunicação.

Entrevistado: E isso vai facilitar as autas, vai facilitar a interligação e a comunicação.

Entrevistado: A gente criou um modo operacional desse jeito.

Entrevistado: Ao criar o indicador, você tem que criar o modo de operacionalizá-lo,

Entrevistador: Uhum.

Entrevistado: né?

Entrevistado: e dizer porque que ele é importante como medir.



Entrevistado: Pode ser medido pelo encaminhamento, pelo números de eh de respostas eh

Entrevistador: M.

Entrevistado: ou é podem ser desse modo.

Entrevistado: teria que parar para pensar em cada um dos indicadores e ver como que ele poderia ser mensurado, mas seriam alguns que não, eu sei que não existem, mas que poderiam

Entrevistador: Se você pudesse implementar três inovações prioritárias para melhorar a

Entrevistado: existir.

Entrevistador: comunicação, integração, atenção básica especializada hoje, quais seriam e porquê?

Entrevistado: Três inovações, eh,

Entrevistador: prioritários

Entrevistado: a prioritárias a alta.

Entrevistado: a gente sabe que é um problema sério, né?

Entrevistado: Então, eh, como garantir a continuidade do cuidado para criar modos de operacionalizar a continuidade do cuidado do sobrevivente de câncer lá na atenção primária, que ele se sinta seguro.

Entrevistado: A gente precisa disso com urgência.

Entrevistado: Com urgência.

Entrevistado: A gente sabe disso.

Entrevistado: Esse é um prioritário.

Entrevistado: Ah, e outro ultra masterb prioritário é essa questão aí do atraso, né?

Entrevistado: atraso da lei do tudo que entrava a execução do diagnóstico diferencial eh em 30 dias a gente precisa botar em pauta, porque assim, se atrasou 30 dias para o diagnóstico diferencial, vai atrasar pro tratamento.

01:25:00

Entrevistado: E aí o outro eh tudo que vai travar a inovação seria eh ver o que que há de evidências suficientes que podem favorecer o diagnóstico oportuno em 60 dias.

Entrevistador: Certo?

Entrevistador: Então você acha, aí estou eu falando, tá?

Entrevistador: que o enfermeiro na atenção especial eh na atenção, o especialista na atenção básica, ele ajudaria nessa questão do cumprimento da lei dos 60 dias,

Entrevistado: muito,



Entrevistador: tá?

Entrevistado: não só 60 dias,

Entrevistador: Tá

Entrevistado: como do 30 dias.

Entrevistado: E ele ajudaria,

Entrevistador: bom.

Entrevistado: por exemplo, a receber o sobrevivente de câncer e manter um segmento, criar um padrão de segmento para esse paciente lá e fazer com que ele se sentisse seguro.

Entrevistador: Tá.

Entrevistado: Olha como a gente consegue devolver ele tendo esse enfermeiro lá.

Entrevistador: Tá,

Entrevistado: Ele tem diferença para

Entrevistador: a 82 você já tá a a outra você já respondeu.

Entrevistador: A próxima que tipo de apoio seria necessário para que os profissionais da

Entrevistado: ele.

Entrevistador: atenção especializada se engajem mais ativamente na qualificação do fluxo de comunicação com atenção básica?

Entrevistador: Na sua opinião, que tipo de apoio é formação?

Entrevistador: É dados?

Entrevistado: Eh, eu acho que precisaria, por exemplo, de uma de uma sensibilização que poderia ser por meio de múltiplas ações, eh, às vezes até não necessariamente ação de, ah, vamos para auditório para uma ação de educação continuada.

Entrevistado: Pode ser, mas pode ser também às vezes com aqueles lembretinhos que aparecem na no computador ou que é mandado no e-mail particular daquele eh profissional.

Entrevistado: né, os o resultado negativo da falha da da da das da fragilidade na comunicação, qual é o impacto negativo.

Entrevistado: Aí vem o outro depois mostrando sobre as possíveis soluções e e aí depois trazendo um exemplos práticos.

Entrevistado: Eh, e eu acho que isso faz com que, pela primeira vez ele passe a pensar o quanto que comunicação pode ser impactante, o quanto que negativamente, o quanto que ele como ator pode mudar esse cenário com

Entrevistado: exemplos e às vezes até campanhas, por exemplo,

Entrevistador: Uhum.



Entrevistado: a gente não tem, ah, a gente vai trabalhar esse ano, a meta da segurança, então não pode ser a meta de uma comunica em

Entrevistador: Certo?

Entrevistado: rede.

Entrevistador: Então a gente, na sua opinião, a gente utilizando várias formas de comunicação, né?

Entrevistador: a tecnologia, inclusive eu estaria contribuindo aí para para essa sensibilização.

Entrevistado: Uhum.

Entrevistador: É

Entrevistado: Sim, sim.

Entrevistado: É, e às vezes a gente sabe que hoje em dia nas grandes mídias, né, e assim isso mobiliza bastante também,

Entrevistador: isso.

Entrevistado: eh, usar às vezes alguém que é um um pop, né, por exemplo, um ator fazendo uma charge de falhas de comunicação que eles curtam, aquilo gruda na cabeça, né?

Entrevistado: E aí, tipo, depois vindo falando de alternativas, então também às vezes alguém que tem uma representação e trabalha às vezes no lúdico pode trazer um tema sério, com mais leveza e fazer que aquele vire um chicletinho na cabeça de modo a

Entrevistado: mobilizar.

Entrevistador: Tá?

Entrevistador: Eh, que recomendações você deixaria para equipes e gestores que estão iniciando agora a construção ou a revisão de fluxos de atenção especializada, tomando o problema da comunicação como central?

Entrevistado: nos chamem, nos chamem para participar da da apresentação de de proposta eh da elaboração de estratégias e façam testes eh pilotos, né?

Entrevistado: Então assim, envolver os atores é importantíssimo.

Entrevistado: Não adianta fazer política sem envolver os atores.

Entrevistado: Se você não envolve os atores, a chance de não dar certo, é grande.

Entrevistado: Então assim, chamem os atores, envolvam os atores e até mesmo a audiência, né?

Entrevistado: Porque a audiência também pode fazer eh a quem é a quem é com quem que a gente quer se comunicar e por que a gente quer se comunicar, né?

Entrevistado: Então, quem vai ser o signatário daquela comunicação também tem interesse.



Entrevistado: Envolver eh os atores é importantíssimo.

Entrevistado: Eu faria essa recomendação porque vai depender da gente para executar.

Entrevistador: Tá.

Entrevistado: Se não envolver desde a a conção,

Entrevistador: E aí no E aí isso na

Entrevistado: a chance de dar ruim é grande.

Entrevistador: sua percepção seria os profissionais e os usuários,

Entrevistado: Sim, tem que envolver, tem

Entrevistador: tá?

Entrevistador: Algo que você considere importante sobre comunicação,

Entrevistado: que

01:30:00

Entrevistador: integração na rede de atenção especializada que nós não tenhamos abordado?

Entrevistado: acho que não.

Entrevistado: A gente teve uma engraçado, né, Juliano, como tanto tantos anos de pesquisa, a gente pode dizer que a gente tem uma falha grande, né, de de comunica a gente tem de infraestrutura, né, muito muito muito grande, mas de comunicação também,

Entrevistado: né, que a gente tem produção de conhecimento, eh, mas infraestrutura também.

Entrevistado: Não, acho que

Entrevistador: Tá bom.

Entrevistador: É,

Entrevistado: reflexão.

Entrevistador: tá, tá bom.

Entrevistador: Era isso.

Entrevistador: Fico, eu fico te devendo uma folga.

Entrevistado: Olha, você falou que era uma conversinha.

Entrevistado: A gente ficou aqui 5 horas conversando.

Entrevistador: É, vou vou ficar te devendo uma

Entrevistado: Eu já falei, hein, que eu quero participar do outro.



Entrevistado: Eu já tô assim,

Entrevistador: folga.

Entrevistado: eu acho que a minha contribuição já tá OK, já tem outras pessoas engajadas.

Entrevistado: Me deixa ir para outra etapa.

Entrevistado: Me deixa ir, me deixa colaborar nas outras coisas.

Entrevistador: Pode deixar.

Entrevistador: Eu vou inclusive da gente, eu acho que isso vai dar agora eu falando, tá?

Entrevistador: Acabou a entrevista.

A reunião terminou depois de 01:31:23 🖐️

Esta transcrição editável foi gerada por computador e pode conter erros. Depois de criada, ela poderá ser editada pelos usuários.



5 - ENTREVISTA - PROFISSIONAL ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Entrevistado: Barbara Figueiredo

Transcrição gerada por [TurboScribe.ai](#).

Entrevistador: Obrigada pela sua disponibilidade de conceder essa entrevista para a gente, e essa entrevista faz parte do estudo sobre o desafio em fortalecer a comunicação da rede de atenção à saúde, foi o foco que a gente escolheu. No nosso foco, o problema da comunicação deficiente entre a atenção básica e a atenção especializada e o usuário, que resulta nos ineficientes da especializada, filas e sobrecargas da urgência. Eu gostaria de te ouvir, de conhecer a tua experiência, entendendo essa falha de comunicação, como impacta no seu cotidiano, e as soluções que você possa vislumbrar, ou que já vem implementando, em promover uma atenção integral e mais eficiente.

Entrevistador: A entrevista ela deve durar cerca de 30 minutos, e você me autoriza a gravar para fins de registro e análise?

Entrevistado: Autorizo, autorizo sim, Flávia.

Entrevistador: Obrigada, Bárbara.

Entrevistado: Eu vou só pedir para você repetir a pergunta,

Entrevistador: O nosso trabalho, ele está como o problema de comunicação deficiente entre a atenção básica especializada e o usuário, gerando ineficiência na especializada, filas e sobrecargas de urgência. Mas para além do nosso problema, a gente quer ouvir o teu cotidiano mesmo, e que soluções você vislumbra nesse ambiente. Mas antes dessa parte, depois de essa pergunta, eu queria ouvir um pouco mais de você, se você poderia se apresentar, formação, tempo de atuação.

Entrevistado: Claro, claro.

Entrevistado: Então, eu sou formada em serviço social, eu me formei em 2016, e logo que eu me formei, eu fui trabalhar na UFF. Eu comecei num projeto lá, UFF é um hospital da que eu cruz, hospital pediátrico, voltado para o cuidado da mulher, da saúde da mulher, da criança, do adolescente, e foi uma experiência muito exitosa para a minha carreira, porque assim que eu comecei a trabalhar, eu trabalhava muito numa perspectiva de um, comecei como um bolsista, pensando num projeto, depois que virou um programa, e se institucionalizou, que fazia deshospitalização de crianças com condições crônicas complexas, que tinham alguma dependência tecnológica, que precisavam ir para casa, com essa dependência tecnológica, então a gente está falando de um cenário muito complexo, do ponto de vista clínico, social, emocional, para essas famílias, e a gente acabava trabalhando de uma maneira muito interdisciplinar. Então, isso era muito valorizado para a equipe, porque tinha que ser assim, porque não bastava a criança ter uma estabilidade clínica, e aí a gente está falando de categorias mais biomédicas, que estão envolvidas nesse cuidado, mas ela também precisava ter uma casa adequada, ela precisava que a rede da atenção básica tivesse atenta para fazer o trabalho, essa porta de entrada para fazer esse trabalho, muitas vezes de vacina, de um acompanhamento, próprio agente comunitário de saúde, então eram interlocuções muito valiosas para a gente, pensando nesse processo da deshospitalização.

Então, eu trabalhava um pouco com esse projeto, e eu vou falar dele um pouco mais depois, para você entender, acho que vai responder melhor a sua pergunta, mas só para não desviar da minha história, eu vou continuar, vou dar uma pausa nisso, e aí eu fiquei trabalhando muito tempo com esse projeto, e também na um idade intermediária, que é o INH, que é uma cena intensiva, e no programa de assistência domiciliar. Não, está aqui, deu uma piscadinha, mas está tudo aqui. Acho que estavam me ligando, mas desliguei.



E no programa de assistência domiciliar, então eu fiquei durante seis anos no IFF, trabalhando com isso, eu acabo saindo do IFF, dou uma pausa, vou para a Marinha, e aí eu acabo tendo uma outra perspectiva, porque eu vou para prestar basicamente atendimento a militares, e é um outro público, é um outro perfil de usuário, eu saio e volto para Fiocruz na condição de servidora, nesse último concurso, e agora eu estou no INI, que é o Instituto Nacional de Infectologia, também é um outro perfil de usuário, tem um público muito forte, pensando a característica em relação à questão de HIV e tuberculose, porque é um hospital de doenças infecciosas, então é um outro público, mas eu também estou aqui há pouco tempo, estou aqui há cinco meses. Então, estou conhecendo ainda esse novo cenário de atuação. Você ia fazer alguma pergunta?

Entrevistador: Nossa, Bárbara, você está melhor que a encomenda, porque você vem do materno-infantil e já está na Infectologia no INI, está ótimo, repositório de informação maravilhoso você. Então, no IFF, como materno-infantil, você estava no ambulatório e no INI, você está no ambulatório como...

Entrevistado: Não, no IFF eu trabalhava com internação, então eram lidando com famílias, com crianças e adolescentes, internação prolongada, então assim, por isso que tem a ver com a questão do projeto da desóspita, e tem a ver com a cuidadoria também, que acaba atravessando tudo isso, porque nesse tempo que eu trabalhava lá no IFF, a gente começou a perceber, e aí eu falo a gente, porque era um trabalho muito eu e a Kátia, que é a coordenadora da cuidadoria, e a gente começou a perceber que essa internação prolongada trazia muita repercussão para essas mulheres que estavam no hospital. E aí, eu te digo, repercussões de naturezas diversas. Então, essas mulheres, muitas vezes, se trabalhavam, tinham que sair do trabalho, se eram casadas, muitas vezes se separavam.

A rede de apoio, de repente, se mostrava muito frágil, porque elas precisavam ficar longos períodos dentro do ambiente hospitalar, e aí é isso, ela não conseguia mais encontrar os amigos, a família, se tinham outros filhos, isso também ficava fragilizado, essa questão dos vínculos. Então, eu e a Kátia, a gente começou a perceber que essa internação prolongada para essas mulheres, e eu estou falando mulheres, porque a gente também percebeu que, na maioria das vezes, eram mulheres, eram mães, eram tias, eram irmãs, e aí isso também era um dado importante, porque a gente se dá conta, a gente sabe, mas a gente tem um dado muito real de como essa figura feminina é a figura do cuidado, é a figura que é sempre muito central, e que é muito demandada. Então, a equipe de saúde também tinha esse papel de, muitas vezes, colocar essa mãe no centro do cuidado, e é muita responsabilidade, muitas vezes é muita culpa, porque você está sempre cobrando ali daquela mulher, você está sempre cobrando daquela tia, daquela irmã, então, a gente, quanto mulher, a gente sabe que é dureza essa experiência.

Então, eu e a Kátia, a gente começou a perceber essas nuances no nosso trabalho, pensando na desospe, a gente queria, obviamente, levar essas famílias para casa, levar essas crianças para casa, mas a gente pensou, mas pô, e o tempo que ela está no hospital? Porque, muitas vezes, eu estou falando de meses, eu estou falando de anos, como é que é isso? Porque a gente só cobra para que ela aprenda a ser uma boa cuidadora? Será que dá para a gente fazer algo a respeito, para a gente pensar um SUS para além desse cuidado direto, para além dessa questão pensando aspectos clínicos, apenas, pensando aspectos clínicos? E aí, a gente cria esse projeto, que é a Cuidadoria de Mães, então, ele começa com iniciativas mais pontuais. A primeira que a gente fez foi um ensaio fotográfico no Dia das Mães, não, Dia das Mães não, desculpa, Dia das Mulheres, pensando justamente nesse sentido de pensar essas mulheres como mulheres, não só como mães, assim, para além desse ato de ser mãe. Então, calma aí, você também tem beleza, você também tem inteligência, você tem outras características que extrapolam essa coisa do cuidado e da maternagem, então, a gente promoveu essa atividade, foi um sucesso, assim, no hospital, porque as mães aderiram muito, a gente já tinha muitos



vínculos, né, porque a gente já trabalhava com elas, então, teve uma adesão muito grande dessas mulheres, mas também teve um aspecto importante para a equipe, assim, porque as mulheres circulavam pelo hospital, é isso, você não toma banho direito, você não dorme direito, você, essa questão do autocuidado, ela é muito negligenciada nesse momento.

E nessa atividade, as mulheres foram maquiadas, tiraram fotos, estavam, a gente conseguiu uma parceria com uma pessoa que vendia roupa e ela emprestou as roupas, então, eu me lembro, sobretudo da enfermagem, que muitas vezes é a categoria que está ali muito próxima, e falar, meu Deus, eu não reconhecia a fulana de tal, nem acreditei, por que isso? Porque ela estava, teve um momento ali que foi um momento muito dela, assim, não mais a mãe do fulano, que também isso acontece muitas vezes no ambiente hospitalar. Aqui, eu tenho muito isso, aqui no INE, que às vezes a gente está no round, que são essas reuniões de equipe, aí fala assim, não, porque o C3, C3 é o número do leito, assim, aí eu sempre faço alguma intervenção, mas o nome da pessoa, a pessoa tem nome, ela não é o leito, ela não é a doença, não é o C3, é a Maria, é o João, então, acho que são essas pequenas coisas que fazem muita diferença para o nosso trabalho, assim, que muitas vezes parece que é isso, né, ah, é assistente social, é Cricri, ah, é assistente social, está sempre essa pessoa que está problematizando tudo, que está, né, um pouco chata às vezes, né, mas é muito do que a gente acredita, né, então, acredito que estou falando com pessoas, que eu estou ligando, estou cuidando de pessoas, não estou cuidando da doença, sabe, então, é nesse contexto que nasce a cuidadoria de mães, então, quando eu saio do IFF, eu acabo me afastando um pouco do projeto, mas agora que eu voltei para a Fiocruz, mas não mais no IFF, estou no INE, eu retomo a minha intervenção na cuidadoria, muito por uma questão de estar ali no embrião do que que era a cuidadoria, dessas atividades, como eu te falei, que eram mais pontuais e menos sistematizadas, e agora com um formato mais projeto, a gente tem financiamento, tem recursos, então, agora é um projeto mesmo mais sistematizado, então, eu estou aqui e estou lá, estou aqui no INE, mas também estou lá no IFF, então, esse é um pouquinho da minha trajetória, pelo menos profissional.

Entrevistador: Olha, Bárbara, aqui eu super me identifiquei, também muito curiosa, mas eu estou me contendo, porque eu tenho um roteiro de entrevista aqui, mas no final eu faço algumas perguntas livres, também com mais detalhes do projeto, mas vamos lá.

Eu estou seguindo aqui o roteirinho, diga. Você quer que, assim, eu entendi que você procurou a cuidadoria, mas você quer que eu, eu posso, tipo, ampliar essas reflexões, ou você prefere que eu me limite à cuidadoria? Você pode ampliar, você pode ampliar, nós procuramos a cuidadoria na perspectiva também de como, como cuidadoria de mães, também como essa parte do cuidado com o usuário interfere no absenteísmo, no todo o processo da interação com a assistência especializada, que às vezes as pessoas acham que é só cuidar de um aspecto mental e emocional, mas que isso reflete impactos positivos no tratamento do paciente e do próprio trabalho, né, então em busca dessa eficiência, nessa aproximação da comunicação, mas fique lindo para ampliar e trazer os seus ensaios também, porque a sua experiência empírica, né, a sua leitura de mundo nesse contexto vai trazer para a gente informações, porque a equipe que está discutindo o assunto não trabalha na ponta, em resumo, acho que a gente tem um colega que trabalha mais para cima da ponta, que é da área de Oncologia, mas ele é gestor na área de Oncologia, e mais dois colegas que são do Ministério, aí ele tem uma visão também macro, mas essa linha de frente a gente quer ouvir outras pessoas também de outras regiões, para trazer esse contexto. Se você quiser falar mais da curadoria agora, se não eu volto, porque o roteiro ainda vai me pedir algumas coisas de onde você trabalha, algumas coisas assim, o que você prefere? **Entrevistado:** Pode continuar, eu acho que vai dar certo.

Entrevistador: Você quer o roteiro?



Entrevistado: Pode, pode, quer também se deixar, precisando falar, né? A gente conversa o dia todo, eu já sei que eu vou subir a Hinoine com um café, bater um papo, mas muito bom te ver. Mas você está por aqui?

Entrevistador: Desculpa... Não, eu cheguei agora, 12h30 da manhã, eu cheguei aqui em Bahia, eu estou trabalhando, agora eu não estou ficando aqui em Hinoine,

Entrevistado: sim, desde 2013.

Entrevistador: Pois é, menina, essas coisas que a gente faz na vida. Me disseram que iam fundar a Cedipa, a Coordenação de Equidade, que era para trabalhar na diversidade, e aí perguntaram, Flávia, você vem? Eu falei, vou. Aí perguntaram, você vem mesmo? Eu falei, não estou dizendo que vou. Fui. Certo. Mas vamos lá. Vamos. Deixa eu voltar aqui. Então, hoje você está no Hinoine, no ambulatório, não, perdão?

