RESUMO EXPANDIDO - II. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À SAÚDE PLANETÁRIA

REPRESENTAÇÃO DIAGRAMÁTICA DO ACESSO À ATENÇÃO INTEGRAL ÀS HEPATITES VIRAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Josué Souza Gleriano (josuegleriano@unemat.br)

Carlise Krein (carlisekrein02@gmail.com)

Lucieli Dias Pedreschi Chaves (dpchaves@eerp.usp.br)

Introdução: As hepatites virais constituem um relevante problema de saúde pública mundial, com impacto expressivo na morbidade e mortalidade dos sistemas de saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais; entretanto, persistem fragilidades relacionadas à fragmentação da rede de atenção e à existência de barreiras que comprometem o acesso integral aos serviços (Gleriano; Krein; Chaves, 2024). Nesse contexto, a análise dos fatores que facilitam ou dificultam o acesso das pessoas com hepatites virais evidencia desafios de natureza organizacional, cultural, política e territorial, os quais demandam estratégias sistêmicas e instrumentos de planejamento capazes de subsidiar a gestão, a coordenação do cuidado e a tomada de decisão no SUS (Gleriano; Chaves, 2023). Objetivo: Analisar, segundo a ótica de stakeholders

que atuam na gestão, assistência e controle social, proposta de diagrama que sintetiza aspectos relevantes para o acesso à atenção integral às hepatites virais no Sistema Único de Saúde. Método: Estudo descritivo, de abordagem metodológica, com enfoque qualitativo e quantitativo, desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa, qualitativa, centrou-se na elaboração de uma proposta de diagrama a partir do marco teórico de Gleriano (2021), que avaliou o acesso à atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso. Com base nesse referencial e em revisão atualizada da literatura, foi construído instrumento estruturado com questões norteadoras abrangendo: barreiras de acesso; facilitadores da atenção; redes intersetoriais; estratégias para eliminação das hepatites; e diretrizes da Vigilância em Saúde. O instrumento foi submetido à validação aparente e de conteúdo, seguida de pré-teste com especialistas de cinco regiões geográficas brasileiras. A segunda etapa, quantitativa, utilizou a Técnica Delphi para alcançar consenso de opinião entre especialistas (Shang, 2023). A seleção dos participantes ocorreu por amostragem intencional, não probabilística, com critério de inclusão de profissionais com notório saber na área, atuantes na gestão, assistência, ensino ou controle social das hepatites virais, com experiência mínima de três anos. O recrutamento seguiu a estratégia em bola de neve, a partir de contato inicial com especialistas que indicaram sucessivamente outros participantes. O instrumento foi aplicado (Survey Monkey), via link eletrônico. O estudo foi desenvolvido em dois contextos. No âmbito nacional, foram realizadas sucessivas rodadas Delphi junto a stakeholders de diferentes regiões geográficas brasileiras. Em função da baixa adesão dos responsáveis por áreas técnicas nos estados, optou-se por aprofundar a coleta no estado de Mato Grosso, reconhecido por seu protagonismo nas ações voltadas às hepatites virais e pela existência de vínculos técnicos e institucionais consolidados. O limite de consenso adotado foi de 75% (Williams; Webb, 1994), com até três rodadas de opinião. A análise quantitativa utilizou o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item (IVCitem = 0,78) e total (IVCtotal = 0,90). Os dados qualitativos foram analisados por análise temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso (CAAE: 78776624.4.0000.5166, Parecer: 6.902.637). Resultados: No âmbito nacional, participaram sete stakeholders (n=7), representando sete unidades federativas distintas,

