RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo deste documento será disponibilizado somente a partir de 14/07/2027.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” FACULDADE DE MEDICINA

BRUNA CARLA FIORUCI

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E TRANSPARÊNCIA INFORMACIONAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: REQUISITOS PARA AUTOMAÇÃO, RASTREABILIDADE E COMUNICAÇÃO COM FAMILIARES

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para o exame geral de qualificação junto ao Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Silvia S. B. S. Ferreira

Botucatu
2026

BRUNA CARLA FIORUCI

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E TRANSPARÊNCIA INFORMACIONAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: REQUISITOS PARA AUTOMAÇÃO, RASTREABILIDADE E COMUNICAÇÃO COM FAMILIARES

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para o exame geral de qualificação junto ao Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Silvia S. B. S. Ferreira

BOTUCATU – SP
2026

F521e

Fioruci, Bruna Carla
Experiência do paciente e transparência informacional na urgência e emergência de um hospital universitário : requisitos para automação, rastreabilidade e comunicação com familiares / Bruna Carla Fioruci. -- Botucatu, 2026
150 p. : tabs.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu
Orientadora: Ana Silvia Silveira Barraviera Seabra Ferreira

1. Humanização na saúde. 2. Comunicação na saúde pública. 3. Tecnologia. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Dados fornecidos pelo autor(a).

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE BRUNA CARLA FIORUCI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA, DA FACULDADE DE MEDICINA - CÂMPUS DE BOTUCATU.

Aos 14 de julho de 2026, às 10h, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de BRUNA CARLA FIORUCI, intitulada "EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E TRANSPARÊNCIA INFORMACIONAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: REQUISITOS PARA AUTOMAÇÃO, RASTREABILIDADE E COMUNICAÇÃO COM FAMILIARES". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. ANA SÍLVIA SARTORI BARRAVIERA SEABRA FERREIRA (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Coordenadoria Executiva - Centro de Estudos de Venenos e Animais Peçonhentos / UNESP / Reitoria - RUNESP, Profa. Dra. MAHARA-DAIAN GARCIA LEMES PROENÇA (Participação Virtual) do(a) Depto de Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UNESP / Câmpus de Marília - FFC, Profa.Dra. VIVIANE BARRÉRE MARTIN TAFFNER (Participação Virtual) do(a) Patient Centricity Consulting, Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: aprovado. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. ANA SÍLVIA SARTORI BARRAVIERA SEABRA FERREIRA

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, minha fonte de inspiração e fortaleza, que me sustentou em cada etapa dessa jornada, guiando meus passos com propósito.

À minha orientadora Profa. Dra. Ana Silvia S. B. S. Ferreira, cujo apoio, sabedoria e incentivo foram fundamentais para a realização deste trabalho. Sua orientação iluminou minha trajetória.

Aos meus pais, por todo o amor, sacrifícios e fé em mim desde o início. Vocês são minha base eterna.

Ao meu marido, companheiro fiel, que dividiu comigo as alegrias e as cargas, com paciência e força nos momentos difíceis.

Aos meus filhos, fontes de alegria, força e motivação, que me lembram diariamente o que realmente importa e me fazem querer melhorar o mundo.

Aos colegas de trabalho, que me ajudaram de forma tão generosa com suporte, ideias e colaboração essencial. Nunca me esquecerei.

Por fim, aos entrevistados, familiares de pacientes e profissionais do Hospital, pela confiança e partilha sincera de experiências. Suas vozes foram o coração desta pesquisa e certamente impulsionarão transformações na humanização do atendimento.

