



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO – MESTRADO
PROFISSIONAL

RAMIRIO COSTA RIBEIRO

COMUNICAÇÃO COMO DIREITO NO SUS: recomendações para a qualificação comunicacional em uma Unidade de Pronto Atendimento no Maranhão.

São Luís

2025

RAMIRIO COSTA RIBEIRO

COMUNICAÇÃO COMO DIREITO NO SUS: recomendações para a qualificação comunicacional em uma Unidade de Pronto Atendimento no Maranhão.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Maranhão (PPGCOMPro/UFMA), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Comunicação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Melissa Silva Moreira Rabelo

São Luís

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Costa Ribeiro, Ramirio.

COMUNICAÇÃO COMO DIREITO NO SUS : recomendações para a
qualificação comunicacional em uma Unidade de Pronto
Atendimento no Maranhão / Ramirio Costa Ribeiro. - 2025.
172 p.

Orientador(a) : Melissa Silva Moreira Rabelo.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Comunicação - Modalidade Profissional/ccso, Universidade
Federal do Maranhão, São Luís, 2025.

1. Comunicação Pública. 2. Comunicação e Saúde. 3.
Observação Participante. 4. Direito À Comunicação. 5.
Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado Em Saúde.
I. Silva Moreira Rabelo, Melissa. II. Título.

RAMIRIO COSTA RIBEIRO

COMUNICAÇÃO COMO DIREITO NO SUS: recomendações para a qualificação comunicacional em uma Unidade de Pronto Atendimento no Maranhão

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Maranhão (PPGCOMPro/UFMA), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Comunicação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Melissa Silva Moreira Rabelo

Aprovada em: 26/10/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Melissa Silva Moreira Rabelo
(Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Luciana Saraiva de Oliveira Jerônimo
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Pâmela Araújo Pinto
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
(Icict - Fiocruz/ Rio de Janeiro).

A Deus, princípio e fim de todas as coisas, em quem confiei e continuo confiando, que tem me sustentado durante toda esta jornada. Cheguei até aqui, à conclusão desta etapa, não por ser o melhor, mas por crer, sempre, que todos os que virão irão muito além.

AGRADECIMENTOS

Ao Alfa e ao Ômega, toda a minha gratidão! Sou grato a Deus pelo dom da vida e por todas as coisas que cooperaram para o meu bem, para que eu trilhasse esta jornada que está para além da academia: uma jornada de aprendizados, entraves, conquistas e de vida. À minha mãe, meu maior exemplo de fé, força e persistência, Loudinea Mendonça Costa (Lulu), professora, mãe, amiga: obrigado por estar sempre ao meu lado e por ensinar os meus primeiros passos. Não há palavras que consigam dimensionar tamanho sentimento, mas há lágrimas de gratidão a Deus pela tua vida. Ao meu pai, Antônio Vicente Silva Ribeiro, vaqueiro destemido e amante dos ares bucólicos. À Maria Grazielle, por ser um presente de Deus e um refúgio nesta jornada: obrigado por cuidar de mim e celebrar todas as etapas desta caminhada! Às minhas irmãs Natécia, Luiza e Lorrany, por fazerem parte da minha vida, e ao meu sobrinho Anthony, que é uma bênção para a nossa família.

Aos meus avós Zé Morgado e Paula Mendonça (*in memoriam*), à minha tia Maria Isabel (*in memoriam*): eu amei vocês incondicionalmente e vocês fazem muita falta aqui. À minha madrinha Regina Cutrim (*in memoriam*), professora, amiga e madrinha no ensino médio e na graduação em Letras, uma das maiores referências em educação que tive: estou aqui perpetuando esse legado! A minha tia Marina e aos meus tios, tias e a todos os meus primos das famílias Morgado, Ribeiro e Melônio, que sempre me incentivaram e se alegraram com as minhas conquistas. Às comunidades proféticas de Matinha, São Luís e a todos os meus irmãos do Reino pelo Brasil, que sempre me acolheram e torceram por mim: obrigado por todas as orações e bênçãos declaradas sobre a minha vida. À Cláudia e José Noy, Alda e Flor, pais que ganhei nesta jornada em São Luís: minha eterna gratidão. A Rayanderson e Wanila, por estarem sempre comigo, por me acolherem e serem luz nesta caminhada.

Ao Daniel Marques, amigo e irmão que sempre me ajudou nesta trajetória acadêmica, desde a graduação: obrigado pelo ombro amigo e pelo coração sempre disposto a ajudar. Ao Marinho, Angélica e Gabi por sempre me acolherem entre idas, vindas e conexões em São Paulo, ao Vitor Belchior, amigo e irmão do Reino: muito obrigado pelo companheirismo de sempre. Aos amigos Priscila Dias, Stefany Rêgo, Wallyson Araújo, Ricardo Santos, Valmênia Leles, Mateus Pinheiro, Júnior Sousa, Léo Lima, Gabriela Souza, João Carlos, Silas Reis, Aldayr Aguiar, Laura Almeida, Júlio Frias, Mateus Ferreira, Werllem Frazão e muitos outros, amigos de longas datas, obrigado por celebrarem tantas conquistas comigo e por sempre torcerem pelo melhor de Deus para a minha vida. Muito obrigado!

À Universidade Federal do Maranhão, referência em ensino, pesquisa e extensão no estado e no Brasil, ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação – Mestrado Profissional, meu muito obrigado por toda a contribuição para a minha formação intelectual, pessoal e profissional. Aos mestres Melissa Rabelo, Luciana Jerônimo, Maria do Carmo Prazeres e tantos outros desta universidade que se tornaram referência para mim, muito obrigado. Aos meus gestores Paulo Ronchi e Dácio Castro, e tantos outros amigos e companheiros da EMSERH que estiveram comigo nesta jornada, muito obrigado! À Secretaria de Estado da Saúde, EMSERH e UPA do Parque Vitória, bem como todos os seus gestores/profissionais por permitirem que a unidade fosse campo empírico deste trabalho. Às professoras Janine Cardoso, Márcia Lisboa e Irene Kalil, que durante o Curso de Aperfeiçoamento em Comunicação e Saúde do IciCT/Fiocruz contribuíram para a minha formação no campo da Comunicação e Saúde.

À minha cidade de Matinha-MA, baixada maranhense, terra querida, de frondosos mangueirais, meu canto, meu chão, minha raiz. Às escolas Creche Irmã Dulce, Joaquim Inácio Serra, Astolfo Serra e Aniceto Mariano Costa e a todos os professores deste município que contribuíram para a minha formação moral e intelectual, da educação infantil ao ensino médio: minha eterna gratidão!

Tenho muitos agradecimentos a serem feitos, mas este sou eu, Ramirio Costa Ribeiro. Batalhei muito para chegar hoje, aqui e agora! Mas jamais estive sozinho. Alguns que estão aqui e outros que não tive espaço para mencionar constituem a mais bela e majestosa rede que um ser humano pode ter: uma rede de amizades. Amo cada um e sou grato a Deus por cada pessoa que me ajudou a tornar esse caminho possível. Posso testificar que a educação é uma das bênçãos mais poderosas da humanidade: ela mudou a minha trajetória, a minha jornada, a minha vida!

“Eis que venho sem demora! E trago comigo o galardão que tenho para premiar a cada um segundo as suas obras. Eu Sou o Alfa e o Ômega, o Primeiro e o Derradeiro, o Princípio e o Fim.” Ap 22: 12- 13.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as práticas comunicacionais entre profissionais de saúde e usuários na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória, localizada em São Luís/MA, a partir da perspectiva da comunicação como direito fundamental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Parte-se da hipótese de que a ausência de estratégias comunicacionais sistematizadas, centradas no usuário, compromete a efetividade do cuidado em saúde, afetando diretamente a autonomia e a experiência dos sujeitos atendidos. Para investigar essa problemática, adotou-se uma abordagem qualitativa, fundamentada na pesquisa-ação (Stringer, 1996), que possibilita a articulação entre intervenção e reflexão crítica no campo empírico. Complementarmente, a observação participante (Minayo, 2001), conforme as diretrizes metodológicas, empregadas para promover uma imersão reflexiva no cotidiano institucional da UPA, permitindo o acompanhamento sistemático das práticas comunicacionais. A coleta e organização dos dados foram realizadas por meio do diário de campo, instrumento essencial para o registro detalhado das interações e contextos observados. A interpretação dos dados, por sua vez, seguiu a metodologia de Análise de Conteúdo (Bardin, 2016), que possibilitou a identificação, categorização e inferência dos sentidos latentes e explícitos nas práticas comunicativas, enfatizando suas dimensões políticas, sociais e simbólicas. Os resultados evidenciam que a comunicação na UPA Parque Vitória está condicionada a um modelo técnico-produtivista, caracterizado pela fragmentação dos fluxos, escuta limitada e carência de mediação pedagógica. Tais elementos impactam a experiência do usuário, restringindo sua capacidade de participação e compreensão do cuidado. Fundamentada nos conceitos de *habitus* e letramento em saúde, a análise demonstra que essas práticas comunicacionais expressam disposições sociais e institucionais que reproduzem desigualdades e comprometem o direito à comunicação, direito este assegurado por instrumentos legais e por tratados internacionais. Além dos achados e reflexões, este estudo também serviu de base para o desenvolvimento do Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado em Saúde, uma vez que evidencia a necessidade de qualificação comunicacional que envolva a institucionalização de protocolos de acolhimento e comunicação qualificada, a formação continuada das equipes multiprofissionais e a produção de materiais informativos acessíveis e contextualizados, temáticas estas abordadas pelo guia. O fortalecimento do diálogo, da escuta ativa e do protagonismo dos usuários é apresentado ainda como condição imprescindível para a efetivação dos princípios de integralidade, humanização e justiça social no SUS. Assim, esta dissertação contribui para a compreensão crítica das tensões comunicacionais no contexto das unidades de urgência e emergência, ao mesmo tempo em que oferece subsídios para a formulação de políticas públicas que promovam um sistema de saúde mais democrático, inclusivo e equitativo, em consonância com os preceitos constitucionais e os desafios contemporâneos da comunicação em saúde.

Palavras-chave: Comunicação pública; Comunicação e saúde; Observação participante; Direito à comunicação; Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze communication practices between healthcare professionals and patients at the Parque Vitória Emergency Care Unit (UPA) in São Luís, Maranhão, from the perspective of communication as a fundamental right within the Unified Health System (SUS). The hypothesis is that the absence of systematized, user-centered communication strategies compromises the effectiveness of healthcare, directly affecting the autonomy and experience of those receiving care. A qualitative approach was adopted to investigate this issue, grounded in action research (Stringer, 1996), which enables the articulation of intervention and critical reflection in the empirical field. Additionally, participant observation (Minayo, 2001), per methodological guidelines, was employed to promote reflective immersion in the institutional daily life of the UPA, enabling systematic monitoring of communication practices. Data collection and organization were conducted using a field diary, an essential tool for detailed recording of the interactions and contexts observed. Data interpretation, in turn, followed the Content Analysis methodology (Bardin, 2016), which enabled the identification, categorization, and inference of latent and explicit meanings in communication practices, emphasizing their political, social, and symbolic dimensions. The results demonstrate that communication at the Parque Vitória UPA is conditioned by a technical-productivist model, characterized by fragmented flows, limited listening, and a lack of pedagogical mediation. These elements impact the user experience, restricting their ability to participate in and understand care. Based on habitus and health literacy concepts, the analysis demonstrates that these communication practices express social and institutional dispositions that reproduce inequalities and compromise the right to communication, a right guaranteed by legal instruments and international treaties. In addition to its findings and reflections, this study also served as the foundation for the development of the Guidelines for Communication and Health Care, as it highlights the need for communication qualification involving the institutionalization of reception and qualified communication protocols, the continuous training of multidisciplinary teams, and the production of accessible and contextually relevant informational materials, themes that are addressed in the guide. Strengthening dialogue, active listening, and user engagement are essential conditions for implementing the principles of comprehensiveness, humanization, and social justice in the SUS. Thus, this dissertation contributes to a critical understanding of communication tensions in the context of emergency and urgent care units, while also providing support for the formulation of public policies that promote a more democratic, inclusive, and equitable health system, in line with constitutional precepts and the contemporary challenges of health communication.

Keywords: Public communication; Communication and health; Participant observation; Right to communication; Guidelines for Communication and Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS).....	17
Figura 2 – Protocolo de Manchester para a Classificação de Risco.....	31
Figura 3 – Número de atendimentos por classificação de risco na UPA do Parque Vitória.	32
Figura 4 – Localização da UPA do Parque Vitória.	36
Figura 5 – Definição dos portes das UPAS.	37
Figura 6 – Planta da UPA do Parque Vitória.....	39
Figura 7 – Tipos de observação participante.	47
Figura 8 – Número de atendimentos por classificação de risco na UPA do Parque Vitória de fevereiro a maio de 2025.	62
Figura 9 - Capa do Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado em Saúde.....	83
Figura 10 - Página de Considerações finais do Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado em Saúde.	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios do SUS.....	16
Quadro 2 – Responsabilidades dos entes que compõem o SUS.....	18
Quadro 3 – Eixos e perguntas para análise.....	48
Quadro 4 – Categorias de análise e justificativas.	50
Quadro 5 – Regras para a classificação das categorias.	54
Quadro 6 – Codificação.....	65
Quadro 7 – Descrição das categorias e códigos associados.	66
Quadro 8 – Quadro síntese dos eixos, categorias empíricas, codificação, categorias agrupadas.	67
Quadro 9 – Quadro síntese das categorias, evidências e significados.....	69
Quadro 10 - Análise "Acolhimento e escuta qualificada"	71
Quadro 11 - Análise "Demandas não solucionadas"	71
Quadro 12 - Análise "Clareza informacional"	72
Quadro 13 - Análise "Letramento e autonomia"	72
Quadro 14 - Análise "Comunicação interprofissional e cultura organizacional"	73
Quadro 15 - Análise "Conflitos e barreiras"	73
Quadro 16 - Análise "Percepção de empatia"	74
Quadro 17 - Análise "Reclamações"	74

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DEPGI	Diretoria Executiva de Planejamento, Governança e Inovação
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EMSERH	Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares
IBSP	Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente
MA	Estado do Maranhão
NOMIC	Nova Ordem Mundial da Informação e Comunicação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	COMUNICAÇÃO E SAÚDE COMO DIREITOS.....	15
2.1	Relatório MacBride ao SUS: trajetórias políticas do direito de comunicar	19
3	COMUNICAÇÃO, SEGURANÇA DO PACIENTE E PRÁTICAS DE CUIDADO NO SUS.....	25
3.1	Letramento em saúde e humanização do diálogo: bases para o cuidado equitativo.....	29
4	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DO PARQUE VITÓRIA COMO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)	35
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
5.1	Procedimentos metodológicos	44
5.1.2	Levantamento bibliográfico	44
5.1.3	A técnica da observação participante.....	45
5.1.4	Diário de campo	47
5.1.5	Procedimento para análise de dados	51
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	61
6.1	Fase 1: Pré-análise	63
6.2	Fase 2: Exploração do material	65
6.3	Fase 3: Tratamento dos resultados e interpretação	68
6.4	Resultados qualitativos.....	70
6.5	Análise dos resultados	75
7	ANÁLISES E RECOMENDAÇÕES	78
7.1	O Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidados em Saúde	80
7.2	Material desenvolvido	93
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	96
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	102
	APÊNDICE A – Diário de Campo.....	105
	APÊNDICE B – Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado em Saúde.....	132

1 INTRODUÇÃO

A comunicação eficaz nas unidades de saúde configura-se como um dos principais desafios enfrentados pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nas unidades de atendimento de urgência e emergência. Embora o SUS esteja orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, a prática cotidiana revela lacunas significativas na forma como o processo de comunicação é estabelecido nas instituições por meio de seus profissionais e os usuários.

Muitas vezes, os fluxos comunicacionais não asseguram que os dados e orientações sobre o funcionamento dos serviços estejam submetidos à lógica do letramento funcional em saúde¹, ou seja, estejam disponíveis de maneira clara, acessível e adequada à diversidade sociocultural e educacional da população atendida. Esse cenário impacta diretamente na experiência dos usuários, contribuindo para sentimentos como insegurança, frustração e descontinuidade do cuidado, especialmente em momentos de maior vulnerabilidade como nas situações de urgência e emergência.

O crescimento expressivo da demanda por este tipo de serviço (urgência e emergência) nas últimas décadas reflete não apenas o aumento dos índices de acidentes e da violência urbana, mas também a insuficiência histórica da atenção básica e da rede de cuidados continuados no Brasil. Conforme aponta o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), a precariedade da estrutura de atendimento tem provocado a sobrecarga das unidades de urgência, transformando essa porta de entrada em uma das mais problemáticas do sistema de saúde brasileiro.

Dados disponibilizados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais² (SIA/SUS), através do DATASUS, evidenciam a magnitude do problema: entre 2022 e novembro de 2024, foram registrados 388.505.836 atendimentos de urgência em todo o país. Desse total, a região Nordeste respondeu por 112.789.521 atendimentos, dos quais aproximadamente 19% foram realizados no estado do Maranhão, uma média anual de mais de 21 milhões de atendimentos.

Esse expressivo volume de atendimentos revela, por um lado, a elevada procura por serviços de urgência e emergência e, por outro, os limites da rede em garantir uma assistência

¹Competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação em meios que promovem e mantêm uma boa saúde (Who, 1998, p.10).

²Atendimentos filtrados no sistema *tabnet*, classificados de acordo com os seguintes códigos de procedimentos: 0301060029 – Atendimento de urgência com observação de até 24 horas em atenção especializada; 0301060037 – Atendimento de urgência em atenção básica; 0301060045 – Atendimento de urgência em atenção primária com observação de até 8 horas; 0301060053 – Atendimento de urgência em atenção primária com remoção; 0301060061 – Atendimento de urgência em atenção especializada.

contínua, articulada e humanizada. A fragmentação dos serviços e a escassez de informações acessíveis sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) não apenas reforçam esses entraves, como também dificultam o percurso dos usuários pelo sistema. Nesse cenário, destaca-se a importância da comunicação como elemento estruturante do cuidado em saúde. Mais do que a simples transmissão de mensagens, a comunicação deve ser compreendida como um processo interativo, transversal e estratégico, capaz de mediar relações, construir vínculos e facilitar a navegação dos usuários pelos diferentes pontos da rede.

A esse respeito, Freire (2002, p. 69) propõe uma perspectiva emancipadora da comunicação, ao afirmar que “a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”. Tal compreensão implica reconhecer no contexto da saúde, a comunicação como um espaço de mediação simbólica, em que distintos saberes, técnicos, populares, empíricos se entrecruzam e se ressignificam. Donato e Gomes (2010) destacam que a educação em saúde deve ser vista como “um jogo de vários saberes”, constituindo práticas e reflexões que envolvem a relação entre comunicação, cuidado e cidadania no âmbito da saúde pública.

Apesar da existência de dispositivos legais e normativos que reconhecem o direito à informação em saúde, como a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada em 2009 e atualizada posteriormente (Brasil, 2011), observa-se uma distância significativa entre os preceitos legais e a realidade vivenciada pelos usuários nas unidades de saúde. As dificuldades comunicacionais são particularmente acentuadas quando se considera o perfil heterogêneo da população atendida, que inclui pessoas com diferentes níveis de escolaridade, culturas, línguas e condições de saúde, além de usuários com deficiências sensoriais e cognitivas. Isso exige não apenas o uso de uma linguagem acessível, mas também a adoção de formatos e estratégias comunicacionais que estejam adequados aos cenários.

A comunicação ineficaz nos serviços de saúde, especialmente nos ambientes de urgência e emergência, pode comprometer a continuidade do cuidado e dificultar o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Como aponta França (2008) a qualidade da comunicação tem papel central na construção de relações de confiança, no reconhecimento das necessidades de cuidado e na promoção de uma atenção verdadeiramente integral. A ausência de informações claras e contextualizadas pode levar os usuários a buscar unidades inadequadas para suas demandas, o que resulta na superlotação dos serviços de maior complexidade e na sobreposição de encaminhamentos desnecessários.

Diante desse cenário, esta pesquisa aprovada pelo Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP/UFMA) por meio do Parecer Consubstanciado

(CAAE) nº 86490725.8.0000.5087 (Anexo A), tem como objetivo central elaborar um guia de recomendações comunicacionais voltadas à qualificação do diálogo entre profissionais de saúde e usuários da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória, localizada em São Luís/MA. A proposta busca fortalecer o direito à comunicação como dimensão constitutiva do cuidado em saúde, contribuindo, assim, para a ampliação da escuta, da humanização e da efetividade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

A realização desta pesquisa foi impulsionada por observações sistemáticas desenvolvidas no contexto das atividades profissionais do pesquisador, atualmente vinculado à Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares³ (EMSERH), na função de gerente de planejamento junto à Diretoria Executiva de Planejamento, Governança e Inovação (DEPGI). No exercício de suas atribuições institucionais, que incluem o acompanhamento e a análise de processos assistenciais e administrativos, foi possível identificar padrões e desafios relacionados à comunicação entre profissionais de saúde e usuários, especialmente em contextos de urgência e emergência.

Essas evidências empíricas suscitaram questionamentos e hipóteses que fundamentam o desenvolvimento deste estudo, voltado à compreensão crítica das práticas comunicacionais e à proposição de estratégias que a qualifiquem no âmbito da Rede de Urgência e Emergência (RUE). A pesquisa, assim, articula experiência técnica e reflexão teórica, buscando contribuir para o fortalecimento do direito à comunicação e à saúde no SUS.

A proposta parte da hipótese de que a ausência de estratégias comunicacionais sistematizadas e centradas no usuário na UPA do Parque Vitória pode comprometer a efetividade do cuidado, contribuindo para ruídos na interação entre usuários e profissionais de saúde. Pressupõe-se que a qualificação do diálogo, com base em princípios da comunicação eficaz em saúde, pode fortalecer a humanização do atendimento, a escuta qualificada e a resolutividade das ações na Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Para isso, foram analisadas as formas como esse usuário se comporta ao adentrar a UPA do Parque Vitória, como ele se relaciona com as informações disponíveis e outros aspectos. A investigação adotou uma abordagem qualitativa e metodológica baseada na pesquisa-ação

³A EMSERH, conforme o Decreto Estadual nº 39.529, é responsável pela administração de diversas unidades da rede pública estadual de saúde do Maranhão, incluindo hospitais, policlínicas, centros especializados e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), entre as quais se encontra a UPA do Parque Vitória, campo empírico desta investigação.

defendida por Stringer (1996), combinando observação participante em Minayo (2001) com o uso do diário de campo e análise de conteúdo proposto por Bardin (2016).

No capítulo 2, aborda-se a institucionalização do SUS a partir dos princípios da universalidade, equidade e participação, destacando a comunicação como direito fundamental para o cuidado em saúde, conforme preceitua Paim (2008) e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2011). O Relatório MacBride (UNESCO, 1983) reconhece a comunicação como direito humano, reforçado por Araújo e Cardoso (2007) e Murtinho (2012), que enfatizam sua centralidade para o acesso à informação e a participação social no SUS.

No capítulo 3, a comunicação é discutida como direito essencial à segurança do paciente, especialmente em contextos como as UPAs, onde desigualdades institucionais e culturais podem influenciar na qualidade do cuidado humanizado. A importância da comunicação eficaz é reforçada pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004; 2009) e por estudos que apontam falhas comunicacionais como causas frequentes de eventos adversos (Santos *et al.*, 2017; Olino *et al.*, 2019).

O capítulo 4 apresenta a UPA do Parque Vitória como componente estratégico da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, responsável pela estabilização clínica e pelo acolhimento com classificação de risco, conforme os dispositivos do Ministério da Saúde (Brasil, 2011b; 2017). No capítulo 5, é apresentado o percurso metodológico da pesquisa, que adota abordagem qualitativa, com base na pesquisa-ação e na observação participante realizada na UPA do Parque Vitória, em São Luís/MA. Os dados foram sistematizados em diário de campo e analisados por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 2016), com o objetivo de compreender as práticas comunicacionais no contexto das urgências e embasar a formulação de recomendações para a qualificação da comunicação em saúde.

O capítulo 6 apresenta os principais resultados da pesquisa, que serviram de base para o desenvolvimento do capítulo 7, no qual é exposto um guia de recomendações voltadas à comunicação e aos cuidados em saúde. A análise dos achados evidencia que os desafios comunicacionais enfrentados no cotidiano da UPA do Parque Vitória não são pontuais ou meramente operacionais, mas estão diretamente vinculados a um contexto mais amplo de disputas simbólicas, formulação de políticas públicas e efetivação de direitos. Nesse sentido, torna-se necessário aprofundar a compreensão da comunicação e da saúde como dimensões constitutivas da cidadania, reconhecendo-as não apenas como serviços ou instrumentos técnicos, mas como direitos fundamentais.

2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE COMO DIREITOS

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), também conhecida como Constituição Cidadã⁴, representa um marco fundamental no processo de redemocratização do Brasil. Ela instituiu um novo paradigma de cidadania e promoveu a ampliação dos direitos sociais em um país historicamente marcado por profundas desigualdades sociais, econômicas e culturais. Promulgada sob a liderança de Ulysses Guimarães (1916–1992), então presidente da Assembleia Nacional Constituinte (1987–1988), a nova Carta Magna simbolizou uma ruptura com o regime autoritário anterior, estabelecendo as bases para um Estado democrático de direito, comprometido com a justiça social, a participação popular e o reconhecimento de novos direitos.

A cidadania, nessa perspectiva, não se restringe aos direitos civis e políticos clássicos, mas se amplia para abarcar direitos sociais, econômicos, culturais e ambientais, conformando um processo histórico e socialmente construído. Como assinala Coutinho (2000), a cidadania significa a soberania popular em ação: a capacidade de os indivíduos se apropriarem dos bens socialmente produzidos e participarem ativamente da vida pública.

Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso da democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado (Coutinho, 2000, p.50). Para Abreu (2008), essa concepção exige o reconhecimento da cidadania como condição material e subjetiva, incorporando aspectos de pertencimento social, identitário e cultural que extrapolam a formalidade do ordenamento jurídico:

A institucionalização dos direitos sociais na Constituição de 1988 (Brasil, 1988) tem expressão emblemática na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto das lutas do Movimento da Reforma Sanitária e das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. O SUS materializa o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme o artigo 196 da Carta Magna (Brasil, 1988), incorporando princípios como universalidade,

⁴De acordo com o Tribunal Regional Eleitoral do Paraná, este nome, tido como popular, foi dado à Constituição Federal do Brasil promulgada em 1988. É chamada por marcar um período de redemocratização no país, após anos de regime militar, e por ampliar significativamente os direitos e garantias individuais e sociais dos cidadãos brasileiros (TRE-PR, 2025)

equidade e integralidade, que exigem não apenas o acesso aos serviços, mas também a articulação de ações intersetoriais voltadas aos determinantes sociais da saúde (DSS)⁵.

A conformação do SUS resulta de um processo político e social protagonizado por movimentos sociais, intelectuais, profissionais da saúde e atores políticos comprometidos com a democratização e com a universalização do direito à saúde. A partir da década de 1970, durante a ditadura civil-militar (1964–1985), emergiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que propôs profundas transformações no setor, superando o modelo previdenciário vigente. Esse movimento, articulado a outras lutas sociais, defendia uma concepção ampliada de saúde, compreendida como resultante das condições de vida e não apenas da ausência de doenças (Paim, 2008).

A Reforma Sanitária incorporou o debate sobre os determinantes sociais da saúde, propondo mudanças estruturais que ultrapassavam os limites do setor, e implicavam a reorganização das políticas públicas sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade (Quadro 1).

Quadro 1 – Princípios do SUS.

UNIVERSALIDADE	EQUIDADE	INTEGRALIDADE
A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.	O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.	Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), adaptado de Brasil (1988).

Um dos marcos institucionais mais relevantes desse processo foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986 (Figura 1), considerada um ponto de

⁵Os DSS são determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde entre os países e internamente. Eles incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente (OMS, 2018).

inflexão na história das políticas públicas de saúde no Brasil. Pela primeira vez, a sociedade civil teve participação efetiva em uma conferência nacional, discutindo e aprovando diretrizes que viriam a subsidiar a formulação da política pública de saúde a ser incorporada pela Constituição de 1988 (Escorel, 1999).

Figura 1 – 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS).



Fonte: Brasil (2019).

Presidida pelo sanitarista Sergio Arouca⁶ (1941–2003), a 8ª CNS firmou a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, estabelecendo pilares como a reformulação do sistema nacional de saúde, a ampliação do financiamento e o fortalecimento do controle social. O relatório final da conferência foi fundamental para o artigo 196 da Constituição Federal:

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).

A institucionalização do SUS se deu por meio das Leis nº 8.080/1990 (Brasil, 1990a),

⁶O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado "movimento sanitarista", que mudou o tratamento da saúde pública no Brasil. A consagração do movimento veio com a Constituição de 1988, quando a saúde se tornou um direito inalienável de todos os cidadãos, como está escrito na Carta Magna: "A saúde é direito de todos e dever do Estado" (FIOCRUZ, 2025).

conhecida como Lei Orgânica da Saúde e nº 8.142/1990 (Brasil, 1990b). A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 1990a). Já a segunda estabelece as bases da participação popular na gestão do sistema por meio de conselhos e conferências de saúde, além de disciplinar as transferências intergovernamentais de recursos (Brasil, 1990b). Juntas, essas leis materializam os princípios da reforma sanitária e estruturam um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

Os princípios da universalidade, integralidade e equidade (estruturantes do SUS), se articulam ainda com os chamados, princípios organizativos⁷, que envolvem a regionalização, a hierarquização, a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade na gestão. O sistema é estruturado de forma tripartite, com responsabilidades compartilhadas entre a União, os Estados e os Municípios, conforme definido na Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Quadro 2).

Quadro 2 – Responsabilidades dos entes que compõem o SUS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.	Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite para aprovar e implementar o plano estadual de saúde	Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), adaptado de Brasil (1988).

⁷**Descentralização:** Consiste na distribuição de responsabilidades e recursos entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal). Isso permite que cada esfera de governo atue de acordo com suas especificidades e necessidades locais, buscando maior autonomia e eficiência na gestão dos serviços de saúde. **Regionalização:** Organiza a assistência à saúde em regiões, levando em conta as características epidemiológicas e demográficas de cada área. Essa estratégia visa garantir que os serviços de saúde sejam ofertados de forma mais adequada às necessidades da população local, evitando a sobrecarga em determinados pontos e a falta de atendimento em outros. **Hierarquização:** Estabelece uma estrutura de níveis de complexidade crescente nos serviços de saúde, desde a atenção básica (postos de saúde) até os hospitais de alta complexidade. Essa organização permite que os casos sejam atendidos no nível adequado, otimizando o uso dos recursos e evitando encaminhamentos desnecessários. **Participação social:** Envolve a participação da comunidade na gestão e no controle do SUS. Isso se dá através de conselhos de saúde, conferências e outras instâncias de participação popular, que permitem aos cidadãos influenciarem nas decisões sobre a saúde e fiscalizarem o funcionamento do sistema (Brasil, 1990, grifo nosso).

Um outro instrumento que auxilia essa consolidação da cidadania no campo da saúde é a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2011). O documento estabelece algumas garantias como o acesso ordenado aos serviços, o acolhimento humanizado, o respeito às diferenças, a participação nos processos decisórios e o direito à informação:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (Brasil, 2011a).

Ao longo de sua trajetória, o SUS tem buscado consolidar uma política pública comprometida com a dignidade humana e com a justiça social, enfrentando desafios estruturais como o subfinanciamento crônico, as desigualdades regionais e a fragmentação das redes de atenção. Ainda assim, permanece como uma conquista civilizatória da sociedade brasileira, cujo legado é constantemente reafirmado nas lutas cotidianas por um sistema de saúde público, universal e democrático. Essas diretrizes demonstram que saúde não se restringe à assistência médica, envolve o exercício dos direitos humanos e sociais, entre os quais se destaca o direito à comunicação:

A comunicação se encontra com a saúde em várias dimensões:

[...] A interface entre comunicação e saúde é equivalente e complementar, cada campo com suas especificidades [...] Equivalência porque são campos autônomos; complementaridade porque, uma vez conectados, uma passa a ser condição de existência do outro. (Vasconcelos, *et al.*, 2016).

Nesse sentido, o direito à saúde não pode prescindir da efetivação do direito à comunicação como dimensão constitutiva da cidadania democrática e da gestão participativa no SUS. O direito à comunicação, ainda que não reconhecido explicitamente como direito fundamental no texto constitucional, é pressuposto para o exercício de outros direitos e para a ampliação da esfera pública. A comunicação se apresenta, assim, não apenas como meio, mas como direito em si, fundamental para a construção da subjetividade cidadã e da capacidade de intervir politicamente na sociedade.

2.1 Relatório MacBride ao SUS: trajetórias políticas do direito de comunicar

Historicamente, a defesa do direito à comunicação como direito humano esteve

vinculada a movimentos e debates internacionais impulsionados pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), especialmente nas décadas de 1960 e 1970. Nesse contexto, uma contribuição relevante foi a de Jean D’Arcy, que propôs a ampliação do artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), incluindo o direito de se comunicar:

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. (ONU, 1948).

Tal proposta alcançou maior visibilidade com a elaboração do Relatório MacBride, formalmente publicado sob o título “*Many voices, one world*” e traduzido no Brasil, pela UNESCO em 1983, como “Muitas Vozes, Um Só Mundo”. O documento consolidou a reflexão em torno da comunicação como direito humano fundamental. Nesse contexto, destaca-se a contribuição de Sean MacBride (1904–1988) e, de modo particular, de Jean d’Arcy, que, à época em que atuava como diretor dos Serviços Visuais e de Rádio no Escritório de Informação Pública da Organização das Nações Unidas (ONU), foi um dos primeiros a defender a formulação de um direito humano que ultrapassasse os limites tradicionais da liberdade de expressão. Como afirmou em sua célebre declaração: “Hoje em dia parece possível um novo passo adiante: o direito do homem à comunicação” (UNESCO, 1983, p. 290-291).

No entanto, à época, o debate em torno dessa proposição se concentrou majoritariamente em uma dimensão política, pouco avançando no campo científico ou conceitual. Até o final da década de 1980, a UNESCO deixou de utilizar, em suas resoluções gerais, expressões como “Nova Ordem Econômica Internacional”, “Nova Ordem Mundial da Informação e Comunicação” e “direito à comunicação” ou “direito de comunicar”, sem que houvesse, até então, uma formulação teórica consensual sobre o conceito.