distribuídas nas regiões Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul do país. Quanto ao perfil de atuação, quatro participantes (57,1%) exerciam funções relacionadas à gestão/gerência, enquanto três (42,9%) atuavam no controle social. O tempo de experiência no campo das hepatites virais variou entre 7 e 35 anos, sendo que seis participantes (85,7%) relataram atuação igual ou superior a 10 anos na área. Em relação à formação complementar nos últimos 12 meses, seis stakeholders (85,7%) participaram de alguma atividade formativa, com destaque para cursos e capacitações institucionais (n=5; 71,4%), visitas técnicas (n=4; 57,1%) e participação em eventos técnico-científicos (n=3; 42,9%). Na rodada nacional, observou-se consenso absoluto entre os sete stakeholders participantes (n=7), com predomínio das respostas “concordo” (n=5; 71,4%) e “concordo totalmente” (n=2; 28,6%), sem registros de discordância ou neutralidade. Esse padrão demonstra forte convergência quanto ao reconhecimento da existência de barreiras multidimensionais, organizacionais, culturais e sociais, que interferem no acesso à atenção às hepatites virais. Também houve concordância acerca da necessidade de fortalecimento de parcerias intersetoriais, da pertinência de estratégias como descentralização do cuidado e organização de serviços direcionados a populações em situação de vulnerabilidade, da importância da oferta integrada de vacinação, testagem, diagnóstico e tratamento, da centralidade do modelo de atenção centrado no usuário e da viabilidade de síntese dessas dimensões em um diagrama analítico. A análise temática da rodada nacional resultou em duas categorias analíticas. A primeira, A Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do cuidado integral e longitudinal expressa o reconhecimento de que a APS deve funcionar não apenas como porta de entrada, mas como espaço estratégico de coordenação do cuidado, desde a identificação precoce dos casos até o seguimento terapêutico. Os participantes destacaram que essa centralidade é condicional, dependente de força de trabalho qualificada e condições materiais adequadas. A segunda categoria, Governança do acesso: redes, regionalização e ferramentas de planejamento como mediadoras do cuidado apontam que o acesso integral às hepatites depende de governança em rede, com fluxos claros entre pontos de atenção, pactuação regional e instrumentos de planejamento compartilhados. Nesse sentido, o diagrama foi compreendido como dispositivo estratégico mediador entre política, gestão e

prática assistencial. No estado de Mato Grosso, participaram do estudo 55 especialistas (n=55), com predomínio do sexo feminino (n=52; 94,5%), faixa etária entre 40 e 59 anos (n=44; 80,0%) e formação em Enfermagem (n=38; 69,1%). Os participantes estavam distribuídos nas quatro macrorregiões de saúde do estado, sendo 23 (41,8%) provenientes da macrorregião Norte, 14 (25,5%) da Centro-Noroeste, 10 (18,2%) da Sul e 8 (14,5%) da Oeste. Houve elevado grau de convergência entre os especialistas participantes (n=55) em todos os itens avaliados, com níveis de consenso iguais ou superiores a 80,0% em todas as proposições analisadas. As estratégias que alcançaram concordância total entre as respostas “concordo” e “concordo totalmente” foram divulgação comunitária, capacitação e educação entre pares (n=55; 100,0%) e fortalecimento da agenda política e das práticas de saúde (n=55; 100,0%). Também apresentaram elevada concordância a capacitação profissional para o manejo clínico (n=54; 98,2%), a realização de testagem durante outros atendimentos em saúde (n=54; 98,2%), a coordenação do cuidado com ampliação de práticas clínicas (n=53; 96,4%), os serviços descentralizados móveis voltados ao alcance de populações vulneráveis (n=53; 96,3%), o monitoramento do tratamento com apoio à adesão terapêutica (n=53; 96,3%), a definição de objetivos e metas por serviço e região de saúde (n=53; 96,3%) e a expansão da rede articulada à coordenação regional do cuidado (n=53; 96,4%). Outras proposições também apresentaram forte consenso, incluindo o modelo de telessaúde com suporte à decisão clínica (n=51; 92,7%), a ampliação da resposta intersetorial articulada à vigilância em saúde (n=52; 94,5%), a participação dos conselhos de classe como parceiros institucionais (n=52; 94,6%), o envolvimento de grupos e comunidades de representação social (n=51; 92,7%), a participação de organizações não governamentais e grupos ativistas (n=49; 89,0%) e a articulação com o terceiro setor e setor empresarial (n=45; 81,8%). A análise temática da rodada mato-grossense gerou duas categorias. A primeira Governança ampliada, intersetorialidade e participação social como base do enfrentamento das hepatites virais afirma que a resposta às hepatites é concebida como processo político-institucional que extrapola o setor saúde, demandando cooperação intersetorial, participação de atores comunitários, terceiro setor e organizações sociais. A segunda, Reorganização do modelo de atenção em rede: integralidade, coordenação do cuidado e

