



A comunicação como direito humano no Sistema Único de Saúde: Desafios e estratégias nas Unidades de Pronto Atendimento¹

Ramirio Costa Ribeiro - UFMA²
Melissa Silva Moreira Rabelo - UFMA³

Resumo

Este estudo em andamento tem como objetivo diagnosticar as falhas de comunicação na recepção da UPA Parque Vitória, em São Luís/MA, e desenvolver um conjunto de recomendações para aprimorar esse processo, considerado um desafio no Sistema Único de Saúde (SUS), dada a diversidade de perfis e as múltiplas necessidades dos usuários/pacientes atendidos. A comunicação pode contribuir para a qualidade do acesso aos atendimentos, proporcionando maior autonomia aos usuários para a compreensão sobre sua jornada de atendimento. A metodologia adotada inclui três etapas: observação, reflexão e ação, conforme Stringer (1996), com a observação participante, seguindo os conceitos de Minayo (2001), ao focar na realidade dos atores sociais. O estudo visa promover práticas comunicacionais mais acessíveis, alinhadas aos princípios do SUS, tornando o atendimento mais eficiente.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Rede de Atenção à Saúde (RAS). Promoção da saúde. Observação participante.

1. INTRODUÇÃO

A comunicação nas unidades de saúde, particularmente nas de urgência e emergência, é um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), dado o perfil diversificado dos usuários e suas múltiplas necessidades. Apesar dos princípios fundamentais do SUS – universalidade, integralidade e equidade – falhas na comunicação podem prejudicar a clareza e acessibilidade das informações, impactando o acesso aos serviços e a satisfação dos usuários.

A alta demanda por atendimentos de urgência, exacerbada pela violência urbana e pela insuficiência da rede assistencial, agrava ainda mais esse cenário (BRASIL, 2002). De acordo com dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), entre 2022 e 2024, o Brasil registrou mais de 388 milhões de atendimentos classificados como urgentes. A região

¹ Trabalho enviado para o II Encontro Nacional de Pesquisa Aplicada em Comunicação na trilha Comunicação, Direitos Humanos, Saúde e Acessibilidade, na modalidade artigo CIENTÍFICO.

² Mestrando em Comunicação no Programa de Pós-graduação em Comunicação - Mestrado Profissional, Universidade Federal do Maranhão – UFMA e ramirio.ribeiro@discente.ufma.br

³ Prof.^a Dr.^a do Departamento de Comunicação Social/UFMA; professora do PPGCOMPRO/UFMA, Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Comunicação e Saúde (GPECS/UFMA) e e-mail: melissa.rabelo@ufma.br.



Nordeste correspondeu a 112 milhões desses atendimentos, e o estado do Maranhão representou 19% desse total, com uma média de 21,6 milhões de atendimentos anuais.

Logo, a comunicação em saúde neste contexto, não pode ser compreendida como um meio de troca de informações, mas um direito humano fundamental. Ao garantir o direito à comunicação clara e acessível, o SUS pode proporcionar maior autonomia aos usuários, permitindo-lhes compreender melhor seus direitos e os serviços de saúde oferecidos. Este princípio, reconhecido em diversas normativas internacionais, está diretamente alinhado à missão do SUS de promover a saúde de maneira integral e equitativa. Além disso, a comunicação em saúde deve ser entendida como uma prática educativa, conforme o pensamento de Paulo Freire (2002), que enfatiza a importância do diálogo constante entre os interlocutores para a construção do conhecimento coletivo. Assim, a implementação de estratégias comunicacionais eficazes pode melhorar as relações de confiança, favorecer a adesão ao tratamento e promover a saúde de forma integral. Este estudo está em desenvolvimento e foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMA, com o número de Cadastro de Avaliação de Ética (CAAE) nº 86490725.8.0000.5087. O objetivo será na análise da comunicação estabelecida entre os usuários/ pacientes e o ambiente (contexto) que está inserido, onde se encontram profissionais de saúde e materiais de comunicação, buscando identificar as principais falhas e dificuldades nas práticas comunicativas existentes na recepção I e II da UPA Parque Vitória e propor um conjunto de recomendações que possibilitem a eficiência e a humanização do atendimento. A metodologia adotada combina abordagens qualitativas e quantitativas, como pesquisa bibliográfica, pesquisa-ação e observação participante. A análise das interações entre profissionais de saúde e usuários, bem como a relação dos pacientes com os materiais de comunicação, permitirá identificar áreas de melhoria para um atendimento mais acessível, eficiente e humanizado, considerando as condições de saúde, o nível educacional e as características dos usuários.