Entrevistado: Não, eu estou no CT, assim, o Hinoine, ele tem dois espaços físicos em locais diferentes, mas é uma coisa só, né, que tem a parte do ambulatório, que é lá em cima, e tem a parte aqui do centro hospitalar, que foi criado na época da Covid, não sei se você sabe essa história.

Entrevistador: Lembro, lembro.

Entrevistado: E aí acabou... Perto de bio. Isso, e aí acabou que o centro hospitalar ele se integrou ao Hinoine, Então hoje a gente tem 120 leitos de internação, eu, a divisão aqui no Hinoine, cada centro é uma referência de uma unidade, e eu sou a referência do CTI, então a minha amistadinha, que é a minha alocação, está sendo no CTI do Hinoine.

Entrevistador: Só pega a coisa fácil para trabalhar, né, Bárbara? Então, já que você está da parte de internação, quais seriam hoje as suas principais atribuições relacionadas a essa interface, vamos dizer assim, com a assistência básica ou a regulação? Aí, como você tem duas experiências, uma do IFF e uma do Hinoine, eu vou explorar o que você poderia dizer. Como era em um e como era no outro, assistencial, gerencial, educacional, coordenação de projetos ou professos...

Entrevistado: Então, como eu te falei, eu estou aqui há pouco tempo, né, estou aqui há mais ou menos uns cinco meses. No CTI, assim, eu não tenho tanta interlocução com a atenção básica, no sentido... Por quê, né? O perfil do CTI aqui são pacientes muito, muito graves. Então, a gente acaba que a pessoa sai do CTI e ela nunca vai direto para casa. Ela vai para uma outra unidade, geralmente para a SEMI intensiva, para depois ir para as enfermarias, para depois pensar essa saída para casa. E as assistentes sociais que estão nessa ponta da enfermaria, elas têm uma interlocução maior com a atenção básica. Mas isso não quer dizer que eu não tenha nenhuma.

Entrevistador: Por quê? O que acontece?

Entrevistado: Muitas vezes, por exemplo, CnaR, né, consultório de rua. A gente tem muitos pacientes em situação de rua que internam aqui por conta da questão da tuberculose, do HIV. É uma vulnerabilidade social que é muito grande, muito gritante. E essas equipes costumam vir aqui para visitar os pacientes. Então, acontece isso. Acontece também, já aconteceu... Tem um CMS aqui, um Centro Municipal de Saúde aqui dentro da Fiocruz, que também já veio aqui para visitar paciente. Sabe que o paciente internou e vem aqui para fazer algum tipo de acompanhamento. Então, já aconteceu, nesse tempo curto que eu estou aqui, do pessoal da clínica da família vir e fazer essa visita. Então, a gente sentou, discutiu o caso.

Eles trouxeram algumas informações e alguns elementos muito importantes, porque eles acompanham, de fato, esse paciente. E aí, a gente ficou pensando estratégias mesmo para saída. Porque, nesse caso específico, era um paciente HIV que não conseguia fazer adesão ao tratamento.

Tinha muita dificuldade de tomar medicação. Tinha uma rede de apoio frágil, que é um perfil também muito forte aqui dessa questão da rede de apoio. E tinha uma questão também de abstinência com drogas.



Então, ele também não conseguia... Ele internava muitas vezes, saía alta, revelia. E é quase um ciclo, né? Bem triste desse paciente. Porque internam porque estão graves.

E aí começa a abstinência, não consegue ficar. Pedem alta revelia, saem. E depois interna de novo.

Enfim, fica nesse vai e volta. E atenção básica. Tanto a atenção básica quanto o CnaR.

Pelo menos aqui do território. Porque eles acompanham, conhecem bastante os usuários aqui da região. Então, já tive essas experiências com essas duas equipes.

E na relação do IFF com a atenção básica especializada? Então, no IFF eu tinha muito mais proximidade. Porque, como eu te falei, eu era dessa equipe da deshospitalização. Então, para a gente poder pensar essa deshospitalização, pensar essa ida para casa dessa criança, era um trabalho que era muito grande.

E a gente está falando de doenças que são crônicas, que não tem cura. A gente está falando de um acompanhamento ainda de saúde em casa. Essa criança não está indo para casa com cura. Tipo, agora não tem mais dependência nenhuma. Pelo contrário. Ela está indo com muita dependência tecnológica.

Então, eu ia com cilindro de oxigênio, ia com concentrador, ia com BIPAP. Ia com uma série de equipamentos que a gente precisava dessa articulação com a atenção básica. Justamente para eles darem apoio.

A gente fazia até visita antes da criança ir para casa. A gente fazia visita na rede para entender como é que era. Porque a gente sabe que cada território é diferente.

Então, tem unidades que conseguem trabalhar de uma maneira mais articulada. Conseguem entregar mais no sentido de integrar com outras unidades. No sentido de ter mais recursos.

Infelizmente, tem outras unidades que não. Que estão sobrecarregadas. Que não têm uma força de trabalho tão qualificada.

Às vezes, tem uma defasagem. Então, lá no IFF, a gente tinha bastante articulação com a atenção básica. Não tinha como levar essa criança para casa sem identificar quem era a unidade de referência.

E sem as pessoas saberem que essa criança estava indo para casa. Olha só, está indo uma criança de uma condição crônica complexa. Vocês precisam saber que ela existe.

Vocês precisam entender que essa criança está aqui no seu território. A gente não conseguia fazer articulação, por exemplo, com uma UPA da vida. Porque, muitas vezes, não tinha como essa criança ir para a UPA.

E, às vezes, em intercorrência, quando ia, a UPA não queria absorver que ia mandar para o IFF.

E o IFF não tem emergência. Então, isso também era um problema para a gente.

Então, levar essas crianças para casa, com esse perfil do IFF, é uma responsabilidade muito grande. A gente está falando da vida das pessoas. Quando a gente pensa nessa questão da mulher e dessas mães que vão, elas recebiam um treinamento dentro do hospital ainda.

E elas realizam praticamente todos os cuidados em casa. E tem uma diferença muito grande entre home care, e aí você tem um período, às vezes, de 12 ou 24 horas, um profissional de saúde que acompanha esse paciente, e o que é diferente da atenção domiciliar, que a equipe vai uma vez por semana, às vezes vai quinzenalmente. Então, a responsabilidade de cuidado era toda, basicamente, da mãe.

Ela conseguia ter uma aproximação com a equipe, com o telefone pessoal, muitas vezes, do médico. Então, conseguia falar, e a gente tinha essa troca com a família. Mas a responsabilidade ali do cuidado, da execução, dia a dia, é da mãe.

Era da mulher, entendeu? Então, no meu mestrado, eu discutia essa questão da atenção domiciliar, e eu até fiz uma reflexão muito grande em um artigo, em algum momento, falando sobre essa coparticipação do cuidado. Porque que responsabilização é essa? Eu não estou dizendo que não é para levar para casa, porque também, se não é a mãe que assume, essa



criança fica no hospital. E eu, com certeza, entendi que estar no hospital não era melhor para ela, para ninguém, para a família como um todo.

Mas também, e aí, que estratégia que a gente cria para levar ela, mas de uma maneira que ela também não fique sobrecarregada, porque é ela que faz tudo. E aí, eu estou falando de alguns procedimentos, quando eu falo tudo, as crianças, a maioria delas, eram pré-customizadas. E aí, as mães aspiravam.

Às vezes, elas tinham que trocar a cânula, que é um procedimento que é, teoricamente, médico. Mas, na hora do desespero, ou você troca ou o seu filho morre. E aí, elas trocavam. A gente teve várias experiências com essas pessoas que faziam essa troca de cânula em casa. Então, é um procedimento que é arriscado, é um procedimento que é médico, não é recomendado fazer. Pais, é isso, na situação de emergência, elas recebiam esse treinamento para que pudesse, pelo menos, ter um suspiro ali para a criança, nesse momento da intercorrência.

Entrevistador: Bárbara, eu vou fazer uma pergunta. Olha, congelou. Viu? Não, acho que deu freeze. Não sei se foi a internet ou a minha, mas enfim. Eu vou fazer essa pergunta aqui, mas eu sinto que, em parte, você já respondeu quando você falou do projeto de... **Entrevistado:** Desóspita.

Entrevistador: Isso, desóspita. Como se deu a sua entrada na agenda de organização da rede e fluxos de acesso à atenção especializada? Você pode dizer sim, não, ou eu estou muito nessa etapa. E eu gostaria que você falasse um pouco mais dessa comunicação pelo WhatsApp com a família.

Entrevistado: Tá. A gente... Muitas vezes, a gente já tinha mapeado, que, assim, lá no IFF não tem uma lógica de território, como tem na atenção básica, por exemplo. A gente atendia pessoas, incluindo crianças, inclusive de outros municípios. Então, Duque de Caxias, Queimados, a gente já foi para... Mesquita. Enfim, outros municípios do Rio de Janeiro tinham um limite de quilometragem, até pensando nessa questão logística mesmo, das visitas. Então, muitas vezes, a gente realizava duas visitas por dia. E, sei lá, se o paciente é de... Ainda que seja de um município do Rio, se ela é Campo Grande, é longe do Flamengo, que é a localização do IFF.

Então, mesmo que seja dentro do município, essa questão da logística, a gente também precisava organizar. Então, a gente tinha mais ou menos, quando nesse processo da desospitalização, ainda com o paciente internado, a gente fazia esse levantamento da rede.

Então, onde ele mora, o que tem ao redor? Tem atenção básica, tem alguma clínica de reabilitação, que também é um paciente que tem a questão da fisioterapia, precisa de ter esse acompanhamento dessa parte mais especializada de reabilitação.

Então, a gente também fazia esse mapeamento. Além das unidades públicas de saúde, a gente também via se tinha alguma instituição filantrópica, alguma iniciativa que pudesse suprir essa defasagem do serviço público. E, depois de tudo isso, a gente iniciava os contatos.

Então, ou era um contato mais dessa rede, de que a gente tem, às vezes, uma conhecida que trabalha lá, ou que você acha que conhece alguém. Ou a gente ia na internet mesmo, pesquisava, ligava. Geralmente, a gente marcava da equipe se apresentar.

Então, também era importante ter essa... A gente conhecia o local, deles verem também a gente, porque a gente estava querendo estabelecer uma parceria ali. Porque é isso, não era uma transferência de cuidado. A gente não estava pedindo para eles assumirem.

A gente estava colocando ali como uma matriz desse cuidado, mas a gente precisava desse apoio. Então, sobretudo pensando médico, enfermagem e nutre... Desculpa, médico, enfermagem e fisio. Íamos, e eu, e a psicóloga.

Então, era um núcleo mais duro da equipe. A gente ia até a unidade, apresentava o caso, falava da complexidade, tanto do ponto de vista clínico, quanto social, às vezes emocional. E, a partir daí, eles podiam também tirar dúvidas.



Porque é isso, são crianças que muitas vezes assustam. Porque lá no IFF são doenças raras, congênitas. Então, muitas vezes, a pessoa não pôde falar naquela doença.

E, muitas vezes, assustava um pouco a situação. Então, a gente também queria dar um pouco essa segurança para a equipe. No sentido de, olha, a gente está aqui.

A gente compartilhava os contatos, a gente falava por WhatsApp. Tal qual com a família. Então, a família também tinha o WhatsApp de todo mundo.

Eu já recebi ligação no dia 24 de dezembro, de um paciente com intercorrência. A mãe tentou falar com o médico, tentou falar com a enfermagem, não conseguiu, e ela me ligou. Então, já tivemos esse tipo de situação.

Então, a gente estava fundo nessa questão da comunicação com a família. Então, de dia, de noite, de madrugada. Então, a gente tem várias histórias de experiências que aconteceram e que a gente se comunicava dessa maneira.

Ou telefone, ligação, ou WhatsApp. Aqui no INE, por exemplo, acontece muitas vezes de eu tentar ligar para alguma família, para algum tipo de contato, para aproximação e tudo mais, não consegui. Aí eu peço o administrativo, que tem um telefone institucional, manda o WhatsApp, a pessoa responde na mesma hora.

Então, eu sempre penso, poxa, por que não me atendeu? E aí eu acho que é um pouco.. Tem sido meio cultural. As pessoas conseguem acessar melhor o WhatsApp do que a ligação. Seja porque desconhece o número e tem medo de golpe.

Já ouvi muito isso. Não atendo o número desconhecido. E aí até é peculiar, para ver a geração dessa época.

Como se você não atende uma ligação porque você não conhece o número? Se eu vou atender porque você salvou o número, não faz muito sentido, mas beleza. Então, essa coisa do WhatsApp, muitas vezes, funciona muito mais de mandar mensagem de texto, de a gente se identificar enquanto a unidade hospitalar, a pessoa vê, aí sim eu consigo ligar, ou consigo marcar e a pessoa vir e a gente tratar pessoalmente a demanda que eu tenho.

Entrevistador: Bárbara, eu vou perguntar o que você vê em termos de cenário de atenção especializada. A sua opinião mesmo. Falhas de comunicação, desorganização, fluxo, sobrecarga. Quando você olha para a atenção especializada no seu serviço hoje e FFM, o que é que te salta os olhos em termos de falhas de comunicação, de integração?



6 - ENTREVISTA - PROFISSIONAL DA REGULAÇÃO INTERNA / ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Entrevistado: Vânia Braz Santos

1. Perfil profissional e institucional (“Quem é” esse ator no sistema)

1.1. Para começarmos, poderia se apresentar brevemente? (Formação, área de atuação, tempo de trabalho na saúde.)

Minha formação é em Serviço Social, atuo atualmente no NIR ambulatorial da unidade. Na saúde já estou em atuação há 38 anos.

1.2. Em qual esfera e nível atua hoje? (Municipal, estadual, federal; gestão central, regional, unidade de saúde, outro.)

Nível Federal

1.3. Qual é a sua função atual no processo de regulação do acesso à atenção especializada e como ela se relaciona com a gestão da informação/comunicação na rede?

• Regulação de consultas, exames, internações; coordenação de núcleo de regulação; apoio técnico; análise de dados etc .

A função versa sobre os agendamentos ambulatoriais realizados pelo Sistema de Regulação Estadual (SER). Ou seja, abertura de vagas para atendimento de primeira vez, incluindo avaliação de vagas extras, quando demandadas pela própria regulação, Mandado Judicial e situações clínicas.

Ainda que seja uma unidade executante, em algumas situações, insiro solicitação de exame e consulta de forma bem específica.

Anteriormente inseria solicitações em vaga zero e solicitação também de transferências para outro serviço da rede, quando não dispomos do serviço adequado ao quadro do paciente. Atualmente essa é uma demanda realizada pelo NIR de uma outra unidade da Instituição que centraliza essas demandas.

1.4. Como se dá sua participação na construção de políticas públicas (normativas, protocolos, redes temáticas) que visam integrar a comunicação AB-AES?

Não atuo na construção de políticas públicas, minha função se dá no âmbito das execuções.

“O que vê?” – Leitura do cenário da Regulação e da Comunicação (Mapa de empatia – O QUE VÊ) Foco: Falhas de comunicação, desorganização do fluxo e sobrecarga do serviço.

2.1. Quando olha para a comunicação e o fluxo de informação no acesso à Atenção Especializada no seu território, o que mais lhe salta aos olhos em termos de



fragilidades? (Ex.: sistemas que não conversam, falta de devolutiva, informações incompletas.) • Filas, tempos de espera, distribuição de oferta, vazios assistenciais, sobrecarga em certos serviços.

Uma das questões que me causam inquietudes é a distribuição de ofertas de vagas, com serviços que ofertam muitas poucas vagas o que ocasionam sobrecarga em outros serviços. A fila também é algo que também preocupa, juntamente, com o tempo de espera.

Quanto ao sistema, percebo que não conversam entre si, existem também a falta de devolutiva e informações incompletas.

2.2. Como você enxerga hoje a organização da rede de referência e contrarreferência entre Atenção Básica e Atenção Especializada, especificamente do ponto de vista da qualidade e tempestividade da informação

A referência e contrarreferência, ainda é um ponto de fragilidade, alguns serviços e/ou profissionais não utilizam dessa ferramenta, como forma a otimizar o andar do usuário na rede, contribuindo para que ele percorra um fluxo mais ágil e efetivo.

Observa-se que ainda existem locais que não fazem a contrarreferência do usuário, ao devolvê-lo à rede de atenção, dessa forma o local que recebe o usuário fica sem saber ao certo o que ocorreu com ele no local para o qual foi referenciado.

Cabe ressaltar que tenho observado que muitos serviços utilizam a contrarreferência de forma usual, já estando incorporado à sua rotina.

2.3. Em quais especialidades ou procedimentos a comunicação deficiente e a falta de integração geram mais uso ineficiente da AE ou sobrecarga desnecessária nas urgências/emergências? • Eletivas, alta complexidade, exames de apoio diagnóstico, oncologia, ortopedia, cardiologia etc.

Não tenho como responder sobre todos, mais por certo, a comunicação deficiente e a falta de integração geram sobrecarga aos diversos serviços prestados pela rede. Trabalhar a integralidade das ações garante o acesso do usuário à saúde a qual ele tem direito.

2.4. Na sua percepção, há desigualdades territoriais ou sociais no acesso que são agravadas pela falha nos canais de comunicação ou transparência da fila de espera?

Certamente que há desigualdade territorial e sociais e que têm seu agravamento na falta de comunicação entre os diferentes serviços que não conversam entre si, que ficam restritos apenas aos seus espaços de atuação, muitas vezes não sabendo o que o outro faz.

Quanto a criação do Painel de Transparência da Fila de espera, é algo positivo, no entanto existem nuances que apenas as pessoas que lidam com o sistema têm conhecimento, visto que por trás do rank da fila tem especificidades diferentes, que inferem diretamente na classificação de risco, que não se visualiza, mas que é determinante na cronologia dos agendamentos. Ademais sair da fila não significa que foi agendado, pode ter sido pendenciado por falta algum exame que não foi anexado.



Muitas vezes não é comunicado na solicitação, alguma situação que precisam ser consideradas pelo médico regulador, que serão importante no momento que vai se analisar as informações sobre o quadro clínico do paciente, por exemplo.

3. “O que escuta?” – Demandas, pressões e narrativas (Mapa de empatia – O QUE ESCUTA)

3.1. Que tipos de demandas e reclamações você mais escuta dos usuários e familiares em relação à falta de informação sobre sua posição na fila ou sobre a continuidade do cuidado?

De modo geral, os usuários reclamam que perguntam sobre o agendamento, mas recebem apenas a informação que tem que esperar, que não é fornecido nenhum “papel” mostrando que foi inserida na regulação. Verifico que não são informados da existência do Painel da Fila de Espera, para verificarem posição na fila.

Pensam ainda no SISREG como a única ferramenta de solicitação da consulta ambulatorial, e muitas vezes quando ainda não foram agendados são informados de forma equivocada que a culpa é do INCA que ainda não agendou (SIC)

Bom registrar, que com a criação da Serena, Assistente Virtual da Central Estadual de Regulação do Estado do Rio de Janeiro, o paciente recebe automaticamente mensagem informado que foi inserido no sistema e qual o número da solicitação e quando agendado receber de imediato a informação do agendamento.

Para que a Serena consiga de fato enviar a mensagem é necessário que ao cadastrar a solicitação seja verificado se o celular que consta no cadastro encontra-se devidamente atualizado.

3.2. E dos profissionais de saúde e gestores (Atenção Básica, especializada, regulação)? Quais narrativas se repetem sobre a interoperabilidade de sistemas, protocolos de comunicação e o retrabalho.

Sendo o contato maior com o regulador(SER), podemos dizer que a narrativa versa sobre os equívocos na inserção do recurso e a falta de informações e exames que não são anexados, o que obriga ao pendenciamento da solicitação.



7- ENTREVISTA COM PERSONA CRIADA POR IA - SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

PERSONA: Secretário de Estado da Saúde

- Idade: 55 anos
- Gênero: Masculino
- Origem: Nascido em cidade do interior de São Paulo, em família de classe média baixa (pai professor, mãe dona de casa).
- Formação Acadêmica: Medicina (graduado em 1992, USP); Especialização em Administração de Saúde (2005); MBA em Políticas Públicas (2012, FGV).
- Trajetória Profissional:
 1. 1992-2005: Médico em hospitais públicos (emergências e clínica geral).
 2. 2005-2015: Diretor de hospital estadual e coordenador regional de saúde.
 3. 2015-2023: Secretário Adjunto de Saúde.
 4. 2023-atual: Secretário de Estado da Saúde (indicado pelo governador).
- 4. Situação Familiar: Casado, dois filhos adultos (um médico, outro engenheiro). Mora em apartamento na capital, com rotinas de viagens pelo estado.
- 5. Estilo de Vida: Rotina intensa (acorda às 6h, corre 30 min/dia); hobbies incluem leitura de biografias políticas e análise de dados de saúde pública. Consome notícias via jornais e relatórios do Ministério da Saúde.
- Posição Hierárquica: Autoridade máxima no SUS estadual; reporta ao governador e coordena com Ministério da Saúde e secretarias municipais.
- Âmbito de Atuação: Gerencia R\$ 15 bilhões anuais para saúde estadual, incluindo regulação de atenção especializada (AE), integração AB-AE, alocação de vagas em consultas/exames e monitoramento de urgências/emergências.
- Responsabilidades Principais:
 - Aprovação de políticas estaduais (ex: fluxos de regulação AE).
 - Negociação de repasses federais e municipais.
 - Fiscalização de indicadores (filas, cobertura, absentismo).
 - Crises sanitárias e auditorias internas e externas (TCU, CGU, Denasus).
 - Relações com stakeholders (prefeitos, conselhos de saúde, Comitês, mídia).
- Equipe Sob Responsabilidade: 5.000 servidores diretos; coordena a relação e pactuações com 200 municípios via secretarias municipais e Comitês.
- Ferramentas Diárias: Dashboards SISREG/e-SUS, relatórios orçamentários, reuniões virtuais (Zoom/Teams), visitas de campo.