inovação organizacional destacou a necessidade de planejamento territorializado, coordenação regional dos serviços, qualificação profissional e incorporação de tecnologias inovadoras, como telessaúde e serviços móveis. A convergência entre as duas categorias indica que a integralidade do cuidado emerge da interação entre decisões políticas, arranjos institucionais e práticas assistenciais qualificadas. Conclusão: O estudo revela consenso entre stakeholders de diferentes regiões e contextos sobre os elementos essenciais para o acesso à atenção integral às hepatites virais no SUS. A convergência dos achados, tanto na rodada nacional quanto na aplicada em Mato Grosso, reforça que o acesso integral é uma construção relacional e multiescalar, sustentada pela articulação entre a APS, como eixo estruturante do cuidado longitudinal, e mecanismos de governança sistêmica, que incluem regionalização, intersetorialidade e participação social. O diagrama configura-se como ferramenta estratégica com potencial de apoiar o planejamento, a gestão e a coordenação do cuidado às hepatites virais no SUS.

Referências

GLERIANO, J. S. Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.

GLERIANO, J. S.; CHAVES, L. D. P. Aspectos que fragilizam o acesso das pessoas com hepatites virais aos serviços de saúde. Escola Anna Nery, v. 27, p. e20220334, 2023.

GLERIANO, J. S.; KREIN, C.; CHAVES, L. D. P. Aspects that facilitate access to care for viral hepatitis: an evaluative research. Sao Paulo Medical Journal, v. 142, n. 4, p. e2023078, 2024.

SHANG, Z. Use of Delphi in health sciences research: a narrative review. Medicine (Baltimore), v. 102, n. 7, p. e32829, 2023.

WILLIAMS, P. L., WEBB, C. The Delphi technique a methodological discussion. J. Adv. Nurs., Malden, v.19, p. 180-186, 1994.

Instituição que ofereceu auxílio/apoio financeiro: CNPq

Introducción: Las hepatitis virales (HV) constituyen un importante problema de salud pública mundial, con un impacto significativo en la morbilidad y la mortalidad de los sistemas de salud. En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) ofrece acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de las (HV); sin embargo, persisten fragilidades relacionadas con la fragmentación de la red de atención y la existencia de barreras que comprometen el acceso integral a los servicios (Gleriano; Krein; Chaves, 2024). En este contexto, el análisis de los factores que facilitan o dificultan el acceso de las personas con HV pone de manifiesto desafíos de naturaleza organizacional, cultural, política y territorial, que requieren estrategias sistémicas e instrumentos de planificación capaces de apoyar la gestión, la coordinación de la atención y la toma de decisiones en el SUS (Gleriano; Chaves, 2023). Objetivo: Analizar, desde la perspectiva de stakeholders que actúan en la gestión, la asistencia y el control social, una propuesta de diagrama que sintetice los aspectos relevantes para el acceso a la atención integral de las HV en el Sistema Único de Salud. Método: Estudio descriptivo, de enfoque metodológico, con abordaje cualitativo y cuantitativo, desarrollado en dos etapas. La primera etapa, de carácter cualitativo, se centró en la elaboración de una propuesta de diagrama a partir del marco teórico de Gleriano (2021), quien evaluó el acceso a la atención de las HV en el estado de Mato Grosso. Con base en este referente y en una revisión actualizada de la literatura, se elaboró un instrumento estructurado con preguntas orientadoras sobre barreras de acceso, facilitadores de la atención, redes intersectoriales, estrategias para la eliminación de las HV y directrices de Vigilancia en Salud. El instrumento fue sometido a validación aparente y de contenido, seguida de una prueba piloto con especialistas de cinco regiones geográficas de Brasil. La segunda etapa utilizó la técnica Delphi para alcanzar consenso entre especialistas (Shang, 2023). Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo intencional no probabilístico, incluyendo profesionales con reconocido conocimiento en el área y experiencia mínima de tres años en gestión, asistencia, docencia o control social relacionados con las HV. El reclutamiento siguió la estrategia de bola de nieve y el cuestionario fue aplicado electrónicamente mediante SurveyMonkey. El estudio se desarrolló en dos