Como observa Fisher (1982), as discussões sobre liberdade de informação e livre fluxo de informações, conduzidas no âmbito da ONU e da UNESCO, foram progressivamente atravessadas por tensões ideológicas e disputas políticas, o que dificultou o avanço em torno da noção de direito à comunicação:

A ONU e a UNESCO, com suas discussões sobre a liberdade de informação e o livre fluxo de informação que continham muitos dos mesmos elementos, como o direito de comunicar, logo se viram embaraçadas em manobras ideológicas e políticas conflitantes. Seria útil alguma maneira de romper o impasse. O direito de comunicar parecia, aos olhos de alguns, propiciar esta

formulação. Para outros, porém, era uma complicação: [...] Muitas das pessoas que já estavam engajadas nos estudos e debates da ONU sobre a liberdade de informação e sobre o livre fluxo de informação reacearam que a introdução do novo conceito confundiria e procrastinaria suas deliberações. (Fisher, 1982, p. 28).

Dessa forma, o conceito de direito à comunicação emergiu em meio a disputas político-diplomáticas, ainda carente de uma sistematização teórica robusta e de consenso internacional em sua definição e operacionalização. Contudo, durante a 19ª Conferência Geral da UNESCO, realizada em Nairóbi (Quênia) em 1976, foi delineado um panorama das questões da comunicação no mundo, culminando na criação de uma Comissão Internacional presidida por Sean MacBride (1904–1988) e integrada por especialistas como Gabriel García Márquez e outros. Entre 1977 e 1979, essa comissão elaborou o Relatório MacBride, que denunciava o desequilíbrio na distribuição da informação global e a concentração dos meios de comunicação. Propunha, ainda, a construção de uma Nova Ordem Mundial da Informação e Comunicação (NOMIC), com base em justiça, equidade e participação democrática.

[...] Considerando que o desequilíbrio das correntes de informação se acentuam cada vez mais, no plano internacional, apesar do desenvolvimento das infraestruturas da comunicação; Consciente de que a atual ordem da comunicação o mundo está distante de ser satisfatória; Recordando a Declaração sobre os princípios fundamentais relativos à contribuição dos meios de comunicação de massa ao fortalecimento da paz e da compreensão internacional, a promoção dos Direitos Humanos e a luta contra o racismo, o apartheid e a incitação à guerra; 1. Aprova os esforços tendentes ao estabelecimento de uma nova ordem mundial da informação e da comunicação mais justo e equilibrado. (UNESCO, 1978).

O relatório reconhece o direito à comunicação como um direito humano amplo, que transcende o acesso à informação e enfatiza a participação ativa de todos os sujeitos. Destaca também a necessidade de democratização dos meios de comunicação, especialmente na América Latina, onde predominavam estruturas midiáticas concentradas e alinhadas a regimes autoritários. O Relatório MacBride evidencia desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento no campo da comunicação.

Entre seus principais pontos, destacam-se:

(I) A desigualdade na comunicação: A crítica à concentração de poder e recursos na mídia, que favorece os países ricos e marginaliza as vozes dos países em desenvolvimento; (II) – A diversidade cultural: A promoção da diversidade cultural e a proteção de identidades culturais em um mundo cada vez mais globalizado; e (III) – O direito à informação: A defesa do direito de

todos os povos de terem acesso à informação e à comunicação, considerando isso fundamental para o desenvolvimento social e econômico. (UNESCO, 1983).

O relatório representa um marco ao problematizar o modelo vertical e concentrado das indústrias culturais, que restringe a participação dos públicos na definição das agendas comunicacionais. Ao propor a democratização da comunicação, reivindica-se a ampliação das capacidades técnicas e institucionais dos países periféricos, aproximando-se de estratégias desenvolvimentistas como as defendidas pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)⁸. Entretanto, vai além, ao reivindicar uma nova ordem comunicacional sustentada por princípios de equidade, soberania informacional e cidadania comunicativa.

Nesse sentido, o direito à comunicação deve ser articulado não apenas como garantia individual, mas como prerrogativa coletiva e geopolítica. Trata-se de instrumento estratégico para o reequilíbrio das trocas simbólicas e materiais entre centro e periferia. Na perspectiva do Relatório MacBride, o direito à comunicação configura-se como disputa política por reconhecimento e redistribuição, sendo um direito social de difícil operacionalização, mas imprescindível para uma cidadania global pautada pela equidade entre povos e nações. Em síntese, a comunicação é compreendida como um direito estruturante das relações sociais, políticas e econômicas, sua democratização é condição necessária para o enfrentamento das desigualdades globais, exigindo políticas públicas, marcos regulatórios e práticas comunicacionais que promovam pluralidade de vozes, justiça cognitiva e horizontalidade nas trocas simbólicas.

Embora ainda atual, o relatório deve ser contextualizado à luz das transformações políticas, econômicas e tecnológicas das últimas décadas. O direito à comunicação, consagrado em tratados internacionais, assegura a liberdade de buscar, receber e difundir informações, incluindo aquelas relacionadas à saúde. Quando cidadãos têm acesso a informações de saúde transparentes e acessíveis, podem se tornar mais aptos a tomar decisões conscientes, prevenindo doenças, aderindo a tratamentos e promovendo práticas saudáveis.

No cenário da saúde brasileira, a Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde que dispõe sobre “os direitos e deveres dos usuários da saúde”, reforça esse entendimento ao afirmar que o direito à informação clara, acessível e respeitosa é componente essencial do cuidado e da cidadania em saúde (Brasil, 2009). O documento aponta que os usuários têm direito a receber

⁸É um dos órgãos regionais da Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 1948 com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento econômico da América Latina (posteriormente incluindo o Caribe) e promover a integração regional.

informações sobre seu estado de saúde, os procedimentos e serviços disponíveis, além de poderem expressar dúvidas, sugestões e reclamações de forma acolhida e considerada pelas instituições de saúde.

Stevanim e Murtinho (2021) afirmam que a comunicação, entendida como direito fundamental, constitui um eixo estruturante das políticas públicas de saúde. Ao fomentar a escuta qualificada, o diálogo entre saberes e a participação ativa dos sujeitos, a comunicação contribui para a construção de um SUS plural, inclusivo e comprometido com a justiça social. Para os autores, [a comunicação] “deve ser integrada de forma transversal à gestão e à organização do sistema, visando ampliar a capacidade de resposta às necessidades reais da população”.

Nesse mesmo sentido, Murtinho (2012) argumenta que os processos comunicacionais, orientados por valores democráticos, rompem com a tradição autoritária historicamente presente nas relações entre Estado e sociedade. A partir de uma crítica ao modelo midiático hegemônico, centralizado, excludente e mercantilizado, o autor defende a urgência de políticas de comunicação pública que reconheçam a diversidade cultural, a pluralidade de vozes e a mediação de conflitos como fundamentos da saúde enquanto bem comum.

Complementando esse debate, Araújo e Cardoso (2007) propõem uma concepção ampliada do campo Comunicação e Saúde (C&S), compreendendo-o como espaço simbólico e sociodiscursivo em constante disputa e negociação. Para as autoras, os sentidos atribuídos à saúde e ao cuidado são socialmente construídos, ou seja, a comunicação deixa de ser compreendida apenas como instrumento e passa a ser analisada como dimensão substantiva da atenção, com impactos diretos na qualidade, na integralidade e na efetividade das ações em saúde. As autoras destacam a coexistência de múltiplos paradigmas comunicacional, informacional, dialógico e participativo que influenciam as práticas no SUS. A concepção polifônica, inspirada na filosofia da linguagem de Bakhtin (2006)⁹, assume centralidade ao reconhecer que a relação comunicação e saúde é composta por uma multiplicidade de vozes e posições sociais que se confrontam e se negociam nos espaços institucionais e comunitários.

⁹ Segundo Bakhtin (2006), a polifonia é parte essencial de toda enunciação, já que em um mesmo texto ocorrem diferentes vozes que se expressam, e que todo discurso é formado por diversos discursos. O que caracteriza a polifonia é a posição do autor como regente do grande coro de vozes que participam do processo dialógico” (Bezerra, 2005, p. 194). Conforme Grillo (2005, p. 1164), as noções de dialogismo e de polifonia estão entre as principais contribuições dos trabalhos de Bakhtin e de seus parceiros, mas não se pode esquecer que a relação de contradição é um dos aspectos constitutivos da polifonia em Bakhtin: “não basta que haja diversas vozes, antes é preciso que elas se constituam, por meio do diálogo, em pontos de vista contraditórios” (Grillo, 2005, p. 1165). “Se a sociedade é dividida em grupos sociais, com interesses divergentes, então os enunciados são sempre o espaço de luta entre vozes sociais, o que significa que são inevitavelmente o lugar da contradição.

Essa abordagem dialoga diretamente com os princípios organizativos do SUS, ou seja, a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social, ao situar a comunicação como elemento fundamental para a construção de vínculos, acolhimento das singularidades e fortalecimento do cuidado como prática relacional. A escuta ativa, o respeito à diversidade e a valorização dos saberes populares são estratégias essenciais para o enfrentamento das iniquidades que atravessam o sistema de saúde brasileiro.

O reconhecimento da comunicação como direito impõe o enfrentamento de desafios estruturais, como a concentração dos meios, a fragilidade das instâncias participativas, a precarização do trabalho e a baixa institucionalização das políticas comunicacionais no SUS. Como apontam Araújo e Cardoso (2007), transformar as práticas comunicacionais requer não apenas inovação técnica, mas também compromisso ético-político com a democracia, a dignidade humana e a justiça social. O fortalecimento da comunicação como direito no campo da saúde exige, portanto, uma abordagem crítica, interdisciplinar e voltada à emancipação dos sujeitos. Compreendida como espaço de mediação, disputa de sentidos e produção de cidadania, a comunicação emerge como pilar essencial para a consolidação de um sistema público de saúde justo, equânime e humanizado.

A comunicação eficaz no sistema de saúde pode, portanto, contribuir para a redução de desigualdades, qualificação do atendimento e fortalecimento da participação social, assegurando que todas as pessoas, independentemente de sua condição socioeconômica, usufruam plenamente do direito à saúde. Promover ambientes comunicacionais estruturados, com informações claras e acessíveis, pode fortalecer a autonomia dos indivíduos e a efetivação da saúde como direito humano fundamental.

3 COMUNICAÇÃO, SEGURANÇA DO PACIENTE E PRÁTICAS DE CUIDADO NO SUS

A relação comunicação e saúde, quando compreendida para além de sua dimensão técnica e instrumental, configura-se como um elemento constitutivo do cuidado e um dos pilares da segurança do paciente nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu potencial emancipador, no entanto, é frequentemente limitado por contextos institucionais marcados por racionalidades burocráticas, fluxos produtivistas e lógicas verticalizadas de poder, que podem interferir diretamente na qualidade da escuta, da informação e do vínculo entre profissionais e usuários.

No interior de unidades que realizam atendimentos de urgência e emergência, como nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), onde a busca por resolutividade imediata, a escassez de recursos e a sobrecarga de trabalho são cenários recorrentes, os momentos de interação comunicacional tornam-se tensionados por múltiplos fatores. Ainda que o Ministério da Saúde (Brasil, 2014) reconheça a comunicação como um dos eixos estratégicos para a segurança do paciente, sua implementação no cotidiano exige mais do que protocolos normativos: requer a transformação das condições materiais, culturais e simbólicas que atravessam os espaços institucionais.

Essa perspectiva dialoga com a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, que reconhece a comunicação como uma das diretrizes fundamentais para a produção do cuidado. A PNH propõe o fortalecimento de vínculos solidários, a escuta qualificada e o acolhimento como estratégias para democratizar as relações nos serviços de saúde e promover a corresponsabilização entre profissionais, gestores e usuários (Brasil, 2004). Nesse contexto, comunicar-se é um ato político que implica reconhecer o outro como sujeito de direitos, com saberes e experiências legítimos.

Essa problematização encontra fundamento em autores como Giddens (1984), que propõe a teoria da estruturação para pensar a relação dialética entre estrutura e agência. As instituições de saúde, nesse sentido, não são apenas espaços onde o cuidado acontece, mas estruturas que moldam, condicionam e, ao mesmo tempo, são transformadas pelas ações dos sujeitos. A forma como os profissionais comunicam, acolhem ou silenciam está diretamente relacionada às normas, rotinas e hierarquias instituídas, mas também às possibilidades de agência que se abrem nas brechas do cotidiano.

Deste modo, ocorre então a reprodução das estruturas sociais e a transformação do sistema social em vigor. Assim, nas palavras do próprio Giddens (1978), as principais condições relevantes para a reprodução das estruturas são:

[...] as qualidades constitutivas dos atores sociais; a racionalização dessas qualidades em formas de atuação; as características não explicadas dos conjuntos de interação que provocam e permitem o exercício de tais capacidades, que podem ser analisadas em termos de elementos de motivação, e o que eu chamarei de “dualidade da estrutura”. (Giddens, 1978, p.109).

Como exemplo da reprodução das estruturas sociais, pode-se citar a própria comunicação. Os indivíduos se comunicam e, nesse processo, produzem transformações nas formas e sentidos da comunicação social ao mesmo tempo em que suas interações são moldadas por normas, convenções e códigos previamente estabelecidos. Dessa forma, a estruturação como produção das práticas revela-se um processo dinâmico, pelo qual as estruturas comunicacionais passam a existir e se reproduzem continuamente. A comunicação, portanto, funciona como estrutura e condição para a realização do diálogo social; mas é também ainda que de forma não intencional, resultado das interações comunicativas concretas (dualidade da estrutura).

Essa reprodução das estruturas sociais ocorre sempre por meio da atuação competente dos sujeitos na vida social. As estruturas tornam-se, assim, impessoais e relativamente independentes, existindo fora do tempo e do espaço específicos de cada ação, ainda que toda ação individual só possa ser concebida em sua concretude temporal e espacial. Desse modo, embora possam possuir uma trajetória histórica marcada por transformações, afirmar que as estruturas estão fora do tempo e do espaço significa reconhecer que elas não dependem da ação individual localizada, mas se atualizam por meio dela, mantendo-se relativamente estáveis e, ao mesmo tempo, sujeitas à mudança pelas práticas sociais cotidianas.

Complementarmente, Bourdieu (2009) contribui ao evidenciar que as práticas comunicacionais não emergem do acaso, mas são orientadas por *habitus*¹⁰, compreendido como disposições incorporadas ao longo da trajetória social dos sujeitos que dialogam com os capitais (cultural, simbólico, social) por eles mobilizados nos campos em que atuam. Dessa forma, tanto profissionais quanto usuários trazem consigo formas de perceber, interpretar e agir sobre o mundo, que influenciam diretamente suas expectativas, compreensões e atitudes no processo de cuidado.

Scott (2008) amplia esse olhar ao afirmar que as instituições não apenas organizam o comportamento, mas também regulam expectativas e produzem identidades. As culturas

¹⁰ “O *habitus* é um sistema de disposições duráveis, estruturadas e estruturantes, predispostas a funcionar como princípios geradores e organizadores de práticas e representações” (Bourdieu, 2009, p. 87).]

organizacionais de hospitais e unidades de pronto-atendimento, por exemplo, não são neutras: elas estabelecem modos de interação, definem o que é considerado legítimo ou desviante e moldam a própria noção de “cuidado adequado”. Tais elementos impactam diretamente a forma como a comunicação acontece, podendo favorecer o diálogo e a corresponsabilidade, ou, ao contrário, reforçar relações autoritárias, desumanizadas e excludentes.

No campo da comunicação e saúde, essa perspectiva ganha relevância ao se considerar que os processos comunicacionais não ocorrem em um vácuo neutro, mas estão atravessados por desigualdades sociais, níveis distintos de letramento em saúde e disputas simbólicas por reconhecimento e autoridade. Como argumenta Maingueneau (2005), os discursos são situados e co-constituídos pelos lugares sociais e pelas instituições que os autorizam, sendo os sentidos produzidos em função dos contratos de comunicação estabelecidos entre interlocutores desiguais.

Essa abordagem permite compreender que, para além das competências individuais, o letramento em saúde é também condicionado pelas formas de organização do cuidado, pelas práticas institucionais e pela cultura comunicacional das unidades de saúde, como as UPAs, que operam sob intensa pressão por resolutividade e enfrentam limitações de tempo, recursos e estrutura.

É nesse cenário que os marcos legais do SUS se tornam essenciais para afirmar a comunicação como um direito. A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), em seu artigo 196, ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, busca assegurar mediante políticas sociais e econômicas, ações que visem à redução do risco de doenças e agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços. A Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080 (Brasil, 1990a) reforça a promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando o direito à informação como elemento fundamental. Já a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2011), destaca o direito à informação clara, precisa e compreensível como condição para o exercício da autonomia e da participação cidadã no cuidado.

A comunicação, portanto, deve ser compreendida como direito fundamental dos usuários do SUS e como dimensão ética e política do cuidado. O desafio de promovê-la como ferramenta para a segurança do paciente exige o enfrentamento das assimetrias sociais e institucionais que atravessam os serviços de saúde. Para tanto, é necessário investir na construção de ambiências organizacionais que valorizem o acolhimento, o tempo de escuta e o reconhecimento da singularidade do outro, aspectos fundamentais para um cuidado centrado na pessoa (Vasconcelos *et al.*, 2016; Franco; Merhy, 2013).

Essa compreensão articula-se ainda com evidências contemporâneas que situam a comunicação efetiva e o trabalho integrado da equipe multiprofissional como elementos essenciais para garantir a qualidade e a segurança no atendimento ao paciente. A segurança do usuário da saúde configura-se, atualmente, como um dos principais desafios nos cuidados de saúde, sendo prioridade nas instituições que visam minimizar riscos e danos, assegurando o bem-estar do paciente. Para tanto, a adesão a protocolos estabelecidos e a promoção de uma comunicação clara e objetiva entre os profissionais de saúde tornam-se imprescindíveis na prevenção de erros assistenciais (Olinó *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2017).

A comunicação eficaz (tanto verbal quanto não verbal), é considerada uma das metas internacionais mais relevantes para evitar falhas ou eventos adversos evitáveis, além de ser um recurso terapêutico essencial no cuidado ao usuário (Santos *et al.*, 2017). Quando não é incentivada entre os membros da equipe multiprofissional, o trabalho em equipe pode ser comprometido, afetando diretamente a qualidade da assistência prestada (Perkowski *et al.*, 2022).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (Usuário), que, entre outras metas, destaca a melhoria da comunicação¹¹ entre os profissionais como prioridade estratégica (Olinó *et al.*, 2019). Tal iniciativa foi impulsionada por dados alarmantes publicados pelo Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) que indicam que cerca de 70% dos erros assistenciais têm origem em falhas de comunicação (IBSP, 2017). É fundamental, portanto, reconhecer que a comunicação desempenha um papel crucial na mediação das relações de cuidado, não apenas esclarecendo dúvidas dos usuários frente às suas condições clínicas, como também pode favorecer o estabelecimento de vínculos afetivos e de confiança, gerando impactos positivos na experiência do cuidado e nos desfechos terapêuticos.

A transformação desse contexto é condição indispensável para garantir o direito à comunicação, promover práticas de cuidado ético e construir um SUS que seja, de fato, inclusivo, democrático e centrado nas pessoas. Dessa forma, é interessante reconhecer a comunicação como um determinante social da saúde, o que implica não apenas ampliar o acesso à informação qualificada, mas também assegurar espaços de escuta, diálogo e participação cidadã. A articulação entre comunicação e saúde deve, portanto, ser considerada nos diferentes

¹¹ Meta 02- Melhorar a comunicação efetiva. Objetivo: Desenvolver uma abordagem para melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidado, estabelecendo uma comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor (Brasil, 2024).

níveis de atenção e gestão do SUS, especialmente nos espaços de cuidado onde se expressam, de forma intensa, as vulnerabilidades sociais e as urgências em saúde.

3.1 Letramento em saúde e humanização do diálogo: bases para o cuidado equitativo

A efetivação do direito à saúde, conforme instituído pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), pressupõe não apenas o acesso aos serviços, mas também a capacidade de os sujeitos se apropriarem das informações necessárias para exercer esse direito de forma plena. No SUS, esse princípio se articula com os valores da equidade, da universalidade e da participação social, conformando uma perspectiva ampliada de cuidado que reconhece a centralidade da comunicação nos processos de promoção da saúde. Nesse sentido, o conceito de letramento funcional em saúde emerge como dimensão estratégica para garantir o acesso qualificado à informação, o empoderamento dos usuários e a corresponsabilidade no cuidado.

O letramento em saúde refere-se à capacidade dos indivíduos de obter, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde para tomar decisões informadas acerca de seu bem-estar (Nutbeam, 2000). Em sua forma mais básica, o letramento funcional em saúde, trata-se da habilidade de ler, interpretar e utilizar informações escritas ou verbais relacionadas à saúde, como bulas de medicamentos, orientações médicas, formulários e campanhas educativas (Adams *et al.*, 2009).

Entretanto, essa competência vai muito além de uma dimensão técnica de leitura e interpretação. Ela é profundamente condicionada por fatores socioeconômicos, educacionais e culturais, os quais determinam as possibilidades de acesso, compreensão e uso da informação em contextos desiguais. Assim, o letramento em saúde deve ser compreendido não apenas como uma habilidade individual, mas como uma construção social e política, diretamente relacionada à justiça social, à equidade e à efetivação de políticas públicas de comunicação e educação em saúde. Sob essa perspectiva, o letramento em saúde é um processo contínuo, em permanente construção, que expressa o exercício da cidadania e o direito à informação.

No contexto brasileiro, pesquisas indicam que grande parte da população apresenta baixos níveis de letramento funcional, o que compromete a adesão ao tratamento, a compreensão de orientações clínicas e a autonomia no uso dos serviços de saúde (UNICEF, 2024). Esse quadro se agrava em situações de vulnerabilidade social, em que o acesso à informação é atravessado por desigualdades históricas, barreiras linguísticas e assimetrias de poder entre profissionais e usuários. Dessa forma, o letramento funcional em saúde configura-se como um fenômeno relacional e contextual, intrinsecamente ligado à maneira como as instituições produzem, mediam e compartilham sentidos no processo de cuidado.

É nesse ponto que o letramento funcional em saúde se conecta à comunicação como direito, conforme previsto na Constituição de 1988, na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), na Política Nacional de Humanização (PNH) e na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2011). A PNH (Brasil, 2004), enfatiza que “a valorização dos sujeitos no cuidado exige a escuta qualificada, o acolhimento e a corresponsabilidade como elementos centrais para a promoção de práticas de saúde humanizadas” (Brasil, 2004, p. 12). De igual modo, a Carta explicita o direito ao “acesso à informação clara, adequada e compreensível, e à participação ativa nas decisões relacionadas ao cuidado” (Brasil, 2011).

Estes elementos reforçam a concepção da comunicação não apenas como um instrumento técnico, mas como direito fundamental, intrinsecamente presente em todas as etapas do cuidado. Quando o acesso à informação é dificultado ou mediado por jargões técnicos, formatos inacessíveis ou posturas autoritárias, o direito à comunicação e à saúde torna-se esvaziado. Portanto, garantir o letramento funcional implica reconhecer a responsabilidade institucional de traduzir saberes, adaptar linguagens, promover mediações culturais e construir ambientes comunicacionais acolhedores, compreensíveis e participativos.

Além disso, segundo a abordagem crítica de Nutbeam (2000), o letramento em saúde pode ser dividido em três níveis: funcional, interativo e crítico. O primeiro corresponde à capacidade de lidar com informações básicas; o segundo envolve habilidades comunicativas mais complexas, incluindo o diálogo com profissionais e o entendimento de contextos; o terceiro diz respeito à capacidade de analisar criticamente as condições sociais que influenciam a saúde, sendo fundamental para a cidadania ativa. A promoção do letramento funcional, portanto, deve ser compreendida não apenas como etapa inicial, mas essencial, de um processo contínuo de democratização da informação e de fortalecimento do protagonismo dos usuários.

A consolidação do letramento funcional em saúde como uma diretriz estratégica para qualificar o cuidado e garantir direitos no âmbito do Sistema Único de Saúde implica considerar os diferentes cenários de atenção, inclusive os marcados pela agudização da demanda e pela pressão por resoluções imediatas. Nesse sentido, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), inseridas na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, configuram espaços críticos para a análise da comunicação em saúde como prática estruturante da relação entre usuários e serviços.

No que tange ao volume de atendimento que este perfil de unidade realiza, no ano 2024, por exemplo, a UPA do Parque Vitória, em São Luís/MA, registrou um total de 102.745 atendimentos (SISUPA, 2025), categorizados segundo o Protocolo de Manchester¹² (Figura 2).

Figura 2 – Protocolo de Manchester para a Classificação de Risco.

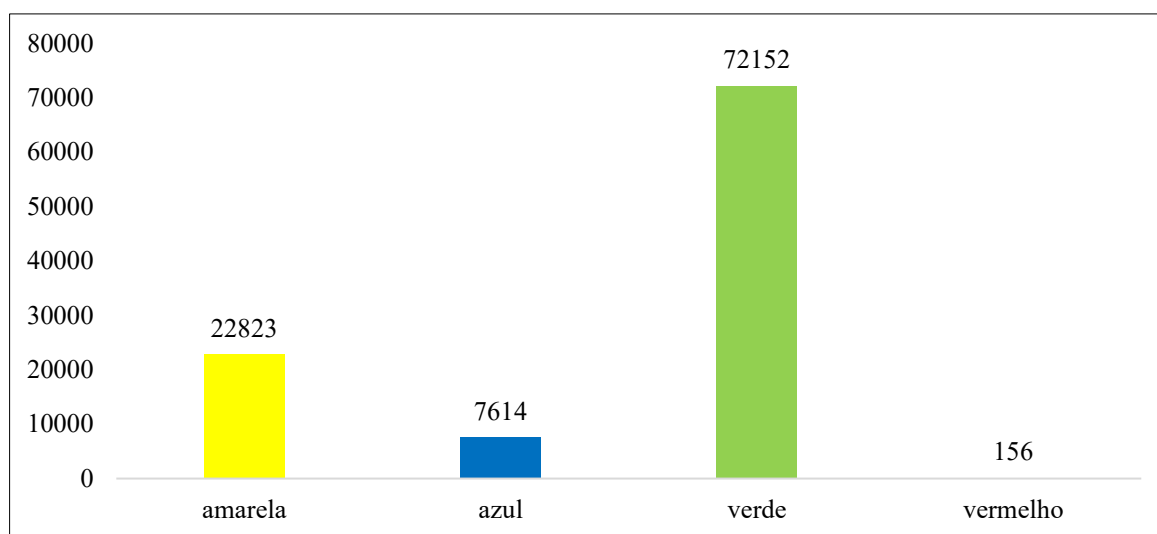


Fonte: Brasil (2022)

Do total de atendimentos, 72.152 foram classificados como casos de risco verde (pouco urgentes), 22.823 como amarelos (urgência moderada), 7.614 como azuis (sem urgência) e 156 como vermelhos (emergência com risco iminente de morte) (Figura 3). Esses dados revelam que mais de 70% dos usuários buscaram a unidade em situações que, embora não configurassem emergência clínica, indicam percepções subjetivas de urgência, medo ou necessidade imediata de atenção.

¹² A classificação de risco é utilizada no acolhimento hospitalar para se fazer uma avaliação inicial do usuário (paciente) e determinar a necessidade de um atendimento mais urgente. Esse método permite saber a gravidade do estado de saúde dos usuários (pacientes), seu potencial de risco, o grau de sofrimento, entre outras informações. No Brasil, a classificação mais comum é o Protocolo de Manchester, que utiliza cinco cores para identificar o grau de cada usuário (paciente). Geralmente, elas são: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. A cor vermelha representa os casos mais graves, e a azul, os mais leves (BRASIL, 2021).

Figura 3 – Número de atendimentos por classificação de risco na UPA do Parque Vitória.



Fonte: SISUPA (2025).

Diversos fatores contribuem para a recorrência de determinados comportamentos por parte dos usuários, para além das questões de natureza financeira, que poderiam possibilitar o acesso a outras unidades de saúde. A literatura especializada aponta, entre as causas extrínsecas da superlotação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), aspectos como fatores culturais, encaminhamentos indiscriminados de usuários para esses serviços e a maior acessibilidade proporcionada por essas unidades em comparação a outros pontos da rede assistencial (Marques; Lima, 2008). Cabe destacar que as UPAs são reconhecidas popularmente como serviços de “porta aberta”, o que implica a obrigatoriedade de acolhimento e atendimento imediato, independentemente da origem da demanda, impossibilitando a recusa de usuários.

Feijó *et al.* (2015), após a realização de um estudo com 1000 pacientes, afirmaram que em mais da metade dos casos, os usuários investigados não procuraram outro serviço de menor complexidade. Em função dessa realidade, é possível presumir que muitos desses casos poderiam ter sido resolvidos em unidades básicas de saúde, reduzindo, consequentemente, o tempo da espera para o atendimento em emergência.

Essa configuração tensiona a lógica de funcionamento das UPAs, ao mesmo tempo em que evidencia um ponto crítico na relação entre acesso, compreensão e utilização dos serviços de saúde. Muitos dos usuários classificados como verdes ou azuis majoritários no total de atendimentos podem acessar a UPA não por desconhecimento das funções da Atenção Básica, mas porque não compreendem o sistema, não confiam nas outras portas de entrada ou não sabem avaliar a gravidade de seus próprios sintomas. Tal cenário escancara o papel do

letramento funcional em saúde como um determinante na forma como os sujeitos percebem seus corpos, avaliam os riscos e decidem por buscar (ou não) atendimento.

O letramento, portanto, ultrapassa a mera capacidade de ler e compreender prescrições ou orientações clínicas: ele envolve o entendimento sobre o funcionamento da rede de atenção, os critérios de risco, os fluxos assistenciais e os direitos do usuário. Em contextos como o das UPAs, marcados por alta rotatividade, sobrecarga dos profissionais e tensionamentos constantes entre demanda e estrutura, a ausência de ações sistemáticas voltadas à promoção do letramento tende a reforçar o uso inadequado dos serviços, dificultar o acolhimento, aumentar o tempo de permanência e comprometer o vínculo entre profissionais e usuários.

Além disso, é importante considerar que a aplicação do Protocolo de Manchester, embora técnica e padronizada, depende da interação entre o profissional de saúde e o usuário no momento do acolhimento. Tal interação, frequentemente limitada a poucos minutos e permeada por ruídos de linguagem, medo, dor, etc., pode levar a subnotificações, relatos imprecisos ou até mesmo classificações equivocadas. Neste sentido, vale pensar que a baixa Literacia em Saúde¹³ pode comprometer não apenas o cuidado em si, mas a segurança do usuário, uma vez que impacta diretamente na clareza da comunicação sobre riscos, condutas e orientações pós-atendimento.

Nesse contexto, a promoção do letramento funcional em saúde deve ser entendida como componente essencial do protocolo assistencial. Tal perspectiva implica, por exemplo, adaptar a linguagem utilizada durante a triagem e o atendimento, empregar recursos visuais e materiais educativos nas salas de espera, desenvolver ações de educação em saúde baseadas nas dúvidas mais recorrentes e investir na capacitação dos profissionais para uma escuta qualificada, sensível e responsiva. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), portanto, não deve restringir-se ao papel de “porta de entrada emergencial”, podendo assumir também função pedagógica na orientação da população acerca do uso adequado da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e compreensão dos princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse mesmo sentido, é pertinente refletir se os próprios profissionais que, enquanto cidadãos, também se configuram como usuários potenciais do sistema, compreendem plenamente seu funcionamento e possuem o letramento em saúde necessário para o desempenho qualificado de suas atividades.

¹³ Literacia em saúde (*health literacy*) pode ser definida como a capacidade dos indivíduos em obter, compreender, avaliar criticamente e utilizar informações sobre saúde para seu próprio cuidado ou de outras pessoas. Tal capacidade é desenvolvida ao longo da vida e tem influência de fatores demográficos, culturais, sociopolíticos e ambientais (Fiocruz, 2025)

Em termos ético-políticos, pensar o letramento funcional em saúde nesse cenário é reconhecer que o direito à saúde pressupõe o direito à comunicação. Trata-se de uma exigência legal, respaldada por diretrizes como a Política Nacional de Humanização (PNH), que coloca a valorização dos sujeitos e a ampliação do protagonismo dos usuários como eixos estruturantes do cuidado. Promover o letramento, nesse sentido, é contribuir para uma prática de saúde mais justa, dialógica e democrática ainda que em contextos de tensão como o das urgências.

Nesse sentido, a Unidade de Pronto Atendimento do Parque Vitória, em São Luís/MA, insere-se nesse cenário como um espaço privilegiado de análise, tanto pela sua posição na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), quanto pelas particularidades socioterritoriais da população que atende. Ao compreender a UPA como parte integrante da lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é possível avançar na compreensão de como as práticas comunicacionais e organizacionais se materializam no cotidiano do cuidado, influenciando diretamente a experiência dos usuários e a efetividade dos princípios do SUS, além de assegurar (ou não) o direito à comunicação.

4 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DO PARQUE VITÓRIA COMO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil passou por uma importante reconfiguração a partir de 2010 com a adoção do modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e fundamentado nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS). Este modelo surge como uma resposta estruturante à fragmentação dos sistemas, sobretudo em países que enfrentam o duplo desafio de transições demográfica e epidemiológica, marcadas por altas prevalências de condições crônicas e agravos de longa duração (Gobernio Vasco, 2010).

Conforme estabelece o Ministério da Saúde, as RAS consistem em “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).

Neste contexto, as RAS visam uma atenção à saúde integral, contínua, eficiente e humanizada, articulando os diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária), e promovendo a descentralização da gestão com foco na resolutividade e na equidade do acesso. Dentre os diversos componentes das RAS¹⁴, destaca-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), cuja estrutura contempla tanto o atendimento pré-hospitalar (móvel e fixo), quanto o hospitalar. Regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.600/2011, a RUE é composta por oito componentes: (I) Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; (II) Atenção Básica; (III) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); (IV) Sala de Estabilização; (V) Força Nacional do SUS; (VI) Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h); (VII) Atenção Hospitalar; e (VIII) Atenção Domiciliar. Seu objetivo é garantir acesso ágil, qualificado e humanizado, bem como continuidade do cuidado, mesmo em situações de crise e urgência (Brasil, 2011b).

Inserida nesse escopo, a UPA do Parque Vitória¹⁵, localizada na Avenida João Santana,

¹⁴ Diante dos princípios do SUS, foram estabelecidas redes temáticas que atendam as demandas populacionais recorrentes e prioritárias. Dentre elas encontram-se: Rede Alyné (antiga Rede Cegonha); Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, etc (Brasil, 1988).

¹⁵ De acordo com levantamento realizados e imersão em campo, o bairro do Parque Vitória, se encontra em uma região limítrofe, entre as cidades de São Luís e São José de Ribamar, cidades que juntamente com Raposa e Paço do Lumiar, compõem a Ilha de Upaon- Açu. Por se encontrar em região limítrofe, há uma disputa história sobre a Responsabilidade na oferta de serviços à população no bairro de acordo com a percepção dos moradores. De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por meio do número: 6826393 a unidade está registrada como uma unidade pertencente à cidade de São Luís/MA.