- Contexto: bibliografia sobre regulação do acesso ao SUS, pesquisas de opinião sobre o SUS e conhecimento geral sobre SUS e acesso à atenção à saúde.

ENTREVISTA:

BLOCO 1. CONEXÃO

- **Pode me contar um pouco sobre sua origem e como entrou na área de saúde?**
Nasci em uma cidade do interior de São Paulo, em família humilde. Meu pai era professor, mãe dona de casa. Entrei na saúde por influência de um tio médico que atendia no SUS local. Aos 18, vi a precariedade e decidi estudar Medicina para ajudar. Formei-me em 1992.
- **O que te motivou a se tornar médico e depois Secretário de Saúde?**
A motivação inicial foi ver o SUS salvar vidas na periferia. Como médico, atendi emergências e vi filas. Como Secretário, busco resolver sistemicamente: gerenciar políticas para que mais pessoas como Maria acessem AE sem esperar meses.
- **Como é um dia típico na sua rotina como Secretário?**
Acordo às 6h, corro 30 minutos. Chego às 7h para revisar relatórios de AE e emergências. Reuniões com prefeitos sobre filas, análise orçamentária à tarde, visitas a unidades à noite. Durmo às 23h, sempre com celular ligado para crises.
- **O que você mais gosta no trabalho de gerenciar o SUS estadual?**
Gosto de ver impacto real: aprovar R\$ 50 milhões para vagas em AE e saber que 10 mil Marias serão atendidas. É gratificante alinhar municípios e federação para um SUS mais eficiente.
- **Há algum hobby ou atividade fora do trabalho que te ajude a recarregar?**
Corro três vezes por semana e leio biografias de líderes públicos. Ajuda a desconectar da pressão orçamentária e focar em visão de longo prazo para o SUS.
- **Como você descreveria o contexto atual da saúde no estado?**
O contexto é desafiador: pós-pandemia, com filas em AE de 4-6 meses e sobrecarga em urgências 20% acima do normal. Orçamento apertado, mas avançamos em integração AB-AE com pilots de telemedicina.
- **Quem são as pessoas ou equipes que mais te inspiram no dia a dia?**
Inspiram-me as equipes de ACS como Cláudia, que lidam com a ponta do SUS diariamente. E prefeitos comprometidos, que executam políticas estaduais sem desculpas.
- **Qual foi o momento mais marcante da sua carreira até agora?**
Em 2015, como diretor de hospital, gerenciei uma crise de dengue: integramos AB e AE, reduzimos mortalidade em 40%. Mostrou que comunicação eficiente salva vidas.

BLOCO 2. O PROBLEMA (A comunicação deficiente leva pacientes com doenças que precisam de atenção especializada a não obterem atendimento integral de forma regular, gerando uso ineficiente da AE, demandas reprimidas com filas de espera e sobrecarga desnecessária nas urgências/emergências)



- **Como você vê o fluxo de pacientes da atenção básica para a especializada no SUS estadual?**

Olha, eu vejo o fluxo de AB para AE como o coração do SUS estadual, mas ainda com batimentos irregulares. No ideal, a atenção básica — onde equipes como as de Cláudia identificam problemas como hipertensão de Maria — encaminha de forma priorizada para AE, onde especialistas como Fernando confirmam diagnósticos e tratam. Na prática, porém, há gargalos: cerca de 70% dos encaminhamentos chegam sem contexto completo, o que atrasa o processo. Estamos investindo em ferramentas como o SISREG para mapear isso melhor, e em pilotos regionais, vimos uma redução de 15% no tempo de espera. É empolgante ver o potencial, mas precisamos de mais integração para que o fluxo seja fluido e beneficie diretamente pacientes como Maria.

- **Quais são os principais desafios na comunicação entre AB e AE?**

Os desafios são multifacetados e me preocupam profundamente, porque eles perpetuam ineficiências que poderíamos resolver com mais colaboração. Primeiro, a falta de sistemas integrados: AB envia papéis ou e-mails isolados, e AE não recebe feedback automático sobre o que aconteceu com o paciente, levando a duplicação de esforços. Segundo, treinamento desigual — nem todos os municípios usam protocolos padronizados, o que cria ruído na comunicação. Terceiro, barreiras logísticas, como atrasos em relatórios digitais. Recentemente, em uma reunião com prefeitos, discuti isso e vimos que 40% dos atrasos em AE vêm dessa desconexão. Estou animado com iniciativas como capacitações online que estamos lançando para unificar isso, mas precisamos de adesão municipal para que funcione de verdade.

- **Você nota filas de espera longas em consultas e exames especializados?**

Sim, noto e isso me incomoda bastante — é um dos maiores gargalos que acompanho semanalmente nos nossos dashboards. Em especialidades como cardiologia e endocrinologia, as filas médias estão em 4-6 meses, afetando mais de 150 mil pacientes anuais no estado. Por exemplo, na região metropolitana, o tempo pode chegar a 7 meses para um ecocardiograma. Isso não é só um número; é o impacto real na vida das pessoas, com riscos à saúde. Estamos monitorando de perto e liberamos R\$ 20 milhões extras para vagas em 2024, reduzindo 12% em alguns polos. É um progresso, mas ainda há muito a fazer para encurtar isso e evitar que pacientes recorram a urgências.

- **Como a comunicação deficiente afeta o atendimento integral aos pacientes?**

A comunicação deficiente é como uma rachadura no sistema que compromete todo o atendimento integral, e isso me motiva a priorizá-lo na agenda estadual. Quando AB não informa adequadamente o paciente sobre o status em AE — como quando o paciente é encaminhado sem saber o tempo de espera —, ela perde o fio da meada, adia cuidados e acaba em urgências com problemas agravados. Estudos internos mostram que isso reduz a adesão em 25-30%, aumentando custos e riscos. Por outro lado, quando há feedback claro (ex: "Sua vaga em AE está confirmada"), o paciente se sente apoiado, segue o plano e evita complicações. Em um piloto que rodamos na capital, melhoramos a comunicação e vimos 18% mais continuidade de cuidado — é prova de que pequenas mudanças geram grandes impactos na vida integral dos pacientes.

- **Há sobrecarga em urgências devido a falhas na AE?**

Absolutamente, e isso é algo que me deixa alerta, pois representa um desperdício evitável que poderíamos redirecionar para prevenção. Cerca de 15-20% das sobrecargas em urgências — que lotam hospitais em até 150% da capacidade em



picos — são ligadas a falhas em AE, como filas longas que forçam pacientes a buscar emergência para dores crônicas não tratadas. Por exemplo, em 2023, analisamos dados e vimos que 12 mil atendimentos em PS poderiam ter sido resolvidos em AE se a comunicação fosse melhor. Isso não só estressa as equipes, mas eleva custos em R\$ 150 milhões anuais. Estou empolgado com parcerias para tele-AE, que já reduziram 10% dessa sobrecarga em testes, e pretendo expandir para aliviar o sistema inteiro.

- **Qual o impacto das demandas reprimidas no orçamento estadual?**

O impacto é enorme e multifacetado, algo que discuto em todas as reuniões orçamentárias porque afeta diretamente nossa capacidade de investir no futuro. Demandas reprimidas em AE — estimadas em 200 mil casos pendentes — geram um custo indireto de R\$ 200-250 milhões por ano, principalmente via sobrecarga em urgências e internações evitáveis. Por exemplo, um paciente como Maria que espera 6 meses por endocrinologia pode custar R\$ 5 mil extras em emergências. Isso drena recursos que poderiam ir para novas vagas ou treinamento. No entanto, vejo oportunidade: ao investir R\$ 50 milhões em integração digital, projetamos economizar R\$ 120 milhões em 2 anos. É um ciclo vicioso que precisamos quebrar para um SUS mais sustentável.

- **Como o estado monitora o uso ineficiente de recursos em AE?**

Monitoramos de forma proativa e integrada, usando ferramentas que me permitem ver o quadro em tempo real — é uma das partes mais interessantes da gestão, pois permite ações rápidas. Utilizamos o SISREG para rastrear vagas ociosas (atualmente 20-25% por absentismo) e dashboards personalizados que cruzam dados de AB, AE e urgências. Por exemplo, todo mês, geramos relatórios regionais mostrando ineficiências, como remarcações desnecessárias por falta de informações (15% das vagas). Em 2024, isso nos ajudou a realocar 5 mil vagas.

- **Você recebe reclamações sobre falta de informação para pacientes em AE?**

Sim, recebo muitas, e elas me tocam porque revelam o ponto fraco humano do sistema — pacientes como Maria se sentindo perdidos. Via ouvidoria estadual, 35-40% das queixas sobre AE são sobre "não sei minha data" ou "perdi vaga por falta de aviso", com picos de 500 relatos mensais. Prefeitos e conselhos também trazem casos, como em uma cidade onde 20% dos encaminhados abandonaram por desinformação. Isso não só frustra a população, mas mina a confiança no SUS.

BLOCO 3. EXPERIÊNCIAS

- **Pode contar uma experiência recente de fila longa em AE que chamou sua atenção?**

Recentemente, em uma unidade de cardiologia, fila de 8 meses levou a 5 mortes por infarto não atendido. Visitei e vi o caos: pacientes esperando sem informações.

- **Houve um caso de paciente que perdeu atendimento por falta de comunicação?**

Sim, uma idosa com diabetes perdeu ecocardiograma por não ser notificada. Voltou a urgência com complicações, custando R\$ 20 mil extras ao estado.

- **Lembra de uma sobrecarga em emergências ligada a problemas em AE?**

Durante pico de hipertensos em 2023, AE atrasou consultas, sobrecarregando emergências em 30%. Um hospital na capital teve 200% de lotação por pacientes não regulados.



- **Como foi lidar com uma demanda reprimida durante sua gestão?**
Em 2022, demanda reprimida em endocrinologia atingiu 50 mil. Liberei R\$ 10 milhões para vagas extras, mas sem comunicação integrada, 15% foram ociosas.
- **Conte sobre um projeto que tentou melhorar a integração AB-AE.**
Lancei o "Fluxo Integrado" em 2024: plataforma para municípios rastrearem encaminhamentos. Reduziu filas em 15% em piloto, mas adesão municipal foi só 60%.
- **Já viu um exemplo de uso ineficiente de vagas em AE no estado?**
Sim, em oftalmologia: 20% de vagas vazias por absentismo. Pacientes não avisados corretamente, levando a remarcações que desperdiçaram R\$ 5 milhões.
- **Qual história de paciente ilustra o problema de comunicação no SUS?**
Uma mãe com filho diabético: AB encaminhou, mas sem feedback de AE. Ela foi a urgência 3x achando que era "só resfriado". Comunicação falhou, custo alto.
- **Houve uma crise de filas que você precisou resolver pessoalmente?**
Em 2021, crise de oncologia: filas de 9 meses. Convocada reunião com prefeitos, aloquei 100 vagas extras. Resolveu temporariamente, mas expôs falha sistêmica.

4. EXPLORAR EMOÇÕES E OPINIÕES

- **Algo mais te frustra na comunicação deficiente entre AB e AE?**
Frustra ver recursos desperdiçados: vagas ociosas e urgências lotadas. É frustrante saber que poderíamos salvar vidas com melhor fluxo.
- **Como você se sente ao ver filas longas afetando pacientes?**
Sinto impotência misturada com raiva. A população trabalha duro e depende do SUS, mas o sistema ainda falha nela. Me motiva a lutar por mudanças.
- **Qual sua opinião sobre o impacto das demandas reprimidas na população?**
Opino que é devastador: piora saúde, aumenta desigualdade e custa vidas. Demandas reprimidas perpetuam ciclo de pobreza, afetando produtividade econômica.
- **O que te motiva a priorizar soluções para sobrecarga em urgências?**
Motiva-me a visão de um SUS preventivo: urgências são o "remédio amargo". Reduzir sobrecarga salva orçamento e melhora qualidade de vida da população.
- **Como você avalia o uso ineficiente de recursos em AE hoje?**
Avalio como inaceitável: 25% de ineficiência por comunicação falha. É desperdício que poderia ir para mais vagas, mas falta integração municipal-estadual.
- **O que pensa ou sente quando ouve reclamações de pacientes sobre AE?**
Surge empatia e urgência. Cada reclamação é um lembrete de que o SUS é para o povo, não para burocracia. Me faz questionar: "O que mais posso fazer?"
- **O que você acha que poderia mudar para um atendimento mais integral?**
Acho que integração digital é chave: plataformas para rastrear fluxo AB-AE. Mais funding federal e capacitação municipal ajudariam.
- **Qual sua visão de futuro para a comunicação no SUS estadual?**
Vislumbro um futuro com comunicação unificada: painéis em tempo real, avisos automáticos e parcerias público-privadas. Um SUS onde Maria sabe seu status e é



atendida integralmente, sem filas eternas. Empoderar as equipes com um sistema fluido e humanizado que restaura confiança e eficiência. Nos próximos 2-3 anos, imagino uma plataforma digital unificada para notificações multimodais (SMS, WhatsApp, app), permitindo que o paciente receba: "Seu encaminhamento para endocrinologia avançou: posição 150, vaga em 45 dias; anexe exames para priorizar". Isso integraria AB e AE via APIs em tempo real, cortando 25% das duplicações e liberando R\$ 150 milhões anuais para prevenção, com feedback automático pós-AE para continuidade de cuidado.



ANEXO III - JORNADA METODOLÓGICA

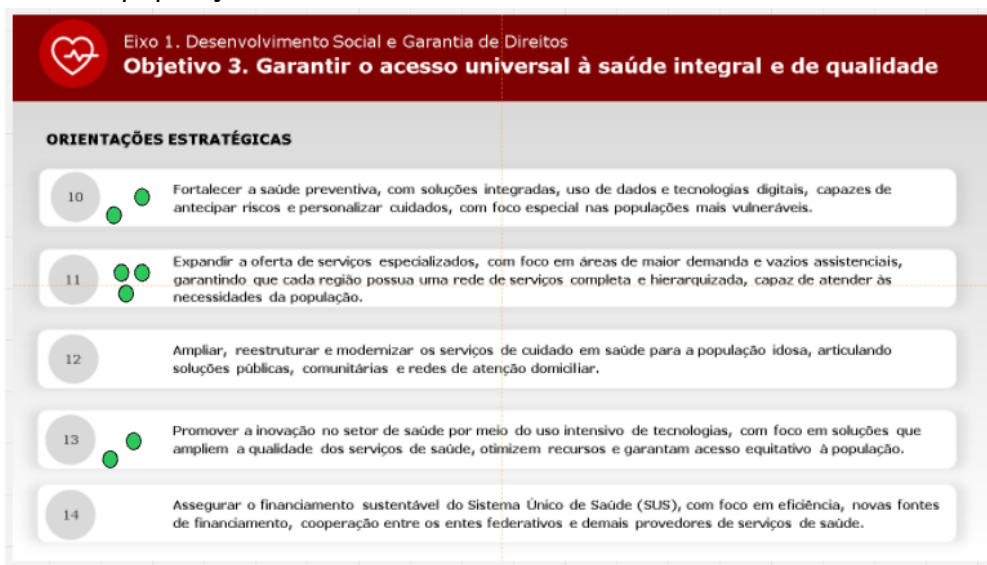
Recorte Inicial

Eixo 1: Desenvolvimento Social e Garantia de Direitos.

Objetivo 3: Garantir o acesso universal à saúde integral e de qualidade.

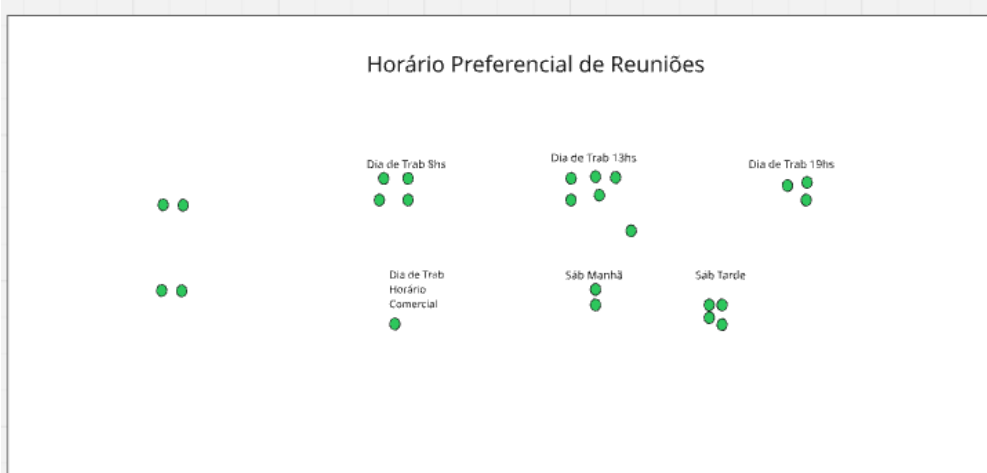
Ferramenta utilizada: Miro

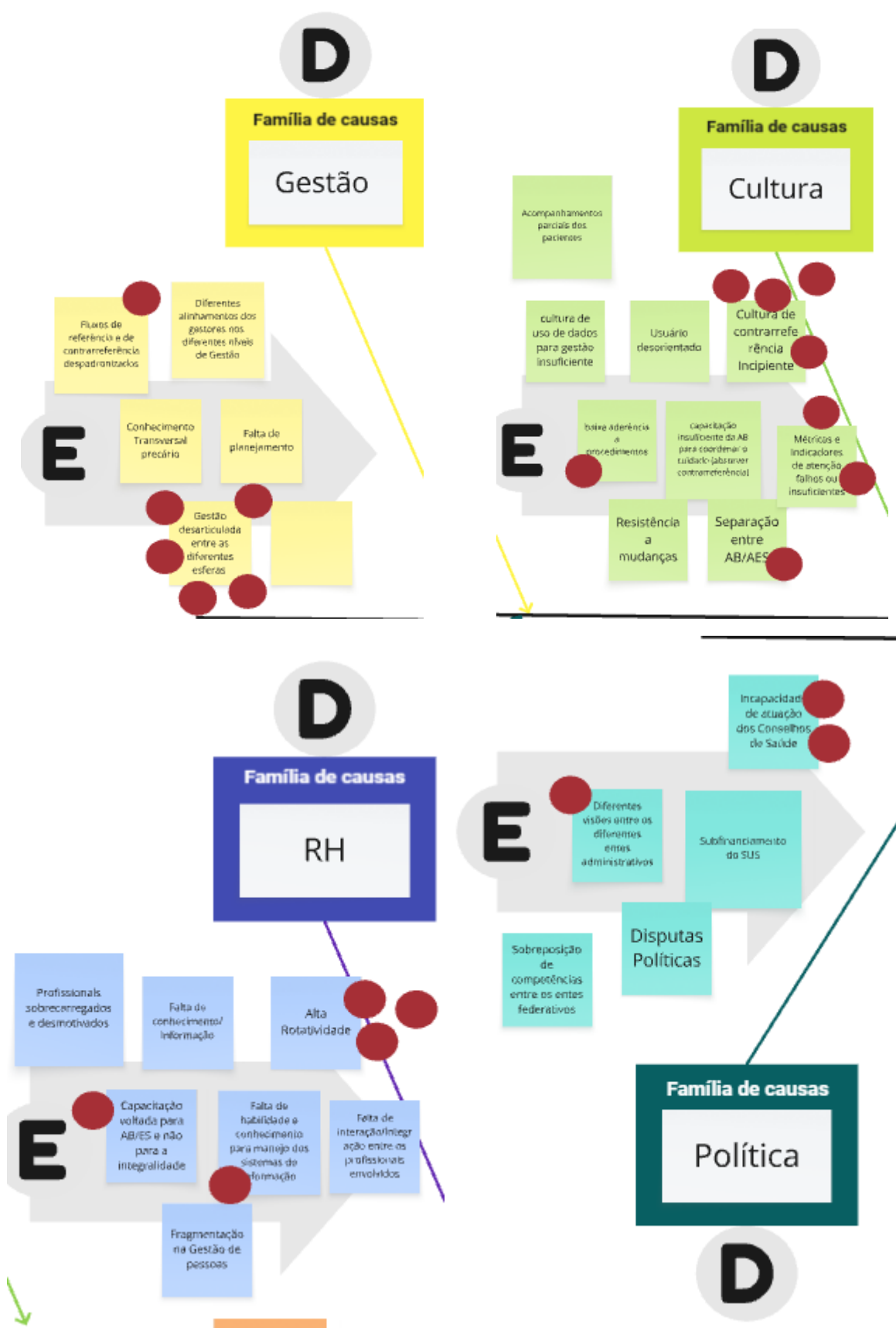
Atividade 1: Decisão pela Orientação Estratégica 11: Expandir a oferta de serviços especializados, com foco em áreas de maior demanda e vazios assistenciais, garantindo que cada região possuía uma rede de serviços completa e hierarquizada, capaz de atender às necessidades da população.