O estudo será desenvolvido em três etapas principais: observação, reflexão e ação, conforme proposto por Stringer (1996). A observação, realizada através da observação participante sob a ótica de Minayo (2001), proporcionará ao pesquisador uma imersão na realidade da UPA Parque Vitória para entender as práticas comunicacionais no contexto local. A reflexão ocorrerá após a observação, com a análise crítica dos dados, e a ação envolverá a



implementação de um conjunto de recomendações para melhorar a comunicação, com intervenções graduais.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para fortalecer a comunicação nas unidades de saúde, promovendo maior autonomia aos usuários e garantindo a continuidade e integralidade do cuidado, pilares essenciais para a efetividade do SUS. A análise crítica do contexto de comunicação em saúde abre caminho para a reflexão sobre a comunicação como um direito humano fundamental, essencial para a equidade no acesso aos serviços e para a cidadania plena.

Reconhecer a comunicação como direito é essencial para garantir a cidadania e a equidade no acesso aos serviços de saúde, influenciando diretamente a forma como os usuários compreendem e exercem seus direitos dentro do SUS. Esse princípio, que se insere no âmbito de direitos universais, será explorado para compreender como a comunicação pode ser um instrumento para fortalecer a autonomia dos usuários e promover a inclusão social e a justiça na saúde.

2. COMUNICAÇÃO E SAÚDE COMO DIREITOS

O conceito de comunicação como direito humano surgiu no final dos anos 1960, quando a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), reconheceu sua importância para a cidadania e o desenvolvimento social e cultural. Esse princípio ganhou relevância em um contexto de crescente valorização da liberdade de expressão, do acesso à informação e da democratização dos meios de comunicação. Jean D'Arcy (1910-2003), pioneiro na defesa desse direito, propôs a ampliação do artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, destacando a necessidade de garantir não apenas a liberdade de expressão, mas também a pluralidade na disseminação das informações:

Todo indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão; este direito inclui a liberdade de ter opiniões sem interferência e de buscar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras. (UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 1948).

A partir deste cenário, surgiram propostas para um modelo de comunicação mais inclusivo e equitativo, como as discutidas no Relatório MacBride proposto em 1976 durante a 19ª Conferência Geral da UNESCO, em Nairóbi, Quênia. O relatório defendia a criação de uma

Nova Ordem Mundial da Informação e Comunicação (NOMIC), visando estabelecer um sistema global de comunicação mais justo e democrático.

O relatório denominado "*Many Voices, One World*" (*Muitas Vozes, Um Mundo*) abordou questões críticas relacionadas à comunicação global, destacando, entre outros pontos, a desigualdade na comunicação, com a concentração de poder na mídia que marginaliza os países em desenvolvimento; a promoção da diversidade cultural e a proteção das identidades culturais em um mundo globalizado; e o direito universal à informação, essencial para o desenvolvimento social e econômico (UNESCO, 1980).

O impacto do Relatório MacBride nas discussões sobre comunicação global é indiscutível, e ele continua a ser uma referência nos debates sobre mídia, direitos humanos e desenvolvimento. Contudo, com as mudanças econômicas, políticas e culturais nas últimas décadas, é necessário reconsiderar algumas de suas propostas, considerando as novas contradições que surgiram e as estratégias para enfrentá-las.

O direito à comunicação, consagrado em diversos tratados internacionais, busca garantir que os indivíduos tenham liberdade para buscar, receber e disseminar informações sobre temas que afetam suas vidas, incluindo a saúde. Quando os cidadãos têm acesso a informações claras e acessíveis sobre saúde, é possível que sejam mais capacitados para tomar decisões sobre seu cuidado, promovendo a prevenção de doenças, a adesão a tratamentos e o desenvolvimento de hábitos saudáveis (Ministério da Saúde, 2011).