30, em São Luís/MA (Figura 4), constitui-se como um ponto estratégico da RUE e foi selecionada como campo empírico para esta pesquisa, a qual propõe a elaboração de um guia de recomendações comunicacionais voltadas à qualificação da comunicação entre profissionais de saúde e usuários.

Figura 4 – Localização da UPA do Parque Vitória.



Fonte: Google Maps (2024).

A estrutura organizacional da unidade pode ser analisada à luz da teoria dos campos de Bourdieu (1996), considerando que os agentes que ocupam posições estratégicas, como diretores, coordenadores, supervisores e demais colaboradores assistenciais e administrativos detêm diferentes volumes de capital simbólico, técnico e institucional, os quais orientam as práticas e decisões no interior da unidade. O espaço organizacional, assim, conforma-se como um campo de disputas e negociações, no qual diferentes *habitus* institucionais se confrontam, refletindo assimetrias de poder que influenciam diretamente as dinâmicas de comunicação e a qualidade do cuidado ofertado.

A partir da imersão realizada no campo empírico, foi possível compreender que a estrutura organizacional da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória é composta por três diretores: o Diretor Geral, Efraim Pereira Gama, responsável pelo planejamento, organização e controle das atividades de diversas áreas da unidade, bem como pelo desenvolvimento do planejamento estratégico e pela emissão de recomendações gerais; a Diretora Administrativa, Ana Carolina Sousa Ferreira, que coordena as atividades e programas das áreas administrativas; e o Diretor Técnico, Dr. Pedro de Alcântara Teixeira Ferreira Júnior,

encarregado da supervisão das atividades assistenciais e da organização das escalas médicas e de demais profissionais, com vistas ao cumprimento dos objetivos institucionais.

Além das instâncias de gestão, a UPA conta com diversas áreas de apoio técnico e assistencial, tais como a Coordenação de Farmácia, a Coordenação/Supervisão de Assistência Social, a Coordenação/Supervisão de Enfermagem, o Núcleo de Segurança do Paciente, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a Coordenação de Hotelaria e a Coordenação de Atendimento. Destaca-se que a Coordenação/Supervisão de Enfermagem é a área responsável pela capacitação da equipe assistencial no acolhimento inicial e na triagem dos pacientes, com base nos protocolos de humanização e no Protocolo de Manchester. Por sua vez, a Coordenação de Atendimento é responsável pela formação das equipes da linha de frente (recepcionistas e profissionais da portaria), conforme as diretrizes de atendimento estabelecidas pela Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH).

De acordo com o Ministério da Saúde, essas unidades são classificadas por porte (Figura 5), que pode variar de acordo com as características regionais, sendo classificadas entre Porte I, II ou III, conforme a área de abrangência e os investimentos recebidos para sua operacionalização. A classificação do porte influencia diretamente o número de leitos de observação (ala amarela) e o número de leitos na sala de urgência (ala vermelha).

Figura 5 – Definição dos portes das UPAS.

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPAS 24h	POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA 24h	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS SALA DE URGÊNCIA
PORTE I	50.000 A 100.000 HABITANTES	7 LEITOS	2 LEITOS
PORTE II	100.001 A 200.000 HABITANTES	11 LEITOS	3 LEITOS
PORTE III	200.001 A 300.000 HABITANTES	15 LEITOS	4 LEITOS

Fonte: Brasil (2017).

Classificada como de Porte II (Brasil, 2017), a unidade do Parque Vitória possui capacidade para atender até 250 pessoas por dia, oferecendo serviços nas áreas de clínica médica, pediatria e urgência/emergência. A unidade também dispõe de recursos para a realização de exames laboratoriais, radiografias (raio-X) e eletrocardiogramas (ECG) em situações de emergência, além de administrar medicamentos e, quando necessário, encaminhar pacientes para observação clínica.

Nessa perspectiva, a UPA também atua como uma estrutura de estabilização clínica, garantindo suporte inicial ao paciente até sua eventual transferência para hospitais de maior complexidade, conforme a gravidade do caso. Atua ainda como elo intermediário entre a atenção básica e os serviços hospitalares de alta complexidade, tendo papel central na

organização dos fluxos assistenciais e no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)¹⁶, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004).

O Acolhimento com Classificação de Risco, configura-se como uma estratégia fundamental na organização dos serviços de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS), articulando o acesso humanizado à qualificação clínica do cuidado. Para além de sua função reguladora dos fluxos assistenciais, o ACCR incorpora dimensões subjetivas do cuidado ao considerar o sofrimento dos pacientes, os agravos potenciais à saúde e as condições de vulnerabilidade social, o que demanda escuta qualificada, julgamento clínico e sensibilidade ética, vale destacar também que a partir da classificação, realizada por meio do Protocolo de Manchester, são determinados os possíveis tempos para a realização do atendimento.

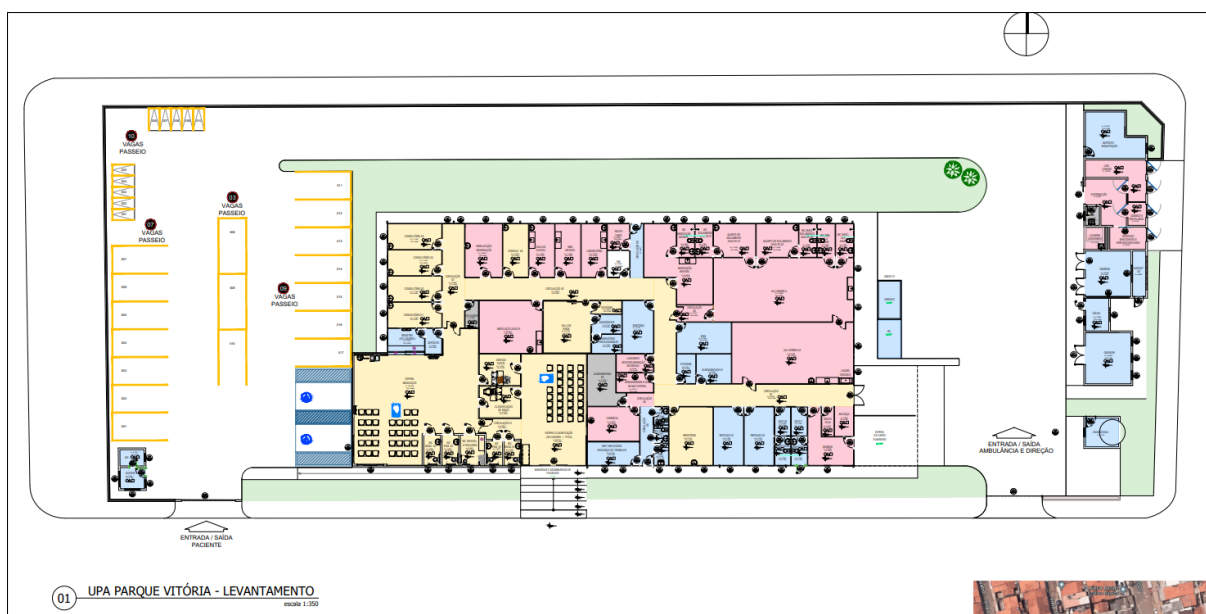
Nesse contexto, a reflexão sobre a comunicação e saúde assume um papel central, pois é por meio dela que se estabelece o vínculo inicial, se captam sinais não verbais e se compartilham informações decisivas para a condução adequada das urgências e emergências. A escuta ativa e a clareza no diálogo entre profissionais e usuários são, portanto, elementos estruturantes do acolhimento e da segurança do paciente, contribuindo para a prevenção de eventos adversos, a redução de riscos evitáveis e a ampliação da confiança no serviço.

De acordo com informações disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, a unidade (UPA do Parque Vitória) é uma referência no atendimento de urgência e emergência para a região, abrangendo também municípios vizinhos, como Paço do Lumiar/MA, Raposa/MA, São José de Ribamar/MA, Bacabeira/MA, entre outros. De acordo com o mesmo órgão, em seus 12 anos de funcionamento, a unidade já realizou mais de três milhões de atendimentos (Maranhão, 2023).

A pesquisa parte da premissa de que as falhas nos processos comunicacionais no interior da UPA podem comprometer a experiência do usuário, gerar incompreensão, aumentar o tempo de espera e agravar a fragmentação do cuidado. Por esse motivo, fora proposto um mapeamento detalhado da jornada do usuário associada à técnica da observação participante (Minayo, 2001). A análise da planta da unidade (Figura 6) permitiu compreender a jornada dos usuários, evidenciando pontos críticos de comunicação, especialmente entre o acolhimento inicial e o atendimento médico. Esse mapeamento serviu de base para a proposição de recomendações destinadas a aprimorar o processo comunicacional com os usuários.

¹⁶ Conforme estabelece a Portaria nº 2.048/2002 do Ministério da Saúde, o processo de ACCR deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior, capacitado e amparado por protocolos previamente definidos, com o objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas dos usuários, priorizando os atendimentos segundo critérios clínicos e de risco (BRASIL, 2002).

Figura 6 – Planta da UPA do Parque Vitória.



Fonte: EMSERH (2024).

A UPA do Parque Vitória, em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde (2017), realiza atendimentos para casos como febre alta acima de 39°C, fraturas e cortes com pouco sangramento, dor no peito intensa, quedas com torção e dor intensa, suspeita de fraturas, cólicas renais, falta de ar intensa, crises convulsivas e vômitos constantes. Embora ela seja um ponto de atendimento para emergências graves, como infarto e acidente vascular cerebral (AVC), ela também atua como uma porta de entrada inicial, estabilizando o usuário/paciente antes de encaminhá-lo para unidades de maior complexidade, quando necessário.

Com mais de 100 mil atendimentos realizados em 2024 (SISUPA, 2025), evidencia-se a necessidade de repensar os processos comunicativos e reforçar o papel da comunicação no contexto da saúde como elemento estruturante da gestão do SUS. Conforme Vasconcelos *et al.* (2016), a comunicação deve ser compreendida não apenas como instrumento, mas como dimensão constitutiva das práticas de cuidado, elemento fundamental para a democratização da saúde e o fortalecimento das políticas públicas.

Em suma, ao tratar a UPA como componente da RAS, este estudo reforça que a efetividade das redes de atenção à saúde depende, também, de dispositivos comunicacionais capazes de conectar sujeitos, mediar fluxos e construir sentidos. Nesse contexto, investir em recomendações comunicacionais situadas e dialógicas é uma condição necessária para a qualificação da atenção, a humanização do atendimento e a construção de um SUS mais equânime e resolutivo.

A análise da UPA do Parque Vitória como campo empírico não se restringe à observação de fluxos e rotinas, mas implica compreender os sentidos atribuídos às interações entre usuários e profissionais, bem como os modos como a comunicação influencia a experiência do cuidado. Para tanto, fez-se necessário recorrer a um percurso metodológico capaz de captar a dimensão simbólica das práticas, resgatando elementos qualitativos e interpretativos que permitissem não apenas descrever, mas também problematizar e propor transformações. É nesse contexto que se insere a abordagem metodológica adotada neste estudo, apresentada a seguir.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa científica é compreendida como um procedimento racional e sistemático que visa fornecer respostas a problemas formulados com base em uma dada realidade social. Trata-se de um processo constituído por múltiplas etapas, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados, com a intencionalidade de responder a questões relevantes e construir novos conhecimentos que possibilitem compreender e, potencialmente, transformar a realidade investigada (Gil, 2007).

A escolha pela abordagem qualitativa nesta pesquisa está relacionada à necessidade de compreender, em profundidade, os processos comunicacionais entre profissionais de saúde e usuários em um contexto marcado por fluxos intensos, diversidade de demandas e situações de vulnerabilidade social e sanitária. Neste sentido, busca-se interpretar e refletir sobre a complexidade das relações sociais, e como ressalta Minayo (2010), esse tipo de investigação envolve os significados, valores, crenças, atitudes e representações sociais, aspectos que não se reduzem à mensuração quantitativa:

[...] que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões [...], as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. (Minayo, 2010).

Nessa direção, a pesquisa qualitativa enfatiza o indivíduo em sua interação com o ambiente e suas experiências vividas, permitindo captar a complexidade dos fenômenos sociais. Para Bogdan e Biklen (1994), trata-se de um método interpretativo, no qual o pesquisador constrói significados com base nas interações observadas e na partilha de experiências. No entanto, esses autores também alertam para os riscos da subjetividade do investigador, que deve ser confrontada de forma crítica, a fim de não comprometer a autenticidade dos resultados. O desafio consiste em reconhecer e lidar com preconceitos e impressões pessoais, evitando a distorção dos dados empíricos. Assim, embora a flexibilidade e a criatividade sejam características do trabalho qualitativo, não há espaço para invenções ou manipulações de dados: a fidedignidade e a transparência da pesquisa devem ser mantidas como princípios fundamentais (Bogdan; Biklen, 1994).

Conforme Richardson (1999), essa abordagem é particularmente adequada para descrever a complexidade de fenômenos sociais, interpretar os sentidos atribuídos pelos sujeitos

às suas experiências e compreender processos dinâmicos que escapam à mensuração estatística. A intenção não é quantificar, mas compreender os fenômenos sociais em sua totalidade, por meio da análise de discursos, práticas, comportamentos e significados. Strauss e Corbin (2008), ao discutirem o potencial da pesquisa qualitativa, destacam sua capacidade de gerar teorias fundamentadas nos dados empíricos. Segundo os autores, entre suas principais contribuições estão a valorização dos significados produzidos nas interações sociais, a compreensão da complexidade das ações humanas e a articulação entre estrutura social, processos e consequências, elementos essenciais para a construção teórica a partir da realidade.

Para a consecução do percurso metodológico, foi necessário ainda o uso da técnica da observação participante, com registro sistemático em diário de campo e análise dos dados por meio da análise de conteúdo, conforme sistematizada por Bardin (2016). A presente investigação dá base também à pesquisa-ação, que combina investigação científica e ação prática para resolver problemas sociais ou profissionais, conforme proposta por Stringer (1996), em articulação com a observação participante, nos termos delineados por Minayo (2001).

Essa escolha fundamenta-se no caráter processual, reflexivo e transformador de ambas as estratégias, as quais possibilitam uma imersão profunda no campo empírico e uma aproximação dialógica com os sujeitos da pesquisa. De acordo com Stringer (1996), a pesquisa-ação estrutura-se a partir de um ciclo contínuo de observação, reflexão e ação, promovendo a construção coletiva do conhecimento por meio da escuta, do diálogo e da problematização da realidade.

A observação participante, por sua vez, requer o envolvimento direto do pesquisador com o fenômeno investigado, permitindo-lhe captar sentidos, dinâmicas e práticas sociais em sua complexidade (Minayo, 2001). Ambas as metodologias compartilham o pressuposto de que o pesquisador não é um sujeito neutro e distante, mas um agente implicado no processo de produção do conhecimento, em diálogo constante com os sujeitos envolvidos.

No contexto da presente pesquisa, essa combinação metodológica permitiu apreender a dinâmica institucional da unidade, identificar desafios comunicacionais e propor recomendações fundamentadas na vivência empírica de usuários e profissionais. O registro sistemático dessa observação foi realizado por meio do uso do diário de campo, que, como afirmam Bogdan e Biklen (1994, p. 150), é “[...] o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia, pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo, qualitativo”.

Os dados provenientes desse registro foram submetidos a lógica da análise de conteúdo, que conforme Bardin (2016), é compreendida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (Bardin, 2004).

Desse modo, a metodologia adotada alicerça-se em princípios éticos, epistêmicos e políticos da pesquisa qualitativa, comprometida com a escuta ativa, a valorização da experiência dos sujeitos e a produção de conhecimentos situados, com vistas à transformação das práticas comunicacionais em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, a escuta sensível, a observação crítica e a autorreflexão constante orientaram todas as etapas do trabalho de campo, respeitando os princípios éticos previstos nas normativas da pesquisa em seres humanos¹⁷.

Com base nesse referencial, a etapa da observação participante ocorreu entre os meses de fevereiro a maio de 2025, de maneira não sistemática em termos de cronograma fixo, respeitando a natureza ininterrupta do funcionamento da unidade, que opera em regime de 24 horas/dia, conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 1.997, de 24 de novembro de 2023 (Brasil, 2023), mas limitou-se aos horários de 07:30 horas da manhã a 20:00 horas da noite. Assim, a inserção no campo se deu de forma flexível, acompanhando os turnos e rotinas da unidade, o que possibilitou uma imersão mais ampla nos diferentes momentos do atendimento à população.

Importa destacar que o pesquisador responsável, além de seu papel como investigador, desempenha função técnico-administrativa como gerente de planejamento da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH), instituição responsável pela gestão da UPA. Em determinados momentos, portanto, sua presença no campo também esteve vinculada ao acompanhamento de atividades gerenciais, como o monitoramento da Pesquisa de Satisfação do Usuário e o desenvolvimento de outras atividades inerentes às suas atribuições. Essa dupla inserção exigiu um constante exercício de reflexividade, de modo a assegurar a distinção entre as funções institucionais e a postura investigativa exigida pelo rigor científico.

Os sujeitos observados durante o trabalho de campo incluíram profissionais das equipes de enfermagem, recepção, portaria e outros colaboradores da unidade, bem como usuários e

¹⁷Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP/ UFMA) por meio do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 86490725.8.0000.5087, disponível no Anexo A.

acompanhantes em atendimento, selecionados conforme critérios de inclusão pautados na presença durante os períodos observados e na interação direta com os processos comunicacionais analisados. A presença do pesquisador foi devidamente comunicada e autorizada pela gestão da unidade, em conformidade com os preceitos éticos da pesquisa em saúde, resguardando-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações registradas.

A escolha da UPA do Parque Vitória como campo empírico justifica-se por sua relevância estratégica no âmbito da Rede de Urgência e Emergência do estado do Maranhão, especialmente pela abrangência territorial e social de sua atuação na Grande Ilha de São Luís, além da disposição da gestão da unidade em acolher esta pesquisa e suas potenciais contribuições para a melhoria do atendimento na unidade. Sua centralidade no atendimento a uma população diversa, aliada aos desafios estruturais e comunicacionais característicos do modelo, oferece subsídios significativos para compreender as interfaces entre comunicação, cuidado e garantia de direitos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.1 Procedimentos metodológicos

A pesquisa foi estruturada a partir das reflexões de Stringer (1996), ao elencar três principais ações no desenvolvimento da pesquisa, que são: observação, pensamento e ação. No processo de observação, se busca reunir informações e construir esse cenário da pesquisa, o pensamento diz respeito ao processo de exploração, análise e interpretação dos fatos e por fim, a ação, diz respeito a implementação e avaliação das ações desenvolvidas. De maneira prática, operacionalizou-se por meio do levantamento bibliográfico, da observação participante para sistematização dos dados e desenvolvimento do guia de recomendações.

5.1.2 Levantamento bibliográfico

Inicialmente, foi realizado um amplo levantamento bibliográfico para a construção do referencial teórico, fundamentado em livros, artigos científicos, dissertações, teses e documentos institucionais. Segundo Gil (2008), a pesquisa bibliográfica oferece ao pesquisador uma cobertura ampla de fenômenos, contribuindo para situar o objeto de estudo dentro do campo científico e identificar lacunas de investigação.

O levantamento realizado possibilitou identificar que, embora existam estudos consolidados sobre comunicação em saúde, humanização do cuidado e segurança do paciente, há uma lacuna significativa no que se refere à análise das práticas comunicacionais em unidades de urgência e emergência sob uma perspectiva crítica, relacional e de direito. A literatura revela

um predomínio de abordagens instrumentais, centradas na transmissão de informações e em protocolos operacionais, com pouca ênfase na comunicação como prática social, simbólica e determinante das relações de cuidado.

Essa ausência de estudos que integrem os campos da comunicação, do letramento em saúde e do acolhimento no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede de Urgência e Emergência (RUE) orientou o recorte teórico e empírico da pesquisa. A partir dessa lacuna, foram delineadas as categorias de observação aplicadas no campo empírico, que emergiram tanto da revisão bibliográfica quanto da observação preliminar do cotidiano institucional. Entre elas destacam-se: acolhimento, fluxo e clareza da informação, diálogo profissional-usuário, conflitos e reclamações, tempo e ritmo de atendimento, protocolos e triagem, cultura organizacional, materiais educativos, comunicação entre equipes, compreensão do funcionamento, letramento em saúde, dificuldades comunicacionais.

Essas categorias permitiram estruturar a análise das práticas comunicacionais observadas, articulando teoria e empiria para compreender de que modo a comunicação interfere na experiência do usuário e na efetivação do direito à saúde no âmbito do SUS. As fontes foram consultadas nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Repositório Institucional da Fundação Oswaldo Cruz (ARCA), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Google Acadêmico, bem como em sites oficiais do Ministério da Saúde, Fiocruz, Governo do Maranhão e outros.

5.1.3 A técnica da observação participante

A observação participante foi adotada como principal técnica de produção de dados por sua capacidade de captar, no ambiente natural dos sujeitos, as práticas comunicacionais em sua forma mais autêntica e cotidiana. Trata-se de uma estratégia amplamente utilizada nas ciências sociais e humanas, cuja finalidade é permitir ao pesquisador uma imersão no contexto investigado, promovendo a apreensão de interações, códigos simbólicos, rotinas e discursos a partir da convivência direta com os participantes da pesquisa.

Segundo Minayo (2001), a observação participante implica em:

[...] um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social [...] participando da vida social dos interlocutores, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. (Minayo, 2001).

A autora também adverte que essa relação de proximidade transforma o pesquisador e o contexto, pois há uma interferência recíproca que deve ser considerada no processo analítico.

Ainda nesse sentido, Gil (2008, p. 103) reforça que a observação participante “consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada”, o que possibilita compreender não apenas os discursos explícitos, mas também os comportamentos, as expressões não verbais e os códigos comunicacionais subentendidos.

Becker e Geer (1969, p. 322), corroboram com a ideia, ao discorrer que a observação participante é:

[...] um método no qual o observador participa do dia a dia das pessoas que estão sendo estudadas, seja abertamente no papel de pesquisador ou secretamente em algum papel disfarçado, observando como as coisas acontecem, ouvindo o que é dito e questionado pelas pessoas durante um período de tempo. (Becker; Geer, 1969, p. 322).

Essa concepção evidencia o caráter interativo e processual da técnica, cuja aplicação exige não apenas presença física, mas sensibilidade, escuta ativa e capacidade analítica. Complementando esse entendimento, Angrosino (2009) ressalta que a observação participante não deve ser reduzida a uma técnica isolada, mas compreendida como uma estratégia que conjuga inserção no campo, engajamento com os sujeitos e uso sistemático de instrumentos de registro. Dessa forma, o pesquisador se torna parte do cotidiano observado, vivenciando a lógica e a cultura institucional, o que favorece a produção de dados densos e contextualizados.

No contexto específico da UPA do Parque Vitória, essa técnica permitiu acompanhar de forma direta as práticas comunicacionais entre usuários e profissionais, observar o ambiente físico e simbólico da unidade, identificar os fluxos de informação, escutar queixas e demandas, além de compreender, a partir da experiência vivida, os sentidos atribuídos às interações ali estabelecidas. Becker e Geer (1969) reforçam que essa imersão possibilita a construção de modelos teóricos a partir da realidade observada, explicando os fatos sociais com base em um conjunto articulado de variáveis.

Adler e Adler (1987) classificam a observação participante em três tipos: periférica, ativa e completa, conforme Figura 7.

Figura 7 – 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).

Neste estudo, adotou-se a modalidade ativa, na qual o pesquisador se envolve com o grupo investigado de forma declarada e ética, participando de atividades e interações sem interferir diretamente nos processos institucionais, mas mantendo uma postura de escuta e análise constante.

A sistematização da observação ocorreu por meio de um diário de campo, instrumento fundamental para o registro das situações vivenciadas, impressões, reflexões e hipóteses. Conforme Bogdan e Biklen (1994, p. 150), o diário de campo é “[...] o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia, pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo”. Ele se torna, assim, um espaço de construção teórica em movimento, favorecendo o entrecruzamento entre prática empírica e elaboração analítica.

5.1.4 Diário de campo¹⁸

A presente pesquisa, fundamentada na perspectiva da comunicação como direito e como dimensão constitutiva do cuidado em saúde, propõe um modelo de observação participante voltado à análise das práticas comunicacionais no contexto de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O instrumento tem como foco central identificar como os processos comunicativos acontecem no cotidiano do serviço, particularmente em situações de urgência e emergência, marcadas por forte tensão, limitações estruturais e alta rotatividade de usuários.

O modelo foi desenvolvido a partir da articulação entre a metodologia qualitativa de observação participante e os referenciais teóricos que compreendem a comunicação e saúde como prática social, relacional e atravessada por desigualdades (Vasconcelos *et al.*, 2016). Nesse sentido, a proposta busca captar elementos que extrapolam os protocolos biomédicos,

¹⁸ Disponível no Apêndice B deste estudo.

integrando dimensões simbólicas, afetivas e institucionais que configuram o encontro entre profissionais e usuários.

A construção das categorias analíticas partiu da imbricação entre os princípios da Política Nacional de Humanização¹⁹ (Brasil, 2004), os marcos legais do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁰ e as discussões sobre letramento funcional em saúde, compreendido como a capacidade do indivíduo de compreender, avaliar e aplicar informações de saúde em contextos reais (Nutbeam, 2000; Sørensen *et al.*, 2012). Assim, o modelo foi estruturado em três eixos principais: (I) comunicação e interação, (II) ambiente e organização do trabalho, e (III) experiência do usuário, esses eixos orientaram a sistematização dos dados empíricos e a observação das práticas comunicacionais no campo.

As observações foram sistematizadas em registros diários realizados ao longo das visitas de campo entre fevereiro e maio de 2025. O roteiro a seguir (Quadro 3) orientou a prática da observação participante, articulando os eixos analíticos da pesquisa às categorias empíricas construídas a partir da literatura especializada, dos marcos normativos do SUS e dos princípios da Política Nacional de Humanização.

Quadro 3 – Eixos e perguntas para análise.

EIXOS	PERGUNTAS
1. Comunicação e interação	Observar o acolhimento prestado aos usuários na chegada à recepção 1. Há sinais de escuta ativa, empatia e disponibilidade por parte dos profissionais?
	Acompanhar como são transmitidas as informações sobre tempo de espera, fluxo de atendimento e classificação de risco. Há clareza e acessibilidade na linguagem?

¹⁹ A **transversalidade**, a Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável; **Indissociabilidade entre atenção e gestão**, as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros; **Protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia dos sujeitos e coletivo**, Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (Brasil, 2021, grifo nosso).

²⁰ Os principais marcos legais do Sistema Único de Saúde (SUS) são a Constituição Federal (Brasil, 1988) e a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990a). A Constituição estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, enquanto a Lei 8.080 detalha a organização e o funcionamento do SUS.

	Verificar se os profissionais orientam os usuários sobre as etapas seguintes do atendimento e se confirmam a compreensão dessas orientações.
	Observar o tipo de diálogo estabelecido entre profissionais e usuários nas recepções 1 e 2: a linguagem é acessível ou técnica? Há interrupções, escuta ativa, ou predomínio de jargões?
	Identificar como são recebidas e tratadas manifestações de insatisfação ou reclamação por parte dos usuários. Há abertura ao diálogo ou resistência institucional?
2. Ambiente e organização do trabalho	Analisar se o tempo e o ritmo de atendimento comprometem a possibilidade de diálogo. Os profissionais demonstram disponibilidade para esclarecimentos mínimos?
	Observar como é realizada a triagem e aplicação do Protocolo de Manchester. Os critérios são explicados aos usuários? Há verificação de compreensão?
	Verificar a existência, localização e acessibilidade de materiais educativos. Os usuários interagem com esses materiais? Há estímulo ao seu uso por parte da equipe?
3. Experiência do usuário	Observar se os usuários demonstram compreender o funcionamento básico da unidade, como a lógica da fila, etapas do atendimento e tempo estimado de espera.
	Identificar sinais de que os usuários se sentem ouvidos e compreendidos durante a permanência na unidade. Eles verbalizam essa percepção?
	Analisar se há indícios de letramento em saúde entre os usuários: compreendem as orientações recebidas? Há dúvidas ou mal-entendidos recorrentes?
	Registrar as principais barreiras comunicacionais percebidas: ruídos no ambiente, linguagem técnica, pressa no atendimento, expressão de medo, ausência de explicações, entre outros.
	Atentar-se para demandas não verbalizadas: expressões faciais, hesitações, tentativas de aproximação ou dúvidas que não são explicitadas pelos usuários, mas que indicam necessidades não atendidas.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Este roteiro foi fundamental para sistematizar as anotações no diário de campo e garantir a coerência entre os dados empíricos coletados e os objetivos analíticos da pesquisa. A observação participante, enquanto prática metodológica ativa e sensível, permitiu captar nuances discursivas, gestuais e relacionais que frequentemente escapam a métodos mais estruturados, oferecendo subsídios valiosos para a construção de recomendações voltadas à qualificação da comunicação em unidades de pronto atendimento.

A partir da análise dos registros e da sistematização das observações, foram definidas as categorias analíticas, apresentadas no Quadro 4, que representam os principais eixos interpretativos das práticas comunicacionais observadas.

Quadro 4 – Categorias de análise e justificativas.

CATEGORIA	JUSTIFICATIVA
Acolhimento	O acolhimento emerge como categoria central, por sua função ética e relacional na escuta qualificada das necessidades singulares dos usuários, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004). Essa prática transcende a mera triagem técnica, propondo-se como espaço de vínculo e responsabilização compartilhada, essencial para o estabelecimento de um diálogo genuíno entre profissionais e pacientes.
Fluxo e clareza da informação	O fluxo e a clareza da informação correspondem à organização e transparência das orientações prestadas ao usuário, configurando-se como elemento crucial para a promoção do letramento funcional em saúde e para o exercício do direito à informação, conforme evidenciado por Vasconcelos <i>et al.</i> (2016) e pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018). A inadequação comunicacional nessa dimensão pode comprometer a compreensão do funcionamento da unidade e a autonomia do usuário.
Diálogo profissional-usuário	O diálogo estabelecido na recepção, principalmente durante os primeiros contatos de classificação de risco, configura uma instância primordial para o acolhimento e para a orientação inicial do paciente, influenciando sua experiência e a eficácia do atendimento. A análise dessa categoria permite compreender como as práticas comunicacionais iniciais podem favorecer ou dificultar a construção desse itinerário a ser realizado pelo usuário.
Conflitos e reclamações	Conflitos e reclamações representam manifestações legítimas das insatisfações e expectativas dos usuários, e a forma como são acolhidos e respondidos institucionalmente reflete a qualidade do ambiente comunicacional e a efetivação dos direitos do paciente. O exame dessa categoria revela pontos críticos para intervenções comunicacionais e organizacionais.
Tempo e ritmo de atendimento	O tempo e o ritmo do atendimento, especialmente em uma unidade de alta demanda e urgência, como a UPA, impactam diretamente a possibilidade de diálogo qualificado e escuta ativa (Ayres, 2012). Analisar essa categoria permite identificar os limites impostos pela organização do trabalho à comunicação humanizada.
Protocolos e triagem	Os protocolos e a triagem, notadamente o Protocolo de Manchester, estruturam os critérios e tempos do atendimento, impondo uma lógica operacional que pode tanto garantir a segurança quanto restringir as interações comunicacionais (Brasil, 2002). A compreensão dessa dinâmica é fundamental para a efetivação do direito à comunicação e saúde por meio do conhecimento da condição de saúde do usuário, associando-se também ao tempo de espera para o atendimento.
Cultura organizacional	A cultura organizacional da unidade, entendida como o conjunto de valores, normas e práticas compartilhadas (Scott, 2008), molda as relações internas e externas, influenciando a comunicação e a qualidade do atendimento. Investigar essa categoria possibilita identificar fatores institucionais que promovem ou dificultam a humanização do cuidado.
Materiais educativos	Materiais educativos constituem recursos fundamentais para apoiar o letramento em saúde, facilitando a compreensão de informações complexas e contribuindo para a autonomia do usuário (Brevidegli; Moura; De Domenico, 2024). A análise desses materiais dispostos na unidade, indica a adequação das estratégias informativas adotadas.
Comunicação entre a equipe	A comunicação entre equipes representa a dimensão horizontal e vertical da troca de informações e coordenação das ações dentro da unidade, imprescindível para a continuidade e integralidade do cuidado (Vasconcelos <i>et al.</i> , 2016). A fragmentação comunicacional entre os profissionais pode comprometer a experiência do usuário e a segurança do atendimento.

Compreensão do funcionamento	A compreensão do funcionamento da unidade pelo usuário envolve seu entendimento sobre fluxos básicos, direitos e deveres, o que é decisivo para o exercício da cidadania e para a participação ativa no cuidado (Paim, 2009). A análise dessa categoria destaca lacunas informacionais que limitam a autonomia do paciente.
Letramento em saúde	O letramento em saúde, definido como a capacidade de acessar, compreender e utilizar informações para decisões relativas à saúde (Peres, 2023), configura-se como um determinante crítico da segurança e da participação do usuário no cuidado, sendo particularmente desafiador em contextos de vulnerabilidade social e alta complexidade como o da UPA.
Dificuldades comunicacionais	Dificuldades comunicacionais abrangem as barreiras de natureza linguística, cultural, emocional e estrutural que impactam negativamente a interação entre profissionais e usuários. Identificar essas dificuldades é imprescindível para propor intervenções que reduzam ruídos e promovam a equidade comunicacional.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A articulação dessas categorias na análise das práticas comunicacionais na UPA permitiu um olhar aprofundado sobre as condições institucionais e relacionais que permeiam o direito à comunicação e o cuidado humanizado, subsidiando a formulação de recomendações voltadas à qualificação do diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários.

5.1.5 Procedimento para análise de dados

Para a interpretação dos dados empíricos produzidos nesta pesquisa, optou-se pela utilização da Análise de Conteúdo, tendo como principal referência a obra de Bardin (2016), com suporte complementar dos aportes teóricos de Oliveira (2008) e Oliveira *et al.* (2003). Trata-se de uma técnica amplamente empregada em estudos qualitativos nas ciências humanas e sociais, especialmente quando se busca extrair significados, padrões e sentidos latentes ou manifestos das comunicações, sejam elas orais, escritas ou simbólicas.

Segundo Bardin (2016), a Análise de Conteúdo compreende um conjunto articulado de técnicas metodológicas destinadas à decomposição, categorização e interpretação das mensagens, com vistas à construção de inferências replicáveis e válidas acerca de um determinado fenômeno. Trata-se de um procedimento empírico e sistemático que, embora flexível, obedece a critérios rigorosos de classificação e categorização.