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Lei 15.126/2025 estabelecem a humanização como dever legal do Sistema Único de Saúde (SUS). No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), a humanização foi institucionalizada desde 2011. No cenário de urgência e emergência, a comunicação eficaz é o pilar central para reduzir a ansiedade de familiares e otimizar fluxos assistenciais. **Objetivos:** Realizar um diagnóstico dos processos comunicacionais no Pronto-Socorro Referenciado (PSR) do HCFMB e propor um modelo conceitual de solução tecnológica focado em automação e rastreabilidade, em alinhamento com os princípios da PNH. **Métodos:** Utilizou-se a metodologia de *Design Thinking*. A coleta de dados qualitativos envolveu 64 participantes, distribuídos em 33 entrevistas semiestruturadas e 11 grupos focais, caracterizando-se por um expressivo engajamento dos profissionais de saúde e familiares envolvidos. O modelo conceitual foi validado presencialmente no PSR entre junho e julho de 2026, com apresentação *in loco* dos módulos do protótipo. A validação de conteúdo junto aos profissionais utilizou o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), complementado pelo coeficiente Kappa Modificado (k*) para ajuste da concordância ao acaso, com instrumentos específicos para cada categoria, enquanto a validação com familiares empregou a *System Usability Scale* (SUS), com opção de resposta em formato impresso ou digital. **Resultados:** Identificou-se que a falta de informação e a invisibilidade do *status* assistencial são os principais gargalos, acompanhados pela dificuldade de localização das equipes e sobrecarga operacional. A análise dos achados foi enriquecida pelo *benchmarking* com iniciativas nacionais e por evidências internacionais que demonstram os benefícios da comunicação estruturada à família em serviços de urgência. Propôs-se um modelo conceitual orientado a eventos, utilizando rastreabilidade para gerar notificações automáticas em tempo real para familiares e painéis de gestão para as equipes. O protótipo foi validado por 25 participantes: 14 profissionais de cinco categorias (S-CVI/Ave global = 0,99; k* médio = 0,96, concordância excelente) e 11 familiares (SUS médio = 85 pontos, classificação Excelente). **Conclusão:** O estudo resultou em um modelo conceitual validado positiva e satisfatoriamente tanto por profissionais quanto por familiares, com os escores obtidos confirmando a relevância e a usabilidade da solução proposta para a humanização do cuidado no serviço de urgência. Esta dissertação estabelece a base para um doutorado focado na implementação da solução.

Palavras-chave: Humanização da Saúde; Experiência do Paciente; Tecnologia em Saúde; Rastreabilidade.

ABSTRACT

Introduction: The National Humanization Policy (PNH) and Law 15.126/2025 establish humanization as a legal duty of the Brazilian Unified Health System (SUS). At the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), humanization has been institutionalized since 2011. In the emergency care setting, effective communication is the central pillar for reducing family anxiety and optimizing care workflows. **Objectives:** To diagnose communication processes in the Referenced Emergency Room (PSR) of HCFMB and to propose a conceptual model of a technological solution focused on automation and traceability, aligned with the principles of the PNH. **Methods:** The Design Thinking methodology was employed. Qualitative data collection involved 64 participants across 33 semi-structured interviews and 11 focus groups, characterized by significant engagement from the healthcare professionals and family members involved. The conceptual model was validated in person at the emergency service between June and July 2026, featuring an on-site presentation of the prototype modules. Content validation with professionals utilized the Content Validity Index (CVI), supplemented by the Modified Kappa coefficient (k*) to adjust for chance agreement, using instruments specific to each category; validation with family members employed the System Usability Scale (SUS), with options for either printed or digital responses. **Results:** A lack of information and the invisibility of care status were identified as the primary bottlenecks, alongside difficulties in locating teams and operational overload. The analysis of findings was enriched by benchmarking against national initiatives and international evidence demonstrating the benefits of structured communication with families in emergency services. An event-driven conceptual model was proposed, utilizing traceability to generate real-time automated notifications for family members and management dashboards for the teams. The prototype was validated by 25 participants: 14 professionals across five categories (Global S-CVI/Ave = 0.99; mean k* = 0.96, indicating excellent agreement) and 11 family members (mean SUS = 85 points, classified as Excellent). **Conclusion:** The study resulted in a conceptual model positively and satisfactorily validated by both professionals and family members; the obtained scores confirm the relevance and usability of the proposed solution for humanizing care within the emergency service. This dissertation lays the foundation for doctoral research focused on the implementation of the solution.

Keywords: Health Humanization; Patient Experience; Health Technology; Traceability.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo de Mapeamento da Jornada do Paciente ……14
Figura 2: Registro de atividade prática de mapeamento da Jornada do Paciente …. 15
Figura 3: Fórmula para avaliação segundo o IVC……..38
Figura 4: Fórmulas do coeficiente Kappa Modificado (k*) e da probabilidade de concordância ao acaso (pc).....
Figura 5: Representação gráfica dos entrevistados entre Profissionais e Familiares……..41
Figura 6: Representação gráfica dos diferentes grupos de profissionais entrevistados……..…… 42
Figura 7: Infográfico do Ecossistema de Transparência …… 51
Figura 8: Imagem ilustrativa de cartaz orientando sobre o funcionamento do aplicativo e como baixá-lo…….…….. 54
Figura 9: Imagem da tela inicial do protótipo, criada com Figma. Aplicativo ainda a ser desenvolvido…….58
Figura 10: Imagens de algumas telas do protótipo destinado a familiares / acompanhantes. Criado com Figma. Aplicativo ainda a ser desenvolvido……... 58
Figura 11: Coletor de Dados portátil……..…61
Figura 12: Imagens das telas do protótipo da equipe médica, criada com Figma. Aplicativo ainda a ser desenvolvido……..62
Figura 13: Tela do Protótipo criado para gestão visual das equipes médicas……...62
Figura 14: Imagem ilustrativa, criada com IA, de uma Técnica de Enfermagem fazendo a leitura do código de barras na pulseira de um paciente…… 65
Figura 15: Imagens das telas do protótipo de Técnicos de Enfermagem, criadas com Figma. Aplicativo ainda a ser desenvolvido……65
Figura 16: Tela do Protótipo criado para gestão visual das equipes de enfermagem……..66
Figura 17: Tela do Protótipo criado para Consulta e Interface de Apoio ao Familiar na Recepção ……... 69
Figura 18: Infográfico contendo sugestões de melhorias sob a visão dos médicos do PSR ……. 82
Figura 19: Infográfico contendo sugestões de melhorias sob a visão dos enfermeiros e técnicos do PSR ……. 85
Figura 20: Infográfico contendo sugestões de melhorias sob a visão da equipe multiprofissional do PSR ……... 88
Figura 21: Infográfico contendo sugestões de melhorias sob a visão dos controladores de acesso do PSR …… 91
Figura 22: Infográfico contendo sugestões de melhorias sob a visão dos familiares de pacientes na emergência …… 94
Figura 23: Infográfico contendo sugestões de melhorias sob a visão dos familiares e acompanhantes da sala de observação ……... 97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Municípios da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 9/DRS VI por Região de Saúde …….. 17