Nesse contexto, a comunicação em saúde desempenha um papel importante, não apenas possibilitando o acesso à informação, mas também assegurando que todos, independentemente de suas condições sociais, econômicas ou educacionais, possam exercer seu direito à saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), ao garantir acesso universal, gratuito e igualitário à saúde, reflete esse avanço, uma vez que sua abordagem vai além do tratamento de doenças, incorporando também a promoção e prevenção à saúde, conforme preconizado pela Constituição de 1988 em seu no Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) esteja fundamentado na garantia de direitos, ele ainda enfrenta desafios significativos para a plena efetivação desses direitos, como a falta



de integração entre seus serviços e a insuficiência na comunicação com a população, o que compromete sua eficácia. A melhoria da comunicação em saúde deve ser considerada uma prioridade, especialmente em um contexto de constantes transformações nas dinâmicas sociais e políticas globais.

Nesse sentido, torna-se imprescindível refletir sobre como tornar as políticas de saúde mais acessíveis e eficientes, portanto, o papel da comunicação no SUS deve ser encarado não apenas como uma ferramenta institucional, mas também como um espaço de diálogo contínuo com os usuários, promovendo a participação e o controle social. Sob essa ótica, o direito à comunicação e à saúde se inter-relacionam, sendo fundamentais para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

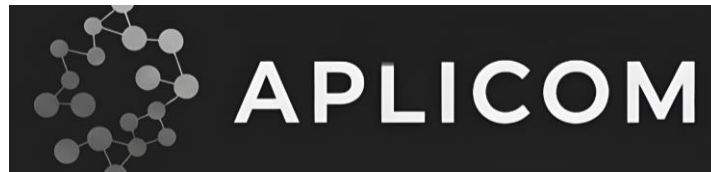
A comunicação em saúde, portanto, não se resume a uma troca de informações, mas deve ser vista como um instrumento de inclusão social e de fortalecimento da cidadania. O direito à comunicação clara e acessível é um passo essencial para garantir que os cidadãos possam tomar decisões informadas sobre sua saúde, o que por sua vez, pode melhorar a adesão aos tratamentos e a prevenção de doenças. A Constituição Brasileira de 1988, ao garantir o direito à saúde, enfatiza a importância da informação como um direito essencial para a promoção e proteção da saúde de todos os cidadãos.

Nesse contexto, a comunicação eficaz desempenha um papel fundamental na integração dos serviços de saúde, facilitando a disseminação de informações cruciais para a promoção da saúde e o cuidado contínuo dos usuários/ pacientes. A integração dos diversos níveis de atenção à saúde, como proposta pelo SUS, depende não apenas da organização dos serviços, mas também de uma comunicação clara e acessível, capaz de envolver os usuários e profissionais de saúde de maneira colaborativa.

Com isso, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), incluindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), surgem como um modelo organizacional que visa assegurar a eficiência e a humanização no atendimento, contribuindo para a qualidade do serviço e para o alcance de melhores resultados no cuidado à saúde da população.

3. A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E O CAMPO EMPÍRICO

A constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil é um conceito que visa a organização e integração nos diversos níveis de atenção à saúde, garantindo um atendimento



mais eficaz e humanizado. Para o Ministério da Saúde (2020), elas são, arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017). A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se insere nesse contexto como um dos componentes estruturais mais importantes para garantir o acesso imediato e qualificado aos usuários em situações de urgência e emergência.

A RUE, segundo a Portaria GM/MS nº 1.600/2011, deve ser implementada de maneira gradativa em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e a densidade populacional, com ênfase na qualidade, acolhimento e resolutividade dos atendimentos. É estruturada em dois componentes principais: o pré-hospitalar (móvel e fixo) e o hospitalar. Entre seus componentes, destacam-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as salas de estabilização, os hospitais de urgência e emergência, e as Unidades de Pronto- Atendimento (UPAs), as quais desempenham um papel fundamental na prestação do primeiro atendimento aos usuários/ pacientes em estado crítico (BRASIL, 2011).