contextos. A nivel nacional se realizaron sucesivas rondas Delphi con stakeholders de diferentes regiones brasileñas. Debido a la baja adhesión de responsables de áreas técnicas estatales, la recolección se amplió en el estado de Mato Grosso, reconocido por su protagonismo en las acciones dirigidas a las HV y por sus vínculos técnicos e institucionales consolidados. Se adoptó un nivel mínimo de consenso del 75% (Williams; Webb, 1994), con hasta tres rondas Delphi. El análisis cuantitativo utilizó el Índice de Validez de Contenido por ítem (IVC = 0,78) y global (IVC = 0,90), mientras que los datos cualitativos fueron sometidos a análisis temático. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Estado de Mato Grosso (CAAE: 78776624.4.0000.5166; Dictamen n.º 6.902.637). Resultados: En el ámbito nacional participaron siete stakeholders (n=7), representantes de siete unidades federativas distribuidas en las regiones Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste y Sur de Brasil. Cuatro participantes (57,1%) desempeñaban funciones de gestión y tres (42,9%) actuaban en el control social. La experiencia en el campo de las HV osciló entre 7 y 35 años, y seis participantes (85,7%) informaron diez años o más de experiencia. En relación con la formación complementaria durante los últimos doce meses, seis stakeholders (85,7%) participaron en actividades de capacitación, principalmente cursos institucionales (71,4%), visitas técnicas (57,1%) y eventos científico-técnicos (42,9%). En la ronda nacional se alcanzó consenso absoluto entre los participantes, predominando las respuestas "de acuerdo" (71,4%) y "totalmente de acuerdo" (28,6%), sin registros de desacuerdo ni neutralidad. Este patrón evidenció una fuerte convergencia respecto al reconocimiento de barreras multidimensionales, organizacionales, culturales y sociales que interfieren en el acceso a la atención de las HV. Asimismo, hubo consenso sobre la necesidad de fortalecer alianzas intersectoriales, descentralizar la atención, organizar servicios dirigidos a poblaciones en situación de vulnerabilidad, integrar vacunación, tamizaje, diagnóstico y tratamiento, fortalecer un modelo de atención centrado en la persona y sintetizar estas dimensiones en un diagrama analítico. El análisis temático produjo dos categorías: la Atención Primaria de Salud como eje estructurante del cuidado integral y longitudinal, destacando su papel como coordinadora del cuidado desde la identificación precoz hasta el seguimiento terapéutico, condicionado a la disponibilidad de recursos humanos y materiales;