Tabela 2: Síntese dos Temas Emergentes da Análise Temática no PSR …….. 43

Tabela 3: Matriz de Eventos, Gatilhos e Disparos …….. 52

Tabela 4: Distribuição detalhada das respostas do IVC por categoria profissional.....104

Tabela 5: Índice de Validade de Conteúdo (S-CVI/Ave) e Coeficiente Kappa Modificado (k*) por categoria profissional……....104

Tabela 6: Pontuação individual por questão do SUS e escore final dos familiares participantes, PSR/HCFMB, 2026 ……... 109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde
ANPD	Autoridade Nacional de Proteção de Dados
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Centros Federais de Medicaid e Medicare
CNS	Resolução do Conselho Nacional de Saúde
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CROSS	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
DPO	Data Protection Officer
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
DT	Design Thinking
EP	Experiência do Paciente
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
GTH	Grupos de Trabalho de Humanização
HCAHPS	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
HCFMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
IA	Inteligência Artificial

IEXP	Instituto Experiencia del Paciente
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
PEH	Política Estadual de Humanização
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNH	Política Nacional de Humanização
PSR	Pronto-Socorro Referenciado
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RRAS 9	Rede Regional de Atenção à Saúde 9
SIRESP	Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo
SRQR	Standards for Reporting Qualitative Research
SUS	Serviço Único de Saúde
SUS	System Usability Scale
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista
URL	Uniform Resource Locator
VSM	Value Stream Mapping

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 12
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE (EP)..... 14
1.2. JORNADA DO PACIENTE..... 16
1.3. CONTEXTO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU..... 17
1.4. A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO HCFMB..... 19
1.5. O PRONTO-SOCORRO DO HCFMB, CENÁRIO DO ESTUDO..... 19
2. JUSTIFICATIVA..... 22
2.1. RELEVÂNCIA SOCIAL E ASSISTENCIAL..... 25
2.2. RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E LACUNA DO CONHECIMENTO..... 26
2.3. CONTRIBUIÇÃO PRÁTICA..... 27
3. OBJETIVOS..... 29
3.1 OBJETIVOS GERAIS..... 29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 29
4. MÉTODOS..... 30
4.1 DESENHO DO ESTUDO..... 30
4.2. PROBLEMA DE PESQUISA..... 31
4.3. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS PRINCIPAIS CONCEITOS..... 32
4.4. COLETA E ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS..... 32
4.4.1. Coleta de Dados: Entrevistas Semiestruturadas e Grupos Focais..... 32
4.4.2. Participantes do estudo..... 34
4.4.3. Critérios de inclusão e exclusão..... 34
4.4.4. Procedimentos de Coleta..... 36
4.4.5. Amostragem e critério de saturação..... 37
4.4.6. Plano de Análise Qualitativa..... 37
4.5. COCRIAÇÃO E DELINEAMENTO DA SOLUÇÃO COM DESIGN THINKING..... 38
4.6. VALIDAÇÃO DO PROTÓTIPO..... 39
4.6.1. Validação de Conteúdo junto aos Profissionais do PSR..... 40
4.6.2. System Usability Scale (SUS) para validação junto aos familiares e acompanhantes de pacientes..... 41
4.7. ASPECTOS ÉTICOS..... 42
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 44
5.1. PERFIL DOS PARTICIPANTES - COLETA INICIAL..... 44
5.2. TEMAS EMERGENTES DA ANÁLISE TEMÁTICA..... 46
5.2.1. A "Falta de Informação" e a Angústia Familiar:..... 47
5.2.2. Gargalos Operacionais: "Caça" às Equipes e Invisibilidade Geográfica do Paciente:..... 48
5.2.3. Falta de Recursos Humanos e Desequilíbrio entre Capacidade e Demanda:..... 50
5.2.4. Conflito entre o Verbal, o Sistema e a Prática:..... 51
5.2.5. Ruptura na Passagem de Plantão e Transição de Cuidados:..... 52
5.2.6. Fragilidade na Identificação e Riscos à Segurança do Paciente:..... 53
5.3. PROPOSIÇÃO DO MODELO CONCEITUAL E PROTÓTIPO..... 54
5.3.1. Módulo Familiares e Acompanhantes..... 57