A UPA Parque Vitória (campo empírico desta pesquisa) localiza-se na cidade de São Luís/ MA, é classificada como de Porte II, ou seja, tem capacidade para atender até 250 pessoas por dia, oferecendo serviços de clínica médica, pediatria, exames laboratoriais, raio-x, eletrocardiogramas, além de prestar atendimentos em situações de urgência e emergência, como infartos, acidente vascular cerebral, fraturas e quadros respiratórios agudos. A unidade também é referência para outros municípios, como Paço do Lumiar, Raposa, São José de Ribamar, Bacabeira, entre outros e em seus 12 anos de funcionamento, já realizou mais de três milhões de atendimentos (SES, 2023).

Figura 1 - Localização da UPA Parque Vitória

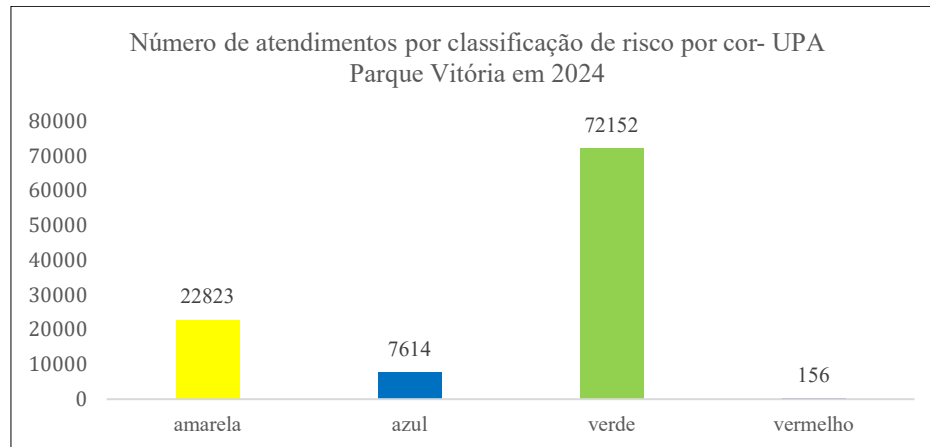


Fonte: Google Maps (2024).

O funcionamento da unidade reflete a proposta de integração e continuidade do cuidado, uma vez que a UPA precisa além de resolver situações emergenciais, contribuir para a gestão eficiente dos fluxos assistenciais, garantindo que o usuário/ paciente receba o tratamento adequado em tempo hábil, bem como os devidos encaminhamentos ao atendimento especializado. No entanto, um desafio relevante observado na UPA Parque Vitória, assim como em outras unidades da RUE, é a elevada demanda de pacientes com quadros de baixa complexidade, que poderiam ser atendidos em unidades de saúde de menor complexidade, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o alto volume de atendimentos de diversas naturezas.

Dados do Sistema de Unidade de Pronto Atendimento (SISUPA) indicam que, no ano de 2024, a UPA Parque Vitória realizou 102.745 atendimentos, refletindo a alta procura por seus serviços. Uma pesquisa realizada por Feijó et al. (2015) revelou, após um estudo com 1000 usuários/ pacientes, que mais da metade das pessoas atendidas em UPAs não procuraram serviços de menor complexidade, o que sugere que muitos desses casos poderiam ter sido resolvidos em unidades básicas de saúde, reduzindo, conseqüentemente, o tempo da espera para o atendimento em emergência, contudo dada a natureza da unidade ser "porta aberta" do Sistema Único de Saúde (SUS), ela deve disponível para atender qualquer pessoa que precise de assistência médica urgente ou de emergência.

Figura 2 - Número de atendimentos por classificação de risco



Fonte: SISUPA (2025).

Assim, a comunicação eficaz entre a unidade de saúde, profissionais e os usuários/pacientes, configura-se como um elemento essencial para a melhoria da qualidade, do acolhimento e da resolutividade dos atendimentos, impactando diretamente a experiência dos usuários. Para oportunizar o êxito na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), é imprescindível aprimorar essa comunicação, o que promoverá a equidade no acesso aos serviços e contribuirá para a melhoria contínua da saúde da população.

Nesse sentido, o desenvolvimento de uma compreensão sobre as dinâmicas de comunicação dentro das unidades de saúde se torna essencial. Para tanto, a metodologia deste estudo se fundamenta em uma abordagem quali-quantitativa, utilizando técnicas como a observação participante (Minayo, 2011), que permitirá explorar a interação entre os usuários/pacientes, o local (contexto) que estão inseridos, e ainda sua relação com os profissionais e os materiais de comunicação dispostos.