y la gobernanza del acceso: redes, regionalización e instrumentos de planificación como mediadores del cuidado, enfatizando que el acceso integral depende de una gobernanza en red con flujos asistenciales claros, pactos regionales e instrumentos compartidos de planificación, reconociendo el diagrama como un dispositivo estratégico de articulación entre política, gestión y práctica asistencial. En el estado de Mato Grosso participaron 55 especialistas (n=55), con predominio del sexo femenino (94,5%), edades entre 40 y 59 años (80,0%) y formación en Enfermería (69,1%), distribuidos en las cuatro macrorregiones sanitarias del estado. Se observó un elevado grado de convergencia en todos los ítems evaluados, con niveles de consenso iguales o superiores al 80%. Las estrategias que alcanzaron consenso total fueron la divulgación comunitaria, la capacitación y educación entre pares y el fortalecimiento de la agenda política y de las prácticas de salud (100%). También obtuvieron elevados niveles de acuerdo la capacitación profesional para el manejo clínico (98,2%), la realización de pruebas durante otras atenciones de salud (98,2%), la coordinación del cuidado con ampliación de las prácticas clínicas (96,4%), los servicios móviles descentralizados dirigidos a poblaciones vulnerables (96,3%), el monitoreo del tratamiento con apoyo a la adherencia terapéutica (96,3%), la definición de objetivos y metas por servicio y región sanitaria (96,3%) y la expansión de la red articulada con la coordinación regional del cuidado (96,4%). Asimismo, recibieron amplio consenso el modelo de telesalud para apoyo a la decisión clínica, el fortalecimiento de la respuesta intersectorial articulada con la Vigilancia en Salud, la participación de los consejos profesionales, grupos y comunidades de representación social, organizaciones no gubernamentales y actores del tercer sector. El análisis temático generó dos categorías: gobernanza ampliada, intersectorialidad y participación social como base del enfrentamiento de las HV, y reorganización del modelo de atención en red: integralidad, coordinación del cuidado e innovación organizacional, destacando la importancia de la planificación territorial, la coordinación regional de los servicios, la cualificación profesional y la incorporación de tecnologías innovadoras, como la telesalud y los servicios móviles. Conclusión: El estudio revela un amplio consenso entre stakeholders de diferentes regiones y contextos sobre los elementos esenciales para garantizar el acceso integral a la atención de las HV en el SUS. La

convergencia de los resultados, tanto en la ronda nacional como en la desarrollada en Mato Grosso, refuerza que el acceso integral constituye una construcción relacional y multinivel, sustentada por la articulación entre la Atención Primaria de Salud como eje estructurante del cuidado longitudinal y mecanismos de gobernanza sistémica que incluyen regionalización, intersectorialidad y participación social. El diagrama propuesto se configura como una herramienta estratégica con potencial para apoyar la planificación, la gestión y la coordinación del cuidado de las HV en el Sistema Único de Salud.

Referências

GLERIANO, J. S. Avaliação de acesso aos serviços de atenção às hepatites virais no estado de Mato Grosso (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.

GLERIANO, J. S.; CHAVES, L. D. P. Aspectos que fragilizam o acesso das pessoas com hepatites virais aos serviços de saúde. Escola Anna Nery, v. 27, p. e20220334, 2023.

GLERIANO, J. S.; KREIN, C.; CHAVES, L. D. P. Aspects that facilitate access to care for viral hepatitis: an evaluative research. São Paulo Medical Journal, v. 142, n. 4, p. e2023078, 2024.

SHANG, Z. Use of Delphi in health sciences research: a narrative review. Medicine (Baltimore), v. 102, n. 7, p. e32829, 2023.

WILLIAMS, P. L., WEBB, C. The Delphi technique a methodological discussion. J. Adv. Nurs., Malden, v.19, p. 180-186, 1994.

Institución que otorgó apoyo financiero: CNPq.