5.3.1.1. Autorização Prévia via HC em Casa..... 57
5.3.1.2. Temporalidade do Acesso e Expiração Automática..... 59
5.3.1.3. Alternativa para Familiares sem Acesso ou Instrução Tecnológica..... 59
5.3.1.4. Conteúdo Disponibilizado ao Familiar..... 59
5.3.1.5. Na tela inicial será incluído o seguinte aviso:..... 60
5.3.1.6. Casos de Bloqueio Total de Acesso..... 61
5.3.1.7. Governança de Acesso e Múltiplos Vínculos..... 61
5.3.1.8. Restrição a Pacientes Maiores de Idade..... 61
5.3.1.9. Validação e Refinamento Futuro do Conteúdo..... 61
5.3.2. Módulo Equipe Médica: Coletor de Dados e Painel de Gestão..... 63
5.3.2.1. Porta de Entrada e Autenticação..... 63
5.3.2.2. Alertas de Chegadas Previstas de Emergências..... 64
5.3.2.3. Checklist de Admissão e Primeiro Contato com a Família..... 64
5.3.2.4. Coleta Antecipada de Dados Assistenciais..... 65
5.3.2.5. Registros por Paciente..... 65
5.3.2.6. Lembretes Institucionais..... 66
5.3.3. Módulo Enfermagem Assistencial: Coletor de Dados Portátil e Painel de Gestão Visual
5.3.3.1. Porta de Entrada e Autenticação..... 68
5.3.3.2. Alerta de Chegada de Pacientes..... 68
5.3.3.3. Registro de Ações Beira-Leito..... 68
5.3.4. Módulo Profissional da Recepção: Terminal de Consulta e Interface de Apoio ao Familiar..... 72
5.3.4.1. Porta de Entrada e Autenticação..... 72
5.3.4.2. Informações Disponibilizadas..... 73
5.3.4.3. Alerta de Boletim Médico..... 73
5.3.4.4. Fluxo de Atendimento ao Familiar sem Aplicativo..... 74
5.3.4.5. Restrição de Acesso e Casos Bloqueados..... 74
5.3.4.6. Limitações e Refinamentos Futuros..... 74
5.4. DESAFIOS DE CONFORMIDADE E DIRETRIZES DE PROTEÇÃO DE DADOS..... 76
5.5. TECNOLOGIAS E PADRÕES DISPONÍVEIS NO MERCADO..... 78
5.6. CONSIDERAÇÕES DE GOVERNANÇA E PRIVACIDADE..... 79
5.6.1. Autenticação via Gov.br e Segurança da Identidade..... 79
5.6.2. Base Legal e Enquadramento LGPD..... 79
5.6.3. Delimitação do Conteúdo Informacional..... 80
5.7. DESAFIOS DE INTEROPERABILIDADE E ESCOPO DE INTEGRAÇÃO FUTURA..... 80
5.8. INTEGRAÇÃO COM INDICADORES DE PROCESSO..... 82
5.9. HUMANIZAÇÃO E TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.. 83
5.10. DIAGNÓSTICO COMPLETO DE ACHADOS..... 84
5.10.1. Sugestões de Melhorias dos Médicos..... 85
5.10.1.1. Tecnologia e Automação de Fluxos..... 85
5.10.1.2. Recursos Humanos e Dimensionamento..... 85
5.10.1.3. Melhoria de Processos e Protocolos..... 86
5.10.1.4. Comunicação com Familiares..... 86
5.10.2. Sugestões de Melhorias de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem..... 88