4. O PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia adotada neste estudo é de natureza quali-quantitativa, ou seja, uma combinação de técnicas qualitativas e quantitativas. A abordagem quantitativa se concentrará na análise de dados de atendimento, como número de atendimentos e tempo de espera, com o intuito de avaliar a eficiência do processo de atendimento. A abordagem qualitativa será composta pela observação participante, neste estudo com base na perspectiva de Minayo (2001) e nas etapas de observação, reflexão e ação, proposto por Stringer (1996).

Este estudo também envolve a pesquisa bibliográfica, conforme a abordagem de Gil (2002), sendo essencial para a análise das estratégias comunicativas já existentes na UPA. A pesquisa bibliográfica compreenderá a revisão de materiais informativos como panfletos, cartazes, comunicados e conteúdos eletrônicos, sendo esta análise conduzida por meio das recomendações de fontes documentais relevantes, como os documentos institucionais da UPA e as normativas do SUS relacionadas à comunicação em saúde pública. Destacam-se materiais como a Cartilha dos Direitos dos Usuários da Saúde (2011), que oferece orientações sobre práticas de comunicação eficientes e inclusivas.

Além disso, a pesquisa bibliográfica incluirá livros e artigos acadêmicos especializados em comunicação e saúde, com o objetivo de identificar as melhores práticas de comunicação em saúde pública, tais como o uso de linguagem clara, acessível e inclusiva. Também serão analisadas leis e diretrizes que tratam do direito à comunicação em saúde pública, como a Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação) e a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que garantem o direito à saúde e à informação clara aos cidadãos.

Conforme Minayo (2001) em seu livro “Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade”, a observação participante implica no contato direto do pesquisador com o fenômeno investigado, visando compreender a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Lüdke e André (1986) corroboram essa abordagem, enfatizando que uma das principais vantagens dessa técnica é a possibilidade de o pesquisador estabelecer um contato pessoal com o objeto de estudo, o que permite acompanhar as experiências diárias dos participantes e compreender os significados que estes atribuem à realidade e às suas ações.

A relevância da observação participante reside na sua capacidade de captar situações ou fenômenos que, muitas vezes, não seriam facilmente revelados por meio de perguntas formais. Ao observar diretamente a realidade, o pesquisador tem a oportunidade de acessar aspectos imponderáveis e evasivos da vida cotidiana. Para a coleta de dados empíricos, será utilizado um diário de campo, no qual serão registradas as informações sobre as experiências observadas nas recepções I e II da UPA Parque Vitória. O foco estará nas interações realizadas pelos usuários/pacientes no ambiente da UPA, bem como na sua relação com os profissionais de saúde e os materiais de comunicação disponíveis.

Para realizar a observação participante, o pesquisador deve desenvolver várias habilidades e competências essenciais, entre elas, destacam-se: estabelecer uma relação de

confiança com os sujeitos, ter sensibilidade e ser um bom ouvinte, familiarizar-se com as questões investigadas, manter flexibilidade diante de situações inesperadas, e elaborar um plano sistemático para a coleta e registro dos dados. Além disso, é crucial verificar e controlar os dados observados e relacionar conceitos teóricos com as informações coletadas. Adler e Adler (1987) dividem a observação participante em três categorias – periférica, ativa e completa – cujas características estão detalhadas na Figura 3.

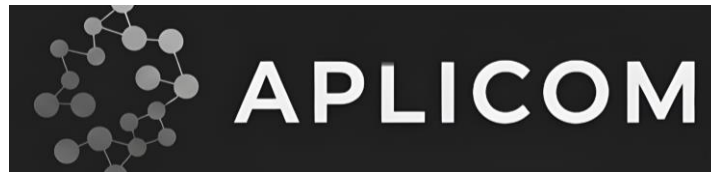
Figura 3 - Tipos de observação participante