Introduction: Viral hepatitis represent a major global public health problem, with a significant impact on morbidity and mortality across health systems. In Brazil, the Unified Health System (SUS) provides actions for the prevention, diagnosis, and treatment of viral hepatitis; however, persistent fragmentation of the care

network and multiple access barriers continue to compromise comprehensive service delivery (Gleriano; Krein; Chaves, 2024). In this context, analysis of factors that facilitate or hinder access to care for people living with viral hepatitis reveals challenges of an organizational, cultural, political, and territorial nature, demanding systemic strategies and planning tools capable of supporting management, care coordination, and decision-making within the SUS (Gleriano; Chaves, 2023). Objective: To analyze, from the perspective of stakeholders working in management, care delivery, and social oversight, a proposed diagram synthesizing key aspects relevant to comprehensive access to viral hepatitis care in the Unified Health System. Method: Descriptive, methodological study with a mixed qualitative and quantitative approach, conducted in two stages. The first, qualitative stage focused on developing a proposed diagram grounded in the theoretical framework of Gleriano (2021), which evaluated access to viral hepatitis care in the state of Mato Grosso. Based on this framework and an updated literature review, a structured instrument was built comprising guiding questions on: access barriers; care facilitators; intersectoral networks; hepatitis elimination strategies; and Health Surveillance guidelines. The instrument underwent face and content validation, followed by a pilot test with specialists from all five Brazilian geographic regions. The second, quantitative stage applied the Delphi technique to achieve consensus of opinion among experts (Shang, 2023). Participants were selected through intentional, non-probabilistic sampling, with inclusion criteria requiring professionals with recognized expertise in viral hepatitis management, care delivery, teaching, or social oversight, and at least three years of experience. Recruitment followed a snowball sampling strategy, beginning with an initial contact who successively nominated further participants. The instrument was administered via the Survey Monkey platform, distributed through individual electronic links alongside the Informed Consent Form (ICF), which was mandatory before accessing the questionnaire. The study was conducted in two contexts. At the national level, successive Delphi rounds were carried out with stakeholders from different Brazilian geographic regions. Due to low participation from state-level technical managers, data collection was deepened in the state of Mato Grosso, recognized for its leading role in viral hepatitis initiatives and for its consolidated technical and institutional networks. The consensus threshold was set at 75% (Williams; Webb, 1994), with a

maximum of three opinion rounds. Quantitative analysis used the Content Validity Index (CVI) per item (item-CVI = 0.78) and overall (CVI = 0.90). Qualitative data were analyzed using thematic analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Mato Grosso (CAAE: 78776624.4.0000.5166, Opinion: 6.902.637). Results: At the national level, seven stakeholders (n=7) participated, representing seven distinct federal states distributed across the Northeast, Southeast, Midwest, and South regions of Brazil. Regarding professional profile, four participants (57.1%) held management or supervisory roles, while three (42.9%) worked in social oversight. Experience in the field of viral hepatitis ranged from 7 to 35 years; six participants (85.7%) reported 10 or more years of experience. Concerning continuing education in the previous 12 months, six stakeholders (85.7%) had engaged in some form of training, most notably institutional courses and capacity-building activities (n=5; 71.4%), technical visits (n=4; 57.1%), and participation in scientific and technical events (n=3; 42.9%). In the national round, absolute consensus was observed among all seven stakeholders, with responses concentrated in "agree" (n=5; 71.4%) and "strongly agree" (n=2; 28.6%), with no records of disagreement or neutrality. This pattern reflects strong convergence regarding the recognition of multidimensional barriers, organizational, cultural, and social, that interfere with access to viral hepatitis care. Consensus was also reached on the need to strengthen intersectoral partnerships; the relevance of strategies such as care decentralization and services targeting vulnerable populations; the importance of integrated offering of vaccination, testing, diagnosis, and treatment; the centrality of a user-centered care model; and the feasibility of synthesizing these dimensions into an analytical diagram. Thematic analysis of the national round yielded two analytical categories. The first, Primary Health Care (PHC) as the structural axis of comprehensive and longitudinal care expresses the recognition that PHC must function not only as a formal point of entry but as a strategic space for care coordination, from early case identification through therapeutic follow-up. Participants emphasized that this centrality is conditional, dependent on a qualified workforce and adequate material conditions. The second category, Governance of access: networks, regionalization, and planning tools as mediators of care highlights that comprehensive access to hepatitis care