5.10.2.1. Tecnologia e Automação de Fluxos..... 88
5.10.2.2. Recursos Humanos e Organização da Equipe..... 88
5.10.2.3. Melhoria de Processos e Fluxos Assistenciais..... 89
5.10.2.4. Logística e Infraestrutura de Apoio..... 89
5.10.3. Sugestões de Melhorias da Equipe Multiprofissional.....91
5.10.3.1. Sistemas e Tecnologia da Informação..... 91
5.10.3.2. Processos Assistenciais e Rotinas Interprofissionais..... 91
5.10.3.3. Segurança e Gestão de Conflitos..... 91
5.10.3.4. Infraestrutura e Logística.....92
5.10.4. Sugestões de Melhorias dos Controladores de Acesso.....94
5.10.4.1. Tecnologia e Acesso à Informação..... 94
5.10.4.2. Padronização de Processos e Horários.....94
5.10.4.3. Comunicação Interprofissional e Humanização.....95
5.10.5. Sugestões de Melhorias dos Familiares e/ou Acompanhantes de Pacientes na Emergência..... 97
5.10.5.1. Comunicação e Fluxo de Informação.....97
5.10.5.2. Infraestrutura e Conforto na Espera.....97
5.10.5.3. Direitos e Humanização..... 98
5.10.5.4. Assistência Médica e Triagem.....98
5.10.6. Sugestões de Melhorias de Familiares e/ou Acompanhantes de Pacientes na Sala de Observação..... 100
5.10.6.1. Comunicação e Informação..... 100
5.10.6.2. Processos e Logística Assistencial..... 100
5.10.6.3. Infraestrutura e Conforto..... 101
5.10.6.4. Humanização e Relações Interpessoais..... 101
5.11. VALIDAÇÃO DA PROPOSTA COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE - METODOLOGIA “ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC)”.....103
5.11.1. Técnicos de Enfermagem.....104
5.11.2. Enfermeiros..... 105
5.11.3. Médicos..... 105
5.11.4. Controladores de Acesso..... 106
5.11.5. Equipe Multiprofissional.....107
5.12. VALIDAÇÃO DA PROPOSTA COM OS FAMILIARES - METODOLOGIA “SYSTEM USABILITY SCALE” - SUS..... 108
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO..... 109
6.1. PERSPECTIVAS FUTURAS.....111
REFERÊNCIAS.....113
ANEXO I.....120
APÊNDICE A.....130
APÊNDICE B.....131
APÊNDICE C..... 133
APÊNDICE D..... 134
APÊNDICE E.....136
APÊNDICE F.....138

APÊNDICE G..... 140
APÊNDICE H..... 142
APÊNDICE I..... 144
APÊNDICE J..... 147

1. INTRODUÇÃO

A Experiência do Paciente (EP) está ganhando destaque como um dos pilares fundamentais para a sustentabilidade e a excelência das instituições de saúde. A EP é estratégica para o bem-estar biopsicossocial de quem está sendo cuidado, para quem presta o serviço, assim como para a continuidade da existência da instituição[1]. Entretanto, construir uma experiência significativa vai muito além de pontuações em pesquisas de satisfação; trata-se de atender às necessidades emocionais e práticas dos pacientes, impactando positivamente sua escolha e fidelidade ao serviço[1].

No cenário público do Brasil, onde há a atuação do Serviço Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada pelo Ministério da Saúde conceituando que a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde[2].

Já o HumanizaSUS, documento base para gestores e trabalhadores do SUS, estabelece parâmetros para implementação de ações de urgência e emergência e nos prontos-socorros, entre os quais, destacam-se “a promoção de ações que garantam a integração com o restante da rede de serviços e a continuidade do cuidado após o atendimento de urgência ou de emergência; Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente em saúde; Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão[3].

Utilizando como base os parâmetros para implementação de ações na atenção hospitalar, o documento aborda questões como Implantação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido; Implantação de mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários; Implantação de mecanismos de escuta para a população e para os trabalhadores[4].

Os esforços para a implementação e melhoria das aplicações baseadas na PNH são evidentes. Em 2011, a Política Estadual de Humanização (PEH) foi instituída, assegurando a progressão da estratégia de disseminação e regionalização da humanização que já vinha sendo desenvolvida no estado a partir da implementação da PNH[2].

Por meio da Resolução 07, de 20 de janeiro de 2012, foi estabelecido o Programa de Apoio Técnico e Humanização em São Paulo, que inclui a criação da Rede de Articuladores da PEH[6]. Esta rede tem a finalidade de prover suporte e orientação técnica a equipes dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), municípios e unidades de saúde SES-SP, auxiliando-os na concepção, implementação e avaliação de seus planos de humanização, sempre em alinhamento com as diretrizes da PEH. A resolução também busca fomentar uma rede de colaboração entre as diversas unidades e municípios.