| Tipo de Observação | Principais Características | Vantagens | Desvantagens |
|-----------------------|--|--|---|
| Observação Periférica | Reflete uma posição mais marginal e menos comprometida do pesquisador. Envolve contato diário ou quase diário com informantes-chave. O observador possui um papel pouco ativo. | Facilidade em se manter neutro frente a coleta de campo. | Dificuldade em obter a confiança e sua inserção no grupo pesquisado. |
| Observação Ativa | O observador assume um papel mais central e principalmente funcional no grupo. | Mais facilidade na aceitação do observador e na obtenção da confiança por parte do grupo. | Por estar imerso no grupo, buscando uma auto-reflexão, recomenda-se retiradas periódicas do pesquisador do seu campo. |
| Observação Completa | Divide-se em duas categorias: de oportunidades (caso o pesquisador já faz parte do grupo) ou por conversão (quando ele se torna parte efetiva do grupo). | Acesso irrestrito ao ambiente pesquisado com possibilidade de coleta completa de informações e detalhes. | Viés de observação oriundo da vivência de longo período no campo. |

Fonte: Adaptado de Adler e Adler (1987)

Além disso, será adotado o método de pesquisa-ação, que conforme Thiollent (1997), é caracterizado por ser um método intervencionista que permite ao pesquisador testar hipóteses sobre o fenômeno em questão, neste caso, identificar e promover práticas comunicacionais mais acessíveis, alinhadas aos princípios do SUS, tornando o atendimento mais eficiente na UPA Parque Vitória. A pesquisa-ação envolve a implementação de mudanças no cenário real, com o pesquisador assumindo a responsabilidade não apenas pela geração de conhecimento, mas também pela aplicação desse conhecimento para promover transformações (Macke, apud Godoi, Bandeira-de-Melo e Silva, 2006; Mathiassen, 2002, apud Lindgren et al.).

Esse tipo de pesquisa exige que o pesquisador colecionador dados sutis no contexto analisado, o que permite uma maior profundidade no processo de relacionamento com as informações e com os membros da organização estudada. De acordo com Stringer (1996), o processo de desenvolvimento da pesquisa-ação é compreendido por três principais ações: observação, reflexão e ação, ou seja, observar, para reunir informações e construir um cenário; pensar, para explorar, analisar e interpretar os fatos; e agir, implementando e avaliando as ações.



Nesta mesma perspectiva, Thiollent (1997) delinea quatro fases para este processo de pesquisa, sendo elas:

- Fase Exploratória: Diagnóstico da situação e das necessidades dos participantes, formação de equipes e divulgação das propostas para garantir o comprometimento dos envolvidos.
- Fase Principal (Planejamento): Com o diagnóstico definido, os pesquisadores iniciam a prática por meio de seminários, entrevistas e questionários para coletar informações de atores-chave sobre o tema.
- Fase de Ação: Implementação de ações práticas, como a divulgação de resultados, definição de objetivos alcançáveis e execução de ações-piloto, que, após avaliação, poderão ser assumidas pelos atores sem a intervenção contínua dos pesquisadores.
- Fase de Avaliação: Avaliação dos resultados das ações e suas consequências a curto e médio prazo, extraindo aprendizados para futuras aplicações em novos estudos.

A metodologia proposta para o aperfeiçoamento da comunicação na UPA Parque Vitória baseia-se no modelo de pesquisa-ação de Stringer (1996), que é estruturado em três fases interdependentes: observar, refletir e agir. A primeira fase, “observar”, será realizada para o levantamento de informações para a construção do cenário realista do contexto de comunicação da UPA. Nessa etapa, utilizando a técnica proposta por Minayo (2001), serão realizadas observações diretas nos locais de atendimento, com foco nas interações entre o usuário/ paciente e o contexto que está inserido, onde se encontram os profissionais de saúde e materiais de comunicação, com o objetivo de diagnosticar as principais falhas comunicacionais e dificuldades presentes.

Na segunda fase, intitulada "reflexão", o objetivo é realizar uma análise crítica dos dados coletados, com a finalidade de interpretar as possíveis causas e consequências das falhas comunicacionais e das dificuldades identificadas. Essa reflexão envolverá tanto a revisão das práticas comunicativas atualmente em vigor quanto a consideração de possíveis recomendações, como a criação de materiais informativos mais acessíveis, o desenvolvimento de treinamentos para os profissionais de saúde e a implementação de sistemas digitais para otimizar a comunicação.