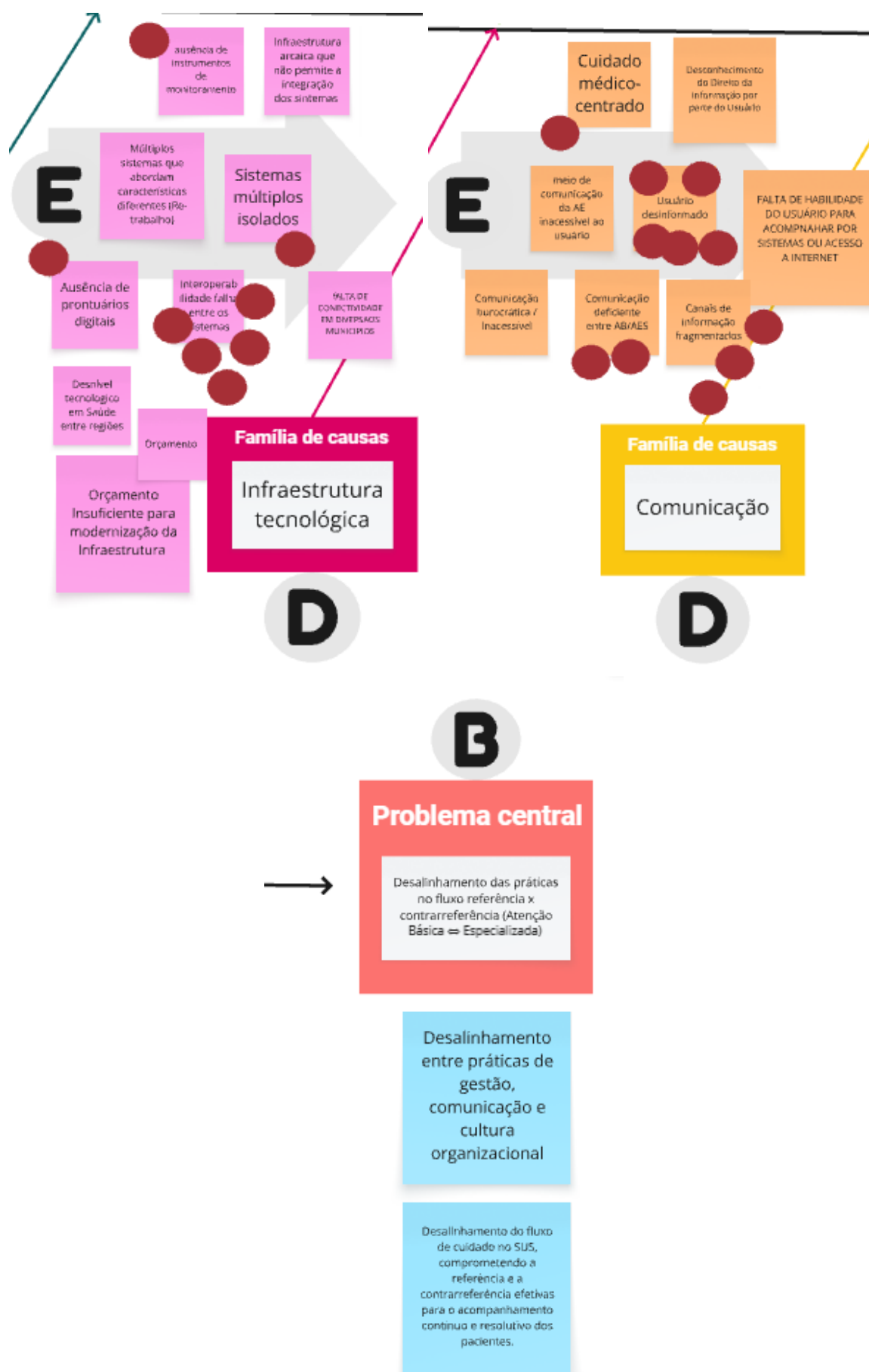


Atividade 2: Decisão sobre a Metodologia das Reuniões (Encontros remotos semanais, preferencialmente nos horários de 8h ou 13h).

Decisão da Orientação

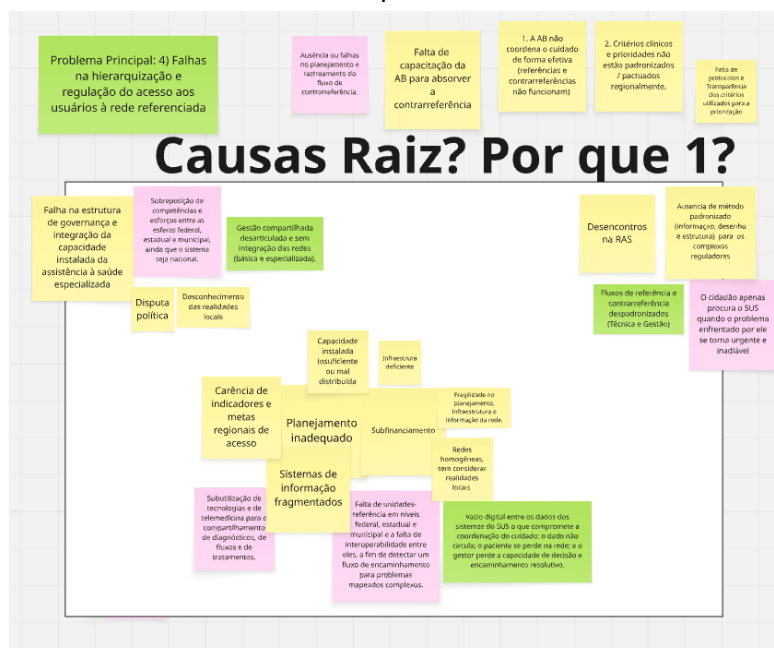




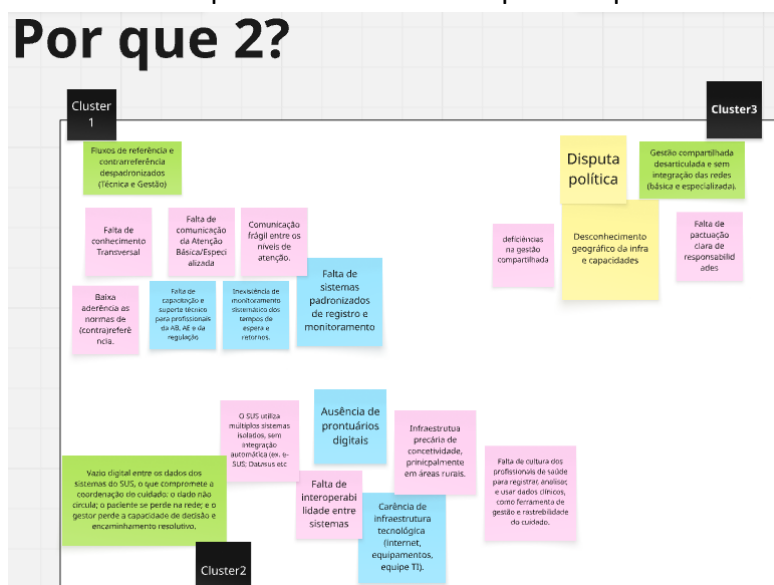


Atividade 5: Delimitação das Causas do Problema

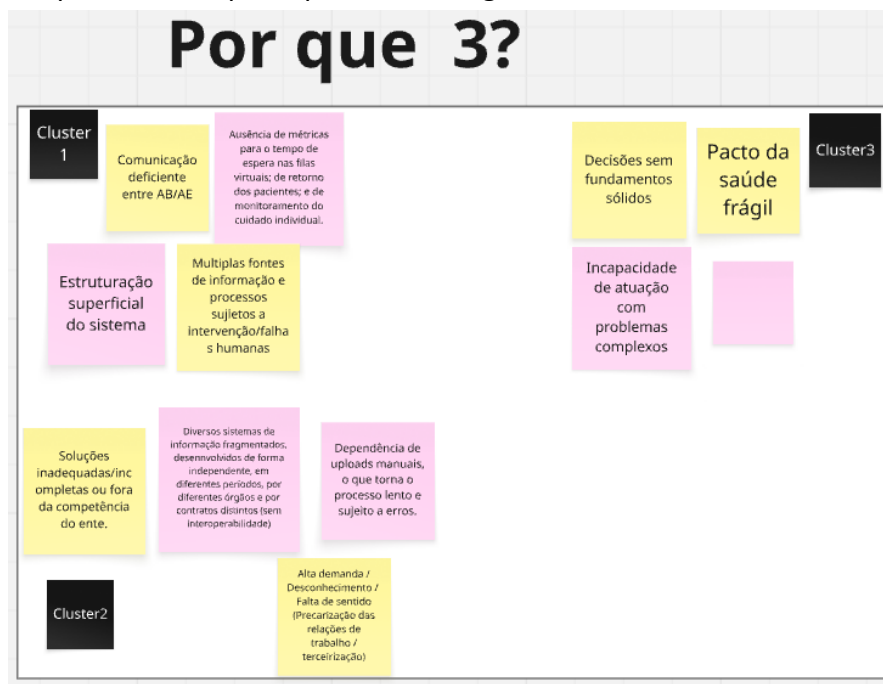
A - Quais os problemas mais relevantes? Porque isso acontece?



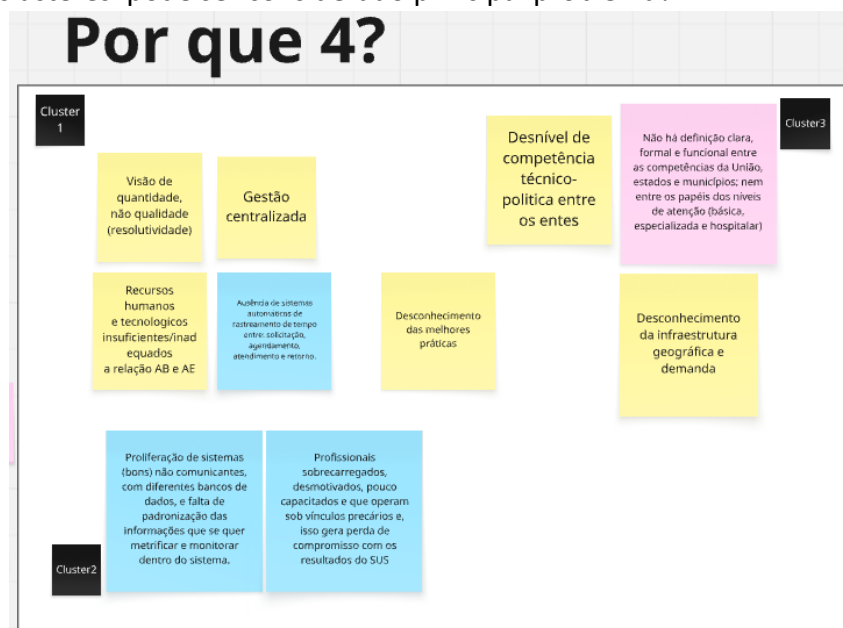
B - Divisão dos problemas em 3 possíveis clusters. Porque esse problema acontece?



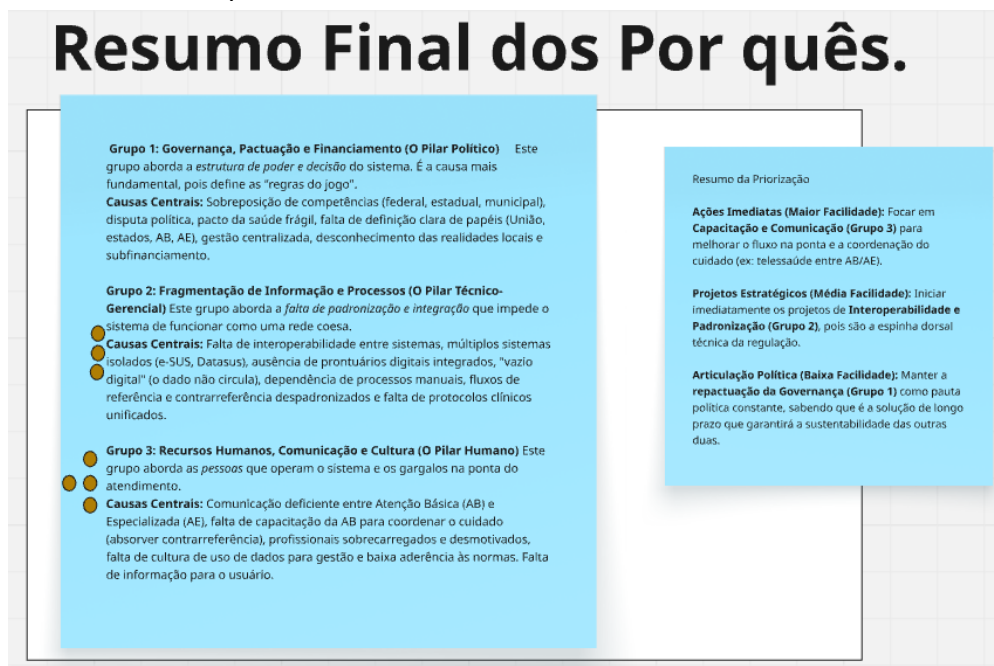
C - Porque esse problema – após a primeira filtragem – acontece?



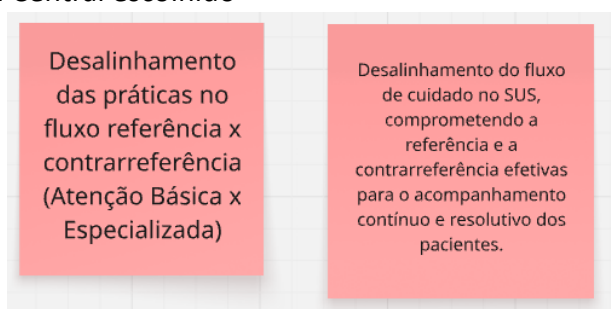
D - Qual dos clusters pode ser considerado principal problema?



E - Resumo final dos Porquês



Atividade 6: Problema Central escolhido



Atividade 7: Mapeamento de Atores





Atividade 8: Construção de Mapa de empatia considerando os principais atores envolvidos no problema

trrega3-LideraGov2 **Trabalhadores inseridos no processo de regulação e construção de políticas públicas**

Rosana

Grupo X

Etapa 1 - Persona e Mapa de Empatia

Insira aqui os nomes dos componentes do grupo

Persona: Danilo de Oliveira

Perfil: Trabalhadores inseridos no processo de regulação e construção de políticas públicas

Maurício

Descrição: Maurício é gestor estadual há 15 anos, com formação em Administração e especialização em Gestão em Saúde. Já atuou na coordenação de hospitais, na vigilância e, há 7 anos, coordena o Departamento de Regulação. É responsável por pactuar fluxos, regular processos e acompanhar indicadores entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. Reconhecido por sua postura dialogada e articulada, enfrenta desafios políticos constantes, desafios institucionais de baixa integração e forte resistência a mudanças.

Municípios com baixa capacidade técnica para pactuar fluxos. O que vê?

- Baixa descentralização, fluxos inconsistentes e gargalos históricos.
- AB sobrecarregada e pouca padronização nos encaminhamentos.
- Serviços especializados sem devolução para a AB.
- Serviços diferentes que não conversam (e-SUS, SIPEC, plataformas locais).
- Pressão dos gestores municipais e estaduais por resultados rápidos.
- Demandas judiciais aumentando por falhas de acesso.
- Baixa governança e comunicação entre níveis de atenção.

O que ouve?

- Reclamações da população sobre demora na consulta especializada.
- Pressão política de prefeitos e secretários buscando vagas prioritárias.
- Queixas dos especialistas sobre contramaneiras incompletas.
- Orientações da Ministério da Saúde e exigências de Indicadores.
- Pressão da AB por maior celeridade nos critérios de encaminhamento.
- Colaboração dos órgãos de controle por transparência e equidade.
- Demandas crescentes por judicialização.

O que sente e pensa?

- Sente que precisa regular as demandas políticas com a lógica técnica dos processos.
- Achou que, sem organização dos fluxos, qualquer expansão de oferta parte efêmera.
- Reconhece que é a pior parte da vida, mas percebe que isso ainda não se mudou na prática em todos os níveis.
- Sente que parte das conflitos sociais se resolvem com informações mais transparentes e com consensos claros entre os atores.
- Pensa que prepara reuniões no próximo bimestre para refletir, criticar, priorizar e já ir a um resultado visível.
- Entende que todas as municipalidades precisam de suporte para conseguir implementar fluxos consistentes.

O que faz?

- Procura obter responsabilidades entre AB e especialistas.
- "Sem dúvida, não há gestão de rede".
- "Tem que pensar muito para garantir mais equidade e transparência".
- Tem que regular os processos e garantir que os fluxos sejam mais equitativos.
- Em reuniões, discute com a AB, com os especialistas, com os municípios e com os gestores para reduzir os custos.
- Procura obter e compartilhar as listas de valores, e organizar e reduzir a desigualdade no acesso.

Poder de decisão

Disposição ao diálogo

Citação que resume sua visão de mundo.

A rede funciona quando cada ponto assume seu papel – sem impor e sem atalhar.

Como?

Regulação reconhecida como ferramenta estratégica da gestão da rede, e não apenas como "tela de marcar consulta". Dados consolidados que permitam planejar melhor a oferta, negociar metas com gestores e monitorar resultados de forma objetiva. Reduzir custos assistenciais, ampliando o acesso especializado nos municípios mais isolados.

grade **Conselhos de Saúde** **Sharon**

Grupo X

Etapa 1 - Persona e Mapa de Empatia

Insira aqui os nomes dos componentes do grupo

Persona: Helena

Perfil: Coordenadora do Conselho Nacional de Saúde

Helena

Descrição: Helena é gestora de pessoas, atua no Conselho Nacional de Saúde. Ela atua há 15 anos no Conselho Nacional de Saúde, atuando em áreas de regulação, avaliação e controle social. Ela atua no Conselho Nacional de Saúde, atuando em áreas de regulação, avaliação e controle social. Ela atua no Conselho Nacional de Saúde, atuando em áreas de regulação, avaliação e controle social.

Municípios com baixa capacidade técnica para pactuar fluxos. O que vê?

- Baixa descentralização, fluxos inconsistentes e gargalos históricos.
- AB sobrecarregada e pouca padronização nos encaminhamentos.
- Serviços especializados sem devolução para a AB.
- Serviços diferentes que não conversam (e-SUS, SIPEC, plataformas locais).
- Pressão dos gestores municipais e estaduais por resultados rápidos.
- Demandas judiciais aumentando por falhas de acesso.
- Baixa governança e comunicação entre níveis de atenção.

O que ouve?

- Reclamações da população sobre demora na consulta especializada.
- Pressão política de prefeitos e secretários buscando vagas prioritárias.
- Queixas dos especialistas sobre contramaneiras incompletas.
- Orientações da Ministério da Saúde e exigências de Indicadores.
- Pressão da AB por maior celeridade nos critérios de encaminhamento.
- Colaboração dos órgãos de controle por transparência e equidade.
- Demandas crescentes por judicialização.

O que sente e pensa?

- Sente que precisa regular as demandas políticas com a lógica técnica dos processos.
- Achou que, sem organização dos fluxos, qualquer expansão de oferta parte efêmera.
- Reconhece que é a pior parte da vida, mas percebe que isso ainda não se mudou na prática em todos os níveis.
- Sente que parte das conflitos sociais se resolvem com informações mais transparentes e com consensos claros entre os atores.
- Pensa que prepara reuniões no próximo bimestre para refletir, criticar, priorizar e já ir a um resultado visível.
- Entende que todas as municipalidades precisam de suporte para conseguir implementar fluxos consistentes.

O que faz?

- Procura obter responsabilidades entre AB e especialistas.
- "Sem dúvida, não há gestão de rede".
- "Tem que pensar muito para garantir mais equidade e transparência".
- Tem que regular os processos e garantir que os fluxos sejam mais equitativos.
- Em reuniões, discute com a AB, com os especialistas, com os municípios e com os gestores para reduzir os custos.
- Procura obter e compartilhar as listas de valores, e organizar e reduzir a desigualdade no acesso.

Poder de decisão

Disposição ao diálogo

Citação que resume sua visão de mundo.

A rede funciona quando cada ponto assume seu papel – sem impor e sem atalhar.

Como?

Regulação reconhecida como ferramenta estratégica da gestão da rede, e não apenas como "tela de marcar consulta". Dados consolidados que permitam planejar melhor a oferta, negociar metas com gestores e monitorar resultados de forma objetiva. Reduzir custos assistenciais, ampliando o acesso especializado nos municípios mais isolados.