Na perspectiva de Oliveira (2008, p. 570), a Análise de Conteúdo visa à “manipulação das mensagens, tanto do seu conteúdo quanto da expressão desse conteúdo, para colocar em evidência indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a mesma da mensagem”. Ou seja, permite-se extrapolar os sentidos aparentes, alcançando camadas mais profundas da comunicação, reveladoras de representações sociais, práticas institucionais, discursos hegemônicos ou silenciados, entre outros elementos.

Esse método, conforme reconhecido por Oliveira (2008), é aplicável em diversas disciplinas e contextos de investigação, desde que observados os princípios da objetividade, da clareza operacional e da replicabilidade. Para garantir tal rigor, foi adotado o critério de definição precisa das unidades de análise, categorias temáticas e núcleos de sentido, respeitando as cinco regras, descritas por Bardin (2016), de homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e adequação.

A análise dos dados desta pesquisa seguiu as etapas propostas por Bardin (2016), fundamentadas nos princípios da Análise de Conteúdo como técnica rigorosa e sistemática de interpretação das informações obtidas por meio da observação participante e do diário de campo. As etapas foram conduzidas de forma articulada aos objetivos da pesquisa e ao referencial teórico que sustenta a investigação sobre as práticas comunicacionais em saúde no contexto da UPA do Parque Vitória.

De acordo com a autora, a análise de conteúdo pode utilizar como material empírico qualquer tipo de manifestação comunicacional, seja ela verbal ou não verbal. Entre os materiais escritos passíveis de análise, incluem-se diários, agendas, cartas, respostas a questionários, testes, jornais, livros, anúncios publicitários, panfletos, cartazes, textos jurídicos, obras literárias e comunicações internas de organizações. Já os dados de natureza oral podem abranger entrevistas, exposições orais e discursos. No que se refere ao conteúdo icônico, consideram-se sinais, grafismos, imagens, fotografias, filmes, pinturas, entre outros elementos visuais. A análise também pode recair sobre códigos semióticos diversos, ou seja, elementos não linguísticos portadores de significação, como música, dança, vestuário, posturas corporais, gestos, comportamentos sociais, ritos, regras de cortesia, manifestações artísticas, mitos e estereótipos.

Importa destacar que esses dados, ao serem coletados, apresentam-se de forma bruta, isto é, constituem-se pelo conteúdo manifesto e explícito das mensagens. A análise de conteúdo, portanto, inicia-se a partir desse material inicial, sendo fundamental que o pesquisador, por meio de um processo sistemático e objetivo, seja capaz de elaborar inferências acerca dos significados subjacentes e os conteúdos latentes. Nesse processo interpretativo, a contextualização torna-se um aspecto imprescindível.

Nesse sentido, Bardin (2016, p. 39) compara o papel do analista ao de um arqueólogo, ao afirmar que:

O analista é como um arqueólogo. Trabalha com vestígios: [...]. Mas os vestígios são a manifestação de estados, de dados e de fenômenos. [...], o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula, para inferir

(deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, por exemplo. Tal como um detetive, o analista trabalha com índices cuidadosamente postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos. (Bardin, 2016, p. 39).

Além disso, conforme ressalta Bardin (2016, p. 38), a análise de conteúdo interessa-se não apenas pelas condições de produção da mensagem, ou seja, pelo emissor e seu contexto, mas também pelas condições de recepção e pelos efeitos provocados na audiência. Tais aspectos são compreendidos como “variáveis inferidas”, conceito proposto por ser mais abrangente do que a mera noção de condições de produção. Assim, a autora esclarece que:

[...] a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores, os quais podem ou não ser passíveis de quantificação. (Bardin, 2016, p. 38).

A Análise de Conteúdo, enquanto técnica metodológica de investigação, conforme proposta por Bardin (2016), estrutura-se em três fases interdependentes e complementares: (1) pré-análise; (2) exploração do material, com foco na codificação ou categorização; e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Essa estrutura tem por finalidade sistematizar e interpretar, de forma rigorosa e significativa, o conteúdo das comunicações, permitindo a construção de inferências válidas a partir do material empírico.

Fase 1: Pré análise

A etapa de pré-análise constitui a fase inicial do processo metodológico da Análise de Conteúdo e compreende um conjunto de procedimentos preparatórios que conferem rigor e sistematicidade à investigação. Conforme Bardin (2016), essa fase envolve, essencialmente, três funções fundamentais: a seleção e delimitação do *corpus*, a formulação de hipóteses e objetivos, e a definição de indicadores analíticos que subsidiarão a interpretação dos dados.

a) Seleção do *corpus* documental

A escolha dos documentos a serem submetidos à análise requer uma leitura flutuante e criteriosa de todo o material disponível, de modo a verificar sua adequação aos objetivos da pesquisa. Nem todo dado inicialmente reunido será, necessariamente, incluído na amostra final. Para tanto, é imprescindível: realizar uma leitura inicial do conteúdo, com o intuito de apreender seu escopo e natureza; definir, a priori, os documentos que comporão a análise ou, alternativamente, selecionar, a posteriori, aqueles efetivamente coletados; construir o *corpus*

analítico, observando os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formular hipóteses e objetivos que orientem o percurso investigativo; e preparar o material para as etapas subsequentes da análise. De acordo com Bardin (2016), temos:

Os analistas principiantes debitam de boa vontade as famosas regras, às quais devem obedecer às categorias de fragmentação da comunicação para que a análise seja válida, embora essas regras sejam, de fato, raramente aplicáveis. As regras devem ser: homogêneas: poder-se-ia dizer que “não se mistura alhos com bugalhos”; exaustivas: esgotar a totalidade do “texto”; exclusivas: um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes; objetivas: codificadores diferentes devem chegar resultados iguais; adequadas ou pertinentes: isto é, adaptadas ao conteúdo e ao objetivo. (Bardin, 2016, p. 42).

De maneira didática, a constituição do *corpus* deve observar, portanto, os seguintes princípios (Quadro 5):

Quadro 5 – Regras para a classificação das categorias.

REGRAS	DESCRIÇÃO
Homogêneas	Os elementos devem pertencer ao mesmo universo de sentido e obedecer a critérios comuns de escolha, evitando misturas conceituais.
Exaustivas	A totalidade do <i>corpus</i> deve ser considerada, de modo a não desconsiderar elementos relevantes à análise.
Exclusivas	Um mesmo elemento de conteúdo não pode ser classificado simultaneamente em mais de uma categoria.
Objetivas	Os critérios de categorização devem permitir que diferentes pesquisadores cheguem aos mesmos resultados.
Adequadas	As categorias devem estar em consonância com os objetivos da pesquisa e com a natureza do <i>corpus</i> analisado.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), adaptado de Bardin (2016).

A Análise de Conteúdo admite tanto fontes primárias, como transcrições de entrevistas, observações ou diários de campo (como será aplicado nesta pesquisa), quanto materiais secundários oriundos de comunicações sociais ou institucionais, incluindo mídias impressas, documentos oficiais, registros audiovisuais ou memorandos administrativos.

b) Formulação de hipóteses e objetivos

A elaboração de hipóteses constitui uma etapa fundamental para a orientação da análise. As hipóteses são entendidas como proposições provisórias que serão posteriormente verificadas à luz dos dados empíricos. Tais enunciados, ainda que oriundos da intuição ou da experiência do pesquisador, só adquirem validade após serem submetidos ao processo analítico. A

explicitação dos objetivos da pesquisa, por sua vez, contribui para a delimitação do foco investigativo, permitindo a identificação dos dados mais relevantes e significativos para o estudo.

c) Referenciação de índices e elaboração de indicadores

Ao conceber os textos como manifestações simbólicas que expressam indícios do real, o pesquisador realiza a seleção dos índices pertinentes, com base nas hipóteses formuladas, organizando-os sistematicamente em indicadores analíticos. Por exemplo, se há uma hipótese de que emoções como ansiedade e tensão se expressam por alterações na fala durante uma entrevista, os índices como pausas abruptas, gagueiras, repetições ou fragmentações do discurso, podem ser sistematicamente codificados como sinais de um estado emocional subjacente.

d) Preparação do material para análise

Antes do início da análise propriamente dita, é necessário preparar o material coletado. Esse procedimento pode incluir a transcrição integral de entrevistas gravadas, a organização de respostas abertas em fichas analíticas ou a digitalização de documentos físicos. Tal sistematização é indispensável para garantir a rastreabilidade e a confiabilidade dos dados durante as etapas subsequentes da análise.

Fase 2: Análise do material

A segunda fase, denominada exploração do material, corresponde à etapa analítica propriamente dita, centrada no processo de codificação ou categorização. Segundo Mozzato e Grzybowski (2011), esta fase é marcada por uma descrição analítica orientada pelas hipóteses e pelo referencial teórico, de modo a aprofundar a compreensão dos fenômenos investigados. Esta etapa consiste no tratamento sistemático do *corpus* previamente delimitado, com vistas à sua transformação em dados organizados e significativos, por meio de operações de codificação. Esse processo é central na Análise de Conteúdo, pois viabiliza a transição dos dados brutos para uma estrutura interpretável, permitindo ao pesquisador identificar regularidades, padrões e sentidos latentes no material empírico.

A codificação implica a atribuição de códigos, compostos por letras, números ou quaisquer símbolos definidos pelo analista às unidades de análise previamente identificadas. Tal procedimento visa garantir a rastreabilidade dos elementos recortados e facilitar sua

posterior classificação. Segundo Bauer (2008), esse processo não se reduz a uma tarefa mecânica, mas envolve a articulação entre teoria e empiria:

A codificação e, conseqüentemente, a classificação dos materiais colhidos na amostra, é uma tarefa de construção, que carrega consigo a teoria e o material de pesquisa. Esse casamento não é conseguido de imediato; o pesquisador necessita dar tempo suficiente para orientação, emendas e treinamento do codificador. (Bauer, 2008, p. 199).

A codificação corresponde, portanto, à decomposição, agrupamento e enumeração dos dados, possibilitando a construção de uma representação condensada do conteúdo, passível de análise. Para exemplificar, em um estudo sobre discursos em editoriais de moda, expressões relacionadas ao gênero podem ser codificadas com “g”, aquelas que tratam de padrões estéticos com “p”, e temas de inclusão com “i”. A frequência desses códigos pode ser numerada (g2, p3, i3), indicando a incidência dos temas.

O processo exige a definição de unidades de registro e de contexto, regras de enumeração e critérios de categorização, conforme descrito a seguir:

a) Unidades de registro

As unidades de registro correspondem aos segmentos significativos a serem codificados. Podem variar em natureza e extensão, sendo definidas de acordo com os objetivos da pesquisa e o tipo de material analisado. Conforme Moraes (1999):

[...] para a definição das unidades de análise [...] pode-se manter os documentos ou mensagens em sua forma íntegra ou pode-se dividi-los em unidades menores. A decisão sobre o que será a unidade é dependente da natureza do problema, dos objetivos da pesquisa e do tipo de materiais a serem analisados. (Moraes, 1999, p. 5).

As unidades mais comuns incluem:

- Palavra: pode-se considerar todas as palavras ou apenas aquelas com função temática, ou ainda restringir a análise a determinadas classes gramaticais (substantivos, adjetivos, etc.);
- Tema: compreende núcleos de sentido com relevância analítica, sendo amplamente utilizado para investigar valores, atitudes, motivações e crenças;
- Personagem: utilizado especialmente em análises de narrativas ficcionais ou jornalísticas, onde se avaliam traços, papéis sociais e atributos de figuras representadas;

- Documento: em alguns casos, o próprio documento (ex. artigo, vídeo, notícia) pode ser tratado como uma unidade de análise singular.

b) Unidade de contexto

Quando há ambiguidade no significado de uma unidade de registro, recorre-se à unidade de contexto, que permite resgatar o sentido pleno da informação por meio de sua inserção em uma escala textual mais ampla, por exemplo, uma palavra interpretada dentro da frase, ou um tema dentro do parágrafo.

c) Regras de enumeração

As regras de contagem e valorização das unidades codificadas incluem:

- Presença/ausência: identificação binária de ocorrência (representada por letras ou símbolos);
- Frequência simples: número absoluto de ocorrências (0, 1, 2, 3...);
- Frequência ponderada: atribuição de pesos diferentes a determinadas unidades, conforme sua relevância analítica (exemplo: a = 1, b = 2, c = 1...);
- Direção: identificação qualitativa da posição discursiva (ex.: + = positiva; - = negativa; 0 = neutra; $\pm$ = ambivalente);
- Ordem: relevância da sequência em que os elementos aparecem (por exemplo, se a unidade d antecede a, isso pode ter implicações interpretativas).

d) Categorização

A categorização é o processo de agrupamento das unidades codificadas com base em características comuns, formando conjuntos denominados categorias. Trata-se de uma operação classificatória orientada pela semelhança semântica, sintática, léxica ou expressiva entre os elementos. Segundo Moraes (1999):

[...] a análise do material se processa de forma cíclica e circular, [...]. Os dados não falam por si. É necessário extrair deles o significado. Isto em geral não é atingido num único esforço. O retorno periódico aos dados, o refinamento progressivo das categorias, dentro da procura de significados cada vez melhor explicitados, constituem um processo nunca inteiramente concluído, em que a cada ciclo podem atingir-se novas camadas de compreensão. (Moraes, 1999, p. 6).

As categorias podem ser:

- Semânticas: agrupamento por temas (ex.: ansiedade, descontração);
 - Sintáticas: com base em estruturas linguísticas (ex.: verbos, adjetivos);
 - Léxicas: organizadas pelo uso de vocabulário específico;
 - Expressivas: relacionadas a perturbações de linguagem ou características estilísticas.
-
- Um conjunto categorial rigoroso deve observar os seguintes critérios:
 - Exclusão mútua: um mesmo elemento não deve pertencer simultaneamente a categorias distintas;
 - Homogeneidade: as categorias devem obedecer a um único critério classificatório;
 - Pertinência: as categorias devem ser adequadas ao conteúdo e aos objetivos da pesquisa;
 - Objetividade e fidelidade: a categorização deve ser replicável por diferentes analistas;
 - Produtividade: as categorias devem gerar interpretações analíticas relevantes e subsidiar novas hipóteses.

A elaboração da grelha categorial é de responsabilidade do pesquisador, devendo ser concebida em consonância com os objetivos da investigação e as especificidades do *corpus*. Considerando que um mesmo objeto pode ser analisado sob diferentes perspectivas, é comum a criação de grelhas distintas conforme a finalidade do estudo. Como exemplo didático, Bardin (2016) propõe uma investigação qualitativa a partir de duas questões abertas dirigidas a homens e mulheres, com o intuito de compreender as relações simbólicas estabelecidas com o automóvel: (1) "A que é, geralmente, comparado um automóvel?" e (2) "Se o seu automóvel lhe pudesse falar, o que é que lhe diria?". A categorização das respostas foi baseada no objeto de comparação (ex.: mulher, animal, outro meio de transporte) e no tipo de vínculo emocional expresso (afetividade, cumplicidade, rivalidade).

Fase 3: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

A terceira e última fase da análise de conteúdo refere-se ao tratamento dos resultados, à realização de inferências e à interpretação crítica. Trata-se do momento em que o pesquisador busca apreender os sentidos subjacentes às mensagens, mobilizando a intuição, a reflexão e o pensamento analítico. Nessa etapa, o objetivo é evidenciar os conteúdos latentes presentes no material, estabelecendo relações com as hipóteses e os referenciais teóricos adotados. Como enfatiza Fossá (2013), essa fase visa captar os significados e os sentidos construídos a partir do conjunto de dados, transformando o material bruto em conhecimento analítico. Para Bardin

(2016, p. 41), esse momento corresponde a uma “operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras”.

A fase de tratamento dos resultados e interpretação constitui o momento em que os dados analisados são organizados, integrados e compreendidos à luz dos objetivos da pesquisa e do referencial teórico adotado. Após a codificação e categorização do *corpus*, procede-se à sistematização das informações e à produção de sínteses interpretativas que permitam a identificação de sentidos subjacentes às manifestações observadas. O primeiro passo nesta etapa consiste na enumeração e descrição das características encontradas em cada categoria temática, possibilitando ao pesquisador produzir textos-síntese que expressem o conjunto de significados inferidos a partir das unidades de registro. Essas sínteses funcionam como dispositivos analíticos que revelam padrões, recorrências e variações no conteúdo observado, servindo de base para a etapa interpretativa.

De acordo com Bardin (2016), a interpretação, no contexto da Análise de Conteúdo, consiste na busca por sentidos ocultos, não evidentes à primeira leitura, que se encontram encobertos por discursos simbólicos e polissêmicos. Trata-se, portanto, de um processo analítico que demanda um esforço hermenêutico por parte do pesquisador, de acordo com Bardin (2016, p. 144), “[...] a interpretação proposta pela Análise de Conteúdo visa a descobrir, por detrás dos discursos aparentes, geralmente simbólicos e polissêmicos, significados implícitos, latentes”.

Nesse sentido, a interpretação não se limita a um exercício descritivo ou à quantificação de elementos, mas constitui um processo de construção de sentido, articulado com a totalidade do material empírico, os objetivos da pesquisa e os fundamentos teóricos. Para Gomes (2007), a análise qualitativa privilegia a compreensão dos significados socioculturais das representações:

[...] a interpretação dentro de uma perspectiva de pesquisa qualitativa não tem como finalidade contar opiniões ou pessoas. Seu foco é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar. Esse estudo do material não precisa abranger a totalidade das falas e expressões dos interlocutores porque, em geral, a dimensão sociocultural das opiniões e representações de um grupo que tem as mesmas características costuma ter muitos pontos em comum ao mesmo tempo que apresentam singularidades próprias. (Gomes, 2007, p. 79).

Assim, a interpretação corresponde ao momento de confrontação entre os dados empíricos e os referenciais teórico-metodológicos, permitindo ao pesquisador formular inferências sustentadas que conferem profundidade analítica aos resultados. A significação atribuída aos achados deriva, portanto, da articulação entre categorias empíricas e conceitos

teóricos, revelando as lógicas e tensões presentes nas práticas e discursos analisados. Em determinadas investigações, especialmente aquelas de abordagem mista ou voltadas para a sistematização de dados qualitativos em grandes volumes, pode-se recorrer a operações estatísticas descritivas, com o intuito de validar ou ilustrar os achados interpretativos. Tais recursos possibilitam a construção de quadros, diagramas, modelos e representações visuais, que auxiliam na apresentação e compreensão das relações entre os elementos categorizados.

Por fim, destaca-se que o tratamento interpretativo dos resultados não constitui um ponto final na pesquisa, mas pode servir de base para novas investigações, abrindo possibilidades para reinterpretações teóricas, adoção de novas técnicas ou aprofundamentos analíticos sobre outras dimensões do fenômeno estudado. A natureza dinâmica, cíclica e reflexiva da análise qualitativa, especialmente na abordagem de Bardin (2016), permite que a interpretação seja compreendida como uma prática científica inacabada, em constante reconstrução e expansão.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O desenvolvimento da pesquisa seguiu o percurso metodológico previamente delineado, apoiando-se também nas contribuições de Stringer (1996) para a organização das ações empreendidas. Segundo o autor, o processo de condução de uma investigação pode ser compreendido a partir de três etapas fundamentais: observação, reflexão e ação. A etapa de observação consiste na coleta de informações e na construção do cenário investigativo, com o objetivo de apreender a realidade empírica de forma ampla. A reflexão corresponde à exploração, análise e interpretação dos dados obtidos, visando identificar padrões, problemas e possibilidades de intervenção. Por fim, a ação envolve a implementação e avaliação das estratégias propostas, a partir do conhecimento gerado ao longo do processo investigativo.

Com base na etapa inicial de observação, foi realizado um levantamento bibliográfico para ampliar a compreensão acerca das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e seus elementos constituintes. As informações provenientes dessa etapa permitiram a construção do cenário investigativo, possibilitando o entendimento dos fluxos de atendimento realizados, do perfil dos usuários atendidos e de outras características comuns ao contexto da unidade em estudo.

Para a compreensão dos sujeitos envolvidos na unidade, recorreu-se a França (2008), que ressalta a importância dos processos comunicativos em contextos sociais, destacando que os sujeitos da comunicação, como usuários e unidades de saúde, são constituídos e transformados pelas relações comunicativas. Segundo a autora, os sujeitos não precedem as relações sociais, mas emergem delas, sendo moldados pelas interações simbólicas.

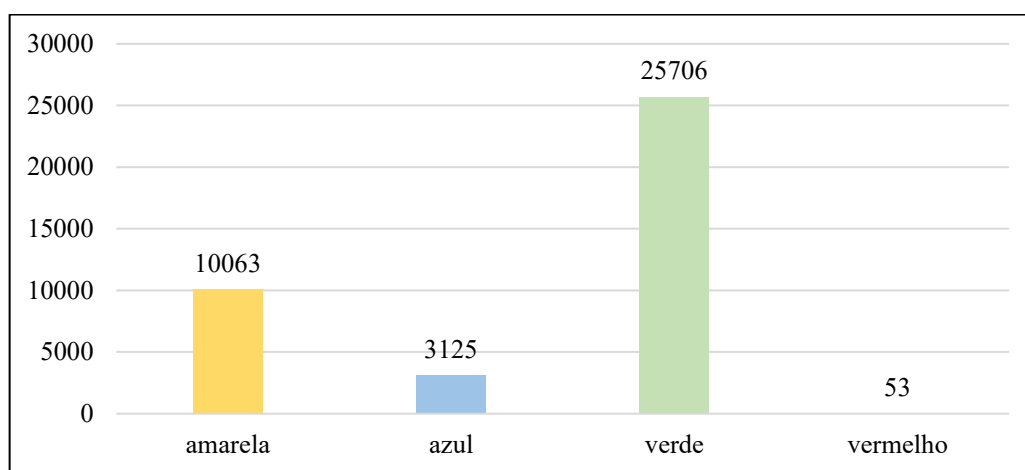
No âmbito da saúde e neste cenário, essa perspectiva se reflete nas interações entre a unidade de saúde, por meio de seus profissionais, e os usuários, onde a unidade assume o papel de agente produtor de discursos e os usuários, ao interpretarem e se apropriarem das informações, também contribuem para a produção de sentidos. O Sistema Único de Saúde (SUS), com seu modelo de atenção integral, organiza a rede de serviços de saúde de maneira colaborativa, garantindo cuidado contínuo e eficiente. A articulação adequada entre os diferentes níveis de atenção do SUS contribui para uma experiência de atendimento mais qualificada para os usuários, ressaltando a comunicação e o entendimento sobre os serviços de saúde como elementos essenciais para o aprimoramento do cuidado.

Em consonância com a etapa de reflexão de Stringer (1996) e fundamentada nos pressupostos da observação participante de Minayo (2001), que enfatiza o contato direto do pesquisador com o fenômeno investigado para apreender a realidade dos sujeitos em seus contextos, foram realizadas visitas à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória,

campo empírico desta pesquisa. As visitas ocorreram entre fevereiro e maio de 2025, em dias e horários alternados, com o objetivo de observar o processo dialógico e comunicacional entre profissionais de saúde e usuários, compreender a dinâmica de funcionamento da unidade, bem como o volume de atendimentos, considerando seu regime de funcionamento ininterrupto, vinte e quatro horas por dia.

No período compreendido, a unidade registrou um total de 38.947 atendimentos. Desse quantitativo, 74% foram classificados nas categorias azul e verde, segundo o Protocolo de Manchester (Figura 8), o que indica ausência de urgência ou emergência imediata, resultando em tempos de espera que chegaram a até quatro horas. Destaca-se, ainda, o aumento expressivo da demanda nos meses de abril e maio, em razão do crescimento dos casos de síndromes gripais, quando foram atendidos, respectivamente, 10.027 e 11.495 usuários.

Figura 8 – Número de atendimentos por classificação de risco na UPA do Parque Vitória de fevereiro a maio de 2025.



Fonte: SISUPA (2025).

No que se refere ao tipo de investigação adotado, esta pesquisa adotou a perspectiva da pesquisa aplicada, cuja finalidade principal assim como a natureza do Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Maranhão²¹, é a produção de conhecimentos voltados para a aplicação prática e direcionados à solução de problemas específicos. Conforme Gil (2008), essa modalidade de pesquisa visa gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos da realidade investigada. De

²¹ O Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Comunicação - Mestrado Profissional - da Universidade Federal do Maranhão tem por finalidade a produção de conhecimento, atuando na formação de recursos humanos para o mercado, bem como para a pesquisa aplicada, tecnológica e de inovação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2025).

forma complementar, Thiollent (2009) define a pesquisa aplicada como aquela que gera conhecimento para uso prático, geralmente vinculado aos interesses de instituições ou grupos sociais. Segundo esses autores, essa abordagem pode utilizar tanto métodos quantitativos quanto qualitativos e está frequentemente associada a demandas sociais e econômicas que exigem respostas objetivas e efetivas.

Dessa forma, ambas as definições destacam o caráter instrumental da pesquisa aplicada, cujo foco principal está na resolução de problemas concretos e na obtenção de resultados com aplicabilidade imediata, distinguindo-a da pesquisa básica, que visa prioritariamente à ampliação do conhecimento teórico. Nesse contexto, o presente estudo, ao integrar a estrutura metodológica proposta por Stringer (1996), o referencial teórico proposto e a abordagem da pesquisa aplicada conforme descrita por Gil (2008) e Thiollent (2009), buscou produzir conhecimentos capazes de contribuir para o aprimoramento dos processos comunicativos e organizacionais, bem como para a resolução de um problema específico mediante a proposição de um produto.

6.1 Fase 1: Pré-análise

A análise qualitativa dos dados empíricos obtidos por meio do diário de campo, sistematizados conforme a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), permitiu evidenciar aspectos fundamentais sobre as práticas comunicacionais desenvolvidas na UPA do Parque Vitória. A organização do material seguiu os critérios de categorização definidos na fase de pré-análise, respeitando os princípios de homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e adequação.

a) Leitura flutuante e constituição do *corpus*

O *corpus* da pesquisa foi composto por vinte e oito registros produzidos a partir da observação participante em campo, com foco nas interações comunicacionais entre usuários e profissionais de saúde nas recepções 1 e 2 da UPA do Parque Vitória. A produção desses registros revelou-se um processo complexo, que exigiu não apenas atenção constante às dinâmicas do ambiente, mas também uma postura ética e reflexiva diante das situações observadas. Registrar tais interações implicou lidar com múltiplas dimensões da comunicação, verbais, não verbais e contextuais, exigindo sensibilidade para captar nuances de expressão, gestos, silêncios e entonações que compõem o cotidiano do cuidado em saúde.

O contexto da unidade, caracterizado por grande fluxo de pessoas, demandas urgentes e interações simultâneas, impôs desafios à coleta sistemática das informações, especialmente

no que se refere à necessidade de manter o equilíbrio entre a presença do pesquisador e a não interferência nas rotinas de atendimento. Em diversos momentos, foi necessário conter o impulso de intervir em situações de dúvidas, a fim de não comprometer a espontaneidade das interações e a fidedignidade dos registros. Essa escolha metodológica, embora desafiadora, foi essencial para preservar a autenticidade das práticas comunicacionais e compreender como o diálogo, a escuta e a troca de informações se manifestam nas condições reais do serviço.

A leitura flutuante, realizada após a coleta, permitiu uma imersão sensível e analítica no material, favorecendo a identificação de temas recorrentes e a seleção dos trechos mais significativos à luz das questões de pesquisa. Esse exercício interpretativo reafirmou a complexidade das relações comunicacionais no campo da saúde e destacou a importância de uma escuta atenta, capaz de reconhecer tanto o que é dito quanto o que se expressa nos gestos, nos silêncios e nas entrelinhas do cotidiano do cuidado.

b) Formulação de hipóteses e objetivos

Hipóteses orientadoras:

- A comunicação na unidade é predominantemente funcional, com baixa escuta ativa e pouca mediação de sentidos.
- A ausência de estratégias comunicacionais estruturadas contribui para a incompreensão, ansiedade e insatisfação dos usuários.
- O tempo reduzido para a execução das atividades e a sobrecarga de trabalho da equipe comprometem a qualidade do diálogo e o acesso às informações.

Objetivo analítico:

Compreender as práticas comunicacionais na UPA, a partir da observação participante, identificando barreiras, fluxos de informação, estratégias institucionais e percepções dos usuários sobre acolhimento, escuta e orientação.

c) Definição de indicadores e organização preliminar

Com base nas hipóteses, foram definidos indicadores analíticos, como: presença de escuta ativa, clareza da linguagem, explicação das etapas do atendimento, acolhimento proativo, uso de materiais educativos, manifestações de insatisfação, sinais de ansiedade, expressão de demandas não solucionadas, que representam evidências empíricas observáveis que sustentam a interpretação de cada código dentro da análise de conteúdo (Bardin, 2011).

6.2 Fase 2: Exploração do material

A etapa de exploração envolveu a codificação das unidades de registro, ou seja, a identificação de trechos do diário que se relacionam direta ou indiretamente com as categorias estabelecidas. Os fragmentos foram classificados e interpretados conforme sua recorrência, intensidade, contradição ou ausência de determinadas práticas.

a) Unidades de registro e de contexto

- Unidades de registro: Segmentos de conteúdo que expressam práticas comunicacionais específicas (ex: “usuário pergunta ao outro quem é o último da fila”; “profissional responde com frase genérica”; “usuário demonstra raiva com expressão facial”).
- Unidades de contexto: Parágrafos inteiros, episódios observados na recepção 1 ou 2, ou interações entre usuários e profissionais que contextualizam as falas e atitudes observadas.

b) Codificação

A codificação foi realizada com base nas unidades de registro identificadas na pré-análise do diário de campo e fundamentada nas categorias temáticas derivadas do referencial teórico e das observações. Os códigos foram representados por letras que sinalizam a ocorrência de práticas, expressões e situações comunicacionais recorrentes (Quadro 6):

Quadro 6 – Codificação.

CÓDIGO	SIGNIFICADO	EXEMPLO DE OCORRÊNCIA EMPÍRICA
A	Acolhimento	Recepção cordial, escuta ativa, tentativa de tranquilizar o usuário.
F	Fluxo e clareza da informação	Orientação sobre etapas do atendimento, explicação do protocolo ou da senha.
D	Diálogo profissional-usuário	Trocas entre profissional e usuário durante qualquer interação.
R	Reclamações e conflitos	Questionamentos sobre demora, insatisfação com o atendimento, tensão verbal.
T	Tempo e ritmo do atendimento	Espera prolongada, pressa dos profissionais, falas sobre lentidão ou agilidade.
P	Protocolos e triagem	Aplicação ou menção ao Protocolo de Manchester (triagem, classificação de risco).
C	Cultura organizacional	Padrões de comportamento institucional, normas implícitas, hierarquias observadas.
M	Materiais educativos	Cartazes, folders, ausência ou inadequação de materiais informativos.
E	Comunicação entre equipes	Interação entre profissionais, troca de informações ou lacunas na coordenação.

U	Compreensão do funcionamento da unidade	Dúvidas sobre etapas, setores, direitos, funcionamento geral.
L	Letramento em saúde	Dificuldade ou facilidade em compreender termos ou orientações.
DC	Dificuldades comunicacionais	Ruídos, linguagem técnica, falta de tempo para escuta, interrupções.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

c) Categorização

A fim de assegurar a coerência interna entre os diferentes níveis da Análise de Conteúdo (Bardin, 2016) foram identificados 12 códigos empíricos (A, F, D, R, T, P, C, M, E, U, L, DC), os quais refletem dimensões mais detalhadas do campo investigado e capturam nuances das práticas comunicacionais, bem como das experiências dos usuários na UPA. O passo subsequente consistiu na reorganização dessas ocorrências em cinco categorias temáticas (Quadro 7), com o objetivo de integrar de forma articulada o referencial teórico, os procedimentos metodológicos e as evidências empíricas.

Durante esse processo, tornou-se evidente que alguns códigos apresentavam sobreposição conceitual, enquanto outros necessitavam ser combinados para representar adequadamente a dimensão prática e relacional da comunicação e saúde. Nesse sentido, o código T (tempo e ritmo de atendimento) passou a compor duas categorias, atuando ora como facilitador, favorecendo o acolhimento e a escuta, ora como barreira comunicacional, ao intensificar tensões e restringir o diálogo.

As antigas categorias “Letramento em saúde” e “Materiais educativos” foram consolidadas em Letramento e autonomia do usuário, reforçando a centralidade do direito à informação e a promoção da compreensão funcional do cuidado. Ademais, a categoria “Cultura organizacional e práticas institucionais” foi ampliada para abarcar a comunicação interprofissional, em função da recorrência de registros que evidenciam como a troca entre equipes influencia a experiência do usuário e a continuidade do cuidado.

Quadro 7 – Descrição das categorias e códigos associados.

CATEGORIA TEMÁTICA	CÓDIGOS ASSOCIADOS	DESCRIÇÃO
1. Acolhimento e escuta qualificada	A, D, T (Acolhimento; Diálogo profissional-usuário; Tempo e ritmo do atendimento)	Reúne práticas de recepção, diálogo inicial e escuta ativa que favorecem o vínculo e a humanização do cuidado. Considera o tempo disponível, o tom relacional e a atenção às necessidades expressas pelos usuários, conforme a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004) e Ayres (2012)
2. Clareza e fluxo informacional	F, P, U (Fluxo e clareza da informação; Protocolos e triagem; Compreensão do funcionamento da unidade)	Inclui a forma como as informações sobre etapas, senhas, protocolos e funcionamento da unidade são transmitidas. Analisa se há clareza, coerência e transparência na

		comunicação institucional, assegurando o direito à informação.
3. Comunicação interprofissional e cultura organizacional	C, E (Cultura organizacional/ Comunicação entre equipes)	Engloba as trocas internas entre profissionais e os padrões de comportamento, normas e hierarquias institucionais que moldam a cultura comunicacional da unidade (Scott, 2008). Avalia o impacto da organização do trabalho na qualidade do cuidado e na segurança do paciente.
4. Letramento em saúde e autonomia do usuário	L, M, U (Letramento em saúde/ Materiais educativos/ Compreensão do funcionamento da unidade)	Relaciona-se à capacidade do usuário de compreender e utilizar informações de saúde, considerando também a existência e adequação de materiais educativos. Fundamenta-se em Nutbeam (2000), Vasconcelos et al. (2016) e Peres (2023).
5. Conflitos e barreiras comunicacionais	R, DC, T (Reclamações e conflitos/ Dificuldades comunicacionais/ Tempo e ritmo de atendimento)	Reúne manifestações de insatisfação, tensões e obstáculos à comunicação, incluindo respostas defensivas, uso de linguagem técnica, pressa ou falta de escuta. Indica pontos críticos para melhoria da comunicação institucional e da humanização do atendimento.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Dessa forma, o Quadro 7 além de estar organizado em cinco eixos analíticos (Acolhimento e escuta qualificada; Clareza e fluxo informacional; Comunicação interprofissional e cultura organizacional; Letramento em saúde e autonomia do usuário; Conflitos e barreiras comunicacionais), incorpora maior abrangência e alinhamento com os 12 códigos empíricos, assegurando consistência entre codificação, categorização e interpretação dos dados. Tal ajuste possibilitou que a análise subsequente, incluindo a síntese dos significados e a interpretação dos resultados, fosse conduzida de maneira integrada, articulando dimensões operacionais, relacionais e estruturais da comunicação no contexto da UPA.