Essa diretriz da humanização foi recentemente consolidada no arcabouço legal do SUS. A Lei 15.126, sancionada em 28 de abril de 2025, altera a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 1990), determinando que a atenção humanizada passe a ser um dever legal do SUS[7]. Desta maneira, as instituições passam a ter o compromisso legal de garantir acolhimento respeitoso e empático, considerando as necessidades, os sentimentos e a dignidade dos pacientes, o que corrige um hiato histórico na legislação, segundo a Senadora Zenaide Maia[8].

Embora a humanização na saúde tenha sido impulsionada por importantes diretrizes e marcos legais, o desafio reside em traduzir esses princípios em ferramentas e metodologias aplicáveis ao cotidiano assistencial. Essa operacionalização é particularmente complexa em serviços de urgência e emergência, marcados por elevada densidade tecnológica, imprevisibilidade clínica e a necessidade de respostas rápidas entre múltiplos atores. Nessa perspectiva, a gestão hospitalar é descrita como uma das atividades gerenciais mais difíceis, justamente por exigir a conciliação simultânea de demandas técnicas, emocionais e organizacionais[9].

Diante desse cenário, este estudo se propõe a contribuir com um diagnóstico das necessidades de comunicação e fluxos, delineando os requisitos essenciais para uma futura solução tecnológica capaz de suprir essa demanda.

No ambiente de urgência e emergência de um hospital universitário de alta complexidade, os profissionais de saúde enfrentam desafios constantes para gerenciar um vasto volume de informações sobre o paciente. A necessidade de manter todos os envolvidos atualizados, desde o ambulatório à emergência, passando pelo centro cirúrgico e enfermarias, cria um fluxo comunicacional propenso a lacunas.

Diante de cenários complexos e com múltiplas variáveis, que demandam uma compreensão aprofundada das necessidades e desejos de todos os grupos envolvidos, pesquisas recentes evidenciam efetividade na aplicação da metodologia *Design Thinking*[11-12]. A estruturação de um processo complexo pode ser feita por meio de quatro passos, inclusive na área da saúde como relata Arruda (2023): exploração (descobrir); criação (definição); reflexão (desenvolver); e implementação (entrega)[13].

É importante ter em mente algumas considerações fundamentais: projetar com uma visão holística, pensar na jornada do usuário, interação com os funcionários e levar em conta a estrutura organizacional[14].

À luz dessas informações, este estudo buscou interpretar o cenário atual no que tange a comunicação e seus processos no Pronto-Socorro Referenciado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, com o objetivo de realizar um diagnóstico preciso e delinear as bases para a concepção de uma futura intervenção tecnológica.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues K. Experiência do paciente: como criar, implementar e gerir bem um programa de excelência em experiência de pacientes. São Paulo (BR): Rodrigues K; 2023. ISBN: 9786587369235.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

3. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. p. 42.

4. Ministério da Saúde. Objetivos do HumanizaSUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 7 jun 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/objetivos-do-humanizasus

5. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Histórico da Humanização no Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: SES-SP; [citado 7 jun 2025]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/institucional/historico-da-humanizacao-no-estado-de-sao-paulo

6. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Articuladores de Humanização [Internet]. [citado em 07 jun. 2025]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/quem-somos/articuladores-de-humanizacao

7. Brasil. Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. 29 abr 2025 [citado 27 Jul 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15126.htm

8. Agência Senado. Atenção humanizada passa a ser princípio legal do SUS [Internet]. Senado Federal. [citado em 21 jul. 2025]. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/04/29/atencao-humanizada-passa-a-ser-principio-legal-do-sus

9. Lee F. Se Disney administrasse seu hospital: 9 1/2 coisas que você mudaria. Porto Alegre: Bookman; 2009.

10. Hospital das Clínicas de Botucatu (HCFMB): institucional/sobre [Internet]. HCFMB. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://www.hcfmb.sp.gov.br/hcfmb/institucional/sobre

11. Seo W, Jain S, Le V, Li J, Zhang Z, Singh H, Pasupathy K, Mahajan P, Park SY. Designing patient-centered interventions for emergency care: participatory

design study [Internet]. [citado em 07 jun. 2025]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39938082/

12. Seo W, Jain S, Le V, Li J, Zhang Z, Singh H, Pasupathy K, Mahajan P, Park SY. Designing health care provider-centered emergency department interventions: participatory design study [Internet]. [citado em 07 jun. 2025]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40258269/

13. Arruda ACMC. Design thinking como abordagem para reduzir os desperdícios nas operações de serviço de saúde [Internet]. São Paulo (SP): Fundação Getulio Vargas (FGV); 2023 [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://repositorio.fgv.br/items/9aed7f64-74a5-4afc-b337-58a5d7f5626b

14. Stickdorn M, Schneider J. Isto é design thinking de serviços: fundamentos, ferramentas, casos. Porto Alegre (RS): Bookman; 2014.