[illegible][illegible][illegible]

Atividade 9: Preparação para a Mesa de Diálogo com os atores envolvidos

Etapa 2 - Preparação para mesa de diálogo

Persona	Objetivo principal - O que ele quer alcançar nessa negociação	Linha vermelha - O que ele não abre mão	Ponto de concessão - Onde ele pode ceder	Valor público percebido - Qual bem coletivo ele defende	Estratégia de abordagem - Como vai se portar na discussão	Outros destaques?
Helena - Coordenadora do Conselho Nacional de Saúde	Garantir o diálogo comunitário e a participação da sociedade civil no processo decisório.	Transparência, equidade e accountability.	Implementação de políticas de monitoramento.	Direitos do usuário e acesso justo.	Perguntas, coleta de dados e troca de informações.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
José Raimundo - ACS	Garantir que a população seja ouvida e incentivada a participar de eventos e ações.	Conscientização da comunidade sobre a importância da participação cidadã.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Equidade no acesso e resolução pela APS.	Trabalhar nas ruas, nas casas, nas escolas, nas igrejas, nos pontos de encontro da comunidade.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Carla - enfermeira da atenção especializada	Realizar o atendimento com qualidade, garantindo o acesso e a continuidade do cuidado.	Condições de trabalho adequadas, formação adequada, recursos humanos e materiais.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Continuidade do cuidado e segurança do paciente.	Monitorar a evolução do paciente, garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.

Etapa 2 - Preparação para mesa de diálogo

Persona	Objetivo principal - O que ele quer alcançar nessa negociação	Linha vermelha - O que ele não abre mão	Ponto de concessão - Onde ele pode ceder	Valor público percebido - Qual bem coletivo ele defende	Estratégia de abordagem - Como vai se portar na discussão	Outros destaques?
Trabalhadores comunitários	Garantir o acesso à saúde e a participação da comunidade no processo decisório.	Transparência, equidade e accountability.	Implementação de políticas de monitoramento.	Direitos do usuário e acesso justo.	Perguntas, coleta de dados e troca de informações.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Agente Comunitário de Saúde	Garantir que a população seja ouvida e incentivada a participar de eventos e ações.	Conscientização da comunidade sobre a importância da participação cidadã.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Equidade no acesso e resolução pela APS.	Trabalhar nas ruas, nas casas, nas escolas, nas igrejas, nos pontos de encontro da comunidade.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Médicos da AB	Realizar o atendimento com qualidade, garantindo o acesso e a continuidade do cuidado.	Condições de trabalho adequadas, formação adequada, recursos humanos e materiais.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Continuidade do cuidado e segurança do paciente.	Monitorar a evolução do paciente, garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.

Etapa 2 - Preparação para mesa de diálogo

Persona	Objetivo principal - O que ele quer alcançar nessa negociação	Linha vermelha - O que ele não abre mão	Ponto de concessão - Onde ele pode ceder	Valor público percebido - Qual bem coletivo ele defende	Estratégia de abordagem - Como vai se portar na discussão	Outros destaques?
Trabalhadores comunitários	Garantir o acesso à saúde e a participação da comunidade no processo decisório.	Transparência, equidade e accountability.	Implementação de políticas de monitoramento.	Direitos do usuário e acesso justo.	Perguntas, coleta de dados e troca de informações.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Conselheiros de Saúde	Garantir que a população seja ouvida e incentivada a participar de eventos e ações.	Conscientização da comunidade sobre a importância da participação cidadã.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Equidade no acesso e resolução pela APS.	Trabalhar nas ruas, nas casas, nas escolas, nas igrejas, nos pontos de encontro da comunidade.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Enfermeiros da Atenção Especializada	Realizar o atendimento com qualidade, garantindo o acesso e a continuidade do cuidado.	Condições de trabalho adequadas, formação adequada, recursos humanos e materiais.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Continuidade do cuidado e segurança do paciente.	Monitorar a evolução do paciente, garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.

Etapa 2 - Preparação para mesa de diálogo

Persona	Objetivo principal - O que ele quer alcançar nessa negociação	Linha vermelha - O que ele não abre mão	Ponto de concessão - Onde ele pode ceder	Valor público percebido - Qual bem coletivo ele defende	Estratégia de abordagem - Como vai se portar na discussão	Outros destaques?
ACS	Garantir o acesso à saúde e a participação da comunidade no processo decisório.	Transparência, equidade e accountability.	Implementação de políticas de monitoramento.	Direitos do usuário e acesso justo.	Perguntas, coleta de dados e troca de informações.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Usuário	Garantir que a população seja ouvida e incentivada a participar de eventos e ações.	Conscientização da comunidade sobre a importância da participação cidadã.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Equidade no acesso e resolução pela APS.	Trabalhar nas ruas, nas casas, nas escolas, nas igrejas, nos pontos de encontro da comunidade.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Profissional de Saúde	Realizar o atendimento com qualidade, garantindo o acesso e a continuidade do cuidado.	Condições de trabalho adequadas, formação adequada, recursos humanos e materiais.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Continuidade do cuidado e segurança do paciente.	Monitorar a evolução do paciente, garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.

Etapa 2 - Preparação para mesa de diálogo

Persona	Objetivo principal - O que ele quer alcançar nessa negociação	Linha vermelha - O que ele não abre mão	Ponto de concessão - Onde ele pode ceder	Valor público percebido - Qual bem coletivo ele defende	Estratégia de abordagem - Como vai se portar na discussão	Outros destaques?
Trabalhadores comunitários	Garantir o acesso à saúde e a participação da comunidade no processo decisório.	Transparência, equidade e accountability.	Implementação de políticas de monitoramento.	Direitos do usuário e acesso justo.	Perguntas, coleta de dados e troca de informações.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Conselho de Saúde	Garantir que a população seja ouvida e incentivada a participar de eventos e ações.	Conscientização da comunidade sobre a importância da participação cidadã.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Equidade no acesso e resolução pela APS.	Trabalhar nas ruas, nas casas, nas escolas, nas igrejas, nos pontos de encontro da comunidade.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Agente Comunitário de Saúde	Garantir que a população seja ouvida e incentivada a participar de eventos e ações.	Conscientização da comunidade sobre a importância da participação cidadã.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Equidade no acesso e resolução pela APS.	Trabalhar nas ruas, nas casas, nas escolas, nas igrejas, nos pontos de encontro da comunidade.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.

Etapa 2 - Preparação para mesa de diálogo

Persona	Objetivo principal - O que ele quer alcançar nessa negociação	Linha vermelha - O que ele não abre mão	Ponto de concessão - Onde ele pode ceder	Valor público percebido - Qual bem coletivo ele defende	Estratégia de abordagem - Como vai se portar na discussão	Outros destaques?
Trabalhadores comunitários	Garantir o acesso à saúde e a participação da comunidade no processo decisório.	Transparência, equidade e accountability.	Implementação de políticas de monitoramento.	Direitos do usuário e acesso justo.	Perguntas, coleta de dados e troca de informações.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Conselhos de Saúde	Garantir que a população seja ouvida e incentivada a participar de eventos e ações.	Conscientização da comunidade sobre a importância da participação cidadã.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Equidade no acesso e resolução pela APS.	Trabalhar nas ruas, nas casas, nas escolas, nas igrejas, nos pontos de encontro da comunidade.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.
Agente Comunitário de Saúde	Garantir que a população seja ouvida e incentivada a participar de eventos e ações.	Conscientização da comunidade sobre a importância da participação cidadã.	Atuar junto às famílias, bem como às organizações comunitárias.	Equidade no acesso e resolução pela APS.	Trabalhar nas ruas, nas casas, nas escolas, nas igrejas, nos pontos de encontro da comunidade.	Seu trabalho, sua voz, sua história, sua luta por um mundo melhor.



Atividade 11: Preparação de Roteiro de Entrevistas

Atividade 11: Preparação de Roteiro de Entrevistas

Entrega3-LideraGov2

Fazer upgrade
Rosana

Apresentar

Compartilhar

ORIENTAÇÕES

Construir perguntas a serem feitas ao ator malpado, no contexto em que está inserido.

A) Criar Conexão
Foco: Deixar a pessoa entrevistada à vontade.

B) Introduzir o assunto
Foco: Conectar a pessoa entrevistada com o Escopo da Pesquisa.

C) Buscar Histórias
Foco: Reativar memórias

D) Explorar emoções e opiniões
Foco: Entender a perspectiva da pessoa entrevistada

A entrevistada estará mais à vontade ao final da entrevista. Explore suas opiniões e emoções nesse momento.

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

ORIENTAÇÕES	CREAR CONEXÃO	INTRODUZIR ASSUNTO	BUSCAR HISTÓRIAS	EXPLORAR EMOÇÕES E OPINIÕES
A) Criar Conexão Foco: Deixar a pessoa entrevistada à vontade.	Apresentação Apresentar-se com o nome e o cargo. Lembrar de fazer escuta ativa O que mais te motivou no seu trabalho no dia de hoje? Como é a rotina da sua unidade e do seu time? O que você considera mais gratificante no ABT? E mais desafiador? Como tem sido sua experiência com outros membros da rede de saúde?	Estabelecer um ponto de referência O que você considera o ponto de referência para o ABT? Como você percebe o trabalho de referência para o ABT? Como você percebe o trabalho de referência para o ABT? Como você percebe o trabalho de referência para o ABT? Como você percebe o trabalho de referência para o ABT?	Você pode lembrar de um momento em que você se sentiu realizado(a) com o trabalho de referência para o ABT? Como você percebe o trabalho de referência para o ABT? Como você percebe o trabalho de referência para o ABT? Como você percebe o trabalho de referência para o ABT? Como você percebe o trabalho de referência para o ABT?	Como você se sente em relação ao trabalho de referência para o ABT? Como você se sente em relação ao trabalho de referência para o ABT? Como você se sente em relação ao trabalho de referência para o ABT? Como você se sente em relação ao trabalho de referência para o ABT? Como você se sente em relação ao trabalho de referência para o ABT?

miro Entrega3-LideraGov2 : Fazer upgrade

Mônica

Apresentar Compartilhar

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Desalinhamento das práticas no fluxo referência x contrarreferência (Atenção Básica <--> Especializada)

Orientações

Construir perguntas a serem feitas ao ator mapeado para a imersão da realidade.

A) Criar Conexão
Foco: Deixar a pessoa entrevistada à vontade.

Pergunte sobre a entrevistada, suas origens, o que gosta e o contexto em que está inserida.

B) Introduzir o as
Foco: Conectar a pessoa entrevistada com o Escopo da Pesquisa.

Faça perguntas mais diretas sobre o tema da entrevista para entender seu envolvimento.

C) Buscar Histórias
Foco: Reativar memórias.

Peça que conte experiências, situações e acontecimentos passados para trazer mais riqueza de informações.

D) Explorar emoções e opiniões
Foco: Entender a perspectiva da pessoa entrevistada.

A entrevistada estará mais à vontade ao final da entrevista. Explore suas opiniões e emoções nesse momento.

CRIAR CONEXÃO		INTRODUZIR ASSUNTO		BUSCAR HISTÓRIAS		EXPLORAR EMOÇÕES E OPINIÕES	
Apresentar o objetivo do nosso projeto	Explicar a escolha do tema	Pedir ao entrevistado que dê a sua opinião sobre o assunto abordado	Solicitar exemplos concretos de situações que envolvam o objeto da pesquisa	Solicitar relato de situações exitosas	Pedir exemplos de situações mal sucedidas	Questionar quais são suas expectativas em relação ao objeto da pesquisa	Perguntar quais são suas motivações no trabalho
Informar qual o objeto de estudo do nosso projeto	Indicar o papel da pesquisa do entrevistado e sua importância para a saúde estadual	Perguntar sobre como é o atendimento e qual a importância da atenção básica	Questionar quais os desafios que os profissionais enfrentam no cotidiano	Perguntar quais estratégias costumam utilizar no seu dia a dia	Questionar a opinião do entrevistado sobre como deveria ser a realidade da situação		Questionar quais os principais desafios a enfrentar
Solicitar que a entrevistada faça um breve relato da sua experiência e expertise profissional							

33%

miro Entrega3-LideraGov2 : Fazer upgrade

Rafael Santos

Apresentar Compartilhar

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Desalinhamento das práticas no fluxo referência x contrarreferência (Atenção Básica <--> Especializada)

Orientações

Construir perguntas a serem feitas ao ator mapeado para a imersão da realidade.

A) Criar Conexão
Foco: Deixar a pessoa entrevistada à vontade.

Pergunte sobre a entrevistada, suas origens, o que gosta e o contexto em que está inserida.

B) Introduzir o as
Foco: Conectar a pessoa entrevistada com o Escopo da Pesquisa.

Faça perguntas mais diretas sobre o tema da entrevista para entender seu envolvimento.

C) Buscar Histórias
Foco: Reativar memórias.

Peça que conte experiências, situações e acontecimentos passados para trazer mais riqueza de informações.

D) Explorar emoções e opiniões
Foco: Entender a perspectiva da pessoa entrevistada.

A entrevistada estará mais à vontade ao final da entrevista. Explore suas opiniões e emoções nesse momento.

CRIAR CONEXÃO		INTRODUZIR ASSUNTO		BUSCAR HISTÓRIAS		EXPLORAR EMOÇÕES E OPINIÕES	
Podemos contar um pouco sobre sua origem e como entrou na área de saúde?	O que te motivou a se tornar médica e depois Secretária de Saúde?	Como você vê o fluxo de pacientes do atendimento básico para a especialidade no SUS estadual?	Quais são os principais desafios na comunicação entre AB e AE?	Podemos contar uma experiência recente de fila longa em AE que chamou sua atenção?	Houve um caso de paciente que perdeu atendimento por falta de comunicação?	Algo te frustra mais na comunicação com os profissionais de saúde?	Como você se sente ao ver filas longas afetando pacientes?
Como é um dia típico na sua rotina como Secretária?	O que você mais gosta no trabalho de gerenciar o SUS estadual?	Você nota filas de espera longas em consultas e exames especializados?	Como a comunicação deficiente afeta o atendimento integral em pacientes?	Lembre de uma sobrecarga em emergências ligada a problemas em AE?	Como foi lidar com uma demanda repetitiva durante sua gestão?	Qual sua opinião sobre a importância das demandas repetitivas na população?	O que te motivou a priorizar soluções para sobrecarga em urgências?
Na algum hobby ou atividade fora do trabalho que te ajude a recarregar?	Como você descreveria o contexto atual da saúde no estado?	Há sobrecarga em urgências repetidas no atendimento estadual?	Qual o impacto das demandas repetidas no orçamento estadual?	Conte sobre um projeto que tentou melhorar a integração AB-AE.	É um exemplo de uso ineficiente de vagas em AE no estado?	Como você avalia a eficiência no uso de recursos em AE hoje no SUS?	O que pensa ou sente quanto aos encaminhamentos de pacientes entre AB e AE?
Quais são as pessoas ou equipes que mais te inspiram no dia a dia?	Qual foi o momento mais marcante da sua carreira até agora?	Como o estado monitora o uso eficiente dos recursos em AE?	Você recebe reclamações sobre falta de informação para pacientes em AE?	Qual história de paciente ilustra o problema de comunicação no SUS?	Houve um caso de fila que você conseguiu resolver pessoalmente?	O que você acha que poderia mudar para um atendimento mais integral?	Qual sua visão de futuro para a comunicação no SUS estadual?

33%



miro Entrega3-LideraGov2 Fazer upgrade Sharon

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Orientações

Construir perguntas a serem feitas ao ator mapeado para a imersão na realidade.

A) Criar Conexão
Foco: Deixar a pessoa entrevistada à vontade.

Pergunte sobre a entrevista, suas origens, o que gosta e o contexto em que está inserida.

B) Introduzir o as
Foco: Conectar a pessoa entrevistada com o Escopo da Pesquisa.

Faça perguntas mais diretas sobre o tema da entrevista para entender seu envolvimento.

C) Buscar Histórias
Foco: Reativar memórias

Peça que conte experiências, situações e acontecimentos passados para trazer mais riqueza de informações.

D) Explorar emoções e opiniões
Foco: Entender a perspectiva da pessoa entrevistada

A entrevista estará mais à vontade ao final da entrevista. Explore suas opiniões e emoções nesse momento.

Desalinhamento das práticas no fluxo referência x contrarreferência (Atenção Básica <--> Especializada)

CRIAR CONEXÃO	INTRODUZIR ASSUNTO	BUSCAR HISTÓRIAS	EXPLORAR EMOÇÕES E OPINIÕES
1) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	1) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	1) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	1) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.
2) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	2) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	2) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	2) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.
3) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	3) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	3) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	3) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.
4) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	4) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	4) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	4) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.
5) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	5) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	5) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	5) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.
6) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	6) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	6) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	6) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.
7) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	7) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	7) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	7) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.
8) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	8) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	8) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	8) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.
9) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	9) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	9) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	9) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.
10) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	10) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	10) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.	10) Objetivo: Deixar a pessoa à vontade e estabelecer uma conexão com o entrevistado.

Agradecer e referenciar a colaboração

Atividade 12: Prototipagem

Prototipagem

- Qual parte do conceito precisa ser testada?
- Quais hipóteses a equipe tem?
- Que perguntas o protótipo materializa?

Teste: Envio de avisos (confirmação, lembretes) via whatsapp, SMS, Meu SUS Digital e, presencialmente, via ACS com acesso ao histórico de avisos

Hipóteses: 1) A taxa de cobertura de dispositivos não será total.
2) O aviso pode aumentar a probabilidade de comparecimento; Diminuir absenteísmo ("no show").
3) O usuário pode precisar de apoio para entender o fluxo do cuidado.
4) Otimizar estrutura instalada

Protótipo

Que protótipo ajudará a equipe a validar ou refutar as hipóteses?

- Criação do fluxo de envio de avisos;
- Padronização de mensagens a serem enviadas;
- Envio teste nos meios escolhidos para verificar e ajustar visualização (whatsapp, SMS, Meu SUS Digital)
- Identificar valor base de métricas que queremos melhorar (absenteísmo, contrarreferência);
- Elaborar estrutura de mecanismo de avaliação de satisfação e compreensão das partes interessadas



Atividade 13: Plano de Testes

Cartão de Teste

Impacto no Absentismo Total

Finalização

Gestor + Equipe de Tecnologia

24 semanas

PASSO 1: HIPÓTESE

Acreditamos que

Acreditamos que sistema de avisos (confirmação + lembrete + visualização pelo ACS) reduzirá absentismo em pelo menos 20%.

Quão crítico:

PASSO 2: TESTE

Para verificar, iremos

Implementaremos os avisos para 500 usuários em uma região específica. Mediremos absentismo real nas consultas/exames. Compararemos com a baseline histórica e com grupo controle (sem avisos).