De maneira didática e com o intuito de trazer clareza quanto as categorias utilizadas no processo metodológico, desenvolvemos o Quadro 8, que apresenta uma síntese desde os eixos iniciais do roteiro (Quadro 3), das categorias empíricas (Quadro 4), codificação (Quadro 6) e as categorias analíticas agrupadas (Quadro 7), dispostas na seguinte lógica: Eixos iniciais → categorias empíricas → codificação → categorias agrupadas, assim temos:

Quadro 8 – Quadro síntese dos eixos, categorias empíricas, codificação, categorias agrupadas.

EIXOS INICIAIS DO ROTEIRO	CATEGORIA EMPÍRICA	CODIFICAÇÃO	CATEGORIA ANALÍTICA AGRUPADA (5 EIXOS)
I. Comunicação e interação	Acolhimento	A	Acolhimento e escuta qualificada
	Diálogo profissional-usuário	D	Acolhimento e escuta qualificada
	Tempo e ritmo do atendimento	T	Acolhimento e escuta qualificada / Conflitos e barreiras comunicacionais
II. Ambiente e organização do trabalho	Fluxo e clareza da informação	F	Clareza e fluxo informacional

	Protocolos e triagem	P	Clareza e fluxo informacional
	Compreensão do funcionamento da unidade	U	Clareza e fluxo informacional / Letramento em saúde e autonomia do usuário
	Cultura organizacional	C	Comunicação interprofissional e cultura organizacional
III. Experiência do usuário	Comunicação entre equipes	E	Comunicação interprofissional e cultura organizacional
	Letramento em saúde	L	Letramento em saúde e autonomia do usuário
	Materiais educativos	M	Letramento em saúde e autonomia do usuário
	Reclamações e conflitos	R	Conflitos e barreiras comunicacionais
	Dificuldades comunicacionais	DC	Conflitos e barreiras comunicacionais

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

6.3 Fase 3: Tratamento dos resultados e interpretação

A análise evidenciou um padrão de comunicação predominantemente funcional, centrado na lógica operacional do serviço, com falhas estruturais em aspectos fundamentais da comunicação no contexto da saúde, como acolhimento, escuta, orientação e clareza das informações. A ausência de estratégias formais de comunicação e a sobrecarga da equipe comprometem a qualidade da interação com os usuários, afetando diretamente a experiência do cuidado e a percepção de acesso ao serviço.

O descompasso entre a lógica institucional e as expectativas dos usuários que buscam resolução imediata para suas demandas, alimenta tensões comunicacionais, frustrações e a invisibilidade de necessidades subjetivas. O processo comunicacional, tal como observado, contribui para a manutenção das iniquidades em saúde, na medida em que não reconhece as desigualdades de acesso à informação, ao diálogo e ao direito à escuta.

a) Descrição e sistematização

A etapa de tratamento e interpretação dos resultados consistiu na articulação entre as categorias empíricas, os códigos identificados e o referencial teórico da comunicação e saúde, orientando a elaboração de um quadro-síntese que expressa os significados emergentes da observação participante. A análise permitiu sistematizar evidências que apontam para uma comunicação institucional fortemente marcada por práticas operacionais, onde o acolhimento,

a escuta e a clareza informacional se veem comprometidos pelas limitações estruturais, pela sobrecarga de trabalho e pela ausência de estratégias comunicacionais deliberadas.

As categorias empíricas evidenciam que a comunicação no contexto da UPA é frequentemente mediada pela lógica da produtividade e pela necessidade de resposta imediata às demandas clínicas, o que restringe a dimensão relacional do cuidado e invisibiliza em alguns contextos as subjetividades dos usuários. Observa-se que a ausência de políticas e materiais educativos adequados reforçam barreiras de letramento em saúde e limitam a autonomia do usuário no processo de atenção. Ademais, as interações entre profissionais, marcadas por ruídos e descontinuidades, refletem a influência da cultura organizacional sobre a qualidade comunicacional.

Dessa forma, o Quadro 9, apresentado a seguir, sintetiza os significados inferidos a partir das evidências empíricas, articulando dimensões comunicacionais, culturais e relacionais do cuidado em saúde, com base nas cinco categorias analíticas consolidadas.

Quadro 9 – Quadro síntese das categorias, evidências e significados.

CATEGORIA	EVIDÊNCIA EMPÍRICA	SIGNIFICADO INFERIDO
Acolhimento e escuta qualificada	Ausência de profissionais na entrada (“Posso Ajudar” permanente); usuários buscam informações entre si; expressões de dor e hesitação sem resposta institucional.	Fragilidade do acolhimento institucional e da escuta ativa; ausência de mediação relacional e invisibilidade de necessidades subjetivas.
Clareza e fluxo informacional	Dúvidas sobre etapas e senhas; desconhecimento dos critérios de prioridade; explicações rápidas e técnicas.	Falta de mediação pedagógica na comunicação; opacidade do fluxo e limitação do direito à informação.
Comunicação interprofissional e cultura organizacional	Falas como “ninguém responde nesse setor”; interrupções e ausência de retorno de informações.	Cultura organizacional hierarquizada e comunicacionalmente fragmentada; impacto na integralidade e continuidade do cuidado.
Letramento em saúde e autonomia do usuário	Dúvidas recorrentes sobre exames, agendamentos e horários; inexistência de cartazes ou materiais educativos; dependência da explicação oral.	Baixo letramento funcional e ausência de estratégias educativas; restrição da autonomia do usuário e reforço das desigualdades informacionais.
Conflitos e barreiras comunicacionais	Reclamações sobre demora e redirecionamentos; uso de linguagem técnica; ambiente ruidoso.	Tensões comunicacionais associadas à sobrecarga e à falta de escuta; prevalência de uma lógica produtivista que limita o diálogo e o cuidado humanizado.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

b) Interpretação

Conforme Bardin (2016), a análise de conteúdo visa desvelar o não dito e os sentidos latentes que atravessam os discursos e comportamentos. A interpretação do material empírico evidencia uma ambiência comunicacional fragmentada, na qual coexistem tentativas de escuta e orientação, mas sem uma estratégia institucional sistemática de mediação e educação em saúde. O modelo organizacional observado parece operar sob uma lógica produtivista, voltada para a vazão da demanda, sem observação à integralidade do cuidado e a comunicação como direito e dimensão estruturante do SUS.

A unidade funciona dentro de um paradigma operativo e técnico, no qual a comunicação é tratada como um apêndice funcional, e não como eixo estruturante da atenção à saúde. A fragilidade no acolhimento, a opacidade do fluxo, a ausência de mediação educativa e a baixa empatia institucional evidenciam uma ruptura entre temas estruturantes do SUS (como a humanização e o acesso à informação) e a prática cotidiana observada.

A análise, orientada pela técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2016), permitiu reorganizar os achados em cinco eixos analíticos, que articulam doze códigos empíricos, refletindo tanto os potenciais quanto as limitações comunicacionais observadas na unidade. Os eixos “Acolhimento e escuta; Clareza informacional; Letramento e autonomia; Comunicação interprofissional e cultura organizacional; e Conflitos e barreiras,” traduzem dimensões que, embora distintas, se inter-relacionam no cotidiano do cuidado e na experiência dos usuários.

6.4 Resultados qualitativos

A partir da aplicação da técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2016), procedeu-se à sistematização e codificação das unidades de registro identificadas nos relatos do diário de campo, com o objetivo de explicitar como as práticas comunicacionais se manifestam no cotidiano da UPA. Essa etapa analítica buscou garantir a coerência entre os níveis de tratamento do material empírico, codificação, categorização e interpretação, conforme o referencial metodológico adotado.

Os dados apresentados a seguir foram selecionados por representarem, de forma sintética e significativa, os núcleos de sentido predominantes em cada categoria temática, expressando tanto dimensões relacionais (escuta, empatia, clareza comunicacional) quanto estruturais (organização do trabalho, cultura institucional, fluxos de informação). Cada registro foi associado a um código empírico, conforme a matriz de codificação previamente definida, permitindo a identificação das regularidades discursivas e das tensões observadas entre profissionais e usuários, articulando, portanto, a correspondência entre os trechos observados,

as unidades de registro, os códigos aplicados e as respectivas categorias temáticas, constituindo o eixo articulador entre o material empírico e a interpretação analítica desenvolvida na sequência.

a) Acolhimento e escuta qualificada

O primeiro eixo analítico revela uma prática de acolhimento marcada por inconsistências e ausência de mediação institucional contínua. A escuta ativa se dilui em meio à rotina operacional, e, em muitos momentos, os próprios usuários assumem o papel de orientar uns aos outros, evidenciando a fragilidade do dispositivo formal de recepção.

Quadro 10 - Análise "Acolhimento e escuta qualificada"

TRECHO DO DIÁRIO DE CAMPO / FALA DO USUÁRIO	UNIDADE DE REGISTRO	CÓDIGO	CATEGORIA TEMÁTICA
"Cheguei e não sabia nem onde ir. Perguntei pra moça na fila quem era o último, porque não tinha ninguém orientando." (Matinha)	Fragilidade no acolhimento contínuo e de mediação institucional	A	Acolhimento e escuta qualificada
"Quando a moça do Posso Ajudar estava lá, ela me levou até a recepção... mas às vezes a gente fica meio perdido porque não tem ninguém." (Viana)	Presença eventual de suporte, fragilidade no acolhimento contínuo	A	Acolhimento e escuta qualificada

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

*Legenda do Código: A = Acolhimento

A subcategoria "demandas não solucionadas" expressa a dimensão subjetiva dessa ausência de escuta. Gestos, expressões faciais e desabafos apontam para impaciência diante da espera e ausência de escuta

Quadro 11 - Análise "Demandas não solucionadas"

TRECHO DO DIÁRIO DE CAMPO / FALA DO USUÁRIO	UNIDADE DE REGISTRO	CÓDIGO	CATEGORIA TEMÁTICA
"Vou embora, não aguento mais esperar, eles não tão nem aí (...)." (Cajari)	Impaciência diante da espera e ausência de escuta	T / A	Acolhimento e escuta qualificada
"A gente fica olhando a cara deles e vê que não querem conversa... é só senha e fila, nada de explicação." (Pinheiro)	Ausência de diálogo e de escuta ativa	D	Acolhimento e escuta qualificada

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

*Legenda do Código: T = Tempo e ritmo do atendimento | A = Acolhimento | D = Diálogo profissional-usuário.

b) Clareza informacional

A clareza informacional configura-se como um desafio transversal. A ausência de sinalização, a comunicação genérica e o uso de linguagem técnica dificultam a compreensão sobre o fluxo de atendimento, a classificação de risco e os tempos de espera. As mensagens são reativas, e não educativas, o que contribui para a ansiedade e a percepção de descuido comunicativo.

Quadro 12 - Análise "Clareza informacional"

TRECHO DO DIÁRIO DE CAMPO / FALA DO USUÁRIO	UNIDADE DE REGISTRO	CÓDIGO	CATEGORIA TEMÁTICA
"A gente fica esperando e não entende porque uns passam na frente. Só dizem que todo mundo vai ser atendido, mas não explicam direito." (Olinda Nova do Maranhão)	Desinformação sobre critérios de prioridade	F / P	Clareza e fluxo informacional
"Perguntei se era por ordem de chegada ou prioridade, mas só falaram que ia demorar, sem explicar como funciona." (Penalva)	Falta de clareza sobre o fluxo e a triagem	F / U	Clareza e fluxo informacional

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

*Legenda do Código: F = Fluxo e clareza da informação | P = Protocolos e triagem | U = Compreensão do funcionamento da unidade.

c) Letramento e autonomia

A fusão das antigas categorias "Letramento em saúde" e "Materiais educativos" revelou um eixo ampliado, que enfatiza o direito à informação e à autonomia dos usuários. As observações indicam que há pouca oferta de materiais educativos e escassa mediação pedagógica, o que limita a compreensão dos processos de cuidado e reforça a dependência de informações informais.

Quadro 13 - Análise "Letramento e autonomia"

TRECHO DO DIÁRIO DE CAMPO / FALA DO USUÁRIO	UNIDADE DE REGISTRO	CÓDIGO	CATEGORIA TEMÁTICA
"Moça, você sabe como faço pra marcar um exame? Já perguntei em outro posto, mas ninguém me explicou direito." (Vitória do Mearim)	Dificuldade em compreender e acessar serviços	L / U	Letramento em saúde e autonomia do usuário
"Eu não entendo esse negócio de classificação... por que não chamam logo o médico? Parece que é só enrolação." (Pedro do Rosário)	Falta de compreensão dos processos de cuidado	L / P	Letramento em saúde e autonomia do usuário

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

*Legenda do Código: L = Letramento em saúde | U = Compreensão do funcionamento da unidade | P = Protocolos e triagem

d) Comunicação interprofissional e cultura organizacional

A observação participante evidenciou que as práticas comunicacionais entre as equipes são frequentemente fragmentadas, baseadas em transmissões unilaterais e centradas na tarefa. Essa fragilidade pode afetar a coerência das orientações oferecidas aos usuários e comprometer a continuidade da informação ao longo da jornada de cuidado. Em alguns casos, profissionais de diferentes setores apresentavam informações contraditórias sobre o mesmo processo, gerando desconforto entre os pacientes.

Quadro 14 - Análise "Comunicação interprofissional e cultura organizacional"

TRECHO DO DIÁRIO DE CAMPO / FALA DO USUÁRIO	UNIDADE DE REGISTRO	CÓDIGO	CATEGORIA TEMÁTICA
“Eu estou a algum tempo esperando aqui pra ser atendido, lá na frente falaram que não ia demorar muito, aqui já me disseram que tenho que aguardar um pouco, eu só sei que a gente fica sem saber em quem acreditar.” (Bequimão)	Informações contraditórias entre profissionais	E / C	Comunicação interprofissional e cultura organizacional

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

*Legenda do Código: E = Comunicação entre equipes | C = Cultura organizacional.

e) Conflitos e barreiras

O eixo “Conflitos e barreiras” reúne aspectos estruturais e simbólicos que dificultam a comunicação efetiva. Inclui o ruído ambiental, a pressa na linguagem, as interrupções frequentes, o uso de celulares e a ausência de escuta empática. Tais fatores comprometem a qualidade das interações e intensificam a percepção de distância entre equipe e usuários.

Quadro 15 - Análise "Conflitos e barreiras"

TRECHO DO DIÁRIO DE CAMPO / FALA DO USUÁRIO	UNIDADE DE REGISTRO	CÓDIGO	CATEGORIA TEMÁTICA
“Tá muito barulho aqui, criança chorando, televisão ligada... a gente não consegue nem ouvir direito quando chamam.” (Arari)	Ruído ambiental e barreira à escuta	DC / T	Conflitos e barreiras comunicacionais
“O rapaz falou rápido demais, nem deu tempo de perguntar. Parece que querem só passar logo a gente pra frente.” (São Bento)	Comunicação apressada e ausência de escuta	DC / T	Conflitos e barreiras comunicacionais

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

*Legenda do Código: DC = Dificuldades comunicacionais | T = Tempo e ritmo do atendimento.

A subcategoria “percepção de empatia” emerge fortemente nesse eixo, revelando que a ausência de escuta sensível e de respostas personalizadas gera frustração e sentimento de desamparo.

Quadro 16 - Análise "Percepção de empatia"

TRECHO DO DIÁRIO DE CAMPO / FALA DO USUÁRIO	UNIDADE DE REGISTRO	CÓDIGO	CATEGORIA TEMÁTICA
"Se fosse um parente de vocês, já tinha passado na frente. A gente fica aqui, sem resposta." (São João Batista)	Reclamação e percepção de falta de empatia	R / DC	Conflitos e barreiras comunicacionais
"Falei que minha mãe tá com dor, e a moça só disse: 'tenha calma, todo mundo vai ser atendido'. Isso não ajuda em nada." (São Vicente de Ferrer)	Falta de resposta empática e linguagem padronizada	R / D	Conflitos e barreiras comunicacionais

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

*Legenda do Código: R = Reclamações e conflitos | DC = Dificuldades comunicacionais | D = Diálogo profissional-usuário.

As reclamações, por sua vez, aparecem como formas legítimas de resistência simbólica e busca de reconhecimento, ainda que frequentemente tratadas de modo burocrático ou defensivo, sem abertura ao diálogo resolutivo. As manifestações de queixa ocorrem em diferentes momentos da jornada de cuidado, especialmente durante a espera pela classificação de risco ou pela consulta médica.

Na maioria dos casos, as respostas oferecidas foram genéricas, expressas em enunciados como "todos serão atendidos" ou "é só ter calma", o que reforça a ausência de escuta qualificada, a gestão das reclamações revela-se orientada por uma lógica de contenção ou transferência, e não pela construção de um diálogo efetivamente resolutivo, o que tende a intensificar a frustração dos usuários e a percepção de distanciamento entre a equipe e a população.

Quadro 17 - Análise "Reclamações"

TRECHO DO DIÁRIO DE CAMPO / FALA DO USUÁRIO	UNIDADE DE REGISTRO	CÓDIGO	CATEGORIA TEMÁTICA
"Reclamei da demora e a moça disse que a unidade está cheia, mas que todo mundo seria atendido. Não explicou mais nada." (Monção)	Reclamação tratada de forma burocrática	R	Conflitos e barreiras comunicacionais
"Perguntei porque estavam passando outras pessoas na frente e só falaram que era prioridade. Não mostraram nada, só mandaram esperar." (Olinda Nova do Maranhão)	Falta de transparência na explicação sobre prioridade	F / R	Clareza e fluxo informacional / Conflitos e barreiras comunicacionais

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

*Legenda do Código: R = Reclamações e conflitos | F = Fluxo e clareza da informação.

As falas dos usuários revelam oportunidades recorrentes de mediação comunicacional em todos os eixos analisados, abrangendo desde os momentos iniciais de recepção até o diálogo

interprofissional. A análise evidencia maior incidência dos códigos A, D, F, T e R (Acolhimento; Diálogo profissional-usuário; Fluxo e clareza da informação; Tempo e ritmo do atendimento; Reclamações e conflitos), o que indica que acolhimento, escuta e clareza informacional configuram-se como pontos de atenção na experiência comunicacional da unidade.

Verifica-se ainda a sobreposição de códigos em alguns registros, especialmente T, U e R (Tempo e ritmo de atendimento; Compreensão do funcionamento da unidade; Reclamações e conflitos), o que reforça a interdependência entre as dimensões operacionais, relacionais e estruturais da comunicação no contexto da UPA, evidenciando que os desafios comunicacionais não se restringem a aspectos individuais, mas resultam de um conjunto de práticas e condições organizacionais que moldam a experiência do cuidado.

6.5 Análise dos resultados

A análise dos resultados evidencia que as práticas comunicacionais observadas na UPA operam sob uma lógica funcional e fragmentada, distante dos princípios de humanização, integralidade e direito à comunicação preconizados pelo SUS (Brasil, 2004). A ausência de dispositivos sistemáticos de escuta ativa, de mediação da informação e de valorização da experiência do usuário compromete a efetividade do cuidado, reproduz desigualdades de acesso à informação e fragiliza a construção de vínculos entre equipe e população. Conforme Bardin (2016), a interpretação dos dados permite identificar significados latentes, que vão além da descrição literal das falas e comportamentos, revelando dinâmicas estruturais, simbólicas e relacionais presentes na organização do trabalho em saúde.

A análise foi estruturada a partir das cinco categorias estabelecidas no Quadro 7: (i) Acolhimento e escuta qualificada; (ii) Clareza e fluxo informacional; (iii) Comunicação interprofissional e cultura organizacional; (iv) Letramento em saúde e autonomia do usuário; (v) Conflitos e barreiras comunicacionais. Estes eixos articulam dimensões operacionais, relacionais e estruturais, permitindo uma interpretação integrada dos achados (Vasconcelos et al., 2016).

Na categoria “Acolhimento e escuta qualificada”, constatou-se que a recepção inicial é marcada por inconsistências e ausência de mediação institucional contínua. A escuta ativa se dilui frente à rotina operacional, e frequentemente os próprios usuários assumem o papel de orientação mútua, evidenciando fragilidade do dispositivo formal de recepção. As manifestações como gestos de impaciência, expressões de frustração, desabafos e desistência do atendimento, indicam descontentamento latente e baixa atenção às necessidades subjetivas,

reforçando a percepção de invisibilidade do usuário. Tal achado corrobora a dimensão ética do acolhimento prevista na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004).

Na categoria “Clareza e fluxo informacional”, observou-se dificuldade dos usuários em compreender o funcionamento da unidade, os fluxos assistenciais, a classificação de risco e os tempos de espera. A comunicação se mostra reativa, genérica e técnica, sem mediação pedagógica. O tempo e ritmo de atendimento se apresenta como variável crítica, atuando ora como facilitador, quando organiza a espera, ora como barreira, quando intensifica tensões e limita o diálogo, contribuindo para ansiedade e insegurança.

A categoria “Letramento em saúde e autonomia do usuário”, evidencia baixa oferta de materiais educativos e escassa mediação pedagógica, limitando a compreensão dos processos de cuidado e reforçando a dependência de informações informais. Essa lacuna impacta diretamente a autonomia decisória do usuário, sua capacidade de navegar pelos serviços, a adesão ao cuidado e o vínculo com a equipe, reforçando desigualdade informacional, conforme discutido por Vasconcelos et al. (2016) e Peres (2023).

Na categoria “Comunicação interprofissional e cultura organizacional”, as práticas entre equipes se mostram fragmentadas, centradas na transmissão unilateral de informações e na lógica de tarefas, comprometendo a coerência das orientações e a continuidade do cuidado. Informações contraditórias entre setores geram desconfiança, refletindo limitações na cultura organizacional e na coordenação interprofissional.

Por fim, a categoria “Conflitos e barreiras” comunicacionais agrupa elementos estruturais e simbólicos que dificultam a comunicação efetiva, como ruído ambiental, pressa, interrupções, uso de celulares e ausência de escuta empática. A percepção de empatia emerge como subcategoria relevante: a ausência de respostas personalizadas e de escuta sensível reforça em alguns momentos a distância entre equipe e usuários. A categoria reclamações evidencia a tensão entre expectativas dos usuários e respostas institucionais; a gestão dessas manifestações, muitas vezes genérica, evasiva ou transferida a outros setores, reforça a percepção de desigualdade simbólica e a falta de reconhecimento da voz do usuário no processo de cuidado.

A análise, portanto, permite identificar que as iniquidades comunicacionais observadas não se restringem a falhas pontuais de transmissão de informações, mas configuram expressões de desigualdades mais amplas de acesso, poder simbólico e reconhecimento, em sua concepção de análise qualitativa. A comunicação, neste contexto, entendida e reduzida a um ato funcional, falha em assegurar a mediação relacional e educativa necessária à promoção da saúde, limitando a construção da cidadania e do direito à comunicação.

Diante desse cenário, torna-se imperativo reconhecer a comunicação como direito fundamental e componente estratégico da qualidade do cuidado em saúde. A superação das iniquidades comunicacionais observadas exige, portanto, investimentos em formação permanente das equipes, reorganização dos fluxos institucionais e fortalecimento de estratégias pedagógicas e dialógicas que promovam a autonomia e a participação dos usuários.

Por fim, destaca-se que o tratamento interpretativo dos resultados, conforme Bardin (2016) e Fossá (2003), não encerra o processo, mas abre caminhos para novas investigações. A análise empreendida neste estudo sugere que os desafios comunicacionais enfrentados no cotidiano das UPAs não se limitam ao âmbito operacional, mas expressam tensões estruturais e simbólicas que atravessam a organização do cuidado no SUS. Nesse sentido, a interpretação proposta constitui uma base crítica para o aprofundamento das discussões sobre comunicação, equidade e justiça social em saúde.

7 ANÁLISES E RECOMENDAÇÕES

A análise dos dados empíricos coletados por meio da observação participante sistematizada no diário de campo e analisados por meio da análise de conteúdo, revelou a complexidade das interações comunicacionais no cotidiano de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Os achados demonstram que, embora existam dispositivos institucionais voltados à promoção do acolhimento, da informação qualificada e do diálogo humanizado, como preconizam a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004) e os princípios organizativos do SUS, na prática, essas diretrizes são frequentemente tensionadas por uma lógica assistencial centrada na produtividade, no controle de fluxos e na racionalização do tempo.

O conjunto de categorias analíticas utilizadas na pesquisa permitiu evidenciar não apenas falhas pontuais de comunicação, mas padrões estruturais que comprometem a efetivação do direito à escuta, à informação e à participação no cuidado. Observou-se que as interações iniciais entre profissionais e usuários são frequentemente marcadas por uma comunicação funcional, limitada a instruções operacionais básicas, e por uma escuta condicionada ao ritmo acelerado do atendimento. Tal dinâmica evidencia a predominância de um modelo de atenção centrado mais na regulação de procedimentos do que na construção de vínculos.

Ao considerar o conceito de *habitus*²², conforme formulado por Bourdieu (2009), compreende-se que as práticas comunicacionais observadas não são meramente resultado de escolhas individuais, mas expressão de disposições socialmente construídas e reproduzidas no interior de estruturas institucionais. Do lado dos profissionais, evidencia-se um *habitus* institucional conformado por rotinas operacionais, padrões hierárquicos e expectativas de desempenho que em muitos casos podem inviabilizar a escuta ativa e a construção de vínculos horizontais.

Essa disposição é intensificada pelo contexto de sobrecarga, escassez de recursos e pressão por resolutividade, características estruturantes das unidades de urgência e emergência. Por exemplo, um profissional de saúde que atua há anos em uma UPA pode desenvolver, a partir de sua trajetória institucional, uma disposição de comunicação funcional e objetiva, voltada para a agilidade, mesmo que reconheça teoricamente a importância do acolhimento e da escuta. Essa disposição durável molda sua prática cotidiana, muitas vezes sem reflexão consciente, sendo produto das exigências institucionais e das condições de trabalho.

²²O *habitus* é um sistema de disposições duráveis, estruturadas e estruturantes, predispostas a funcionar como princípios geradores e organizadores de práticas e representações" (Bourdieu, 2009, p. 87).

No que se refere aos usuários, observa-se um *habitus* social marcado por vivências reiteradas de incompreensões, insegurança e baixa autonomia no campo da saúde. Muitos chegam à unidade em situação de dor, medo e apreensão, o que limita a capacidade de assimilação de informações e compromete o entendimento sobre o funcionamento da UPA, especialmente no que diz respeito à lógica da classificação de risco, ao tempo de espera e às etapas subsequentes do atendimento. Nesses casos, a comunicação tende a reduzir-se a um processo de transferência unilateral de informações, sem garantir a mediação adequada e a escuta de dúvidas, expectativas e demandas subjetivas.

Essa tensão entre as normativas e a prática cotidiana manifesta-se de forma clara nos registros de campo: ausência de orientações claras, fragilidade no acolhimento inicial, conflitos decorrentes da incompreensão sobre os fluxos de atendimento e invisibilização de manifestações sutis de angústia ou desconforto. Mesmo quando há presença de materiais educativos ou agentes como o programa “Posso Ajudar”, a falta de sistematização e de uma política comunicacional estruturada fragiliza a efetividade dessas iniciativas.

A ausência de estratégias efetivas para o letramento funcional em saúde agrava esse cenário. A baixa responsividade institucional frente às dúvidas e à incompreensão dos usuários evidencia uma lacuna na dimensão educativa da comunicação e saúde, comprometendo o protagonismo do sujeito no cuidado e distanciando-se da diretriz de atenção centrada na pessoa. A comunicação institucionalizada, nesse contexto, opera predominantemente de forma verticalizada e reativa, com baixa capacidade de adaptação às singularidades das demandas.

É importante ressaltar, no entanto, que mesmo em um cenário marcado por barreiras estruturais e simbólicas, foram identificadas práticas pontuais de escuta qualificada e acolhimento empático, geralmente protagonizadas por profissionais sensibilizados quanto à importância da comunicação como elemento central do cuidado. Embora essas ações ainda não estejam sistematizadas em protocolos institucionais, elas revelam potencialidades transformadoras na cultura organizacional da unidade e apontam caminhos possíveis para a qualificação da comunicação e saúde.

Assim, os resultados apontam para a urgência de ações institucionais voltadas à transformação das práticas comunicacionais nas unidades de urgência e emergência. Tal qualificação exige não apenas a ampliação do tempo destinado ao diálogo, mas também o fortalecimento da escuta ativa, o investimento em formação crítica dos profissionais e o desenvolvimento de estratégias pedagógicas e intersetoriais que promovam o letramento em saúde. A consolidação da comunicação como direito e como dimensão estratégica do cuidado em saúde passa, portanto, pela superação de lógicas produtivistas, pela reorganização dos fluxos

institucionais e pelo reconhecimento da centralidade da linguagem, da escuta e da participação no processo terapêutico.

Entretanto, faz-se necessário problematizar os limites concretos para a constituição de processos comunicacionais efetivamente dialógicos no interior das unidades de urgência e emergência. Tais contextos, marcados por situações-limite, são frequentemente atravessados por sentimentos de dor, medo, ansiedade e insegurança, os quais tendem a reconfigurar as prioridades dos sujeitos, relegando a segundo plano direitos como a escuta qualificada, a informação compreensível e a participação ativa. Nesses cenários, o direito à vida e à assistência imediata assume centralidade, muitas vezes em detrimento de outras dimensões igualmente fundamentais do cuidado.

No entanto, é precisamente nesse contexto de vulnerabilidade que a comunicação deve ser afirmada como direito e como dimensão constitutiva da atenção em saúde. Reduzi-la a um instrumento operacional, restrito à transmissão de informações técnicas e instruções protocolares, é desconsiderar seu potencial enquanto mediação simbólica, elemento de reconhecimento e construção de vínculos. A linguagem, a escuta e o diálogo não devem ser compreendidos como complementos da assistência, mas como fundamentos éticos e políticos do cuidado, especialmente em ambientes marcados pela desigualdade, pelo sofrimento e pela urgência.

A consolidação da comunicação como direito no âmbito do SUS requer, portanto, o enfrentamento das lógicas produtivistas que orientam o cotidiano institucional, bem como a revisão crítica dos modelos de gestão centrados na racionalização dos fluxos em detrimento da singularidade dos sujeitos. Exige, ainda, a formulação de políticas comunicacionais estruturadas, intersetoriais e comprometidas com o letramento em saúde, a formação crítica dos profissionais e a efetivação de práticas dialógicas, inclusivas e participativas. Somente com a incorporação plena da comunicação como eixo estruturante do cuidado será possível avançar na construção de um sistema público de saúde mais democrático, equitativo e promotor de justiça social.

7.1 O Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidados em Saúde

A pesquisa aplicada, por sua natureza, busca intervir diretamente nos problemas concretos das instituições e grupos sociais, combinando produção de conhecimento e transformação das práticas (Thiollent, 2009). No contexto das Unidades de Pronto Atendimento, essa abordagem permite identificar lacunas comunicacionais e formular estratégias que respondam às demandas específicas dos usuários e das equipes profissionais,

articulando teoria e prática de maneira integrada. A observação participante e a análise documental, combinadas à análise de conteúdo, demonstram como as práticas comunicacionais fragmentadas ou ausentes impactam não apenas a experiência do cuidado, mas também a efetivação dos direitos constitucionais à saúde e à comunicação, evidenciando a necessidade de intervenções estruturadas e contínuas (Bardin, 2016).

Nesse sentido, a pesquisa aplicada consolida-se como instrumento de transformação social, ao permitir a construção de recomendações que dialoguem com a realidade do serviço e promovam mudanças concretas nos processos de acolhimento, orientação, esclarecimento de fluxos e mediação de conflitos. Tais intervenções são fundamentais para fortalecer a comunicação como direito, aprimorar o letramento funcional em saúde e qualificar a interação entre profissionais e usuários, contribuindo para a humanização do atendimento e a redução das iniquidades em saúde (Vasconcelos *et al.*, 2016; Brasil, 2004; 2011). Ao colocar a pesquisa a serviço da prática, cria-se uma ponte entre conhecimento científico, gestão pública e direitos sociais, reforçando a ideia de que comunicar bem, efetivamente, é um ato de cuidado e cidadania.

A comunicação e saúde, quando compreendida como um direito fundamental e não apenas como instrumento técnico ou funcional, torna-se um elemento estruturante da qualidade do cuidado, da segurança do paciente e da efetivação do SUS como política pública universal, equitativa e integral. O direito à comunicação, tal como consagrado no Relatório MacBride e sustentados na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, constitui uma condição indispensável para o exercício da cidadania em contextos de cuidado. No cotidiano das unidades de pronto atendimento, esse direito se materializa ou se fragiliza nos pequenos gestos de acolhimento, na escuta ativa, na clareza das informações prestadas e na mediação das relações entre profissionais e usuários.

Como demonstrado na análise empírica desenvolvida na UPA do Parque Vitória, a ausência de práticas comunicacionais sistemáticas, acessíveis e sensíveis à condição dos sujeitos impacta diretamente a experiência do cuidado, o entendimento dos fluxos assistenciais, o letramento funcional em saúde e, sobretudo, a confiança institucional. Os achados revelam uma dinâmica marcada pela opacidade no acolhimento, nos fluxos de informação e pela insuficiência de estratégias educativas. Tais lacunas agravam as iniquidades já presentes no sistema e afetam, de maneira desproporcional, os usuários em maior vulnerabilidade social, com menor grau de instrução ou pouco familiarizados com o funcionamento do SUS. Essa realidade compromete não apenas a efetividade das ações em saúde, mas também os princípios constitucionais de equidade, humanização e participação social.

Os elementos observados apontam ainda para a prevalência de um modelo assistencial centrado na racionalidade biomédica e produtivista, que tende a reduzir a comunicação a um processo instrumental de transmissão de informações, desconsiderando sua dimensão dialógica, subjetiva e constitutiva do cuidado em saúde. A escuta ativa, a validação das emoções, a mediação de conflitos e o acolhimento das manifestações de insatisfação foram observados de forma pontual e, em grande parte dos casos, insuficientes para garantir a humanização do atendimento e a efetivação dos direitos à saúde e à comunicação.