A terceira fase, “agir”, visa a implementação das soluções planejadas, com foco na execução das ações-piloto e na avaliação de sua eficácia. As intervenções serão testadas gradualmente nas áreas críticas da recepção I e II da unidade, com a introdução das novas recomendações propostas. Esse ciclo de implementação e avaliação possibilita que as mudanças sejam adaptativas e baseadas em dados reais, promovendo uma melhoria progressiva na comunicação, acolhimento e experiência do usuário na UPA.

Além disso, todas as etapas da pesquisa serão conduzidas com rigor ético, seguindo as diretrizes do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMA. O sigilo das informações pessoais será assegurado, e todos os participantes serão informados (caso seja necessário) sobre o estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, ainda em curso, tem como objetivo analisar as falhas de comunicação na UPA Parque Vitória, localizada em São Luís/MA, com ênfase na comunicação em saúde, especialmente no contexto de unidades de urgência e emergência. É necessário compreender que a comunicação pode contribuir para a qualidade do atendimento, a experiência do paciente e a eficácia dos cuidados prestados, dessa forma, a pesquisa busca identificar as falhas existentes e propor recomendações que possam aprimorar a clareza, acessibilidade e efetividade das práticas comunicativas no ambiente da saúde pública.

Com o diagnóstico das falhas comunicacionais e a implementação das recomendações sugeridas, espera-se que este estudo contribua para a melhoria dos processos de atendimento nas UPAs, promovendo a comunicação como um direito fundamental no âmbito do SUS. Uma comunicação mais eficiente e humanizada pode favorecer a autonomia dos usuários, resultando em um atendimento mais eficaz e alinhado aos princípios do SUS, como a universalidade, integralidade e equidade.

Além disso, o estudo enfatiza a importância da comunicação como um direito essencial para o acesso à saúde e a melhoria da qualidade do atendimento, promovendo, assim, o fortalecimento da cidadania. Ao final da pesquisa, pretende-se que as conclusões e recomendações apresentadas possam subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde, que possam ser aplicadas em outras unidades de atendimento, contribuindo para o aprimoramento do sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ADLER, P. A.; ADLER, P. **Membership roles in field research**. Thousand Oaks: Sage, 1987.
- ARAÚJO, L. R. P. **Unidade de Pronto Atendimento: o cuidado ao usuário**. 2016. 87 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.
- ACQUA, M. C. Q. D. et al. **Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial**. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 43-48, 1997.
- BRASIL. Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009. **Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7037.htm. Acesso em: 12 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jul. 2011. Seção 1, p. 69-70.
- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. **Consolida as normas sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 25 fev. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 7 jul. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. **Aprova a regulamentação do Sistema de Urgência e Emergência**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 nov. 2002. Seção 1, p. 33.
- CARVALHO, J. A. T. **Comunicação e cuidados de saúde: desafios para a psicologia da saúde**. *Análise Psicológica*, v. 14, n. 1, p. 135-139, 1996.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.
- CORBISHLEY, A. C. M.; CARNEIRO, M. L. M. **Considerações sobre o uso da observação participante na pesquisa em enfermagem**. *Rev Min Enf.*, v. 5, n. 1/2, p. 82-85, 2001.



FRANÇA, Vera Regina Veiga. **Sujeitos da comunicação, sujeitos em comunicação.** In: FRANÇA, Vera; GUIMARÃES, César (Orgs.). *Na mídia, na rua: narrativas do cotidiano.* Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO. **SES registrou mais de três milhões de atendimentos na UPA Parque Vitória em 12 anos.** 2023. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/noticias/ses-registrou-mais-de-tres-milhoes-de-atendimentos-na-upa-parque-vitoria-em-12-anos>. Acesso em: 13 jan. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORIN, E. **Complexidade e ética da solidariedade.** In: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C. *Ensaios da complexidade.* Porto Alegre: Sulina, 1997.

PARRA FILHO, D.; SANTOS, J. A. **Metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Futura, 1998. 277 p.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

UNESCO. *Many voices, one world: communication and society today and tomorrow.* Paris: UNESCO, 1980.