Viabilidade:

PASSO 3: MÉTRICA

E medir

- Taxa de absentismo inicial (baseline)
- Taxa de absentismo após sistema (meta: 20%)
- Economia financeira (menos consultas/exames perdidos = menos pronto socorro). Estimativa inicial para meta nacional e anual: 23280 consultas * R\$ 75 = 1.746.00. No caso do teste: 100 consultas* R\$ 75 = R\$ 7.500

Tempo necessário:

PASSO 4: CRITÉRIO

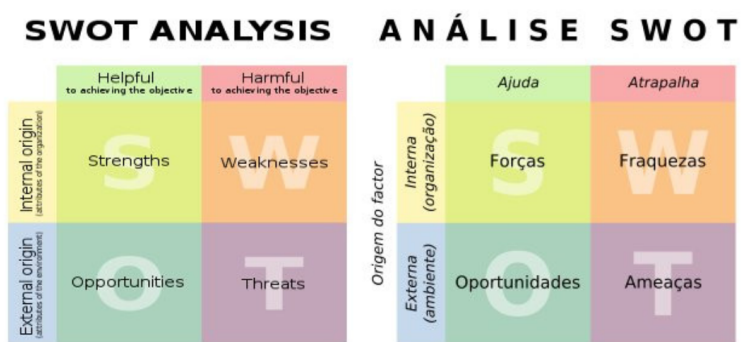
Estamos certos se

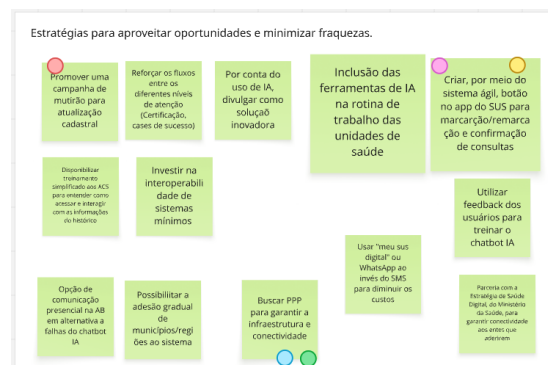
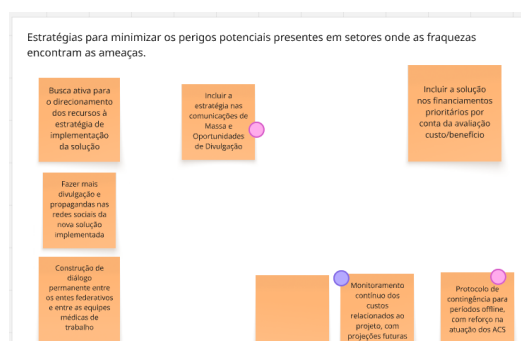
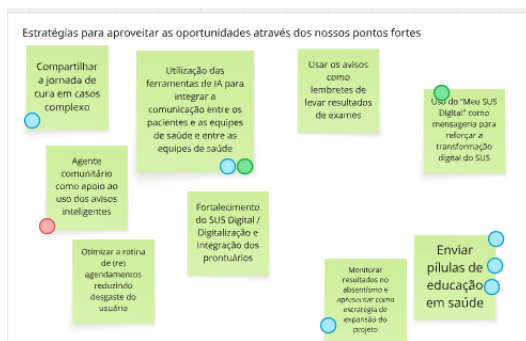
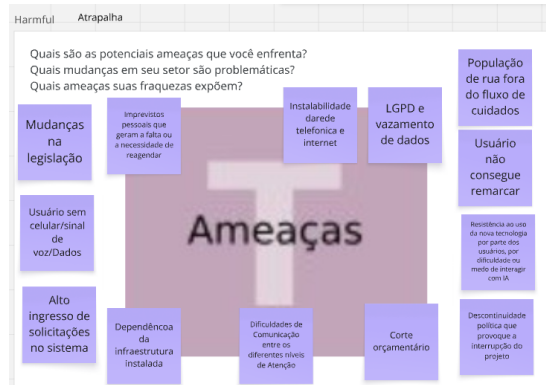
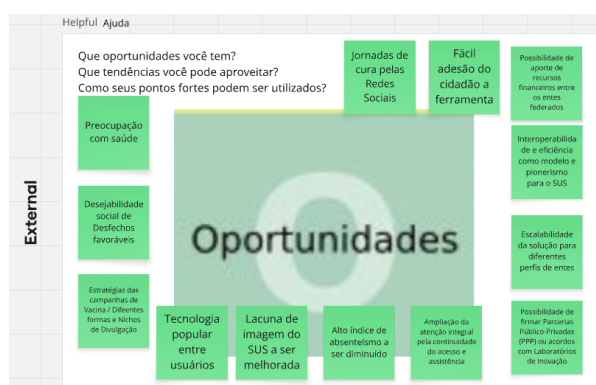
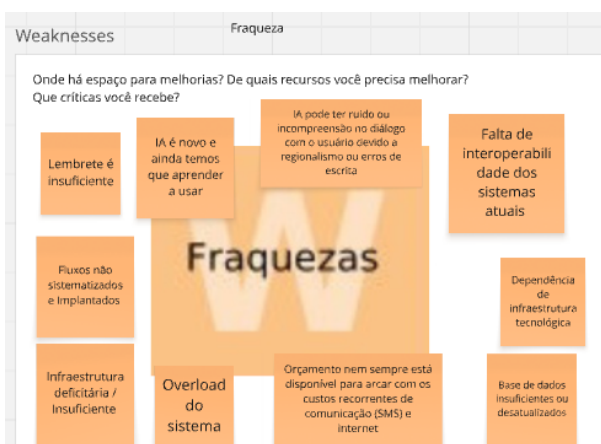
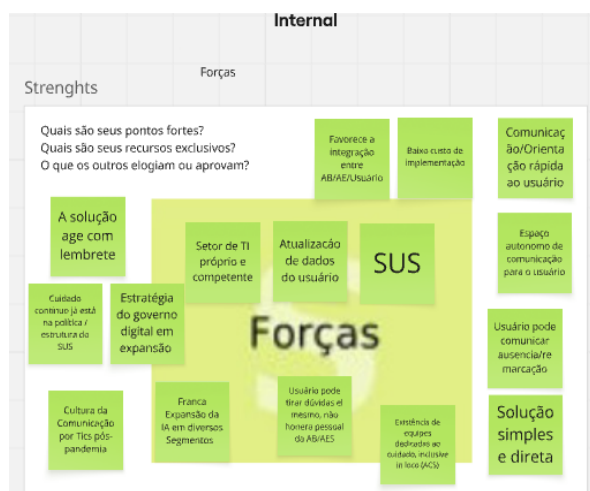
Absenteísmo < 80% do valor-base junto ao grupo teste

Copyright Business Model Foundry AG

The makers of Business Model Generation and Strategyzer

Atividade 14: Utilização da ferramenta de Análise SWOT - Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats) – para elencar o Mapa de Riscos e Oportunidades associados à Solução proposta.





Riscos

Brainstorm

- Usuário ignorar as mensagens
- Falta de treinamento digital da equipe para integrar no sistema
- Equipe de desenvolvedores desconexos com o foco principal da entrega
- Não incorporação da rotina no fluxo de trabalho (seria necessário ajuste de fluxos)
- Falhas técnicas no reconhecimento / devolução das mensagens
- Continuidade do cuidado integral
- Solução escalável a custo reduzido
- Sobrecarga dos acs
- Grupos vulneráveis (idosos, PCD) podem ter dificuldade em usar o sistema
- Falta de integração total entre os sistemas (módulo de saúde Sistema já existente)
- Priorização AES pelo governo atual
- Economia da Solução
- Falta de orçamento
- Manutenção dos vazios assistenciais
- Acomodamento do paciente do início ao final do fluxo de cuidados
- Disponibilidade de dados para qualificar planejamento regional da oferta
- Assimetria de infraestrutura digital
- Maior valorização dos acs
- Baixa adesão

Principais Riscos

- Usuário Sem celular ou sem sinal de dados/voz
- Falta de integração total entre os sistemas (módulo de Saúde + Sistema já existente)
- Equipe da saúde ignorar o sistema
- Reduzir o absenteísmo da fila de AE
- Onda de Transformação digital
- Consolidação do Meu SUS digital

Oportunidades

- Simplificação da solução

Ameaças

- Assimetria de infraestrutura digital

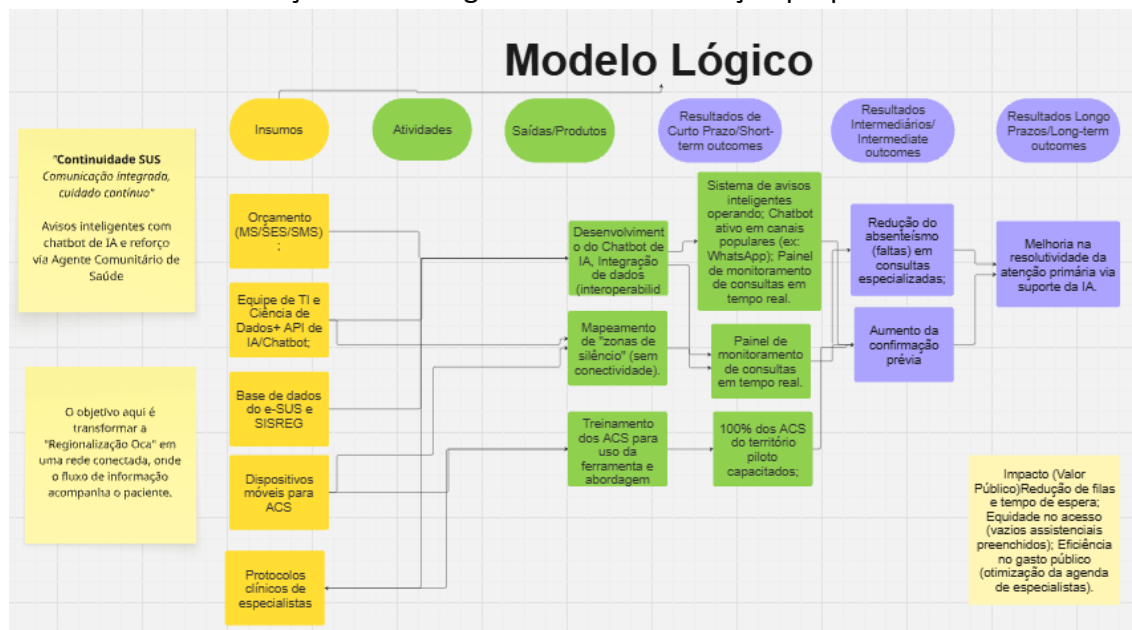
Risco: Exclusão Digital (Pacientes sem celular/internet).
Estratégia de Mitigação: O **Reforço via ACS** (lado humano) entra aqui. O chatbot avisa o ACS quando o paciente não visualiza a mensagem, permitindo a visita presencial.

Risco: Resistência de Profissionais (ACS e Médicos).
Estratégia de Mitigação: Prototipagem colaborativa. Incluir os ACS no design do chatbot para que a ferramenta facilite o trabalho deles, em vez de ser "mais uma tarefa".

Risco: LGPD e Segurança de Dados.
Estratégia de Mitigação: Criptografia de ponta a ponta e anonimização de dados sensíveis na camada da IA, seguindo as normas do Ministério da Saúde.

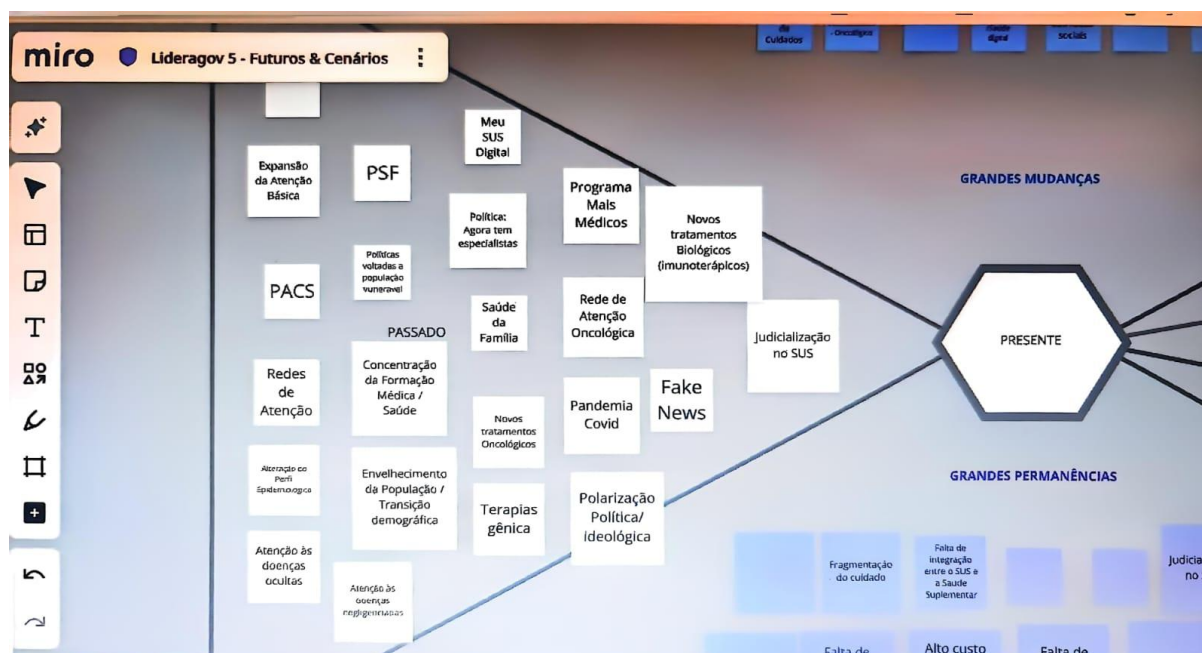


Atividade 16: Construção Matriz Lógica associada a Solução proposta

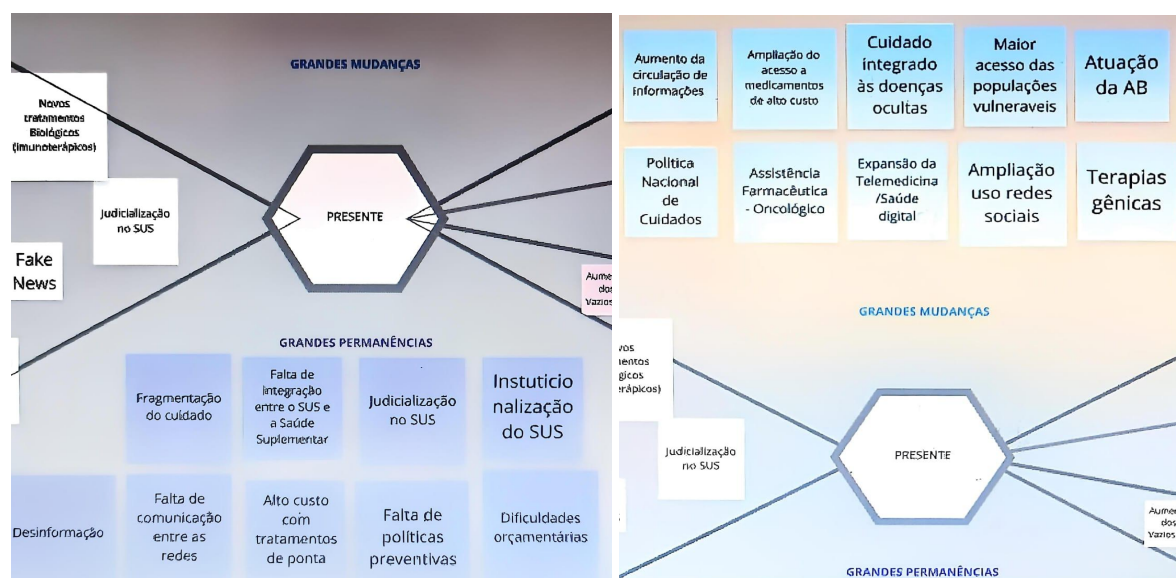


Atividade 17: Design de futuros: Indesejável; Provável; Desejável.

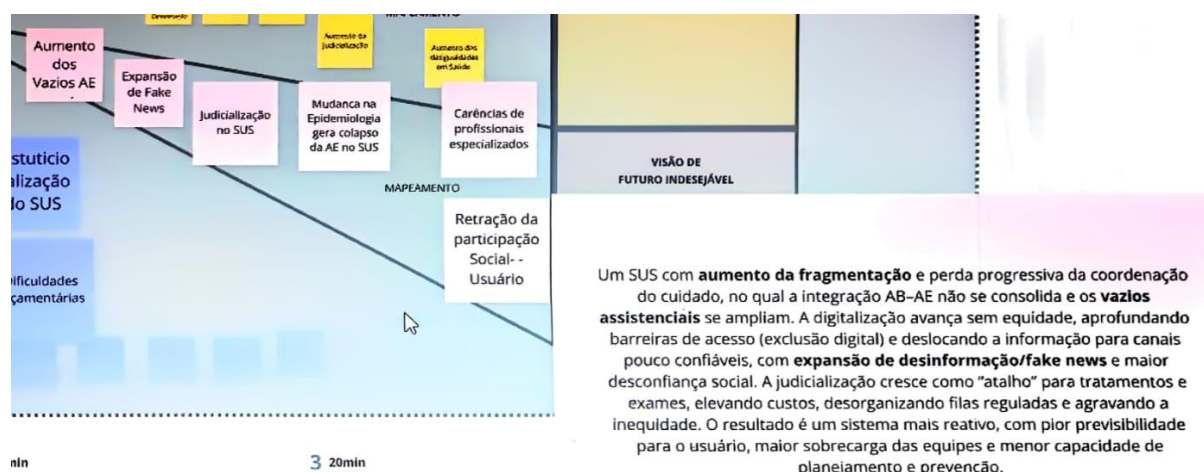
17.1. Visão do passado.



17.2. Visão do Presente: Grandes Permanências e Grandes Mudanças



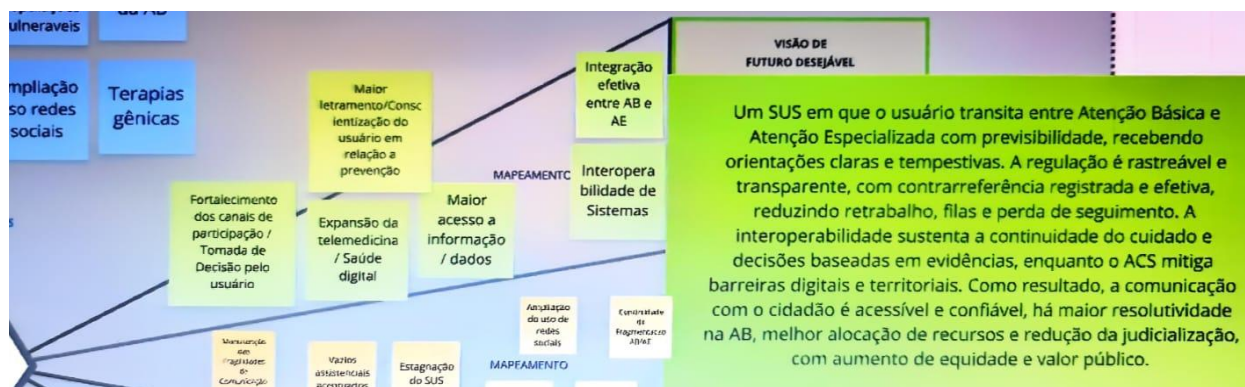
17.3. Cenário 1: Visão de Futuro Indesejável



17.4. Cenário 2: Visão de Futuro Provável



17.5. Cenário 3: Visão de Futuro Desejável



ANEXO IV - CÁLCULO DA ESTIMATIVA DE ECONOMIA

1. Introdução e Contextualização

O presente relatório técnico tem por finalidade apresentar uma reformulação abrangente dos cálculos de impacto econômico e assistencial do projeto "Conexão SUS", expandindo o escopo inicial do piloto em Cardiologia para a totalidade da Atenção Especializada (AE). Esta análise parte da premissa fundamental de que a expansão da oferta física — a construção de novos hospitais e ambulatorios — é insuficiente e fiscalmente inviável se não for precedida por uma correção estrutural nas ineficiências alocativas que hoje drenam o orçamento público.

O diagnóstico situacional revela que o Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (Teto MAC), cuja previsão orçamentária para 2026 supera os R\$ 64,2 bilhões², opera com um nível de ociosidade técnica alarmante. Estudos e dados de monitoramento indicam que o absenteísmo em consultas e exames especializados oscila entre 25% e 40% em diversas regiões do país.³ Este fenômeno, longe de ser um mero problema administrativo, constitui um "imposto invisível" sobre a saúde pública, consumindo recursos de custeio sem a contrapartida da produção assistencial e gerando uma demanda reprimida artificial que pressiona as portas de urgência e emergência.

A análise a seguir detalha, com rigor metodológico, como a aplicação de uma arquitetura sociotécnica de comunicação e navegação de pacientes pode recuperar bilhões de reais em valor público. Ao extrapolar os resultados do modelo piloto para especialidades críticas como Oncologia, Oftalmologia, Ortopedia e Endocrinologia, demonstramos que a gestão eficiente do fluxo de pacientes possui um retorno sobre o investimento (ROI) superior a qualquer outra intervenção de infraestrutura disponível no curto prazo.

2. Metodologia de Cálculo e Premissas Econômicas

Para recalcular o impacto da ineficiência e o potencial de recuperação na Atenção Especializada como um todo, adotou-se uma modelagem híbrida que combina dados orçamentários federais, tabelas de remuneração do SUS e estimativas de custos reais baseadas em microcusteio. A precisão destes cálculos é vital para fundamentar a tomada de decisão da alta gestão quanto ao escalonamento do projeto Conexão SUS.

2.1. Definição do Universo Financeiro (Teto MAC)

O ponto de partida para a análise macroeconômica é o montante total destinado ao financiamento da Média e Alta Complexidade. Conforme a Portaria GM/MS nº 10.146/2026, o valor global repassado a Estados, Distrito Federal e Municípios para o exercício de 2026 é de aproximadamente R\$ 65,9 bilhões, dos quais R\$ 64,2 bilhões destinam-se especificamente ao Bloco de Financiamento da MAC.²

Para fins de cálculo da ineficiência ambulatorial, é necessário segregar a parcela deste recurso que é sensível ao absenteísmo. Estima-se, com base em séries históricas de



produção (SIA/SUS) e na composição dos gastos hospitalares versus ambulatoriais, que aproximadamente 30% do Teto MAC seja consumido por consultas especializadas, exames de apoio diagnóstico e terapias ambulatoriais.² Isso estabelece um "Universo Financeiro Ambulatorial" (UFA) de aproximadamente R\$ 19,26 bilhões anuais que dependem diretamente da presença do paciente agendado para serem efetivados.

2.2. A Discrepância entre Tabela e Custo Real

Um dos maiores desafios na valoração do desperdício no SUS é a defasagem da Tabela SIGTAP. O valor nominal de uma "Consulta Médica em Atenção Especializada" (código 03.01.01.007-2) é de R\$ 10,00.³ No entanto, este valor não reflete o custo econômico real da manutenção da vaga.