Dessa forma, torna-se necessário a formulação de um guia de recomendações comunicacionais, capazes de qualificar o diálogo entre profissionais e usuários, promover o fortalecimento do letramento em saúde, garantindo assim, a segurança do paciente e afirmar o direito à comunicação como componente essencial da atenção e gestão em saúde. As recomendações a seguir propõem-se, portanto, a contribuir para a transformação das práticas comunicacionais em contextos de urgência e emergência, reconhecendo que comunicar bem é, antes de tudo, cuidar melhor.

Segue, abaixo (Figura 9), o modelo do Guia de Recomendações em Comunicação e Cuidado em Saúde a serem desenvolvidas e aplicadas na UPA do Parque Vitória. Ressalta-se que se trata de um esboço do conteúdo e que o guia em sua íntegra poderá ser consultado no Apêndice B deste estudo.

Figura 9 - Capa do Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado em Saúde.



Fonte: O autor (2025)

SUMÁRIO (Apresentando os elementos pré-textuais e indicando as páginas)

- 1 A quem se destina este guia
- 2 Apresentação
- 3 Contextualizando
- 4 Ponto de partida
- 5 A unidade
- 6 Objetivo
- 7 Formato e distribuição
- 8 Recomendações Comunicacionais
 - 8.1 Protocolos de Acolhimento e Comunicação Qualificada
 - 8.2 Escuta Ativa e Mediação de Conflitos
 - 8.3 Comunicação Informacional
 - 8.4 Letramento em Saúde
 - 8.5 Capacitação e Desenvolvimento das Equipes
 - 8.6 Gestão do Ambiente Comunicacional
 - 8.7 Materiais Educativos e Apoio Visual
 - 8.8 Monitoramento, Avaliação e Gestão
- 9 Informações complementares
- 10 Considerações Finais
- 11 Referências

1 A QUEM SE DESTINA ESTE GUIA

Este guia foi elaborado para você, profissional de saúde ou administrativo, que contribui diariamente para o cuidado e o acolhimento nesta unidade. Ele tem como objetivo orientar, qualificar e fortalecer as práticas comunicacionais na UPA do Parque Vitória, promovendo escuta ativa, clareza informacional, letramento em saúde e humanização do atendimento.

Baseado na compreensão de que a comunicação é um direito e uma dimensão estratégica do cuidado, este material busca apoiar seu aperfeiçoamento profissional e valorizar o papel essencial que você exerce na construção de um SUS mais humano, participativo e democrático.

Cada página é um convite à reflexão e ao aprimoramento das práticas cotidianas, reconhecendo que sua atuação é fundamental para transformar o cuidado em saúde em um verdadeiro exercício de cidadania.

2 APRESENTAÇÃO

O campo da comunicação e saúde constitui elemento essencial para a efetivação do direito à saúde e para a consolidação do cuidado em todas as dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). No cotidiano das unidades de urgência e emergência, como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória, os processos comunicacionais assumem papel decisivo tanto na organização dos fluxos de atendimento quanto na mediação das relações entre profissionais e usuários. Trata-se de um componente que transcende a transmissão de informações, configurando-se como prática dialógica, estratégica e constitutiva da humanização e da qualidade assistencial.

A elaboração deste guia de recomendações responde à necessidade de fortalecer práticas comunicacionais que contribuam para a qualificação do atendimento e para a redução de barreiras no acesso à informação em saúde. Observa-se, em diversos momentos, que a sobrecarga de trabalho, o tempo reduzido para interação e a ausência de protocolos comunicacionais sistematizados comprometem a clareza das orientações, a escuta ativa e o diálogo entre usuários e profissionais. Nesse cenário, a comunicação, quando fragilizada, repercute diretamente na percepção de acolhimento, na adesão ao tratamento e na segurança do paciente, tornando-se, portanto, uma questão estratégica para a gestão da unidade.

A comunicação deve ser reconhecida como direito fundamental dos cidadãos e como dimensão constitutiva do cuidado em saúde. O direito à comunicação, inscrito em marcos nacionais e internacionais, não se limita ao acesso à informação, mas abrange também a garantia da escuta, da participação social e da construção coletiva de sentidos no processo terapêutico. No âmbito do SUS, reforçar a comunicação significa ampliar a cidadania, reduzir iniquidades

e consolidar uma prática de saúde orientada pela integralidade e pela humanização. Nesse sentido, este guia propõe recomendações que visam não apenas aprimorar fluxos informacionais, mas também consolidar a comunicação como prática democrática e estratégica para o fortalecimento do cuidado na UPA do Parque Vitória.

3 CONTEXTUALIZANDO

Será apresentado um panorama dos principais marcos temáticos.

4 PONTO DE PARTIDA

O presente guia de recomendações constitui resultado de um estudo de pesquisa aplicada desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Comunicação - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), cujo campo empírico foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória, em São Luís/MA. Inserida na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Sistema Único de Saúde (SUS), essa unidade se configura como espaço privilegiado para observar e analisar práticas comunicacionais, rotinas institucionais e experiências de usuários e profissionais no contexto do atendimento em urgência e emergência. A investigação partiu do pressuposto de que a comunicação e saúde, além de constituir um direito, representa dimensão estratégica para a qualificação do cuidado, para a promoção do letramento em saúde e para o fortalecimento dos princípios da humanização no SUS. Nesse sentido, a pesquisa buscou identificar lacunas, desafios e potencialidades nas interações comunicacionais cotidianas da UPA, analisando aspectos como acolhimento, escuta ativa, clareza informacional, orientações e mediação entre profissionais e usuários. Os resultados aqui apresentados foram sistematizados a partir da observação participante, da análise documental e do emprego da técnica de análise de conteúdo, permitindo a elaboração de um conjunto de recomendações voltadas ao aprimoramento dos processos comunicacionais na unidade. Essas recomendações não se restringem ao plano instrumental, mas procuram contribuir para o fortalecimento de uma cultura organizacional orientada pelo direito à comunicação e pela integralidade do cuidado em saúde. Assim, este guia se insere na perspectiva de que a pesquisa aplicada em comunicação deve articular produção de conhecimento e transformação social, propondo estratégias que possam subsidiar gestores, profissionais e formuladores de políticas na consolidação de práticas comunicacionais mais eficazes, democráticas e humanizadas no âmbito do SUS.

5 A UNIDADE

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória, localizada em São Luís/MA, gerida pela Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH), empresa pública ligada à Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA), integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), desempenhando papel estratégico na articulação entre a atenção básica, os serviços hospitalares e os demais pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Como unidade de média complexidade, sua função central consiste em oferecer atendimento resolutivo em situações de urgência e emergência, garantindo estabilização clínica, acolhimento qualificado e encaminhamentos adequados quando necessário.

Enquanto dispositivo do SUS, a UPA do Parque Vitória opera sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, previstos na Constituição de 1988 (Brasil, 1988) e nas normativas da política nacional de saúde. Sua relevância ultrapassa o aspecto assistencial, pois também representa um espaço de materialização das políticas públicas e de vivência concreta do direito à saúde.

No plano da gestão e das práticas institucionais, a UPA Parque Vitória reflete a complexidade característica dos serviços de urgência e emergência no SUS, marcada pela necessidade de conciliar recursos limitados, alta rotatividade de profissionais e demandas diversificadas da população. Nesse contexto, a comunicação exerce papel fundamental, seja na organização interna dos fluxos de atendimento, seja na mediação das relações entre profissionais, usuários e familiares.

A escolha da UPA Parque Vitória como campo empírico de pesquisa justifica-se, portanto, pela possibilidade de observar como se concretizam, no cotidiano de uma unidade de pronto atendimento, dimensões como acolhimento, escuta, clareza informacional, letramento em saúde e humanização do cuidado. Além disso, permite analisar os públicos estratégicos que interagem nesse espaço, identificando seus papéis, necessidades comunicacionais e contribuições para a efetivação do direito à saúde e à comunicação no âmbito do SUS.

6 OBJETIVO

Orientar, qualificar e institucionalizar as práticas comunicacionais na UPA Parque Vitória, fortalecendo a escuta ativa, a clareza informacional, o letramento em saúde e a humanização do atendimento. Este guia reconhece a comunicação como um direito dos usuários e uma dimensão estratégica do cuidado em saúde, constituindo um protótipo sujeito a avaliação, ajustes e integração com políticas institucionais.

7 FORMATO E DISTRIBUIÇÃO

Formato: Impresso e Portable Document Format (PDF).

Distribuição: Este guia destina-se aos profissionais da unidade; entretanto, as recomendações apresentadas podem originar materiais educativos adicionais, que poderão ser disponibilizados nos formatos impresso, digital ou exibidos na TV da unidade de saúde.

8 RECOMENDAÇÕES COMUNICACIONAIS

8.1 Protocolos de Acolhimento e Comunicação Qualificada

Objetivo: Garantir que todos os usuários recebam informações claras, acessíveis e empáticas desde o ingresso na unidade.

Orientação em situações de crise ou sobrecarga da equipe:

Quando a equipe estiver enfrentando situações de crise, alta demanda ou sobrecarga emocional, deve-se estabelecer um ponto focal de comunicação, designando um profissional de referência (por turno) responsável por manter o diálogo inicial com os usuários. A comunicação deve ser breve, transparente e empática, priorizando mensagens de esclarecimento e acolhimento coletivo (ex.: comunicados orais ou cartazes informativos). É fundamental reconhecer o momento de tensão, utilizando frases de validação (“Sabemos que o tempo de espera está maior hoje, estamos priorizando casos mais graves”) e manter tom calmo e respeitoso, mesmo em contextos de estresse.

Recomendações práticas:

- Cumprimentar de forma cordial e identificar-se pelo nome e função;
- Explicar fluxos internos, critérios de prioridade e tempo estimado de espera;
- Utilizar linguagem clara, acessível e livre de jargões técnicos;
- Orientar sobre recursos de apoio (ex.: programa “Posso Ajudar”, materiais educativos, suporte social);
- Registrar demandas especiais ou sinais de sofrimento não verbalizado.

8.2 Escuta Ativa e Mediação de Conflitos

Objetivo: Garantir que necessidades e sentimentos dos usuários sejam percebidos e considerados no cuidado, prevenindo e resolvendo conflitos.

Orientação quando a equipe estiver sobrecarregada ou estressada:

Em momentos de sobrecarga, a equipe deve adotar estratégias de comunicação breve e focada, priorizando a escuta essencial, aquela voltada a identificar rapidamente a necessidade principal do usuário. Quando não for possível ouvir longamente, o profissional pode utilizar escuta mediada, ou seja, registrar a demanda e encaminhá-la a outro setor (por exemplo, assistência social ou ouvidoria). Recomenda-se também que, nesses períodos, os gestores organizem pausas breves de decompressão e promovam rodízio nas tarefas de contato direto com o público, evitando desgaste emocional e conflitos desnecessários.

Práticas recomendadas:

- Ouvir sem interrupção, com atenção plena e empatia;
- Observar sinais não verbais (gestos, expressões, tom de voz);
- Validar emoções com frases de reconhecimento;
- Registrar informações relevantes para a continuidade do cuidado;
- Encaminhar dúvidas ou conflitos para setores competentes;
- Receber reclamações sem julgamentos, explicando encaminhamentos e garantindo retorno ao usuário.

8.3 Comunicação Informacional

Objetivo: Tornar claros os processos de atendimento, fortalecendo a compreensão do usuário sobre fluxos e procedimentos.

Orientação quando a UPA estiver sem suporte técnico, sem equipamento ou sem orçamento:

Na ausência de recursos tecnológicos ou materiais impressos, a unidade deve priorizar estratégias comunicacionais orais e colaborativas. Isso inclui explicações coletivas na sala de espera, uso de quadros brancos, cartazes manuscritos e comunicação por meio de agentes de recepção. A falta de recursos não pode implicar falta de informação; portanto, é essencial reorganizar as práticas de comunicação interpessoal e aproveitar a escuta ativa como canal educativo.

Estratégias:

- Explicar senhas, exames, etapas e tempos de espera;
- Reforçar os critérios da classificação de risco e sua importância;
- Utilizar recursos visuais (cartazes, infográficos, vídeos curtos) e digitais;
- Conferir se houve compreensão por meio de perguntas de checagem ou devolutivas.

8.4 Letramento em Saúde

Objetivo: Promover a autonomia do usuário no cuidado e fortalecer seu protagonismo.

Orientação quando a equipe médica estiver sobrecarregada e sem tempo para educar o paciente:

Nessas circunstâncias, o papel educativo deve ser redistribuído entre diferentes categorias profissionais, especialmente equipe de enfermagem, recepção, agentes administrativos e apoio social. Pequenas orientações sobre uso de medicamentos, exames ou retorno podem ser incorporadas às interações cotidianas, reduzindo a sobrecarga médica e fortalecendo a integralidade do cuidado. Quando possível, usar recursos visuais ou mensagens padronizadas afixadas na unidade para reforçar orientações essenciais.

Práticas:

- Oferecer materiais educativos em linguagem simples e acessível, com ilustrações;
- Explicar termos técnicos de maneira clara;
- Incentivar perguntas e diálogo durante atendimentos;
- Utilizar exemplos cotidianos para facilitar a compreensão;
- Integrar ações educativas multiprofissionais em salas de espera e atividades coletivas.

8.5 Capacitação e Desenvolvimento das Equipes

Objetivo: Fortalecer competências comunicacionais em toda a equipe multiprofissional.

Orientação quando alguém da equipe faltar ao treinamento:

Garantir mecanismos de reposição formativa, como sessões de reciclagem rápidas, tutoria entre pares ou gravação de oficinas. Recomenda-se que cada equipe tenha um “multiplicador de comunicação”, responsável por repassar os conteúdos aos ausentes e estimular a aplicação prática. A ausência pontual não deve interromper o processo educativo contínuo.

Estratégias:

- Promover treinamentos contínuos em escuta ativa, comunicação inclusiva, mediação de conflitos e humanização;
- Realizar oficinas práticas e simulações de situações de atendimento;
- Estimular reflexão crítica sobre barreiras comunicacionais;
- Compartilhar boas práticas identificadas no cotidiano da unidade.

8.6 Gestão do Ambiente Comunicacional

Objetivo: Reduzir barreiras físicas e simbólicas que dificultam o diálogo.

Orientação quando o problema não estiver no campo da comunicação:

Quando o entrave for estrutural, administrativo ou clínico (por exemplo, falta de insumos, superlotação ou falha de rede), a equipe deve explicar o contexto ao usuário com transparência e empatia, evitando culpabilização individual. Recomenda-se comunicar o problema de forma institucional, informando prazos e alternativas possíveis, para preservar a confiança e reduzir tensões.

Recomendações:

- Minimizar ruídos e interrupções durante o atendimento;
- Organizar filas e fluxos para promover acolhimento mais humanizado;
- Garantir privacidade mínima em atendimentos sensíveis;
- Integrar recursos tecnológicos de forma equilibrada, sem comprometer o contato humano.

8.7 Materiais Educativos e Apoio Visual

Objetivo: Complementar a comunicação verbal e fortalecer o letramento em saúde.

Orientação quando a UPA estiver sem suporte técnico, sem equipamento ou sem orçamento:

Priorizar a criação de materiais de baixo custo e alta efetividade comunicacional, como cartazes manuais, murais informativos e folhetos impressos em preto e branco. Utilizar mensagens curtas e visuais simples, produzidas pela própria equipe. Em casos de impossibilidade de

impressão, adotar estratégias orais e coletivas de orientação, como “minutos educativos” na sala de espera ou diálogos rápidos conduzidos pela equipe de acolhimento.

Recomendações:

- Produzir folhetos, cartazes e vídeos explicativos com linguagem simples e inclusiva;
- Criar versões digitais para acesso remoto (site, app, QR Codes na unidade);
- Atualizar materiais sempre que houver mudanças em fluxos ou protocolos;
- Disponibilizar conteúdos de forma visível em áreas de circulação da UPA.

8.8 Monitoramento, Avaliação e Gestão

Objetivo: Incorporar a dimensão comunicacional nos processos de gestão da unidade.

Orientação quando a UPA estiver sem capital intelectual e suporte técnico:

Em contextos de limitação técnica, recomenda-se adotar estratégias participativas e colaborativas, envolvendo servidores, usuários e parceiros locais (como universidades, conselhos de saúde e grupos comunitários) na avaliação das práticas comunicacionais. Pequenas ações, como rodas de conversa e formulários simplificados, podem gerar insumos valiosos de monitoramento. A gestão deve documentar e socializar aprendizados para construir memória institucional e aprimorar gradualmente a capacidade técnica da unidade.

Procedimentos:

- Reuniões periódicas para discutir boas práticas e lacunas;
- Revisão contínua de protocolos a partir do feedback de usuários e profissionais;
- Inclusão da comunicação em metas de qualidade, segurança e humanização;
- Integração dos dados de escuta e avaliação em relatórios de gestão.

9 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Serão apresentadas dicas de dois livros que compõem a fundamentação do campo da Comunicação e Saúde e Direito à Comunicação, temas amplamente discutidos neste estudo. Serão apresentados ainda dois canais de participação social, sendo a Ouvidoria EMSERH e os

canais de atendimento remoto e presencial, além da Pesquisa de Satisfação do Usuário da unidade, que poderá ser acessada por meio da leitura de um QR-Code.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se na Figura 10 a página das considerações finais do Relatório de Recomendações.

Figura 10 - Página de Considerações finais do Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado em Saúde.



Fonte: O autor (2025)

11 REFERÊNCIAS

7.2 Material desenvolvido

O desenvolvimento do material contribui de maneira estratégica para o objetivo central da pesquisa que é qualificar a comunicação entre profissionais de saúde e usuários/acompanhantes, a partir do reconhecimento da comunicação como direito fundamental no SUS. Ao oferecer orientações claras, objetivas e em linguagem acessível sobre o funcionamento da unidade, o guia promove o fortalecimento da autonomia informacional dos acompanhantes, ampliando sua capacidade de compreender os fluxos assistenciais, os critérios de atendimento, os direitos envolvidos e as formas de colaborar com o cuidado. Isso pode contribuir diretamente para a redução de ruídos comunicacionais, para o alívio da tensão emocional e para a prevenção de conflitos, ao alinhar expectativas e esclarecer procedimentos de forma antecipada.

Além disso, cumpre um papel pedagógico e democratizante, ao afirmar explicitamente que "comunicação é um direito", legitimando a participação ativa dos acompanhantes, o direito à dúvida, o acesso à escuta e à informação compreensível. Esse aspecto reforça o caráter relacional e dialógico da comunicação e saúde, em oposição à sua redução a um instrumento meramente funcional ou burocrático. Conforme os princípios do SUS, sobretudo os de integralidade, humanização e participação social, a comunicação deve ser tratada como eixo estruturante da qualidade do cuidado, o que inclui reconhecer os acompanhantes como atores legítimos do processo terapêutico.

Do ponto de vista metodológico, a criação e disponibilização desse material deriva diretamente das proposições da pesquisa-ação, ao conjugar diagnóstico, intervenção e reflexão crítica no campo empírico. Os guias materializam uma resposta aplicada aos achados da pesquisa, especialmente no que tange à necessidade de estratégias comunicacionais acessíveis, permanentes e institucionalizadas. Também contribuem para a construção de uma cultura comunicacional orientada pelo direito à informação, pela escuta e pelo diálogo no contexto das unidades de urgência e emergência.

A efetivação dessas recomendações requer o reconhecimento da comunicação como um direito dos usuários e como dimensão transversal das práticas em saúde. Fortalecer os processos comunicacionais no interior das Unidades de Pronto Atendimento é, portanto, condição indispensável para a construção de um SUS mais democrático, acolhedor e comprometido com a justiça social. Apresentamos então o “Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado em Saúde” na íntegra (Apêndice B), instrumento que articula práticas operacionais e estratégias de comunicação.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo central analisar as práticas comunicacionais na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória, em São Luís/MA, e elaborar recomendações que contribuam para a qualificação do diálogo entre profissionais de saúde e usuários, sob a perspectiva da comunicação como direito fundamental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da hipótese de que a ausência de estratégias comunicacionais sistematizadas e centradas no usuário compromete a efetividade do cuidado, buscou-se compreender criticamente as tensões e iniquidades presentes no cotidiano da unidade, à luz de um arcabouço teórico interdisciplinar que articula comunicação, saúde, letramento funcional e teoria crítica.

A metodologia adotada, baseada na pesquisa-ação combinada com observação participante e análise de conteúdo (Bardin, 2016), possibilitou a apreensão de dimensões explícitas e latentes das práticas comunicacionais institucionais, revelando que a comunicação, longe de ser mera transmissão informativa, configura-se como processo simbólico e relacional fundamental para a construção da cidadania em saúde. O diário de campo sistematizado permitiu mapear não apenas os fluxos e rotinas da UPA, mas também as manifestações subjetivas e as dinâmicas de poder que atravessam as interações cotidianas entre profissionais e usuários.

Em consonância com os referenciais teóricos adotados, os achados evidenciam que as práticas comunicacionais estão profundamente imbricadas em disposições estruturais e culturais, o *habitus* institucional (Bourdieu, 2009) que condicionam as relações e reproduzem padrões de exclusão e desigualdade. O modelo técnico-produtivista vigente nas unidades de urgência e emergência cristaliza-se em uma comunicação funcional e fragmentada, que frequentemente inviabiliza a escuta ativa, o acolhimento sensível e a mediação pedagógica essenciais para o fortalecimento do letramento funcional em saúde.

A compreensão ampliada da comunicação e saúde, inspirada na concepção polifônica e dialógica (Bakhtin, 2006; Araújo e Cardoso, 2007), reforça a importância de reconhecer a multiplicidade de vozes e saberes presentes nos espaços de cuidado, incluindo as expressões dos usuários enquanto sujeitos com experiências, dúvidas e necessidades legítimas. Essa perspectiva dialoga diretamente com os princípios organizativos do SUS (universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social) e aponta para a comunicação como dimensão constitutiva da integralidade do cuidado, que deve transcender o caráter meramente operacional.

As reflexões acerca do direito à comunicação, fundamentadas em tratados internacionais e na legislação brasileira, como a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2011), são reafirmadas pelos estudos contemporâneos que situam a comunicação como eixo estruturante das políticas públicas de saúde (Stevanim; Murtinho, 2021; Murtinho, 2012). A comunicação, entendida como direito, implica não apenas o acesso à informação clara, acessível e respeitosa, mas também a construção de ambientes institucionais que promovam o diálogo, a escuta qualificada e a participação efetiva dos sujeitos. Esse reconhecimento demanda o enfrentamento de desafios estruturais históricos, concentração midiática, precarização do trabalho e baixa institucionalização das políticas comunicacionais e a superação das práticas verticalizadas e excludentes.

Por sua vez, o conceito de letramento em saúde emerge como dimensão central para a efetivação da comunicação como direito, pois articula conhecimento, capacidade de compreensão e autonomia decisória dos usuários diante dos serviços de saúde. A deficiência nessa dimensão, amplamente constatada nesta pesquisa, contribui para a perpetuação das iniquidades, dificultando o acesso qualificado, a participação social e política na atenção à saúde.

Diante dessas constatações, as recomendações aqui propostas enfatizam a necessidade de ações estruturantes que envolvam a institucionalização de protocolos comunicacionais, a formação permanente das equipes multiprofissionais, a disponibilização de materiais informativos acessíveis e a reorganização dos fluxos institucionais para garantir espaços efetivos de diálogo e escuta. Ressalta-se que a consolidação da comunicação como direito demanda compromisso ético-político, investimento em políticas públicas intersetoriais e a construção de uma cultura organizacional orientada para a justiça social e a dignidade humana.

Em suma, a presente investigação contribui para ampliar o entendimento da comunicação e saúde como fenômeno complexo, situado na interseção entre práticas institucionais, disposições sociais e direitos humanos. A superação das iniquidades comunicacionais nas UPAs e, mais amplamente, no SUS, requer o reconhecimento da comunicação como eixo estratégico da gestão e da atenção em saúde, capaz de fortalecer o protagonismo dos sujeitos, qualificar o cuidado e promover a equidade. Esse horizonte, para além do instrumental, demanda a consolidação de um sistema público de saúde verdadeiramente democrático, inclusivo e comprometido com a construção de uma sociedade mais justa e solidária

REFERÊNCIAS

- ABREU, H. **Para além dos direitos: cidadania e hegemonia no mundo moderno**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.
- ADAMS, R. J.; STOCKS, N. P.; WILSON, D. H.; HILL, C. L.; GRAVIER, S.; KICKBUSCH, I.; BEILBY, J. J. **Health literacy: a new concept for general practice?** Aust. Fam. Physician, v.38, n.3, p.144-7, 2009.
- ADLER, P. A.; ADLER, P. **Membership roles in field research**. Thousand Oaks: Sage, 1987.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Tradução José Fonseca; consultoria, supervisão e revisão desta edição Bernardo Lewgoy. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152 p.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 11–24, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2025.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BECKER, H. S; GEER, B. **Participant observation and interviewing: a comparison**. In: McCall, J. G; Simmons, J. L. (Ed) **Issues in participant observation: a text and reader**. Reading: Massachusetts Addison-Wesley, 1969. p. 322-331.
- BEZERRA, P. Polifonia. In: Brait, Beth (Org.). **Bakhtin: conceitos-chave**. Rio de Janeiro: Contexto, 2005.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto (Portugal): Porto Editora, 1994.
- BOURDIEU, P. **O senso prático**. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: atualizada até a Emenda Constitucional nº 135, de 20 de dezembro de 2024**. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 1988. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CFederalatualizadaataEC135.2024.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2025.
- BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm . Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.997, de 24 de novembro de 2023**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para tratar da habilitação, da homologação e do financiamento dos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 24 nov. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1997_27_11_2023.html. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html . Acesso em: 31 jul. 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. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 3 jan. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 4 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do HumanizaSUS**. Ministério da Saúde, 8 nov. 2021. Disponível em: gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/principios-do-humanizasus. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. ISBN 978-85-334-2057-1.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Série B: Textos Básicos de Saúde, 2004 (2. ed.). 51 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 31 jul. 2025.

BREVIDELLI, M. M.; MOURA, V. P. T. de; DE DOMENICO, E. B. L. Promoção do letramento em saúde segundo os Health Literacy Universal Precautions Toolkits: Um estudo de reflexão. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e20240013, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/sN66FXD6ZKqyqLKMnCJwWft/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2025. Acesso em: 06 ago. 2025.

COUTINHO, C. N. **Contra a corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. 2 ed. São Paulo: Cortez editora, 2000.

DONATO, A. F.; GOMES, A. L. Z. **O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde**: algumas questões e aproximações. Bis – Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 37, abr 2010. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/>. Acesso em: 31 jul. 2025.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Sérgio Arouca**. Disponível em: <https://fiocruz.br/sergio-arouca>. Acesso em: 22 jul. 2025.

FISHER, D. **O direito de comunicar**: Expressão, informação e liberdade. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FOSSÁ, M. I. T. Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias. Tese (**Doutorado em Administração**). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

FRANÇA, V. V. **Interações comunicativas**: a matriz conceitual de G.H. Mead. In: PRIMO, Alex et al. (Orgs.). Comunicação e interações: livro da Compós 2008. Porto Alegre: Sulina, 2008, p. 71-91.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Texto reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. 35. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **VPAAPS: Literacia em saúde e Educomunicação**. Disponível em: <https://fiocruz.br/vpaaps-literacia-em-saude-e-educomunicacao>. Acesso em: 6 set. 2025.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Revista e atualizada. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 458p.

GIDDENS, A. **Novas regras do método sociológico**: uma crítica positiva das sociologias compreensivas. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRILLO, S. V. de C. Polifonia e transmissão do discurso alheio no gênero reportagem. **Estudos Linguísticos**, n. 34, 2005. Disponível em: http://www.saofrancisco.edu.br/edusf/publicacoes/RevistaHorizontes/Volume_08/uploadAddress/Art1%5B6565%5D.pdf. Acesso em: 13 jan. 2025.

IBSP. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. **Comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde**. IBSP, 2017. Disponível em: <https://ibsp.net.br/comunicacao-ineficaz-esta-entre-as-causas-raizes-de-mais-de-70-dos-erros-na-atencao-a-saude/#:~:text=IBSP%20-%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente:%20Comunica%C3%A7%C3%A3o,erros%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%AD>. Acesso em: 06 de set. 2025.

MAINGUENEAU, D. **Gênese dos discursos**. Trad. Sírio Possenti. Curitiba: Criar edições, 2005.

MARANHÃO. GOVERNO DO ESTADO. **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.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D da Silva. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, 2008.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, RS, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, jul./ago. 2011.

MURTINHO, R. Estado, comunicação e cidadania: diálogos pertinentes sobre a relação entre direito à saúde e direito à comunicação. Tese (**Doutorado**) – Universidade Federal Fluminense, 2012. Disponível em: https://est.uff.br/wp-content/uploads/sites/200/2020/03/tese_doutorado_2012_rodrigo_murtinho.pdf. Acesso em: 31 jul. 2025.

NUTBEAM, D. **Health literacy as a public health goal**: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot. Int.*, v.15, n.3, p.259-67, 2000.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Organização das Nações Unidas. 1948.

OLINO, L.; GONÇALVES, A. C.; STRADA, J. K. R.; VIEIRA, L. B.; MACHADO, M. L. P.; MOLINA, K. L.; COGO, A. L. P. Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, especial (esp.), e20180341, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180341. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31038606/>. Acesso em: 31 jul. 2025.

OLIVEIRA, D. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista enfermagem UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, E.; Ens, R.; Andrade, D.; Mussis, C. Análise de conteúdo e pesquisa na área da Educação. **Revista Diálogo Educacional**, v. 4, n. 9, p. 1-17, 2003.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PERES, F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1563-1573, 2023. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/alfabetizacao-letramento-ou-literacia-em-saude-traduzindo-e-aplicando-o-conceito-de-health-literacy-no-brasil/18567>. Acesso em: 4 ago. 2025. Acesso em: 06 ago. 2025.

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

SANTOS, D. C. dos; BERNARDES, D. de S.; MANTOVANI, V. M.; GASSEN, M., JACQUES, F. B. L.; FARINA, V. A.; LIMA, D. M. F. de. Implantação e monitoramento dos protocolos básicos de segurança através do processo de enfermagem informatizado. **In**: Anais XI ENENGE, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/141841>. Acesso em: 02 set. 2025.

SCOTT, W. R. **Institutions and Organizations**: Ideas, Interests and Identities. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2008.

SISUPA. Sistema de Informação da Unidade de Pronto Atendimento. **Dados do Sistema**: São Luís, UPA Parque Vitória, 2025.

SØRENSEN, K., VAN DEN BROUCKE, S., FULLAM, J., DOYLE, G., PELIKAN, J., SLONSKA, Z., BRAND, H.; Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-12-80#citeas>. Acesso em: 31 jul. 2025.

STEVANIM, L. F.; MURTINHO, R. **Direito à comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. 163 p.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada** (2a ed.). Porto Alegre: Artmed, 2008.

STRINGER, E. T. **Action Research: a Handbook for Practitioners**. Sage, 1996.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez. 2009.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Um Mundo e muitas vozes: comunicação e informação na nossa época**. Relatório MCBRIDE. Tradução de Eliane Zagury. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1983.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Declaración sobre los Principios Fundamentales relativos a la Contribución de los Medios de Comunicación de Masas al Fortalecimiento de la Paz y la Comprensión Internacional, a la Promoción de los Derechos Humanos y a la Lucha contra el Racismo, el Apartheid y la Incitación a la Guerra**. Paris: UNESCO, 1978. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000114032_spa.page=103. Acesso em: 31 jul. 2025.

UNICEF. **Analfabetismo funcional não apresenta melhora e alcança 29% dos brasileiros, mesmo patamar de 2018, aponta novo levantamento do INAF**. 2024. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/analfabetismo-funcional-nao-apresenta-melhora-e-alcanca-29-por-cento-dos-brasileiros-mesmo-patamar-de-2018-aponta-novo-levantamento-do-inaf>. Acesso em: 31 jul. 2025.

VASCONCELOS, W. R. M. de; OLIVEIRA-COSTA, M. S. de; MENDONÇA, A. V. M.. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 10, n. 2, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.²³

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA 								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: SAÚDE EM FOCO: SÉRIE DE VÍDEOS EDUCATIVOS SOBRE A REDE DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UPA PARQUE VITÓRIA, EM SÃO LUÍS, MA Pesquisador: RAMIRIO COSTA RIBEIRO Área Temática: Versão: 1 CAAE: 86490725.8.0000.5087 Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão Patrocinador Principal: Financiamento Próprio DADOS DO PARECER Número do Parecer: 7.417.288 Apresentação do Projeto: Este estudo visa desenvolver estratégias comunicativas para difundir informações claras e objetivas sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e promoção da saúde em unidades de atendimento de urgência e emergência, com foco na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Parque Vitória, localizada em São Luís, MA. A pesquisa será realizada com uma abordagem metodológica mista, combinando técnicas qualitativas e quantitativas, incluindo observação participante, análise documental e entrevistas com usuários e profissionais de saúde, para mapear as práticas comunicativas atuais e identificar lacunas na transmissão de informações Objetivo da Pesquisa: Objetivo Primário: Promover informação clara e objetiva (caráter educativo, informativo e de orientação social) sobre a Rede de Atenção à Saúde e promoção da saúde na Unidade de Pronto Atendimento UPA Parque Vitória em São Luís- MA. Objetivo Secundário: Aplicar um questionário sobre a Rede de Atenção à Saúde, Classificação de Risco e sobre o formato da proposta (modelo, canal de distribuição)								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Bacanga</td> <td>CEP: 65.080-805</td> </tr> <tr> <td>UF: MA</td> <td>Município: SÃO LUÍS</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (98)3272-8708</td> <td>E-mail: cepufma@ufma.br</td> </tr> </table>	Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado		Bairro: Bacanga	CEP: 65.080-805	UF: MA	Município: SÃO LUÍS	Telefone: (98)3272-8708	E-mail: cepufma@ufma.br
Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado								
Bairro: Bacanga	CEP: 65.080-805							
UF: MA	Município: SÃO LUÍS							
Telefone: (98)3272-8708	E-mail: cepufma@ufma.br							

²³ No processo de submissão ao Conselho de Ética em Pesquisa o trabalho apresentava um outro nome e a necessidade de aplicação de uma outra metodologia que envolvia a observação participante, entrevistas e aplicação de questionários, contudo após a qualificação a proposta metodológica foi alterada conforme descrita na parte introdutória e processo metodológico, adotando somente a observação participante como metodologia principal de atuação no campo empírico, não havendo a necessidade de realização de entrevistas e aplicação de questionários.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 7.417.288

aos usuários de uma UPA. ζ Avaliar os resultados coletados com o objetivo de conhecer o nível de entendimento sobre a temática e determinar as principais ações a serem realizadas. ζ Levantar as melhores práticas de comunicação e saúde já desenvolvidas para fundamentar a proposta deste projeto. ζ Discutir junto aos profissionais de comunicação e saúde, propostas para a inserção da temática no contexto da UPA. ζ Desenvolver e aplicar o produto na Unidade de Pronto Atendimento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e temporários, relacionados ao impacto emocional durante as entrevistas. Para minimizar esses riscos, os participantes serão informados sobre a relevância do estudo e terão direito a interromper a participação a qualquer momento sem prejuízos.