depends on network governance, with clear flows between care points, regional agreements, and shared planning instruments. In this sense, the diagram was understood as a strategic device mediating between policy, management, and care practice. In the state of Mato Grosso, 55 specialists (n=55) participated, with a predominance of women (n=52; 94.5%), aged between 40 and 59 years (n=44; 80.0%), and trained in Nursing (n=38; 69.1%). Participants were distributed across the four health macro-regions of the state: North (n=23; 41.8%), Center-Northwest (n=14; 25.5%), South (n=10; 18.2%), and West (n=8; 14.5%). A high degree of convergence was observed across all evaluated items, with consensus levels equal to or above 80.0% in all propositions. The strategies that achieved full agreement between "agree" and "strongly agree" were community outreach, capacity-building, and peer education (n=55; 100.0%), and strengthening the political agenda and health practices (n=55; 100.0%). Other items with high consensus included: professional training for clinical management (n=54; 98.2%), testing during other health encounters (n=54; 98.2%), care coordination with expanded clinical practices (n=53; 96.4%), decentralized mobile services targeting vulnerable populations (n=53; 96.3%), treatment monitoring with adherence support (n=53; 96.3%), service- and region-specific goals and targets (n=53; 96.3%), and network expansion with regional care coordination (n=53; 96.4%). Additional propositions also reached strong consensus: telehealth models with clinical decision support (n=51; 92.7%), expanded intersectoral response integrated with health surveillance (n=52; 94.5%), participation of professional councils as institutional partners (n=52; 94.6%), involvement of community groups and social representation bodies (n=51; 92.7%), participation of non-governmental organizations and activist groups (n=49; 89.0%), and engagement with the third sector and the private sector (n=45; 81.8%). Thematic analysis of the Mato Grosso round generated two categories. The first, Expanded governance, intersectorality, and social participation as the foundation for addressing viral hepatitis, affirms that the response to hepatitis is conceived as a political-institutional process that transcends the health sector, requiring intersectoral cooperation and the involvement of community actors, civil society organizations, and social movements. The second, Reorganization of the care model in network: integrality, care coordination, and organizational innovation highlighted the need

for territorialized planning, regional service coordination, professional qualification, and the incorporation of innovative strategies such as telehealth and mobile services. The convergence between both categories indicates that comprehensive care emerges from the interaction among political decisions, institutional arrangements, and qualified care practices. Conclusion: The study reveals consensus among stakeholders from different regions and contexts regarding the essential elements for comprehensive access to viral hepatitis care in the SUS. The convergence of findings, both in the national round and in Mato Grosso, reinforces that comprehensive access is a relational and multiscalar construction, sustained by the articulation between PHC as the structural axis of longitudinal care, and mechanisms of systemic governance encompassing regionalization, intersectorality, and social participation. The diagram is configured as a strategic tool with the potential to support planning, management, and care coordination for viral hepatitis within the SUS.

References

GLERIANO, J. S. Evaluation of access to viral hepatitis care services in the state of Mato Grosso (Doctoral dissertation). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.

GLERIANO, J. S.; CHAVES, L. D. P. Aspectos que fragilizam o acesso das pessoas com hepatites virais aos serviços de saúde. Escola Anna Nery, v. 27, p. e20220334, 2023.

GLERIANO, J. S.; KREIN, C.; CHAVES, L. D. P. Aspects that facilitate access to care for viral hepatitis: an evaluative research. Sao Paulo Medical Journal, v. 142, n. 4, p. e2023078, 2024.

SHANG, Z. Use of Delphi in health sciences research: a narrative review. Medicine (Baltimore), v. 102, n. 7, p. e32829, 2023.

WILLIAMS, P. L.; WEBB, C. The Delphi technique a methodological discussion. J. Adv. Nurs., Malden, v. 19, p. 180-186, 1994.

Financial support: CNPq.

Palavras-chave: assistência integral à saúde; gestão em saúde; hepatite viral humana; serviços de saúde; sistema único de saúde.