15. Defining patient experience [Internet]. The Beryl Institute. [citado em 07 jun. 2025]. Disponível em: https://theberylinstitute.org/defining-patient-experience/

16. Metodologías [Internet]. IEXP. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://iexp.es/metodologias

17. Regionais de Saúde [Internet]. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude

18. DRS VI – Bauru [Internet]. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-vi-bauru

19. Serviços médicos [Internet]. HCFMB. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://www.hcfmb.sp.gov.br/hcfmb/servicos-medicos

20. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB-UNESP) [Internet]. Dados Abertos SP. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://dadosabertos.sp.gov.br/organization/about/hospital-das-clinicas-da-faculdade-de-medicina-de-botucatu-hcfmb-unesp

21. Buscar atendimento de Urgência/Emergência - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu [Internet]. Governo do Estado de São Paulo. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://servicos.sp.gov.br/fcarta/89E76C71-4979-4A67-AD1E-5802060B323F

22. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Plano de Ação Regional: Rede de Cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas – Oncologia (RRAS 09) [Internet]. São Paulo: SES-SP; 2015 [citado 2026 Maio 27]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/.../rras_09_-_plano_de_oncologia_de_bauru.pdf

23. Botucatu. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Portaria SHCFMB nº 009, de 28 de janeiro de 2020. Designa membros para compor a Comissão de Humanização do HCFMB. Diário Oficial do Estado de São Paulo; 29 jan 2020.

24. Botucatu. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Portaria SHCFMB nº 91, de 30 de outubro de 2020. Revoga a Portaria nº 009, de 28 de janeiro de 2020 e designa membros para compor Comissão de Humanização do HCFMB. Diário Oficial do Estado de São Paulo; 11 nov 2020. Seção 1, p. 27.

25. Botucatu. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Portaria SHCFMB nº 61, de 21 de março de 2024. Revoga Portaria nº 91, de 30 de outubro de 2020 e designa membros para compor Comissão de Humanização do HCFMB. Diário Oficial do Estado de São Paulo; 21 mar 2024. Seção 1, nº 55.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

27. Conheça a Conitec [Internet]. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). [citado em 07 jun. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/a-comissao/conheca-a-conitec

28. Governo Federal lança Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde com investimento de R$ 42 bilhões até 2026 [Internet]. Ministério da Saúde. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/governo-federal-lanca-estrategia-nacional-para-o-desenvolvimento-do-complexo-economico-industrial-da-saude-com-investimento-de-r-42-bilhoes-ate-2026

29. Ministério da Saúde vai investir R$ 4,5 bilhões em rede de hospitais e serviços inteligentes do SUS [Internet]. Ministério da Saúde. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/novembro/ministerio-da-saude-vai-investir-r-4-5-bilhoes-em-rede-de-hospitais-e-servicos-inteligentes-do-sus

30. Choctaw WT. Transforming the patient experience: a new paradigm for hospital and physician leadership. Cham: Springer; 2015.

31. Fernandes I, Dixe MA. Benefícios da comunicação à família no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Rev Investig Inov Saúde.* 2024;7(3)

32. Rother M, Shook J. Learning to see: value stream mapping to add value and eliminate MUDA. Brookline (MA): Lean Enterprise Institute; 2003.

33. Graban M. Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee engagement. 3rd ed. Boca Raton (FL): CRC Press; 2016.

34. Lins MPM, Ribeiro JLD. Aplicação do mapeamento do fluxo de valor em um hospital universitário. Produção. 2010;20(4):667–681.

35. Souza AZ, Vieira JGV, Neves JS. Aplicação do mapeamento do fluxo de valor em um hospital público. Rev Gestão & Tecnologia. 2016;16(2):73–95.

36. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and healthcare. 3rd ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.

37. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2013 jun. 13.

38. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União. 2018 ago. 15. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

39. ANPD. Guia orientativo para definições dos agentes de tratamento de dados pessoais e do encarregado [Internet]. Autoridade Nacional de Proteção de Dados. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia-orientativo-para-definicoes-dos-agentes-de-tratamento-de-dados-pessoais-e-do-encarregado

40. ANPD. Guia orientativo sobre segurança da informação para agentes de tratamento de pequeno porte [Internet]. Autoridade Nacional de Proteção de Dados. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/centrais-de-conteudo/materiais-educativos-e-publicacoes/guia-orientativo-sobre-seguranca-da-informacao-para-agentes-de-tratamento-de-pequeno-porte

41. Brasil. Ministério da Saúde. Anexos da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf

42. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências [Internet]. [citado em 16 jan. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf

43. BRASIL. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013.

44. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. Seção II - Da Saúde. art. 196.