Benefícios:

Os benefícios potenciais incluem a melhoria das práticas comunicativas nas unidades de saúde, o que pode aumentar a compreensão dos usuários e a adesão às práticas de cuidado, além de contribuir para a redução da superlotação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Após revisar a literatura, foi identificado que o projeto pretende preencher uma lacuna no conhecimento da área. Algumas referências possuem mais de cinco anos, mas, no geral, a contextualização está atualizada. A importante contribuição acadêmica, científica e social deste estudo fundamenta sua justificativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A entrega da documentação exigida para a submissão do projeto foi realizada de maneira correta.

Recomendações:

Minha sugestão é que o pesquisador revise o texto para corrigir erros de concordância verbal e ortográficos. Além disso, é importante deixar clara a justificativa para o tamanho amostral e fornecer um detalhamento completo do orçamento e cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Deferido

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA**



Continuação do Parecer: 7.417.288

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2495510.pdf	04/02/2025 23:59:07		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DE_LIBERACAO_DO_LOCAL_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	04/02/2025 23:55:40	RAMIRIO COSTA RIBEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/02/2025 23:55:00	RAMIRIO COSTA RIBEIRO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	04/02/2025 23:54:52	RAMIRIO COSTA RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	04/02/2025 23:54:44	RAMIRIO COSTA RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	04/02/2025 23:54:31	RAMIRIO COSTA RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/02/2025 23:54:16	RAMIRIO COSTA RIBEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 27 de Fevereiro de 2025

Assinado por:
Emanuel Péricles Salvador
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

APÊNDICE A – Diário de Campo.

Usuário 1 – Manhã

Observação:

Ao chegar à recepção inicial, percebi que o espaço estava bastante movimentado, com grande circulação de pessoas, vozes misturadas e filas pouco definidas. Não haviam cartazes ou qualquer forma de sinalização indicando onde os usuários deveriam se dirigir, tampouco algum funcionário posicionado na entrada para dar orientações gerais.

Na recepção 1 não possui balcão, somente uma mesa onde ficam dispostos alguns documentos e as pulseiras de identificação, os (2) profissionais ali presentes se mantinham concentrados atendendo ligações telefônicas e respondendo rapidamente a algumas perguntas pontuais de alguns usuários, mas sem oferecer uma mediação sistemática para os que chegavam.

Nesse cenário, o usuário 1 entrou na unidade de forma cautelosa, diminuindo o passo ao se aproximar do espaço onde as cadeiras estavam alinhadas. Seu olhar percorria o ambiente de um lado para o outro, observando ora o painel de senha, ora os outros usuários que estavam sentados.

Nenhum profissional se aproximou para orientá-lo, após alguns segundos observando, ele se aproximou de uma das pessoas que aguardavam sentadas, curvou-se e perguntou: “- *Você sabe quem é o último da fila?*” A usuária responde: “- *Eu não sei moço, eu também cheguei e não sabia nem onde ir. Perguntei pra moça na fila quem era o último, porque não tinha ninguém orientando.*”

Após essa resposta, o usuário 1 levantou-se e explanou: “- *Quem é o último da fila?*” Em seguida um outro usuário levantou a mão sem dizer nenhuma palavra, indicando que seria o último. Enquanto esperava, o usuário 1 demonstrava alguns sinais que demonstravam impaciência, ele mexia nas mãos, cruzava e descruzava os braços e mudava de postura frequentemente, saiu da fila algumas vezes, contudo antes de sair, sinalizava “- *Eu tô bem aqui*”. Ao retornar, seus olhares eram rápidos, ora para o painel de senha, ora para os outros usuários, mas sem estabelecer uma comunicação direta com ninguém.

O ambiente em si estava bem tumultuado, o barulho constante de conversas paralelas, o choro de uma criança, uma televisão ligada ao fundo, além de outros usuários e acompanhantes falando ou interagindo ao telefone, compunha um clima de agitação que dificultava a concentração e a escuta atenta.

A cena transmitia a impressão de que os usuários precisavam se organizar por conta própria para entender o funcionamento do espaço, sem que houvesse uma orientação

institucional clara para guiá-los nesse primeiro contato. Após alguns minutos, a fila foi seguindo até que o usuário 1 consegue sentar-se e seguir uma lógica de chamada, em que os usuários da ponta levantavam-se e entravam na sala da triagem, em alguns momentos o painel era utilizado, em outros um agente de portaria apareceu para mediar a fila, mas apenas sinalizava com as mãos que o próximo usuário poderia entrar na sala, em estabelecer nenhum diálogo.

Próximo de ser atendido o usuário 1 exclama: “- *Graças a Deus chegou minha vez, pensei que não ia ser atendido, quando cheguei aqui fiquei perdidinho, sabia nem pra onde ir, tive que me virar pra achar o último da fila.*” Alguns segundos depois do comentário, ele foi orientado a entrar na sala de triagem, ao sair, parecia estar desorientado quanto ao próximo local que deveria ir (recepção 2), ele vira para os demais usuários que apontam de imediato para o corredor de acesso. Após perceber, o agente de portaria diz “- *Senhor, senhor, por aqui, o senhor deve ir até o balcão da recepção*”.

Então, o usuário 1 se desloca até o balcão da recepção 2, onde estavam duas atendentes (Aqui temos uma problemática porque os colaboradores da recepção 2 geralmente ficam abaixo da linha de visão do usuário), então o usuário se deslocou cautelosamente e exclama “- *Vixe, quase não via vocês*”, logo após, foram solicitados alguns documentos e que ele aguardasse sentado que o painel iria chamá-lo para o atendimento médico.

Usuário 2 – Icatu

Observação:

Ao chegar à recepção 1, o usuário 2 encontrou-se diante de um ambiente bem movimentado, todas as cadeiras estavam ocupadas, a fila formada estava de maneira irregular impossibilitando o entendimento dos novos usuários que adentravam a unidade. Não havia nenhuma sinalização e a colaboradora do “Posso Ajudar” tinha se ausentado para auxiliar um outro usuário, nisto o usuário 2 segurava alguns papéis nas mãos, se “abanava” e tentava entender a organização para o atendimento.

Ele se aproximou de um grupo de usuários que também estavam em pé, mas dispersos, tocou em um senhor e perguntou: “- *A gente pega senha onde? Não vi ninguém explicando*”. O senhor respondeu: “- *Aqui a gente só espera chamarem, eu também fiquei sem saber quando cheguei*”. Após vagar um assento, o usuário 2 sentou-se, mas se levantava em intervalos curtos, olhando em direção à porta da sala de classificação/triagem e depois para a porta de entrada da recepção 1. Em alguns momentos, ele balançava a perna com intensidade, como se estivesse impaciente ou ansioso para o atendimento. Uma criança começou a chorar ao lado, aumentando

o ruído do ambiente e outros usuários e acompanhantes ouviam música ou assistiam vídeos em seus dispositivos móveis, o que dificultava a concentração no espaço.

Após algum tempo a profissional do “Posso Ajudar” retorna para a recepção 1, então o usuário 2 a chama “- *Hei, faz o favor?!*”, a profissional se desloca até ele, logo ele pergunta: “- *Mermã, eu preciso pegar senha pra ser atendido? Eu tô aqui a algum tempo, ninguém soube me informar direito!*”, logo, a profissional inicia uma organização da fila, perguntando se todos receberam senha para o atendimento: “- *Pessoal, só um minuto da atenção de vocês, todos receberam senha para o atendimento?*”

Alguns respondem que sim, outros que não, mas ela resolve manter a organização da fila das cadeiras e fica observando o andamento da chamada para a sala de triagem. Após passar pela classificação de risco/ triagem, algo que demorou em média alguns minutos, a profissional direciona o usuário para a recepção 2 e indica o local que ele precisa entregar os documentos para a próxima etapa do atendimento, neste caso, no balcão da recepção 2.

Usuário 3 – Viana

Observação:

Ao chegar à unidade, observei que o usuário 3 entrou e permaneceu alguns minutos sem qualquer orientação. O ambiente estava em movimento constante, com usuários procurando se situar por conta própria. Em determinados momentos, a agente do programa “Posso Ajudar” estava presente e fornecia instruções, mas sua atuação era intermitente devido ao alto volume, não garantindo orientação contínua a todos.

O usuário 3 caminhou lentamente, alternando olhares entre o segurança da unidade e os profissionais que se direcionavam para a sala da triagem (era momento da troca de plantão), tentando entender onde deveria se posicionar. Quando a profissional do “Posso Ajudar” estava presente, recebeu instruções sobre onde se dirigir, mas logo após sua ausência, pois estava atendendo outra intercorrência, o usuário parecia ter esquecido, as orientações.

Ao dirigir-se para outro usuário, comentou: “- *Minha esposa veio aqui outro dia e me falou que quando a moça do Posso Ajudar estava lá, ela a levou até a recepção...*” O outro usuário complementa: “- *Mas às vezes a gente fica meio perdido porque não tem ninguém, né?*” Assim que finalizam o diálogo, a profissional adentra novamente a recepção 1, o usuário 3 a chama: “- *Moça, moça, vem cá rapidinho?!*” A profissional se desloca até ele e ele interage: “- *Mulher de deus, tu acredita que me deu um branco no que tu me falou? Tem que ir é pra ali*

né? (Apontando o dedo para a porta da triagem). Ao ter a confirmação positiva, ele agradece e deseja boa tarde.

Enquanto aguardava, o usuário 3 olhava para os lados, acompanhando o fluxo das pessoas e aguardando o momento de ser chamado. Após alguns minutos, foi atendido e se deslocou para a recepção 2, mantendo postura calma e discreta, sem estabelecer novas interações verbais. O ambiente permaneceu movimentado, com a presença intermitente da profissional “Posso Ajudar” e usuários entrando e saindo constantemente.

Usuário 4 – Morros

Observação:

O usuário 4 entrou na unidade demonstrando atenção aos movimentos das pessoas. O ambiente estava movimentado, com usuários se deslocando entre as cadeiras e a recepção, enquanto outros tentavam entender a ordem de atendimento. No momento de sua chegada, a agente do programa “Posso Ajudar” encontrava-se próximo à entrada, orientando um pequeno grupo de usuários que buscavam informações sobre um familiar que havia dado entrada na unidade. Poucos instantes depois, a agente foi chamada por um profissional de outro setor e se afastou rapidamente.

O usuário 4 aproximou-se do local onde a agente havia estado, olhou ao redor e permaneceu parado por alguns segundos. Em seguida, movimentou o olhar entre as cadeiras e o corredor que dava acesso à recepção 2, demonstrando dúvida sobre qual direção seguir. Após cerca de um minuto, perguntou a uma funcionária que passava apressada: “- *A moça que ajuda a gente tá onde?*” A funcionária respondeu rapidamente: “- *Ela já vem*”, e continuou seu trajeto.

Sem novas orientações, o usuário caminhou lentamente até uma das filas formadas próximo à triagem. Ele olhava para os lados, observando os demais usuários e, em alguns momentos, dava pequenos passos para frente e para trás, como se tentasse confirmar se estava no lugar certo. Enquanto aguardava, uma usuária ao lado comentou: “- *A moça tava ali agora há pouco, mas foi chamada lá pra dentro.*” O usuário 4 respondeu com um leve aceno de cabeça e permaneceu quieto.

Pouco depois, a agente do “Posso Ajudar” retornou à recepção 1. O usuário 4, que observava atentamente sua chegada, acenou discretamente com a mão e disse: “- *Moça, é pra cá mesmo que tem que esperar?*” A agente se aproximou e respondeu de forma acolhedora,

explicando o procedimento e indicando o local correto. O usuário agradeceu e, em tom aliviado, comentou: “- *Ah, tá certo, pensei que tinha entrado na fila errada.*”

Logo após receber a orientação, o usuário se posicionou conforme as instruções e soltou um leve sorriso. Sua expressão tornou-se mais tranquila, enquanto aguardava, ele continuava observando o movimento do ambiente, aguardando a chamada para a sala de triagem. O espaço (recepção 1) permaneceu movimentado, com entradas e saídas constantes de usuários e a atuação da agente “Posso Ajudar” nas orientações iniciais.

Usuário 5 – Olinda Nova do Maranhão

Observação:

Ao entrar na recepção 2, o usuário 5 fez uma breve pausa na porta de acesso, observando o ambiente com atenção. O local apresentava intenso movimento de pessoas, algumas em pé próximas à recepção, outras sentadas aguardando a chamada pelo painel eletrônico para se direcionarem ao consultório médico. A movimentação de profissionais entre os setores e o som de conversas simultâneas criavam um clima de agitação.

O usuário caminhou devagar até o espaço de espera, olhando de um lado para o outro, como quem tentava decifrar o funcionamento da unidade. Até que uma funcionária da recepção se levanta e o chama: “- *Moço, moço, faça o favor, tem que atualizar os dados aqui!*” Após alguns instantes, que retornou da atualização cadastral, aproximou-se de outro usuário que estava sentado e perguntou: “- *É por ordem de chegada ou é essa cor ali que manda?*” (o usuário apontava para o painel). O outro respondeu: “- *Rapaz, acho que é pela cor, mas nem sei direito. Ninguém explica nada.*”

Durante o tempo em que aguardava, o usuário 5 demonstrou inquietação. Mudava de posição constantemente, cruzava os braços e suspirava fundo com frequência. Em determinado momento, comentou em voz baixa: “- *A gente fica esperando e não entende porque uns passam na frente. Só dizem que todo mundo vai ser atendido, mas não explicam direito.*”

De tempos em tempos, olhava para o painel eletrônico e para os profissionais da recepção 2. O som do painel era seguido por nomes ou números dos consultórios. Após alguns minutos, o painel de chamada travou, então uma atendente anunciou alguns nomes em voz alta, sem utilizar o painel, o que gerou confusão entre os presentes. O usuário virou-se para quem estava ao lado e perguntou: “- *Agora é assim? Pensei que era pela televisão.*” O outro respondeu com um leve riso: “- *Aqui é assim mesmo, cada hora é de um jeito.*”

Alguns minutos depois, o nome do usuário foi chamado para o atendimento médico. Ele se levantou rapidamente e perguntou à profissional da recepção: “- *Moça, essa cor que aparece quer dizer o quê mesmo?*” A profissional respondeu: “- *É a classificação que o senhor recebeu lá na frente, aí depende do seu caso.*” Ele assentiu e respondeu com um leve sorriso: “- *Ah, tá... bom saber.*” E logo se dirigiu ao consultório médico.

Usuário 6 – Alcântara

Observação:

O usuário 6 chegou à recepção 2 da unidade de pronto atendimento acompanhado um familiar idoso, o ambiente estava repleto de pessoas aguardando atendimento, algumas em pé, outras sentadas, e o som das conversas se misturava às chamadas ocasionais dos profissionais. Não havia sinalizações visíveis indicando a sequência do atendimento nem qualquer material informativo sobre o processo de triagem ou a prioridade dos casos.

O usuário 6 caminhava de um lado ao outro, com os braços cruzados e aproximou-se da recepção e perguntou à atendente: “- *O atendimento é por ordem de chegada ou por prioridade médica?*”. A profissional, sem levantar muito o olhar do computador, pois atendia uma outra usuária, respondeu de forma breve: “- *Depende da classificação.*”

A aparente falta de clareza na resposta fez com que o usuário tentasse compreender melhor, perguntando: “- *Mas e quem tá com dor, tem prioridade?*”. A atendente, ainda de maneira objetiva, disse: “- *Essa prioridade é definida lá na triagem.*” O tom da conversa foi rápido. O usuário 6, então, afastou-se da recepção e retornou ao assento, mostrando-se descontente com a resposta. Sentou-se ao lado do idoso e comentou em voz baixa, num tom de desabafo: “- *A gente nunca sabe como é que funciona... parece que uns entram logo, outros ficam aqui o dia todo.*” O idoso, que estava sentado e segurando uma sacola, apenas assentiu com a cabeça, balançando-a em tom afirmativo.

Durante a espera, observou-se que o mesmo sentimento de incerteza se repetia entre outros presentes. Alguns usuários trocavam olhares e comentários discretos sobre a ordem de atendimento, enquanto outros apenas assistiam o jornal local que estava sendo transmitido em uma outra televisão. A ausência de qualquer recurso visual, como cartazes, fluxogramas ou painéis explicativos, acentuava a sensação de desorientação coletiva.

O cenário geral transmitia a impressão de que a comunicação entre a equipe da recepção e o público se limitava a respostas pontuais, sem contextualização. A ausência de explicações claras sobre o processo de triagem e os critérios de prioridade criava um ambiente de

insegurança e incerteza, especialmente entre os acompanhantes e pacientes em situação de maior vulnerabilidade, como o idoso que aguardava ao lado do Usuário 6.

Após algum tempo, cerca de 15 minutos, o usuário foi chamado para o atendimento e solicitou que o idoso permanecesse sentado aguardando o seu retorno. Logo se direcionou para o consultório médico.

Usuário 7 – Bom Jardim

Observação:

O Usuário 7 chegou à unidade de pronto atendimento com alguns papéis nas mãos, a recepção 1 estava com fluxo intenso de pessoas, cadeiras ocupadas e fila formada entre as cadeiras e a sala da triagem. O som ambiente era composto por conversas entre usuários e acompanhantes, celulares e a televisão que se encontrava ligada.

O usuário permaneceu alguns instantes observando o movimento, depois se aproximou do agente de portaria e uma colaboradora que estavam em pé, estendeu o papel na direção da colaboradora e perguntou: “- *Com esse papel aqui eu tenho prioridade no atendimento, vou ser atendido mais rápido?*” A funcionária respondeu: “- *Senhor, depende da classificação na triagem*” O usuário manteve o braço estendido por alguns segundos, depois recolheu o papel e perguntou: “- *Mas quem define isso?*” A atendente respondeu: “- *É o enfermeiro da triagem.*”

O usuário ficou parado em frente aos funcionários por um breve tempo, depois guardou o papel no bolso e se afastou. Dirigiu-se à área de espera e sentou-se em uma das cadeiras próximas à parede. Havia outras pessoas aguardando, algumas conversando em voz baixa e outras observando a movimentação na porta de triagem.

Enquanto aguardava, o usuário iniciou conversa com outro que estava ao lado. Disse: “- *Eles falam de prioridade, mas ninguém explica o que é. Fica todo mundo esperando sem saber.*” O outro respondeu: “- *Aqui é sempre assim.*” Ambos permaneceram olhando em direção a porta da sala da triagem por alguns instantes.

Depois de alguns minutos, o Usuário 7 levantou-se, caminhou até a área próxima à triagem e ficou observando as chamadas. Voltou a se sentar, levantou novamente e olhou para a fila. Repetiu esse movimento algumas vezes.

No ambiente, algumas pessoas se aproximavam dos profissionais para tirar dúvidas, outras aguardavam sentadas. Os profissionais circulavam entre a recepção 1 e 2. Em determinados momentos, o barulho de conversas e de portas abrindo se misturava, o usuário 7

permaneceu aguardando, observando o fluxo e as movimentações na unidade, sem receber novas orientações até o final da observação.

Usuário 8 – Penalva

Observação:

O usuário 8 chegou à unidade de pronto atendimento no início da manhã, segurando um pequeno envelope, ao entrar, observou o movimento de pessoas circulando entre a recepção 1, a sala de triagem e o corredor de acesso a recepção 2. A recepção 1 estava ocupada, com cadeiras alinhadas, vozes se sobrepondo e o som constante de chamadas sendo anunciadas.

O usuário aproximou-se do segurança e perguntou: “- *É por ordem de chegada ou por prioridade?*”. O profissional respondeu sem desviar o olhar da porta de acesso, a qual realizava o controle: “- *Tem que aguardar a triagem.*” Ele manteve-se diante do segurança por alguns segundos e insistiu: “- *Mas quanto tempo demora? Eu preciso saber se posso esperar aqui.*” O profissional respondeu: “- *Demora um pouco, depende da classificação.*”

O usuário deslocou-se um pouco, permaneceu imóvel por um instante, observando a movimentação, e então se afastou lentamente, caminhando até o setor de cadeiras próximo à parede lateral. Sentou-se, abriu o envelope, conferiu os papéis e olhou para a porta da triagem. Em seguida, comentou em voz audível: “- *Perguntei se era por ordem de chegada ou prioridade, mas só falaram que ia demorar, sem me explicar como funciona.*”

Enquanto aguardava, alternava o olhar entre os profissionais da unidade, a porta da triagem e os outros usuários que chegavam. Em alguns momentos, levantava-se, caminhava até a área próxima ao bebedouro e voltava a sentar. Seu semblante se mantinha atento, acompanhando cada vez que alguém era chamado.

Outros usuários também demonstravam dúvida sobre o funcionamento do fluxo, perguntando entre si quem seria o próximo a ser atendido. O ambiente era marcado pelo som constante das conversas e pelo “vai e vem” de profissionais de saúde. A televisão ligada em volume baixo transmitia notícias, mas poucos prestavam atenção.

O usuário 8 permaneceu observando o ambiente, gesticulando ocasionalmente com as mãos enquanto falava com uma senhora sentada ao lado. Em determinado momento, inclinou-se para frente e voltou a olhar em direção a sala de triagem, aguardando alguma chamada. Continuou no mesmo local até o encerramento da observação, sem receber novas informações sobre o tempo de espera ou a ordem de atendimento.

Usuário 9 – Cedral

Observação:

A usuária 9 (uma senhora de idade avançada que se apoiava em uma bengala) chegou à unidade acompanhado de uma pessoa que posteriormente se apresentou como filha. Assim que entraram, olharam ao redor com expressão de dúvida, observando a movimentação constante de pessoas entre a triagem e as cadeiras da sala de espera. O ambiente estava cheio, com o som de conversas, celulares e duas crianças choravam na recepção.

Após alguns minutos observando, a acompanhante aproximou-se do porteiro que estava próximo de uma mesa, segurando o documento da mãe, pergunta: “- *Minha mãe é idosa, tem preferência pra ser atendida mais rápido?*” O funcionário respondeu: “- *Tem sim, pra entrar na sala da triagem, mas para o médico, depende da triagem.*” A resposta foi breve, e o tom de voz do profissional indicava pressa.

A acompanhante permaneceu parada por alguns segundos, como se estivesse aguardando uma complementação da resposta, mas como isso não ocorreu, se afastou lentamente. Voltou até a cadeira onde a mãe estava sentada e comentou: “- *A gente nunca entende, dizem que tem prioridade, mas não explicam o que isso quer dizer.*” A mãe apenas balançou com a cabeça, ajustando a bolsa no colo e observando a fila que se formava em frente à sala de triagem.

Durante o tempo de espera, a acompanhante da usuária 9 demonstrava inquietação. Cruzava os braços, olhava repetidamente para a porta da triagem e observava pessoas mais jovens sendo chamadas antes. Em certo momento, a acompanhante levantou-se e foi até a porta da triagem, olhando para dentro sem ultrapassar a linha de atendimento. Retornou em seguida, murmurando: “- *Não dá pra entender, uns entram logo, outros ficam aqui esperando.*”

O ambiente seguia movimentado. O ar-condicionado emitia um ruído constante, misturado ao som de vozes e passos apressados. A ausência de cartazes informativos sobre os critérios de prioridade ou o funcionamento da triagem deixava evidente que os usuários precisavam buscar essas informações por conta própria. Em alguns momentos, outros acompanhantes também se aproximavam do profissional com dúvidas semelhantes, recebendo respostas rápidas e pouco explicativas.

A usuária 9 manteve-se em silêncio a maior parte do tempo, observando as pessoas que entravam e saíam. A filha, por sua vez, levantava-se com frequência, observando o movimento na recepção, até que foi novamente ao profissional e exclamou: “- *Moço aqui tá uma desorganização, que horas a gente vai ser chamado? Minha mãe não pode aguardar muito, por favor, preste atenção porque tem um monte de gente passando a frente dela.*”

O clima geral era de expectativa e incerteza, e o diálogo breve com o funcionário não havia sido suficiente para esclarecer o funcionamento da prioridade, deixando o acompanhante em estado de dúvida até o momento em que sua mãe foi finalmente chamada para a triagem.

Usuário 10 – Vitória Do Mearim

Observação:

O Usuário 10 chegou à recepção por volta do final da manhã, segurando uma pasta plástica com documentos, seu semblante era de atenção e parecia estar apreensivo. Parou na porta, observando o movimento intenso de entrada e saída de pessoas. O som das conversas e o uso do celular pela maioria dos outros usuários e acompanhantes, formava um ruído constante.

Após alguns instantes observando, o usuário caminhou devagar em direção a dois colaboradores da unidade que estavam no corredor de acesso à recepção 2. Notava-se que tentava compreender o funcionamento do atendimento por meio da observação de outros usuários. Em determinado momento, aproximou-se de uma funcionária e perguntou, em tom calmo: “- *Moça, você sabe como faço pra marcar um exame? Já perguntei em outro posto, mas ninguém me explicou direito.*”

A colaboradora, que estava ocupada conferindo papéis, respondeu rapidamente: “- *Senhor, nesta unidade a gente não realiza esse tipo de atendimento, com marcação de exame.*” O usuário, após a resposta que teve, agradeceu e se afastou lentamente em direção ao bebedouro da unidade.

Enquanto caminhava, parou próximo a outro grupo de pessoas que aguardavam sentadas e perguntou: “- *Vocês sabem onde é que marca exame aqui?*” Uma senhora respondeu: “- *Acho que é aqui não marca não, pelo menos eu nunca ouvi falar que aqui faz exame agendado.*” O usuário agradeceu e permaneceu por alguns minutos no mesmo local, observando os movimentos de entrada e saída de outros usuários.

Depois de algum tempo, interceptou um outro funcionário e tentou novamente buscar informações. A mesma profissional que o atendeu anteriormente, respondeu, sem alterar o tom: “- *Senhor, como eu lhe informei aqui a gente não realiza esse tipo de serviço, o senhor precisa buscar uma outra unidade que realize.*” O usuário suspirou, ajeitou a pasta debaixo do braço e retornou ao assento. Enquanto esperava, comentava em voz baixa: “- *A gente fica indo e voltando e ninguém explica direito... já fui em outro posto e é a mesma coisa.*”

O ambiente seguia agitado, com usuários conversando entre si e ele parecia estar desconfiado com a resposta que recebeu. Durante todo o período de observação, não foi

oferecido e nem estava disposto na unidade nenhum material explicativo sobre o agendamento de exames, como por exemplo canais ou locais em que se pudesse obter informações sobre esses serviços.

O usuário manteve-se calmo, mas com expressão de incerteza, folheando seus documentos e perguntando discretamente a outros presentes se sabiam onde ele poderia agendar aqueles exames. Ao final, continuava aguardando, sem ter recebido instruções concretas sobre como proceder, evidenciando que o processo dependia mais da iniciativa individual e da tentativa de adivinhação do que de uma comunicação estruturada por parte da unidade.

Usuário 11 – Codó

Observação:

O usuário 11 chegou à unidade no meio da manhã, ao entrar, parou por alguns instantes próximo à porta, olhando em volta com atenção, como se tentasse compreender o fluxo de atendimento. O ambiente estava movimentado, com usuários conversando entre si, crianças correndo e funcionários se deslocando entre os corredores. Não havia cartazes que indicassem onde eram realizados os atendimentos, tampouco qualquer material informativo à vista.

Após alguns momentos, sentou-se na fila para a triagem, após a triagem direcionou-se para a recepção 2 onde realizou sua atualização cadastral e após aguardar alguns minutos se direcionou para o atendimento médico. Após alguns trinta minutos, o usuário retornou para a recepção 2, ficou alguns segundos observando um papel que estava em suas mãos e caminhou até o balcão principal, onde duas atendedoras conversavam enquanto organizavam documentos.

Ele esperou que uma delas o notasse e perguntou, erguendo o papel que carregava: “*Esse papel aqui é pra marcar exame? Ou eu tenho que ir direto pro laboratório?*” A funcionária, sem interromper o que fazia, respondeu rapidamente: “*- Tem que agendar senhor, mas é em outra unidade, aqui a gente não realiza esse tipo de exame.*”

O usuário, com expressão de dúvida, insistiu: “*- Mas é aqui que agenda ou tem que ir pra outro lugar?*” A profissional respondeu, ainda concentrada nos papéis e sem estabelecer contato visual: “*- Em outra unidade, em uma policlínica ou hospital que realize.*” O homem olhou para o relógio de pulso e comentou em tom resignado: “*- Meu Deus e agora, como que vou fazer isso?*” A atendente apenas sinalizou com a cabeça, como quem reforçava o que havia dito anteriormente e voltou sua atenção ao computador, encerrando o diálogo.

O usuário se afastou lentamente, observando os demais usuários que aguardavam sentados. Passou alguns instantes em pé, próximo a sala do Serviço Social, folheando o pedido

médico e olhando para os lados, como se esperasse que alguém lhe oferecesse uma nova explicação. Murmurou em voz baixa com outra usuária que estava ao lado: “- *A gente nunca sabe direito o que tem que fazer direito com esses exames que eles passam...*”

Depois de alguns minutos, sentou-se em uma das cadeiras encostadas à parede, de onde observava as pessoas sendo chamadas, em alguns momentos, sentava-se na ponta da cadeira, como uma tentativa de levantar ou pra ir novamente ao balcão, ou ir embora, apesar do fluxo constante de funcionários passando pelo local, nenhum se aproximou para oferecer esclarecimentos e nem ele buscou um outro profissional para sanar a dúvida quanto ao agendamento.

Durante todo o tempo de observação, não havia sinalizações visuais que informassem sobre o agendamento de exames ou canais de agendamento de serviços de saúde. O ambiente mantinha-se barulhento e confuso, com falas cruzadas e chamadas sendo feitas para o atendimento médico. O usuário permaneceu ali por um tempo, alternando olhares entre a recepção e a porta de saída, demonstrando indecisão sobre o que fazer a seguir.

Por fim, levantou-se, guardou o pedido médico no bolso e deixou o local em silêncio, sem ter obtido informações concretas sobre como ou onde deveria realizar o agendamento do exame.

Usuário 12 – Pedro Do Rosário

Observação:

O usuário 12 chegou à recepção no início da tarde, aparentando certa inquietação, carregava uma bolsa, como se estivesse vindo do trabalho. O ambiente estava cheio, com vozes sobrepostas, crianças chorando, cadeiras ocupadas e havia a presença de muitos acompanhantes de um outro usuário que tinha entrado em estado de emergência e estavam buscando mais informações.

Ele permaneceu alguns minutos próximo à porta de entrada, observando o fluxo de atendimento, em determinado momento, aproximou-se de um colaborador que realizava algumas anotações em um livro, e com uma expressão confusa se direcionou ao profissional e falou: “- *Moço, como funciona aqui pra ser atendido, eu não entendo esse negócio de classificação... por que não chamam logo o médico? Parece que é só enrolação.*”

O profissional levantou os olhos rapidamente, enquanto continuava realizando as anotações e respondeu em tom neutro: “- *Senhor, o atendimento é por ordem de prioridade, conforme a classificação de risco.*” Enquanto ela falava, o usuário balançava a cabeça,

demonstrando insatisfação e dúvida. Ele franziu a testa e, um pouco impaciente, retrucou: “- *Mas eu cheguei faz tempo e tem gente que veio depois e já entrou.*” O profissional, ainda concentrado no caderno, respondeu sem alterar o tom: “- *É porque depende do caso, senhor, uns têm urgência maior.*”

O usuário respirou fundo e se afastou lentamente dele. Caminhou até as cadeiras de espera, olhou em volta e se sentou, apoiando a bolsa no colo. Ficou observando a movimentação dos outros usuários. Em certo momento, comentou baixinho com a pessoa ao lado: “- *A gente fica esperando e ninguém explica direito....*” A outra pessoa apenas assentiu, como se partilhasse da mesma confusão.

Durante a observação, foi identificado um banner informativo explicando o significado das cores da classificação de risco, mas não haviam informações sobre os critérios de prioridade no atendimento. O ambiente seguia agitado, com chamadas sendo feitas pelo profissional que estava na sala de triagem: “- *Próximo...*”, o que aumentava a sensação de impaciência e desorientação.

O usuário manteve-se em silêncio por alguns minutos, olhando fixamente para a porta de triagem, como se tentasse adivinhar quando seria chamado. Em seguida, levantou-se, caminhou até a porta e perguntou a outro funcionário que passava: “- *Moço, será que tenho que esperar muito ainda?*” O profissional respondeu rapidamente: “- *Tem que aguardar chamarem senhor.*” O usuário agradeceu e retornou ao assento.

O semblante permanecia tenso e os movimentos das mãos revelavam uma certa inquietação. Ele abria a bolsa, pegou alguns papéis, olhava repetidamente para o relógio e voltava a fixar o olhar na porta de triagem. Ao final do período observado, ainda não havia recebido novas informações sobre sua vez de atendimento.

A ausência de explicações mais claras e de materiais educativos sobre o funcionamento da prioridade parecia reforçar a dificuldade de compreensão do processo, deixando evidente a dependência da comunicação oral e a carência de recursos que favorecessem o letramento em saúde dos usuários naquele contexto.

Usuário 13 - Turilândia

Observação:

O usuário 13 chegou à recepção 2 por volta do meio da manhã, aparentando cansaço e impaciência. Vestia um uniforme simples e carregava um envelope pardo, segurando-o com firmeza. Ao entrar, parou por alguns instantes observando o movimento: cadeiras cheias,

pessoas em pé, profissionais circulando de um lado para o outro e o som constante de conversas se misturando. O ambiente estava agitado, e era perceptível que muitos aguardavam sem compreender bem a ordem do atendimento.

Após alguns minutos observando, o usuário aproximou-se do balcão e perguntou, com o semblante franzido: “- *Moço, como é que funciona pra ser atendido aqui? Esse negócio de classificação eu não entendo... por que o médico não chama logo a gente?*” O profissional, que estava preenchendo uma ficha, levantou o olhar rapidamente e respondeu em tom neutro: “- *Senhor, aqui o atendimento é feito por prioridade, conforme a classificação de risco.*”

O usuário, demonstrando desconfiança, inclinou a cabeça e retrucou: “- *Mas eu tô aqui faz tempo, e tem gente que chegou depois e já entrou. Como é que é isso?*” O funcionário respondeu, ainda sem interromper o que fazia: “- *Cada caso tem um grau de urgência diferente, senhor. Alguns precisam ser atendidos antes.*”

Diante da resposta, o usuário respirou fundo, ajeitou o envelope debaixo do braço e se afastou do balcão. Caminhou até as cadeiras próximas à parede, sentou-se e ficou observando o movimento, alternando o olhar entre a porta de acesso aos consultórios e o painel de chamadas. Por alguns minutos, acompanhou o “vai e vem” dos usuários, como se tentasse decifrar o critério das chamadas. Voltou-se para o homem ao lado e comentou em tom baixo: “- *A gente nunca entende direito, parece que cada um fala uma coisa diferente.*” O outro usuário concordou com um aceno.