O cálculo de impacto deste relatório adota o conceito de "Custo de Oportunidade Real". Quando um paciente falta a uma consulta em um ambulatório estadual ou municipal, a estrutura de custos fixos permanece inalterada: o médico (geralmente concursado ou contratado por OS) recebe seu salário, a equipe de enfermagem e administrativa está presente, e os custos de utilidades (energia, limpeza, segurança) são incorridos. Estudos de microcusteio e dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicam que o custo real unitário de uma consulta especializada situa-se entre R\$ 73,00 e R\$ 100,00.⁶

Portanto, para quantificar o prejuízo real ao erário, aplicamos um multiplicador de correção (k) de 5 a 7 vezes sobre o valor de tabela, aproximando o cálculo do custo operacional efetivo suportado pelos entes federados. Ignorar este multiplicador levaria a uma subestimação grosseira do impacto financeiro do projeto.

2.3. Taxas de Absenteísmo Basais e Metas de Recuperação

A literatura nacional e os relatórios de gestão consultados apresentam uma taxa de absenteísmo consolidada em torno de 25% para a média nacional.³ Contudo, esta média esconde variações regionais e por especialidade, com picos de até 38,6% em consultas especializadas e 32,1% em exames de alta complexidade em determinadas áreas metropolitanas.⁴

Para a construção dos cenários deste relatório, utilizou-se uma taxa de ineficiência basal conservadora de 25%. A meta de recuperação proposta pelo Conexão SUS — redução de 20% no absenteísmo através de confirmação ativa e gestão de filas — é aplicada sobre este volume de perda.¹ Isso significa que, de cada 100 consultas perdidas, o sistema tem a capacidade técnica de recuperar 20 através do remanejamento antecipado ("Vaga Zero" ambulatorial) ou do aumento do comparecimento induzido por "nudges" comportamentais.

3. Análise Econômica Setorial: Cardiologia

A Cardiologia, escolhida como piloto do projeto Conexão SUS¹, serve como o caso base para a validação das premissas econômicas. Esta especialidade caracteriza-se por alta densidade tecnológica, cronicidade dos pacientes e elevado risco clínico associado à



descontinuidade do cuidado.

3.1. Volume e Custo da Ineficiência

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no Brasil e, consequentemente, uma das maiores demandas sobre a Atenção Especializada. As filas de espera para consultas e exames cardiológicos (ecocardiograma, holter, teste ergométrico) variam de 4 a 6 meses em diversos estados.¹

Aplicando a taxa de absenteísmo de 25% sobre a oferta de cardiologia, identifica-se um duplo desperdício. Primeiro, o desperdício da consulta clínica ociosa. Segundo, e mais oneroso, o desperdício em exames diagnósticos. Um ecocardiograma transtorácico ou um teste de esforço demandam equipamentos caros e médicos especialistas. Quando o paciente falta, o "tempo de máquina" perdido é irrecuperável.

Considerando um custo médio real de consulta cardiológica a R\$ 100,00 e exames complexos variando de R\$ 150,00 a R\$ 300,00 (custo real), a perda financeira direta em um macro-hospital regional pode ultrapassar R\$ 200.000,00 mensais apenas em ociosidade. Nacionalmente, a extrapolação sugere que centenas de milhões de reais do Teto MAC destinados à cardiologia não se convertem em saúde devido a falhas de agendamento.

3.2. Custos Indiretos e Sobrecarga de Urgência

A especificidade da cardiologia permite calcular com clareza os "custos evitados". Um paciente hipertenso ou com insuficiência cardíaca que perde seu seguimento ambulatorial tem alta probabilidade de descompensar. O destino deste paciente não é a remarcação imediata, mas a porta de emergência de uma UPA ou hospital terciário.

O custo de um atendimento de urgência por crise hipertensiva ou edema agudo de pulmão é imensamente superior ao da consulta eletiva. Se a descompensação evolui para uma internação em UTI (custo diário aproximado de R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00), o prejuízo financeiro torna-se exponencial. O Secretário de Estado da Saúde, em entrevista qualificada, estimou que falhas na AE geram uma sobrecarga de R\$ 150 milhões anuais em serviços de urgência em seu estado.¹ Projetando nacionalmente, a descoordenação em cardiologia pode ser responsável por bilhões em gastos evitáveis com internações de alta complexidade que poderiam ter sido contidas no nível ambulatorial.

3.3. Impacto da Intervenção Conexão SUS

A aplicação da solução Conexão SUS na cardiologia demonstrou que a comunicação ativa não serve apenas para lembrar a data. Ela é crucial para garantir o preparo dos exames. Uma parcela significativa do absenteísmo técnico em cardiologia ocorre quando o paciente comparece, mas não realizou o jejum ou suspendeu medicações indevidamente. O chatbot inteligente, ao instruir o preparo passo a passo, recupera essa capacidade instalada. A meta de recuperar 20% das agendas ociosas nesta especialidade teria um impacto imediato na redução da mortalidade por eventos cardiovasculares agudos,



validando o modelo para expansão.

4. Expansão do Modelo: Oncologia

A Oncologia representa o setor onde a ineficiência administrativa cobra o preço mais alto, tanto em recursos financeiros quanto em vidas humanas. A lógica de "tempo é tecido" aplica-se aqui com rigor absoluto, e o recálculo para esta especialidade exige a incorporação de variáveis de progressão de doença.

4.1. A Economia do Estadiamento

Diferentemente de outras especialidades, o custo do tratamento oncológico é dinâmico e progressivo. Tratar um câncer de mama em estágio I (diagnóstico precoce) tem um custo para o SUS significativamente menor do que tratar a mesma paciente em estágio III ou IV (doença avançada/metastática).

O absenteísmo na oncologia muitas vezes não é voluntário, mas estrutural. Pacientes chegam à primeira consulta sem a biópsia, sem o bloco de parafina ou sem os laudos necessários para o início do tratamento.¹ Isso gera uma "consulta vazia" de resolutividade: o médico oncologista ocupa seu tempo apenas para solicitar o que já deveria estar pronto, adiando o início da terapia e, frequentemente, descumprindo a Lei dos 60 Dias (Lei nº 12.732/2012).

4.2. Recálculo do Desperdício

Ao recalcular o impacto para a Oncologia, não consideramos apenas o valor da consulta (R\$ 10,00 na tabela, valor irrisório frente à complexidade). O custo real do desperdício é o **agravamento da doença** durante o tempo de espera gerado pela desorganização.

Se a taxa de absenteísmo ou de consultas não resolutivas na oncologia for de 20%, isso significa que um quinto dos novos pacientes oncológicos inicia o tratamento tardiamente. O custo incremental de cirurgias mais mutiladoras, quimioterapias de resgate mais tóxicas e caras, e cuidados paliativos precoces, drena o orçamento da Alta Complexidade (APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade).

A intervenção do Conexão SUS na oncologia foca na **Navegação de Pacientes**. O papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e da enfermeira navegadora é garantir que o paciente chegue à consulta com todos os exames em mãos. A recuperação financeira aqui não vem apenas da ocupação da agenda, mas da redução do ticket médio do tratamento oncológico através do diagnóstico e início terapêutico oportunos. Estima-se que a eficiência na jornada do paciente oncológico possa liberar recursos suficientes para custear a incorporação de novas tecnologias antineoplásicas, hoje restritas por falta de orçamento.

5. Expansão do Modelo: Oftalmologia

A Oftalmologia apresenta uma dinâmica oposta à da oncologia: caracteriza-se por altíssimo volume, procedimentos de curta duração e baixo custo unitário, mas com um



impacto agregado massivo devido à escala.

5.1. O Volume como Fator Crítico

O relatório base cita um exemplo concreto onde 20% de vagas vazias em oftalmologia geraram um desperdício de R\$ 5 milhões em um recorte estadual.¹ Este dado é emblemático. A oftalmologia lida majoritariamente com uma população idosa, onde o esquecimento e as barreiras de transporte são as principais causas de absenteísmo.

Consultas de refração, acompanhamento de glaucoma e triagem de catarata são procedimentos rápidos. Uma taxa de absenteísmo de 25% em um ambulatório que atende 100 pacientes/dia significa 25 vagas perdidas diariamente. Ao longo de um ano, isso representa milhares de atendimentos que poderiam ter zerado a fila de espera por cirurgia de catarata na região.

5.2. O Potencial da Automação (Nudges)

A Oftalmologia é a especialidade com maior elasticidade de resposta à intervenção digital simplificada. Lembretes automáticos via WhatsApp e SMS (Nudges) têm eficácia comprovada para reduzir o esquecimento em populações idosas, desde que desenhados com linguagem simples e acessível.¹

A implementação do sistema de confirmação "Vaga Zero" — onde a vaga cancelada é imediatamente ofertada ao próximo da fila via sistema automatizado — possui potencial revolucionário nesta especialidade. O recálculo sugere que a redução do absenteísmo de 20% para 10% na oftalmologia poderia, por si só, eliminar a demanda reprimida em diversas regiões de saúde, sem a necessidade de contratar novos oftalmologistas ou construir novos centros de referência. O ganho é puramente logístico e de eficiência alocativa.

6. Expansão do Modelo: Ortopedia e Traumatologia

A Ortopedia compete com a Cardiologia e a Oncologia em termos de volume e custo, mas possui uma especificidade: a barreira de acesso físico é o determinante central do absenteísmo.

6.1. Mobilidade e Acesso

Pacientes ortopédicos frequentemente possuem mobilidade reduzida. A falta à consulta muitas vezes ocorre porque o transporte sanitário não chegou ou porque o paciente não conseguiu se deslocar por meios próprios. O absenteísmo aqui gera um ciclo vicioso: o paciente não trata, a condição piora, a mobilidade se reduz ainda mais, e a dependência do sistema aumenta.

Além disso, a Ortopedia lida com um alto custo de exames de imagem (Ressonância Magnética, Tomografia). O absenteísmo em uma consulta pré-operatória de ortopedia não apenas perde a consulta, mas frequentemente invalida os exames pré-operatórios (que têm prazo de validade), obrigando o sistema a custear uma nova bateria de exames



quando o paciente finalmente retorna.

6.2. O Papel do ACS na Logística

A expansão do Conexão SUS para a Ortopedia integra o ACS como um sensor logístico. Utilizando o escore de risco da plataforma, o sistema pode identificar quais pacientes agendados possuem restrição de mobilidade severa e alertar a gestão municipal para priorizar o transporte sanitário.

O impacto econômico do recálculo reside na otimização do centro cirúrgico. A suspensão de cirurgias eletivas ortopédicas devido ao não comparecimento do paciente ou à falta de exames válidos é uma das maiores fontes de desperdício hospitalar. Garantir que o paciente chegue à consulta pré-operatória e, subsequentemente, à cirurgia, maximize o uso das salas cirúrgicas e das órteses e próteses (OPM), itens de alto custo no Teto MAC.

7. Consolidação dos Cálculos: O Cenário Nacional

Tendo analisado as dinâmicas específicas das principais especialidades, podemos proceder à consolidação dos dados para projetar o impacto financeiro global da implementação do Conexão SUS na rede MAC.

7.1. Variáveis Consolidadas

Para esta projeção, assumimos as seguintes premissas conservadoras, baseadas nos dados coletados:

11. **Teto MAC Total (2026):** R\$ 64,2 bilhões.²
12. **Parcela Ambulatorial (Consultas/Exames):** Estimada em 30% do total = **R\$ 19,26 bilhões.**
13. **Taxa de Absenteísmo Médio (Cenário Base):** 25% (média ponderada entre especialidades).³
14. **Desperdício Financeiro Bruto (Status Quo):** 25% de R\$ 19,26 bilhões = **R\$ 4,81 bilhões/ano.**

Este valor de R\$ 4,81 bilhões representa o custo da capacidade instalada que é paga, mas não utilizada. É o valor dos salários dos profissionais ociosos, da manutenção predial e dos equipamentos parados durante os horários vagos.

7.2. Projeção de Recuperação (Cenário Conexão SUS)

A meta do projeto é recuperar 20% dessas agendas ociosas. Não se trata de zerar o absenteísmo (o que é impossível), mas de reduzi-lo a níveis friccionais aceitáveis e ocupar as vagas remanescentes com demanda reprimida.

- **Cálculo da Recuperação:** 20% de recuperação sobre o desperdício de R\$ 4,81 bilhões.
- **Valor Recuperado (Eficiência Direta):** **R\$ 962 milhões ao ano.**

Este montante de quase R\$ 1 bilhão não é "dinheiro novo" que entra no caixa do Ministério



da Saúde. Ele representa **Valor em Saúde** que passa a ser entregue à população sem aumento de despesa. Em termos práticos, equivale a realizar milhões de consultas e exames adicionais utilizando a mesma estrutura física e de pessoal já existente.

7.3. Economia de Custos Evitados (Impacto nas Urgências)

Além da eficiência direta, deve-se contabilizar a economia indireta gerada pela redução da sobrecarga em urgência e emergência. Utilizando a estimativa do gestor estadual de R\$ 150 milhões/ano em um estado médio¹, e extrapolando para a realidade nacional (considerando as assimetrias regionais), projeta-se uma economia de recursos na rede de urgência.

Assumindo conservadoramente que a melhoria na AE possa reduzir em apenas 5% a demanda de urgência relacionada a condições sensíveis ao ambulatório (CSAP), e considerando o alto custo da alta complexidade hospitalar, estima-se uma economia de recursos ("cost avoidance") na faixa de **R\$ 2,5 a R\$ 4,0 bilhões ao ano** nacionalmente.

Tabela Resumo: Impacto Econômico Projetado (Cenário Nacional)

Indicador	Cenário Atual (Ineficiência)	Cenário com Conexão SUS	Valor Agregado / Economia
Orçamento MAC (Ambulatorial)	R\$ 19,26 Bilhões	R\$ 19,26 Bilhões	-
Taxa de Absenteísmo Médio	25%	20% (Redução de 20% sobre a base)	Redução de 5 % no absenteísmo
Perda Financeira (Ociosidade)	R\$ 4,81 Bilhões	R\$ 3,85 Bilhões	R\$ 962 Milhões (Recuperados)
Sobrecarga Estimada em Urgências	R\$ 4,0 Bilhões (Estimativa)	R\$ 3,2 Bilhões	R\$ 800 Milhões (Evitados)
TOTAL	-	-	~ R\$ 1,76 Bilhões / Ano

Fonte: Elaboração própria baseada em dados orçamentários SISMAT² e parâmetros do projeto Conexão SUS.¹



8. Arquitetura Tecnológica e Investimento Necessário

A viabilidade deste retorno econômico depende de um investimento inicial em tecnologia e processos. O Programa SUS Digital prevê investimentos da ordem de R\$ 464 milhões para as etapas iniciais de planejamento e estruturação digital nos territórios.⁸

8.1. Custo Marginal Decrescente

A grande vantagem econômica da solução digital é o custo marginal decrescente. Uma vez desenvolvida e implantada a plataforma de orquestração de mensagens e treinado o motor de Inteligência Artificial (Chatbot), o custo para adicionar novas linhas de cuidado (expandir da Cardiologia para a Dermatologia ou Urologia) é marginal. A infraestrutura de *hardware* (servidores, smartphones) já existe em grande parte na mão dos usuários e nas unidades de saúde informatizadas (e-SUS).

O investimento necessário para a implementação nacional do Conexão SUS representa, portanto, uma fração do desperdício que ele visa combater. Se o custo de operação da plataforma for estimado em 10% do valor recuperado (uma estimativa conservadora para soluções de software as a service), o projeto se paga múltiplas vezes apenas no primeiro ano de operação.

8.2. Integração e Interoperabilidade (RNDS e MIRA)

A eficácia da expansão depende da interoperabilidade. O projeto deve se integrar nativamente à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e adotar o Modelo de Informação da Regulação Assistencial (MIRA).¹ Isso garante que a informação flua não apenas entre o paciente e a unidade, mas entre os diferentes sistemas de prontuário eletrônico e regulação estaduais. Sem essa padronização semântica, a expansão para todas as especialidades enfrentaria barreiras de fragmentação de dados insuperáveis.

9. Considerações sobre Equidade e Fatores Humanos

A análise puramente econômica não pode obscurecer a dimensão social do SUS. A expansão do modelo para todas as especialidades traz à tona o risco da exclusão digital. Pacientes idosos (maioria na oftalmologia e cardiologia) ou em vulnerabilidade social extrema podem não ter acesso a smartphones ou letramento digital suficiente para interagir com chatbots.

Por isso, o recálculo do impacto reafirma a necessidade do **Agente Comunitário de Saúde (ACS)** como pilar de sustentação. A eficiência gerada pela automação (que atende 70-80% da demanda de confirmação) libera horas-homem das equipes administrativas e dos ACS para que estes possam realizar a busca ativa presencial focada nos 20-30% de pacientes com "Alto Risco de Absenteísmo" ou exclusão digital.¹

Esta abordagem híbrida (tech + touch) transforma o ganho de eficiência em ganho de equidade. Ao invés de gastar recursos tentando ligar para 100% dos pacientes (com baixíssima taxa de sucesso), o sistema automatiza o contato com a maioria e direciona o



cuidado humano precioso para quem mais precisa, garantindo que a modernização do SUS não deixe ninguém para trás.

10. Conclusão e Recomendações

A reavaliação dos dados demonstra que o projeto "Conexão SUS" possui robustez técnica e econômica para ser escalado para toda a Atenção Especializada do país. O absenteísmo e a descoordenação no agendamento representam um gargalo bilionário que compromete a eficiência do Teto MAC e a saúde da população.

A recuperação projetada de aproximadamente **R\$ 1,76 bilhões anuais** em valor público (soma da recuperação de ociosidade e custos evitados) justifica plenamente o investimento na plataforma de comunicação integrada. Mais do que uma ferramenta de TI, o projeto apresenta-se como uma política de **Eficiência Alocativa** alinhada à Estratégia Brasil 2050.

Recomenda-se à alta gestão do Ministério da Saúde e aos gestores estaduais a adoção imediata do modelo, utilizando os recursos do SUS Digital como alavanca de financiamento e a estrutura de governança federativa para garantir a adesão capilar nos municípios. Em um cenário de restrição fiscal e demanda crescente, a inteligência na gestão do acesso não é uma opção, é a única via para a sustentabilidade do SUS.

Referências citadas

4. Relatório Final – Entrega 3 (Rascunho final) em Revisão-Sem capa.docx
5. Ministério da Saúde define teto de financiamento do MAC e do Samu para 2026; CNM reforça pauta de revisão - Confederação Nacional de Municípios, acessado em janeiro 27, 2026,
<https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/ministerio-da-saude-define-teto-de-financiamento-do-mac-e-do-samu-para-2026-cnm-reforca-pauta-de-revisao>
6. O CUSTO FINANCEIRO ESTIMADO DO ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS ENCAMINHADAS POR UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE - Proceedings.Science, acessado em janeiro 27, 2026,
<https://proceedings.science/cbppgs-2021/trabalhos/o-custo-financeiro-estimado-do-absenteismo-de-consultas-especializadas-encaminha>
7. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício nas diferentes ..., acessado em janeiro 27, 2026,
<https://rsdjournal.org/rsd/article/download/24797/21913/293667>
8. Microsoft Power BI, acessado em janeiro 27, 2026,
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNDYyMDQ1NDMtNjFkZC00Y2FmLWE0ZWU0OWI3ZGZiZmI5ZGMxliwidCI6IjE1ZGNkOTA5LTlkYzAtNDBIOS1hMWU1LWNiY2lwNTNjZGQxYSJ9>
9. Aprovada pelo Senado, correção anual da tabela do SUS segue para sanção - CNM, acessado em janeiro 27, 2026,
<https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/aprovada-pelo-senado-correcao-an>



[ual-da-tabela-do-sus-segue-para-sancao](#)

10. Absenteísmo no Sistema Único de Saúde (SUS) - regulacao, acessado em janeiro 27, 2026,
[https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/Absente%C3%ADsmo_no_Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde_\(SUS\)](https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/Absente%C3%ADsmo_no_Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde_(SUS))
11. Instituição do SUS Digital - FNS - Ministério da Saúde, acessado em janeiro 27, 2026, <https://portalfns.saude.gov.br/instituicao-do-sus-digital/>
12. Adesão ao Programa SUS Digital gera insegurança em gestores; CNM recomenda cautela, acessado em janeiro 27, 2026,
<https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/adesao-ao-programa-sus-digital-gera-inseguranca-em-gestores-cnm-recomenda-cautela>



ANEXO V - CÁLCULO DOS CUSTOS PILOTO E TOTAL

1. Introdução e Contextualização Estratégica

A presente análise técnica tem por objetivo reestruturar a estimativa de custos e o modelo de viabilidade econômica do projeto **Conexão SUS – Comunicação Integrada para a Continuidade do Cuidado**, uma iniciativa desenhada no âmbito do programa LideraGOV 5.0 para responder aos desafios da **Estratégia Brasil 2050**. A reformulação orçamentária aqui apresentada transcende a mera precificação de insumos; trata-se de uma análise de engenharia de custos aplicada à política pública, integrando as variáveis macroeconômicas de tecnologia, as novas diretrizes de precificação de mensageria da Meta (WhatsApp Business API) vigentes a partir de 2025, e a complexidade da gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde (SUS).

