



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

Communication as a Human Right in the Brazilian Unified Health System: Challenges and Strategies in Emergency Care Units

Ramirio Costa Ribeiro

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

ramiriocosta@hotmail.com

Melissa Silva Moreira Rabelo

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

melissa.rabelo@ufma.br

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.

ABSTRACT: This ongoing study aims to diagnose communication failures at the Parque Vitória Emergency Care Unit (UPA), in São Luís, Maranhão, Brazil, and to develop a set of recommendations to improve this process, which is considered a challenge within the Brazilian Unified Health System (SUS), given the diversity of user



profiles and the multiple needs of the users/patients served. Communication can contribute to improving the quality of access to healthcare services by providing users with greater autonomy and understanding of their care journey. The methodology adopted comprises three stages—observation, reflection, and action—as proposed by Stringer (1996), combined with participant observation based on the concepts of Minayo (2001), focusing on the reality of social actors. The study aims to promote more accessible communication practices aligned with the principles of the SUS, thereby making healthcare services more efficient.

Keywords: Health communication. Emergency Care Units (UPA). Healthcare Network (RAS). Health promotion. Participant observation.

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 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.

1 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.

2 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



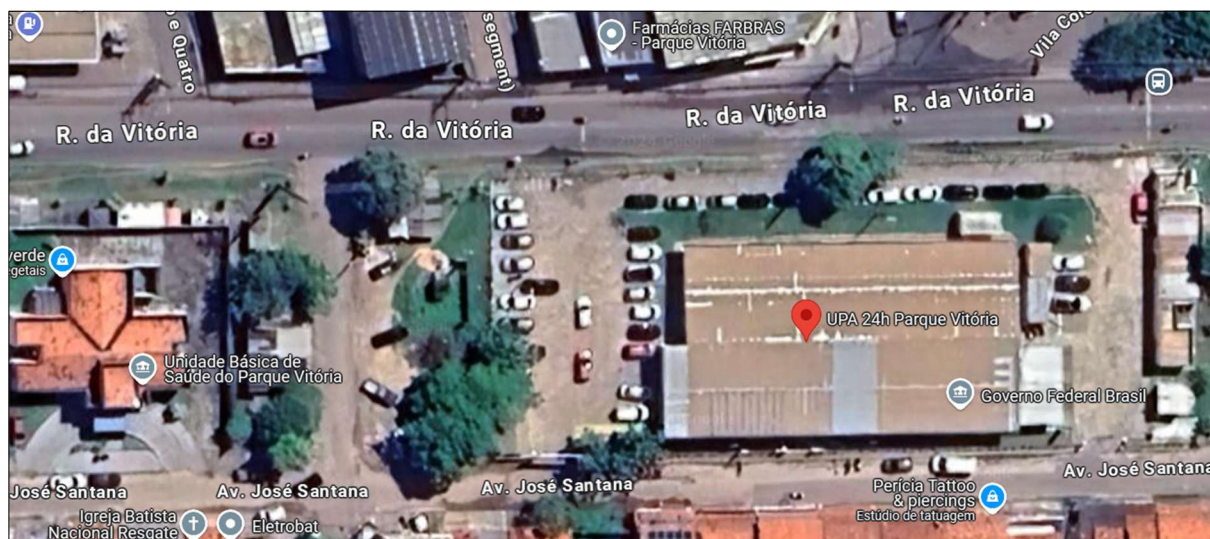
um dos componentes estruturais mais importantes para garantir o acesso imediato e qualificado aos usuários em situações de urgência e emergência.

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).

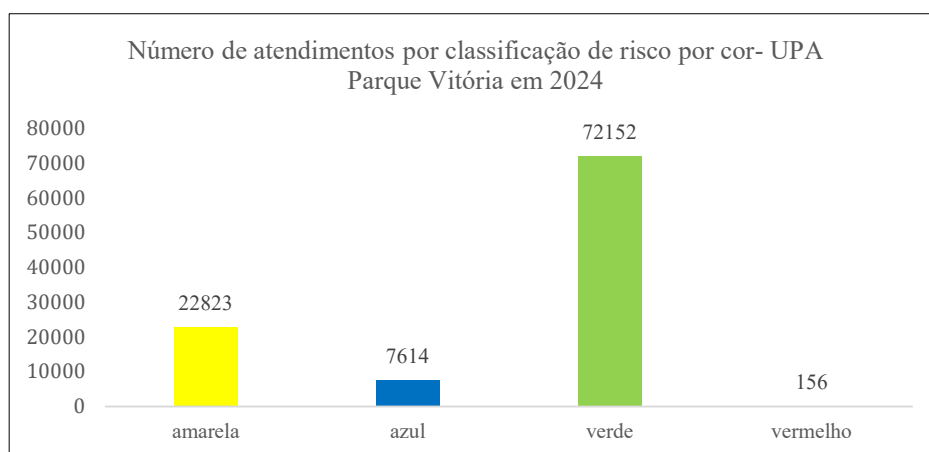
O funcionamento da unidade reflete a proposta de integração e continuidade do cuidado, uma vez que a UPA precisa além de resolver situações emergenciais, contribuir para a gestão eficiente dos fluxos assistenciais, garantindo que o usuário/paciente receba o tratamento adequado em tempo hábil, bem como 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.

Gráfico 1 - 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.

3 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 no Quadro 1.



Quadro 1 - 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.

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) delineia 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).

4 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/HsG5BSpNbTvJTp9LZHY47sk/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2026.



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_2017ARQUIVQ.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. *Ensaio 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.