45. Autoridade Nacional de Proteção de Dados. Guia orientativo sobre papéis e responsabilidades no tratamento de dados pessoais [Internet]. Brasília, DF: ANPD; 2020 [citado 30 Jul 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/anpd/pt-br/documentos-e-publicacoes/guia-papeis-e-responsabilidades.pdf

46. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Lean nas Emergências é apresentado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 Jan 23]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/projeto-lean-nas-emergencias-e-apresentado-no-hospital-das-clinicas-da-faculdade-de-medicina-de-botucatu

47. Rudio FV. Orientação não-diretiva: na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. 9a ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 1987.

48. Polit DF, Beck CT. O índice de validade de conteúdo: você tem certeza de que sabe o que está sendo relatado? Crítica e recomendações. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-97.

49. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-357.

50. Cicchetti DV, Sparrow SA. Desenvolvimento de critérios para estabelecer a confiabilidade de itens específicos: aplicações à avaliação do comportamento adaptativo. Am J Ment Defic. 1981;86(2):127-37.

51. Polit DF, Beck CT, Owen SV. O IVC é um indicador aceitável de validade de conteúdo? Avaliação e recomendações. Res Nurs Health. 2007;30(4):459-67.

52. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR): a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-1251.

53. Waitematā District Health Board. Patient Experience Framework: What matters to me. Auckland: WDHB; 2015.

54. Agency for Clinical Innovation (ACI). Patient Experience and Consumer Engagement: Experience-Based Co-design Toolkit - Journey Map. New South Wales: ACI; 2018.

55. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Perguntas e respostas – 17/02/2022 [Internet]. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2022 [citado 23 mar 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/educacaoepesquisa/webinar/produtos/arquivos/perguntas-e-respostas-17-02-2022.pdf

56. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciência Saúde Coletiva. 2011;16(8):3061-8.

57. Brasil. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos. Conta gov.br [Internet]. Brasília, DF: MGI; 2026 [citado 20 Mai 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/conta-gov-br

58. Brooke J. SUS: A "quick and dirty" usability scale. In: Jordan PW, Thomas B, Weerdmeester BA, McClelland IL, editors. Usability Evaluation in Industry. London: Taylor & Francis; 1996. p. 189-194.

59. Emcomy. Emcomy: sempre notifique os contatos certos em caso de emergência [Internet]. Emcomy; [citado 20 Mai 2026]. Disponível em: https://emcomy.com.br/

60. Rede de Saúde da Divina Providência. Divina disponibiliza app para familiares de pacientes da Emergência [Internet]. Porto Alegre: RSDP; 2024 [citado 20 maio 2026]. Disponível em: https://divinaprovidencia.org.br/noticias/2024/01/11/divina-disponibiliza-app-para-familiares-de-pacientes-da-emergencia/

61. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde firma parceria para construção do primeiro hospital inteligente do SUS no HC da USP [Internet]. Brasília: MS; 2025 [citado 20 maio 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/novembro/ministerio-da-saude-firma-parceria-para-construcao-do-primeiro-hospital-inteligente-do-sus-no-hc-da-usp

62. Campelo DLF, Maciel GKR, Leão MCF. Avaliação da prática de humanização em saúde hospitalar da equipe multidisciplinar de um hospital de pronto socorro de Belém – Pará [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belém: Faculdade Paraense de Ensino; 2016.

63. Lourenço DF, et al. Tradução e adaptação transcultural da System Usability Scale para o português do Brasil. *Aquichan.* 2022.

64. Lewis JR, Sauro J. The factor structure of the System Usability Scale. In: Kurosu M, editor. *Human Centered Design*. Berlin: Springer; 2009. p. 94-103.

65. Brasil. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos. GOV.BR alcança a marca de 175 milhões de usuários [Internet]. Brasília: Governo Federal; 24 mar 2026 [citado em 5 jul 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/gestao/pt-br/assuntos/noticias/2026/marco/gov-br-alcanca-a-marca-de-175-milhoes-de-usuarios

66. BANGOR, A.; KORTUM, P.; MILLER, J. Determining what individual SUS scores mean: adding an adjective rating scale. Journal of Usability Studies, v. 4, n. 3, p. 114-123, 2009.

67. BANGOR, A.; KORTUM, P.; MILLER, J. An empirical evaluation of the System Usability Scale. International Journal of Human-Computer Interaction, v. 24, n. 6, p. 574-594, 2008.

68. Heráclito. Fragmentos [Internet]. Mundo dos Filósofos; 2025 [citado 15 Jul 2026]. Disponível em: https://www.mundodosfilosofos.com.br/heraclito-fragmentos

69. POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Tradução de [Nome do Tradutor]. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.