O cenário base para esta intervenção é caracterizado por uma ineficiência alocativa crônica. Conforme diagnosticado, a expansão da rede física de saúde, isoladamente, tornou-se insuficiente para mitigar os gargalos de acesso. O fenômeno do absenteísmo em consultas especializadas — que em determinadas regiões e especialidades, como a oftalmologia, pode gerar desperdícios anuais na ordem de R\$ 5 milhões por unidade federativa — representa um dreno silencioso de recursos que poderiam ser reinvestidos na qualificação do cuidado. A premissa central deste estudo econômico é o **custo-efetividade incremental**: demonstrar que o investimento em uma arquitetura sociotécnica de navegação assistida possui um custo marginal ínfimo quando comparado ao custo de oportunidade da capacidade instalada ociosa.

A análise aprofunda-se nas especificidades da arquitetura proposta, que combina uma plataforma de navegação digital (chatbot com IA e mensageria multicanal) com a redundância humana dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este hibridismo, essencial para garantir a equidade e mitigar a exclusão digital, impõe uma estrutura de custos dual: despesas operacionais variáveis (Opex) atreladas ao volume de comunicação digital e investimentos em capacitação e governança (Capex/Opex) para mobilizar a força de trabalho humana.

Ao alinhar-se à Orientação Estratégica 11 da Estratégia Brasil 2050, que preconiza a eficiência da rede hierarquizada, o projeto Conexão SUS não busca apenas "digitalizar" o agendamento, mas reestruturar a economia do acesso à saúde. A seguir, detalhamos as premissas de custos, a modelagem para o piloto e as projeções de escala nacional, fundamentadas em dados de mercado atualizados e nas melhores práticas de contratação pública de TIC.

2. Fundamentos da Modelagem de Custos e Premissas Tecnológicas

Para estabelecer uma estimativa fidedigna, é imperativo compreender a infraestrutura tecnológica subjacente e os modelos de tarifação que regem o ecossistema de mensageria global e nacional. A volatilidade cambial e as mudanças nas políticas de preços das grandes plataformas tecnológicas ("Big Techs") exigem uma modelagem flexível e resiliente.

2.1. A Nova Economia da Mensageria: Impactos da Precificação do WhatsApp 2025

O canal preferencial de comunicação identificado nas pesquisas com usuários do SUS é o WhatsApp, devido à sua onipresença e facilidade de uso em detrimento das chamadas telefônicas tradicionais. Contudo, a estrutura de custos deste canal sofreu alterações estruturais significativas em 2025, que impactam diretamente o orçamento público.



Anteriormente baseada em "janelas de conversação" de 24 horas, a precificação da API do WhatsApp Business migrou para um modelo baseado em categorias de *templates* (modelos de mensagem). Para o governo e o setor de saúde, essa mudança possui implicações críticas:

- **Categoria Utility (Utilitária):** É a categoria predominante para o Conexão SUS, englobando lembretes de consultas, confirmações de agendamento e atualizações de status pós-consulta. A partir de 2025, a Meta ajustou os valores para o mercado brasileiro. O custo estimado por mensagem utilitária no Brasil gira em torno de **US\$ 0,0080** (aproximadamente R\$ 0,048 a R\$ 0,05, considerando o câmbio base de R\$ 6,00).
- **Categoria Service (Serviço):** Refere-se às conversas iniciadas pelo usuário (cidadão) para tirar dúvidas ou solicitar informações. Uma vantagem estratégica crucial é que as respostas a essas iniciativas, dentro de uma janela de 24 horas, são isentas de tarifas de template, sendo cobrada apenas a infraestrutura do *broker* (BSP). Isso incentiva o desenho de fluxos onde o cidadão é estimulado a interagir, reduzindo o custo operacional.
- **Escala e Tiers de Preço:** Para projetos de escala nacional como o Conexão SUS, que podem facilmente ultrapassar milhões de disparos mensais, a tabela de preços prevê descontos progressivos. Volumes acima de 10 milhões de mensagens podem reduzir o custo unitário da categoria *Utility* para patamares próximos a **US\$ 0,0054 a US\$ 0,0068**. Essa elasticidade de preço é fundamental para a viabilidade da expansão nacional.

2.2. Infraestrutura de Inteligência Artificial e Interoperabilidade

O desenvolvimento do "cérebro" do Conexão SUS — o *chatbot* com Processamento de Linguagem Natural (NLP) — não é um custo único de desenvolvimento de software, mas um fluxo contínuo de treinamento e manutenção.

- **Investimento Governamental em IA:** O governo federal brasileiro sinalizou investimentos robustos na ordem de R\$ 23 bilhões para o Plano Brasileiro de Inteligência Artificial até 2028. O Conexão SUS deve ser orçado não como um sistema isolado, mas como um consumidor dessas infraestruturas transversais, aproveitando economias de escopo.
- **Interoperabilidade (RNDS/MIRA):** A integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e o Modelo de Informação da Regulação Assistencial (MIRA) exige alocação de horas técnicas de alta especialização. O custo aqui reside na conformidade com padrões HL7 FHIR e na segurança da informação (LGPD), que elevam o valor hora/homem das equipes de desenvolvimento em relação a softwares comerciais padrão.

3. Estimativa Detalhada: Fase 1 - O Projeto Piloto

O projeto piloto tem como objetivo validar as hipóteses de redução de absenteísmo e engajamento do usuário em um ambiente controlado antes da escala massiva. A definição do território piloto prioriza regiões com alta vacância de agendas e absenteísmo elevado.

Parâmetros do Piloto:

- **Duração:** 12 meses (6 meses de calibração + 6 meses de operação plena).
- **Público-Alvo Estimado:** 10.000 pacientes ativos em filas de regulação (foco em Cardiologia) em um município de médio porte ou microrregião de saúde.
- **Meta:** Redução de 20% no absenteísmo (recuperação de agendas).

3.1. CAPEX: Custos de Desenvolvimento e Setup Tecnológico



Os custos de capital (Capex) concentram-se na criação da plataforma, design da jornada e integrações iniciais.

Componente de Custo	Descrição Técnica e Justificativa	Estimativa de Valor (R\$)
Desenvolvimento do Core (Backend/Frontend)	Construção da plataforma de orquestração de mensagens, painel de gestão para profissionais e APIs de conexão. Baseado em editais de pregão para soluções de <i>chatbot</i> de complexidade média.	R\$ 350.000,00 - R\$ 500.000,00
Integração RNDs/MIRA	Desenvolvimento de conectores seguros seguindo padrões do Ministério da Saúde (HL7 FHIR). Exige equipe sênior em interoperabilidade em saúde.	R\$ 150.000,00
Design de Serviço e UX/UI	Consultoria especializada em "Linguagem Simples" e <i>Nudges</i> comportamentais para desenhar os fluxos conversacionais e garantir acessibilidade.	R\$ 80.000,00
Setup de Infraestrutura Nuvem	Configuração de ambientes de homologação, produção e segurança (WAF, criptografia). Custo inicial de <i>setup</i> .	R\$ 40.000,00
Total CAPEX Estimado		R\$ 620.000,00 - R\$ 770.000,00

Nota: O valor de desenvolvimento pode variar significativamente dependendo da opção por desenvolvimento interno (via Datasus/Procergs/Prodesp) ou contratação externa via fábrica de software. A estimativa acima considera valores de mercado para contratação de solução customizada com transferência de tecnologia. Plataformas *low-code* poderiam reduzir o custo inicial, mas apresentariam riscos de escalabilidade e *lock-in* futuro.

3.2. OPEX: Custos Operacionais Variáveis e Mensageria

Os custos operacionais (Opex) são direcionados pelo volume de interações e pela manutenção da equipe.



3.2.1. Modelagem de Custos de Mensageria (WhatsApp)

Para o piloto de 10.000 pacientes, desenha-se uma régua de comunicação padrão:

1. **Aviso de Agendamento (D-7):** Template *Utility* (Informação de data/hora/local).
 2. **Lembrete e Preparo (D-3):** Template *Utility* (Instruções de jejum/documentos - Link para vídeo/texto).
 3. **Confirmação/Cancelamento (D-1):** Template *Utility* com botões de ação rápida.
 4. **Pós-Consulta (D+1):** Template *Utility* (Pesquisa de satisfação/Orientações de retorno - Contrarreferência).
- **Total de disparos por ciclo de consulta:** 4 mensagens.
 - **Volume Mensal:** Considerando uma média de 1,5 consultas/exames por paciente no período (pacientes crônicos): 10.000 pacientes * 1,5 * 4 mensagens = **60.000 mensagens/mês.**
 - **Custo Unitário (Com Broker/BSP):** R\$ 0,20 (Margem de segurança sobre o custo Meta de ~R\$ 0,05 + taxas de serviço e impostos).
 - **Custo Mensal de Mensageria:** 60.000 * R\$ 0,20 = **R\$ 12.000,00.**
 - **Custo Semestral (Operação):** **R\$ 72.000,00.**

Observação: Mensagens de texto (SMS) seriam utilizadas como *fallback* (redundância) para usuários sem WhatsApp, com custo unitário inferior (aprox. R\$ 0,08 - R\$ 0,12), mas menor efetividade de leitura. O orçamento conserva o valor do WhatsApp para garantir margem.

3.2.2. Sustentação de Nuvem e Manutenção

- **Hospedagem em Nuvem (Cloud):** Servidores, banco de dados, armazenamento de logs. Estimativa para tráfego do piloto: **R\$ 5.000,00/mês -> R\$ 30.000,00/semestre.**
- **Suporte Técnico e Evolução (AMS):** Equipe técnica para correção de *bugs* e pequenos ajustes no *chatbot*. Contrato de horas ou franquia mensal: **R\$ 15.000,00/mês -> R\$ 90.000,00/semestre.**

3.3. O Pilar Humano: Custos de Capacitação e Gestão

A tecnologia não opera no vácuo. O projeto depende da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e das equipes administrativas das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

- **Capacitação (Treinamento):** Realização de oficinas presenciais e híbridas para os ACS e recepcionistas do território piloto. Foco no uso da ferramenta e na abordagem ao cidadão (letramento digital).
 - Estimativa: **R\$ 60.000,00** (Instrutores, material didático, logística).
- **Equipamentos (Opcional/Contingência):** Embora muitos ACS já utilizem tablets fornecidos por programas como o "Informatiza APS" ou "E-SUS", pode ser necessária a aquisição ou reposição de dispositivos para garantir 100% de cobertura no piloto.
 - Estimativa (50 tablets x R\$ 1.500,00): **R\$ 75.000,00.**

3.4. Resumo Orçamentário do Piloto

Categoria	Item	Custo Estimado (R\$)



CAPEX	Desenvolvimento, Integração e Design	R\$ 770.000,00
OPEX (6 Meses)	Mensageria (WhatsApp/SMS)	R\$ 72.000,00
OPEX (6 Meses)	Nuvem e Sustentação Técnica	R\$ 120.000,00
RH/Gestão	Capacitação e Gestão do Projeto	R\$ 180.000,00
Contingência	Reserva Técnica (10%)	R\$ 114.200,00
TOTAL GERAL	Piloto (12 Meses - Dev + Ops)	~ R\$ 1.256.200,00

Análise de Viabilidade do Piloto: O investimento total de aproximadamente **R\$ 1,25 milhão** deve ser contrastado com o desperdício evitado. Se o território piloto tiver um desperdício anual por absenteísmo similar à média projetada de R\$ 5 milhões (apenas em uma especialidade como oftalmologia), a recuperação de 20% desse valor (R\$ 1 milhão) em um ano praticamente **paga o investimento inicial do projeto**. Isso confirma a hipótese de alto retorno sobre o investimento (ROI) já na fase experimental.

4. Projeção de Custos: Fase 2 - Expansão Nacional

A expansão para o nível nacional altera a lógica de custos, deslocando o peso do desenvolvimento (software é replicável com custo marginal próximo a zero) para os custos variáveis de comunicação e infraestrutura elástica. O desafio passa a ser a escala massiva e a heterogeneidade dos municípios brasileiros.

4.1. Dimensionamento do Volume Nacional

O Brasil realiza bilhões de procedimentos ambulatoriais anualmente. Segundo dados de produção ambulatorial do SUS, o volume de consultas especializadas é massivo. Para fins de projeção conservadora, assumiremos a adesão gradual dos municípios, atingindo um patamar de **5 milhões de pacientes mensais** utilizando ativamente a plataforma no primeiro ano de expansão plena.

4.2. Economia de Escala na Mensageria

Com um volume projetado de interações na casa das dezenas de milhões, o projeto acessa os *tiers* (níveis) de desconto mais agressivos da tabela da Meta.

- **Volume Mensal Estimado:** 5 milhões de pacientes * 4 mensagens = **20 milhões de mensagens/mês**.
- **Precificação Tier 2/3 (Brasil 2025):** Para volumes acima de 10 milhões, o custo da mensagem *Utility* tende a cair para a faixa de **US\$ 0,0054 a US\$ 0,0060**.



- **Custo Unitário Projetado (com negociação governamental):** Estima-se que, através de uma Ata de Registro de Preços centralizada pelo Ministério da Saúde, seja possível travar o custo em reais (proteção cambial) próximo a **R\$ 0,08 a R\$ 0,10** por mensagem entregue.

Custo Mensal de Mensageria (Nacional):

20.000.000 mensagens * R\$ 0,10 = **R\$ 2.000.000,00 / mês.**

Custo Anual: R\$ 24.000.000,00.

4.3. Infraestrutura de Nuvem e Sustentação em Escala

A arquitetura deve evoluir para microsserviços em *Kubernetes* ou soluções *Serverless* para suportar picos de acesso (ex: disparos massivos em horários comerciais).

- **Custo de Nuvem (Elasticidade):** O custo de processamento e banco de dados para milhões de registros é significativo. Estima-se um investimento mensal de **R\$ 250.000,00 a R\$ 350.000,00** em provedores de nuvem pública (AWS, Azure, Google, Oracle), considerando redundância e *disaster recovery*.
- **Equipe de Sustentação Nacional:** Criação de um Núcleo de Operações (NOC) e equipe de desenvolvimento contínuo. Contrato anual estimado em **R\$ 2,5 milhões** (Equipe de 10-15 profissionais sêniores).

4.4. Capacitação Capilarizada (EAD e Multiplicadores)

Treinar presencialmente os mais de 400.000 Agentes Comunitários de Saúde é inviável financeiramente e logisticamente. A estratégia de expansão deve se apoiar em:

1. **Plataformas EAD (AVASUS/UNA-SUS):** Desenvolvimento de cursos autoinstrucionais sobre "Navegação do Paciente na Era Digital". Custo de produção de conteúdo de alta qualidade: **R\$ 300.000,00** (investimento único).
2. **Integração com Programas Existentes:** Inserção do módulo na grade curricular do programa "Mais Saúde com Agente", que já possui orçamento e estrutura para formar centenas de milhares de agentes. Isso dilui o custo de capacitação para próximo de zero no orçamento direto do projeto Conexão SUS.

4.5. Orçamento Anual Estimado (Operação Nacional)

Componente	Estimativa Anual (R\$)	Observações
Mensageria (WhatsApp)	R\$ 24.000.000,00	Variável, baseado em 20M msgs/mês
Infraestrutura Nuvem	R\$ 4.200.000,00	R\$ 350k/mês (Alta disponibilidade)
Sustentação e Evolução	R\$ 2.500.000,00	Contrato de fábrica/suporte



Gestão e Governança	R\$ 1.500.000,00	Equipe de gestão central MS
Marketing e Engajamento	R\$ 2.000.000,00	Campanhas de adesão para municípios
TOTAL ANUAL (Estimado)	~ R\$ 34.200.000,00	

Análise de Proporcionalidade: Um custo operacional anual de **R\$ 34 milhões** para cobrir 5 milhões de pacientes/mês representa um custo *per capita* de aproximadamente **R\$ 0,57 por paciente/mês**. Se considerarmos que uma única consulta especializada custa ao sistema (custo real) entre R\$ 40,00 e R\$ 100,00, evitar a perda de uma única consulta paga a operação de comunicação daquele paciente por vários anos. A eficiência alocativa é, portanto, evidente.

5. Análise de Viabilidade Econômica: O Custo do Absenteísmo

Para validar o investimento, é necessário tangibilizar o custo do problema que se pretende resolver. O absenteísmo no SUS não é apenas uma estatística administrativa; é um buraco financeiro.

5.1. Valoração do Desperdício

Embora a Tabela SUS remunere uma consulta especializada com valores nominais baixos (ex: R\$ 10,00 a R\$ 40,00), o **custo real** para o erário é muito superior. Estudos de microcusteio indicam que, ao somar a remuneração médica, a estrutura física, a equipe de apoio, energia e limpeza, o custo real de uma consulta especializada situa-se na faixa de **R\$ 50,00 a R\$ 120,00**, dependendo da região e da complexidade.

Cenário de Desperdício (Exemplo Base):

- Um estado com 500.000 consultas especializadas agendadas/ano.
- Taxa de absenteísmo de 25% = 125.000 consultas perdidas.
- Custo real médio de R\$ 80,00/consulta.
- **Prejuízo Anual:** $125.000 \times 80 = \text{R\$ } 10.000.000,00$ (Dez Milhões de Reais) apenas em custos diretos.

Se considerarmos o dado qualitativo da entrevista do Secretário, que menciona um desperdício de R\$ 5 milhões apenas em oftalmologia, a extrapolação para todas as especialidades em nível nacional revela um prejuízo na casa dos **bilhões de reais**.

5.2. ROI do Projeto Conexão SUS

Comparando o custo da solução com o desperdício:

- **Investimento por Paciente (Ciclo):** ~R\$ 1,00 (Mensagens + Infraestrutura).
- **Economia por Ausência Evitada:** ~R\$ 80,00.
- **Ponto de Equilíbrio (Break-even):** Se a solução evitar apenas **1,25%** das faltas, ela já se paga (1,25% de R\$ 80,00 = R\$ 1,00).
- **Meta do Projeto:** Redução de **20%** no absenteísmo.



- **Resultado:** O projeto gera um superávit de valor público massivo. A cada R\$ 1,00 investido, o sistema economiza potencialmente R\$ 16,00 (considerando a meta de 20% de eficácia).

Além do ROI financeiro direto, há a economia sistêmica na redução de internações de urgência decorrentes de condições não tratadas, cujo custo diário de UTI pode ultrapassar R\$ 2.000,00, valor centenas de vezes superior ao custo da intervenção preventiva.

6. Riscos e Estratégias de Mitigação Financeira

A implementação de projetos de tecnologia em escala governamental envolve riscos que podem impactar o orçamento.

Risco Identificado	Impacto Financeiro	Estratégia de Mitigação
Variação Cambial (Dólar)	Alto	A tarifação do WhatsApp é em dólar. Recomenda-se contratos com <i>Brokers</i> (BSPs) nacionais que ofereçam proteção cambial ou fixação de câmbio em Ata de Registro de Preços, com revisão anual.
Adesão Baixa dos Municípios	Médio	O modelo de custo fixo de infraestrutura pode ficar pesado se o volume for baixo. A estratégia é a Pactuação Federativa, vinculando repasses de outros programas à adesão ao Conexão SUS.
Mudança de Política da Meta	Alto	Dependência de plataforma proprietária. Mitigação: Manter o canal SMS e o App "Meu SUS Digital" (Push Notification) como canais secundários ativos e funcionais, evitando <i>lock-in</i> total.
Custos de Integração Local	Médio	Heterogeneidade dos prontuários municipais. A estratégia é impor o padrão RNDs/MIRA como mandatório, transferindo o custo de adaptação da ponta para os fornecedores de software dos municípios, que já devem se adequar às normas do MS.

7. Conclusão e Recomendações

A reestimativa de custos do projeto Conexão SUS demonstra inequivocamente sua viabilidade e urgência. O investimento inicial para o piloto, estimado em cerca de **R\$ 1,25 milhão**, é um valor



marginal frente à capacidade de geração de eficiência que a ferramenta proporciona. Em escala nacional, o custo anual de operação (~R\$ 34 milhões) é absorvido pela economia gerada na recuperação de uma fração mínima das consultas especializadas que hoje se perdem no absenteísmo.

A análise sob a ótica da nova precificação do WhatsApp Business API para 2025 reforça a sustentabilidade do modelo, especialmente ao utilizar mensagens da categoria *Utility* com descontos por volume e ao explorar a gratuidade das janelas de serviço para atendimento reativo via IA.

Recomenda-se à alta gestão:

1. **Aprovação imediata da Fase 1 (Piloto)**, com alocação orçamentária para desenvolvimento ágil e contratação de serviços de mensageria.
2. **Definição do território piloto** com base em critérios estritamente técnicos (indicadores de absenteísmo) para garantir a mensuração do ROI.
3. **Estabelecimento de Ata de Registro de Preços** para serviços de mensageria governamental, visando a escala nacional futura com custos travados e competitivos.

O Conexão SUS não é um gasto; é um mecanismo de **proteção do investimento** já realizado na saúde pública. Ao garantir que o paciente chegue ao médico, o projeto valida todo o esforço financeiro e humano da rede, transformando agendas vazias em saúde efetiva.

Nota Técnica: As estimativas apresentadas neste relatório baseiam-se em valores de mercado e cotações de dólar vigentes em janeiro de 2026, sujeitos a variações. Os dados de absenteísmo e custos unitários do SUS foram extraídos de literatura técnica e relatórios de gestão disponíveis publicamente.