Durante a observação, foi possível perceber que havia um cartaz afixado na parede da recepção 1, explicando a classificação de risco por cores, nenhum profissional fazia referência ao cartaz durante o atendimento ou o utilizava como apoio explicativo. O usuário mantinha uma postura atenta, mas demonstrava crescente inquietação: cruzava e descruzava os braços, olhava repetidamente para o relógio e suspirava profundamente ao ponto de realizar um som. Em determinado momento, levantou-se novamente e perguntou a uma funcionária que passava: “- *Moça, será que ainda vai demorar muito pra me chamarem?*” A profissional respondeu sem parar: “- *Tem que esperar ser chamado pelo nome, tá bom?*”

Ele apenas assentiu e voltou ao lugar, recostando-se na cadeira com expressão de cansaço. Durante todo o tempo, não recebeu novas orientações sobre o andamento do atendimento. A ausência de explicações diretas e de materiais informativos visíveis parecia ampliar a sensação de incerteza entre os usuários, evidenciando as dificuldades de compreensão sobre o processo de classificação e a forte dependência da comunicação oral naquele ambiente.

Usuário 14 – Arari

Observação:

O usuário 14 chegou à recepção no meio da tarde, o fluxo de pessoas na unidade estava intenso. O som ambiente era composto por múltiplas camadas: crianças chorando, televisor ligado, celulares em volume alto, conversas cruzadas e o som de chamadas vindo da recepção 2. A recepção 1, com cadeiras próximas umas das outras, favorecia a reverberação do som, o que tornava a comunicação entre profissionais e usuários ainda mais difícil.

Logo ao entrar, o usuário parou por alguns instantes na porta, olhando em volta, tentando localizar-se na unidade. O semblante era de espanto quando se deparou com a quantidade de usuários que aguardavam. Aproximou-se de uma fileira de cadeiras e perguntou a uma senhora sentada: “- *Já chamaram pra triagem? Não dá pra ouvir nada daqui.*” A mulher balançou a cabeça e respondeu: “- *Chamam, mas a gente quase não entende, é muito barulho.*”

O usuário permaneceu de pé por alguns instantes, atento ao som das vozes e tentativas de chamadas. Uma atendente, posicionada próxima a sala de triagem, anunciava o momento que os usuários deveriam entrar na sala de triagem, mas o som era abafado pela mistura de ruídos. Ele inclinava a cabeça e franzia o rosto, as vezes ficava na ponta dos pés demonstrando um esforço em compreender o momento exato de avançar na fila.

Após um período, aproximou-se mais da porta e comentou com uma funcionária que estava finalizando uma orientação com outros usuários: “- *Tá muito barulho aqui, gente chorando, televisão ligada, esse povo com celular nas alturas... a gente não consegue nem ouvir direito quando chamam.*” A funcionária assentiu com um leve sorriso, mas não respondeu verbalmente.

Enquanto aguardava, o usuário tentou se orientar observando os movimentos dos outros. Quando alguém se levantava após ouvir a chamada, ele acompanhava o gesto com o olhar, após alguns minutos, caminhou em direção à parede onde havia um bebedouro.

As chamadas eram feitas apenas por voz, sem o apoio de painéis eletrônicos ou microfones, o que agravava a confusão, especialmente para idosos e pessoas com dificuldades auditivas. Em determinado momento, o usuário, demonstrando impaciência, se levantou novamente e foi até outro usuário perguntar: “- *Moça, já chamaram meu nome? Tô aqui faz tempo e não escutei nada.*” A profissional respondeu com uma voz tranquila: “- *O senhor tem que esperar chamarem, viu? Quando for sua vez, a gente fala.*” Ele assentiu, mas saiu balançando a cabeça, visivelmente frustrado.

Enquanto voltava para a cadeira, o ruído do ambiente permanecia constante, o som das conversas se misturava ao uso dos celulares que estavam com um volume alto. O usuário

sentou-se novamente, apoiou os cotovelos nos joelhos e permaneceu em silêncio, olhando para o chão. Sua postura indicava resignação diante da dificuldade de compreender o fluxo do atendimento em meio à confusão sonora.

A observação permitiu constatar que a ausência de controle acústico, associada à falta de recursos visuais de comunicação, comprometia a clareza das orientações e o entendimento dos usuários. O cenário revelava uma barreira comunicacional estrutural, onde o ruído ambiental tornava o processo de escuta e orientação quase inviável, impactando diretamente a experiência dos usuários e o andamento do atendimento.

Usuário 15 – Pio XII

Observação:

O usuário 15 chegou à recepção no início da manhã, momento em que o fluxo era intenso e o ambiente estava bastante ruidoso. O som de conversas simultâneas, cadeiras sendo arrastadas, o toque de celulares e uma televisão ligada dificultavam a escuta das orientações. O usuário permaneceu alguns minutos parado próximo à porta, observando o movimento, tentando entender o funcionamento do atendimento.

Após alguns instantes, aproximou-se de uma profissional e perguntou: “- *Chamam pelo nome ou pela senha? Não tô conseguindo ouvir direito.*” A atendente respondeu rapidamente, sem olhar diretamente para ele: “- *É pela senha senhor, tem que prestar atenção.*” Ele assentiu, mas franziu o rosto e respondeu em voz baixa: “- *Mas com esse barulho todo, quem é que consegue ouvir?*”

Enquanto aguardava, o usuário olhava repetidamente para a porta da triagem, inclinando o corpo para a frente sempre que alguém era chamado, numa tentativa de entender se seria sua vez. O televisor exibia um programa matinal com volume alto, competindo com as vozes dos profissionais e usuários. Em determinado momento, ele comentou com outro usuário ao lado: “- *Devia ter um painel, né? Assim a gente via quando chamam.*” O outro usuário apenas concordou com um aceno de cabeça.

Não havia sinalizações visuais indicando o andamento das chamadas nem avisos sobre o funcionamento do atendimento. O som das chamadas feitas pelos profissionais era abafado pelo ruído constante do ambiente, o que levava os usuários a se aproximarem repetidas vezes da porta da triagem em busca de confirmação.

O usuário manteve-se aguardando, atento e visivelmente impaciente. Em vários momentos, olhava para os lados e suspirava, demonstrando desconforto diante da dificuldade

de compreender o fluxo do atendimento em um ambiente sem condições adequadas para a comunicação clara.

Usuário 16 – São Bento

Observação:

Ao chegar à recepção 1, o usuário 16 parecia tentar entender como funcionava o fluxo de atendimento na unidade, os atendimentos na triagem aconteciam em sequência rápida. Após o atendimento na triagem, o usuário 16 conversou com outro e mencionou: “- *O moço falou tão rápido que nem consegui entender tudo. Queria perguntar, mas já chamou o próximo.*”

Essa fala expressava certo desconforto e a sensação de que o processo era conduzido de forma apressada, sem espaço para diálogo. Logo o usuário 16 vai até um outro profissional e questiona: “- *Onde eu que eu devo ir agora? Já passei pela aquela sala ainda agorinha...*” O profissional indicou que o usuário deveria seguir pelo corredor e se direcionar para a recepção 2.

A dinâmica do local parecia marcada por uma busca constante por agilidade. As cadeiras da sala de espera estavam sempre ocupadas, e o fluxo de pessoas era intenso. O ritmo do trabalho dos profissionais parecia ditado pelo número de atendimentos, o que tornava o ambiente tenso e pouco acolhedor. Alguns usuários trocavam olhares ou faziam comentários baixos sobre a rapidez com que eram chamados e dispensados.

Ao sair, o usuário 16 comentou novamente: “- *A gente fica sem saber se entendeu direito, parece tudo muito corrido.*” A observação evidenciou o quanto o ritmo acelerado do atendimento funcionava como uma barreira comunicacional, interferindo na compreensão das informações e na segurança dos usuários quanto aos procedimentos a serem realizados.

Usuário 17 – Matões

Observação:

Ao chegar à recepção, o usuário 17 aguardava com atenção, observando o movimento intenso dentro da unidade. O ambiente apresentava um ritmo constante de deslocamentos, com profissionais transitando pela recepção, usuários utilizando celulares com o som alto. O usuário se aproximou do bebedouro e posteriormente interpelou um profissional que saia da recepção 1 para a 2 e questionou: “- *Pra onde que eu vou aqui?*” O profissional explicou rapidamente e indicou o que deveria fazer.

O usuário demonstrava esforço para acompanhar o que era dito, franzindo a testa, em determinado momento, balançou a cabeça afirmativamente, embora parecesse não ter entendido completamente. Ao final, comentou com uma outra usuária que estava próxima a ele: “- *Eles falam tudo de uma vez, não dá nem pra pensar direito no que responder.*” A fala refletia a dificuldade de acompanhar o ritmo do atendimento e a sensação de que o tempo para a comunicação era insuficiente.

Durante a observação, outros usuários apresentavam reações semelhantes, alguns tentavam interromper o profissional para tirar dúvidas, mas eram orientados a aguardar a chamada. Alguns recorriam a outros profissionais minutos depois, solicitando que as informações fossem repetidas. A movimentação constante e a falta de pausas entre os atendimentos contribuíam para o aumento da tensão no ambiente.

O usuário 17 permaneceu por alguns instantes olhando em direção a sala de triagem, como se tentasse confirmar o que havia sido informado. Depois de alguns minutos perguntou a outro usuário: “- *Será que vai demorar muito pra a gente ser atendido?*” O episódio evidenciou o impacto do ritmo acelerado de trabalho na clareza das informações, que acabavam saindo da interação sem plena compreensão das orientações recebidas.

Usuário 18 – Monção

Observação:

Ao chegar à recepção 2, o usuário 18 aparentava estar impaciente. Sentou-se por alguns minutos, observando o fluxo de pessoas e o ritmo do atendimento. O ambiente era movimentado, com chamadas constantes e profissionais transitando rapidamente entre os setores. Após algum tempo de espera, o usuário se levantou e se dirigiu ao balcão, visivelmente incomodado com a demora. Solicitou informações sobre sua vez de atendimento, mas recebeu respostas breves, sem orientações detalhadas sobre o tempo estimado ou sobre os critérios de prioridade utilizados.

Demonstrando crescente insatisfação, o usuário tentou formalizar uma reclamação. O diálogo foi rápido e após retornar as cadeiras relatou a outro usuário: “- *Falei que estava demorando demais e a moça só disse que a unidade estava cheia, que era pra esperar. Não explicou mais nada.*” A fala evidenciava a frustração diante da ausência de escuta e de uma resposta efetiva. O profissional manteve postura neutra, limitando-se a afirmar que “*todos seriam atendidos*” e que “*a demanda estava alta naquele dia*”.

Durante a observação, notei que o usuário em alguns momentos se dirigiu próximo ao balcão, como quem aguardava algum retorno ou orientação adicional. Olhava frequentemente para os lados, seus gestos eram marcados por impaciência, mexia nas mãos, balançava a perna e soltava breves suspiros. Outros usuários próximos observavam a situação, comentando entre si sobre a lentidão do atendimento, o que ampliava a sensação coletiva de insatisfação.

Apesar da tentativa de expressar sua queixa, o usuário não foi direcionado a nenhum canal formal de ouvidoria ou registro de reclamações. Não havia cartazes ou orientações visíveis sobre como proceder nesses casos. A ausência de um fluxo institucionalizado para escuta e encaminhamento das queixas contribuía para o sentimento de impotência e para a percepção de que as reclamações não resultariam em mudanças práticas.

Ao retornar ao assento, o usuário comentou em voz baixa com outra pessoa: “- *Parece que reclamar não adianta, eles só mandam esperar.*” A frase, dita com resignação, sintetizava o desânimo e a descrença na possibilidade de diálogo entre usuários e equipe. O episódio revelou como a falta de protocolos claros de comunicação e acolhimento de queixas pode fragilizar a relação entre serviço e comunidade, transformando um espaço que deveria promover escuta e resolução em um ambiente de tensão.

Usuário 19 – Barreirinhas

Observação:

O usuário 19 aguardava na recepção 2 há algum tempo, após realizar a atualização do seu cadastro para ser chamado ao consultório médico, olhava atentamente para a movimentação em direção ao consultório médico e a chamada no painel. Quando percebeu que outras pessoas estavam sendo chamadas antes dele, levantou-se e se aproximou do balcão, com expressão de dúvida: “- *Moça, por que estão chamando outras pessoas antes de mim? Eu cheguei faz tempo.*”, ele perguntou em tom contido, mas visivelmente impaciente.

A profissional que o atendeu manteve o olhar voltado para o computador e respondeu: “- *Senhor, são casos de prioridade, tem que aguardar um pouco.*” Assim eu ela finalizou, ele retrucou: “- *Mas prioridade por quê? Não mostraram nada, só mandam esperar, eu tenho vários problemas de saúde, esqueci de mencionar lá na frente, com quem eu falo aqui pra me ajudar*”, insistiu o usuário, fazendo um leve gesto com as mãos, como quem tenta buscar uma explicação mais concreta.

A atendente, sem alterar o tom, respondeu: “- *Esses casos o senhor tem que ver com o Serviço Social, o senhor pode se dirigir a essa porta ali (indicando a sala do serviço social).*”

O usuário respirou fundo e balançou a cabeça, demonstrando frustração. Voltou a questionar, então a profissional responde: “- *O senhor precisa aguardar o chamado, ou se quiser, pode procurar o pessoal do Serviço Social ali na sala ao lado.*”

A conversa terminou sem que o usuário obtivesse uma resposta satisfatória. Ele se afastou lentamente, murmurando algo inaudível e voltou a sentar-se, cruzando os braços e observando os outros usuários que continuavam a ser chamados. Logo após algum tempo comenta com uma usuária e outra acompanhante: “- *Perguntei porque estavam passando outras pessoas na frente e só falaram que era prioridade. Não mostraram nada, só mandaram esperar.*” Logo após ficou em silêncio.

Durante todo o tempo, o usuário manteve semblante tenso, alternando olhares entre o balcão e a porta da triagem, sem receber novas informações, até que teve o seu nome chamado pelo painel e gesticulou levantando as mãos pro alto como quem agradece por algo recebido e exclamou: “- *Graças a Deus!*”.

Usuário 20 – São João Batista

Observação:

O Usuário 20 aguardava na recepção 2 há mais de uma hora, sentado próximo à parede, com os braços cruzados e olhar fixo na porta que dava acesso ao corredor do consultório. O ambiente estava agitado, com chamadas sendo feitas rapidamente e sons constantes de conversas entre os acompanhantes e os usuários.

Em determinado momento, o usuário levantou-se, caminhou alguns passos e aproximou-se do balcão. Com expressão de cansaço e voz alterada e comentou: “- *Moça porque tá demorando muito? Se fosse um parente de vocês, já tinha passado na frente. A gente fica aqui, sem resposta.*”

A profissional que estava atrás do balcão levantou-se e respondeu de maneira breve: “- *Senhor, o atendimento é conforme a classificação, o médico vai chamar e todos serão atendidos.*” Logo após, voltou a digitar no computador. O usuário, ainda de pé, soltou um suspiro e murmurou algo inaudível, demonstrando desânimo. Voltou ao assento lentamente, movimentando as pernas e olhando ao redor, como quem buscava apoio ou compreensão dos outros usuários.

Um idoso sentado ao lado comentou em voz baixa: “- *É sempre assim, a gente fala e parece que não escutam.*” O usuário concordou com um aceno de cabeça e respondeu: “- *A gente tá aqui doente, cansado, e eles nem olham pra cara da gente.*”. Durante o restante

da observação, o usuário manteve-se em silêncio, mas o semblante carregado revelava irritação e impotência. Nenhum membro da equipe retornou para dialogar ou oferecer explicações.

Usuário 21 – Palmeirândia

Observação:

Na recepção 2, o ambiente estava cheio, com usuários aguardando o atendimento médico. O usuário 21 estava sentado em frente ao balcão, observando a movimentação intensa da equipe, outros usuários e acompanhantes. Após algum tempo, levantou-se e dirigiu-se a uma funcionária que estava saindo da sala do serviço social e expressou: *“- Moça, ninguém diz nada pra gente. Como funciona aqui? Eu acho que se fosse alguém conhecido de vocês, já tinha passado na frente. A gente fica aqui, sem resposta.”*

A funcionária respondeu rapidamente, enquanto organizava uns papéis que manuseava: *“- Senhor, o atendimento segue a ordem da classificação. Precisa aguardar o chamado. Eu sei que pode estar demorando, mas lhe asseguro que todos serão atendidos”*

O usuário permaneceu parado por alguns segundos, respirou fundo e voltou para o assento. Cruzou os braços e balançou a perna, demonstrando um sinal evidente de irritação. Comentou em voz baixa com outra usuária: *“- É difícil quando a gente tá mal e ninguém demonstra um pouco de consideração.”*

A mulher respondeu apenas com um leve aceno, como quem compartilhava o desconforto. O clima no ambiente bem movimentado: alguns usuários cochichavam entre si, mexiam no celular ou apenas olhavam fixamente para a porta de acesso ao corredor dos consultórios. Durante todo o período observado, o usuário manteve o olhar distante, os ombros curvados e o semblante cansado, até que teve seu nome anunciado pelo painel de chamadas, levantou-se e se direcionou até o consultório.

Usuário 22 – São Vicente De Ferrer

Observação:

O usuário 22 chegou à recepção da unidade acompanhado da mãe, que se queixava de dores abdominais. Assim que entrou, olhou em volta, procurando algum profissional que pudesse orientar sobre o procedimento de atendimento. O local estava movimentado, com filas formadas e vozes sobrepostas, dificultando a escuta. Aproximou-se da mesa em que estavam

alguns profissionais e perguntou com tom apreensivo: “- *Moça, minha mãe tá com dor, o que eu faço pra ela ser atendida logo?*”

A profissional respondeu rapidamente: “- *Tenha calma, todo mundo vai ser atendido, você precisa pegar uma senha e aguardar ser chamado.*” O usuário insistiu: “- *Mas tem fila? É por ordem de chegada ou prioridade?*” A funcionária limitou-se a repetir: “- *Precisa pegar uma senha senhor.*”

Sem mais esclarecimentos, ele se afastou, sentou-se ao lado da mãe, tentando observar a movimentação para entender como funcionava a chamada. Em alguns momentos, inclinava-se para frente, observando a triagem e comentava com voz baixa com outro usuário: “- *Falei que minha mãe tá com dor, e a moça só disse: ‘tenha calma, todo mundo vai ser atendido’. Isso não ajuda em nada.*”

Durante a espera, batia o pé no chão e mexia as mãos com frequência, demonstrando impaciência. A mãe, de semblante cansado, mantinha o olhar baixo, o usuário permaneceu atento à movimentação dos profissionais, sem obter novas orientações até o fim da observação.

Usuário 23 – Bacuri

Observação:

O usuário 23 chegou à unidade de saúde no início da manhã, acompanhado do seu pai, um senhor que se queixava de fortes dores na cabeça. O ambiente estava movimentado, mas organizado: pessoas aguardavam sentadas, outras se aproximavam dos profissionais para buscar informações. O usuário, visivelmente preocupado, mantinha uma das mãos apoiadas no ombro do pai enquanto observava os atendimentos.

Assim que se aproximou da porta para a triagem, foi prontamente recebido pela profissional do “Posso Ajudar” que perguntou com voz calma e atenta o que estava acontecendo. O usuário respondeu, um pouco apressado, tentando demonstrar a urgência da situação: explicou que seu pai estava com dor e que não sabia se ela teria prioridade para ser atendido.

A profissional manteve o olhar firme e acolhedor, inclinando-se levemente para frente enquanto falava. Disse que entendia a preocupação e explicou que, antes de passar pelo médico, o paciente precisaria ser avaliado pela equipe de triagem. “- *O enfermeiro vai verificar a gravidade da dor dele, tá bom? Se for um caso urgente, ele será atendido antes dos outros. Pode sentar ali que já vão chamar ele*”, afirmou, apontando o local onde deveriam aguardar.

O usuário agradeceu e, ao se afastar, virou-se para o pai e comentou em voz baixa que agora sim haviam explicado direitinho como funcionava o atendimento. Ambos se sentaram próximos à porta de triagem, e ele permaneceu atento, observando a movimentação e escutando as chamadas. O pai, ainda com expressão cansada, se apoiava na bolsa, enquanto o filho tentava demonstrar tranquilidade.

Alguns minutos depois, a mesma profissional, dirigiu-se a ele novamente, reforçando as informações de maneira empática: explicou que a triagem era rápida e que logo o enfermeiro avaliaria seu pai. Essa breve interação foi suficiente para que o usuário se mostrasse mais calmo, acenando em sinal de agradecimento.

O ambiente, embora com fluxo constante de pessoas, mantinha-se organizado. Quando o pai foi chamado, o usuário 23 levantou-se rapidamente, ajudou-o a se apoiar e dirigiu-se à sala de triagem. Antes de entrar, virou-se para a profissional e agradeceu, dizendo que ela havia sido muito atenciosa. A profissional respondeu com um leve sorriso, desejando que tudo corresse bem.

A clareza nas informações, o tom acolhedor e a postura empática da profissional transformaram a experiência do atendimento na recepção inicial. A interação demonstrou como a escuta ativa e a comunicação clara contribuem diretamente para fortalecer a relação entre equipe e usuário, promovendo um ambiente de cuidado mais humano e menos tenso.

Usuário 24 – Cajari

Observação:

O usuário 24 chegou à unidade no início da tarde, o ambiente estava cheio, com cadeiras ocupadas e fila formada diante da fila para a triagem. O som de conversas paralelas e o constante vai e vem de profissionais criavam uma atmosfera de desorganização. Ele segurava uma pequena pasta, mantinha os ombros curvados e o olhar baixo, demonstrando um certo abatimento.

Durante os primeiros minutos, tentou observar o movimento, procurando compreender a dinâmica do atendimento. Olhava para os lados, acompanhando com os olhos cada usuário chamado, como se tentasse adivinhar o momento em que seria atendido. A cada nova chamada que não era a sua, balançava a cabeça lentamente, respirava fundo e voltava o olhar para o chão.

Em determinado momento, dirigiu-se a um acompanhante eu estava ao seu lado e murmurou: “- *Vou embora, não aguento mais esperar, eles não tão nem aí...*” O acompanhante tentou contê-lo, sugerindo paciência, mas ele apenas suspirou e permaneceu sentado, olhando

fixamente para a porta de atendimento. Nenhum dos profissionais notou sua expressão ou o comentário, já que a equipe parecia concentrada em registros e chamadas rápidas.

Enquanto aguardava, o usuário mexia nas mãos, passava os dedos pela borda dos papéis, olhava repetidamente para o relógio e para a porta. Esses gestos silenciosos revelavam uma certa impaciência com o ambiente. A televisão ligada ao fundo exibia notícias, mas poucos prestavam atenção.

O barulho ambiente, somado ao ritmo acelerado dos atendimentos, criava uma sensação de tensão, nenhum profissional se aproximou. Pouco depois, levantou-se lentamente, ajeitou os papéis dentro da pasta e comentou novamente com o acompanhante, quase em sussurro: “- *Acho que vou embora mesmo...*”

Sem se dirigir à equipe, ele caminhou em direção à porta de saída, parando brevemente ao lado da parede como se esperasse ser chamado naquele último instante. Não houve qualquer intervenção. A equipe seguia seu trabalho, chamando novos usuários para a triagem de forma automática. O usuário deixou o local sem que ninguém percebesse sua saída.

Usuário 25 – Pinheiro

Observação:

O usuário 25 chegou à recepção por volta das nove da manhã, com expressão cansada e olhar atento ao movimento ao redor. O ambiente estava repleto de pessoas, com cadeiras ocupadas e sons que se misturavam, conversas apressadas, uso de celulares e vozes que chamavam senhas de forma quase automática. Assim que pegou a ficha, ele se sentou e passou a observar os profissionais, mantendo os braços cruzados e o semblante fechado.

Enquanto esperava, o usuário alternava olhares entre a entrada da sala da triagem e a entrada da unidade. A cada novo chamado que não era o seu, ele suspirava profundamente, movimentando as pernas num ritmo constante. Em determinado momento, comentou em voz baixa: “- *A gente fica olhando a cara deles e vê que não querem conversa... é só senha e fila, nada de explicação.*” A fala, embora breve, expressava uma percepção de distanciamento no atendimento.

Os profissionais, concentrados em suas rotinas, realizavam atendimentos simultâneos a outros usuários. O usuário 25 permaneceu por um tempo observando o relógio e a movimentação dos outros pacientes, que também demonstravam inquietação.

Mesmo sem dizer nada diretamente à equipe, seus gestos, como o franzir da testa, os movimentos repetitivos, traduziam o desconforto. Após algum instante, o usuário deslocou-se entre as cadeiras, até que foi chamado para ser atendido na triagem.

Usuário 26 – Cantanhede

Observação:

O usuário 26 chegou à unidade acompanhando um familiar eu informava estar com dor e demonstrava apreensão. Ao aproximar-se de alguns profissionais que estavam em pé, foi prontamente recebido por uma profissional (Posso Ajudar) que interrompeu o que fazia, olhou para ele e perguntou com calma o que estava acontecendo.

O usuário explicou a situação e foi orientado de forma clara sobre a triagem e o fluxo de atendimento. A profissional manteve o tom acolhedor, dizendo: “- *Entendo, senhor. O enfermeiro vai avaliar a urgência, e, se for necessário, o atendimento será imediato.*” O usuário agradeceu e permaneceu sentado, observando o movimento da recepção com mais tranquilidade.

Durante a espera, a mesma profissional voltou ao usuário que estava novamente em pé e reforçou: “- *Fique tranquilo, o atendimento será rápido, já vão chamá-la.*” Essa atenção contínua contribuiu para reduzir a ansiedade do usuário e transmitir segurança. O ambiente estava tranquilo no momento, ao chamarem o acompanhante para o atendimento na triagem, o usuário agradeceu à equipe pela atenção recebida.

Usuário 27 – Pirapemas

Observação:

O usuário 27 chegou à recepção, após algum tempo buscou informações sobre o tempo de espera para o atendimento. Demonstrava inquietação, alternando olhares entre a sala da triagem e os demais usuários. Aproximou-se de uma colaboradora e explicou sua dúvida, questionando sobre a ordem de chamada e os critérios de prioridade.

A profissional manteve postura cordial, ouvindo atentamente e respondendo de maneira clara e objetiva. Disse: “- *Todos serão atendidos, mas os casos mais urgentes passam primeiro, tá certo? O enfermeiro avalia isso na triagem.*” O usuário ouviu atentamente e respondeu: “- *Entendi, moça. É bom saber como funciona.*”

Após essa interação, permaneceu sentado, acompanhando o fluxo de atendimento, demonstrando tranquilidade. Em seguida, um outro usuário reforçou: “- *Fique tranquilo, a triagem é rápida, você será chamado assim que possível.*”

O ambiente apresentava um ritmo controlado, com movimentação constante, mas organizada, e a profissional mostrava disponibilidade para fornecer esclarecimentos adicionais sempre que necessário. Durante todo o período observado, o usuário manteve postura relaxada, interagindo discretamente com outros usuários e acompanhantes.

A experiência evidenciou que um atendimento humanizado, com explicações detalhadas, tom cordial e acompanhamento das dúvidas, contribui significativamente para a percepção de confiança e acolhimento por parte dos usuários. O usuário 27 deixou a recepção visivelmente mais tranquilo, o que demonstra a importância de estratégias comunicacionais consistentes e atenção individualizada na recepção.

Usuário 28 – Bequimão

Observação conforme roteiro:

O usuário 28 estava na recepção 2, aguardando para ser chamado ao atendimento médico. Mantinha uma postura inquieta, alternando o olhar entre o painel eletrônico e a porta de acesso aos consultórios. Em alguns momentos, cruzava os braços e balançava a perna, demonstrando impaciência. O ambiente estava relativamente movimentado, com vozes sobrepostas e profissionais transitando de um lado para o outro.

Depois de alguns minutos de espera, o usuário se aproximou do balcão e, em tom contido, comentou: “- *Eu estou há algum tempo esperando aqui pra ser atendido. Lá na frente falaram que não ia demorar muito, aqui já me disseram que tenho que aguardar um pouco... eu só sei que a gente fica sem saber em quem acreditar.*”

A atendente olhou rapidamente para ele, mantendo um tom neutro e respondeu: “- *Senhor, o atendimento depende da classificação de risco. Assim que for a sua vez, o nome será chamado.*”

O usuário assentiu com um leve movimento de cabeça, mas voltou a se sentar com expressão de desânimo. Abriu o celular, olhou o relógio e murmurou algo baixo, sem direcionar a fala a ninguém em específico. A ausência de um retorno mais explicativo ou empático reforçava sua sensação de incerteza sobre o andamento do atendimento.

Durante o período observado, nenhum profissional retornou para oferecer novas informações ou atualizar a previsão de chamada. O ambiente seguia com o mesmo ritmo,

marcado por comunicações rápidas e centradas em procedimentos, sem espaço para esclarecimentos personalizados.

Em determinado momento, o usuário olhou para outro acompanhante e comentou em voz baixa: “- *A gente fica esperando e não sabe o que tá acontecendo. Era só explicarem direito.*” Após algum tempo o nome do usuário foi chamado, logo ele se direcionou ao consultório médico.

APÊNDICE B – Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado em Saúde.

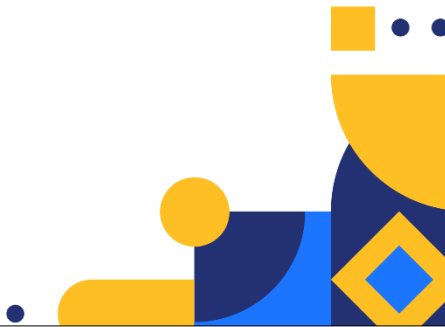


Guia de recomendações de

COMUNICAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE

COMUNICAÇÃO COMO DIMENSÃO ESSENCIAL DO
CUIDADO E DA HUMANIZAÇÃO NO SUS

SÃO LUÍS
2025



Tipo de Produto:

Guia de Recomendações de Comunicação e Cuidado em Saúde
Produto Técnico/Profissional

Autor:

Ramirio Costa Ribeiro
Programa de Pós-Graduação em Comunicação
Modalidade Profissional (PPGCOMPro) – UFMA

Orientadora:

Prof. Dra. Melissa Silva Moreira Rabelo
Universidade Federal do Maranhão

Instituição:

Programa de Pós-Graduação em Comunicação
Modalidade Profissional (PPGCOMPro)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís – MA, 2025

Informações Técnicas:

Formato: Digital e impresso
Extensão: 37 páginas
1ª edição

Créditos Complementares:

Design gráfica: Priscila Dias
Revisão textual: Ramirio Ribeiro

Contato:

E-mail: ramiriocrb@gmail.com
melissa.rabelo@ufma.br

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

EMSERH Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

PPGCOMPro Programa de Pós-Graduação em Comunicação Modalidade
Profissional

RUE Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SES/MA Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão

SUS Sistema Único de Saúde

UPA Unidade de Pronto Atendimento

UFMA Universidade Federal do Maranhão



SUMÁRIO

1. A QUEM SE DESTINA ESTE GUIA	06
2. APRESENTAÇÃO	08
3. CONTEXTUALIZANDO	10
4. PONTO DE PARTIDA	13
5. A UNIDADE	15
6. OBJETIVO	18
7. FORMATO E DISTRIBUIÇÃO	20
8. RECOMENDAÇÕES COMUNICACIONAIS	22
9. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	30
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35



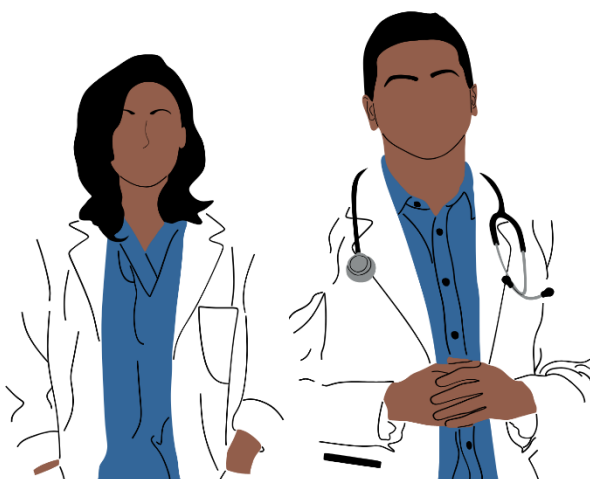
1

A QUEM SE DESTINA ESTE GUIA



1. A QUEM SE DESTINA ESTE GUIA

Este guia foi elaborado para você, profissional de saúde ou administrativo, que contribui diariamente para o cuidado e o acolhimento nesta unidade. Ele tem como objetivo **orientar, qualificar e fortalecer** as práticas comunicacionais nesta unidade, promovendo **escuta ativa, clareza informacional, letramento em saúde e humanização do atendimento**.



Baseado na compreensão de que a comunicação é um direito e uma dimensão estratégica do cuidado, **este material busca apoiar seu aperfeiçoamento profissional e valorizar o papel essencial que você exerce na construção de um SUS mais humano, participativo e democrático.**

Cada página é um convite à reflexão e ao aprimoramento das práticas cotidianas, reconhecendo que sua atuação é fundamental para transformar o cuidado em saúde em um verdadeiro exercício de cidadania.



2

APRESENTAÇÃO



2. APRESENTAÇÃO

O campo da comunicação e saúde constitui elemento essencial para a efetivação do direito à saúde e para a consolidação do cuidado em todas as dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). No cotidiano das unidades de urgência e emergência, como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória, os processos comunicacionais assumem papel decisivo tanto na organização dos fluxos de atendimento quanto na mediação das relações entre profissionais e usuários. Trata-se de um componente que transcende a transmissão de informações, configurando-se como prática dialógica, estratégica e constitutiva da humanização e da qualidade assistencial.

A elaboração deste guia de recomendações responde à necessidade de fortalecer práticas comunicacionais que contribuam para a qualificação do atendimento e para a redução de barreiras no acesso à informação em saúde. Observa-se, em diversos momentos, que a sobrecarga de trabalho, o tempo reduzido para interação e a ausência de protocolos comunicacionais sistematizados comprometem a clareza das orientações, a escuta ativa e o diálogo entre usuários e profissionais. Nesse cenário, a comunicação, quando fragilizada, repercute diretamente na percepção de acolhimento, na adesão ao tratamento e na segurança do paciente, tornando-se, portanto, uma questão estratégica para a gestão da unidade.

A comunicação deve ser reconhecida como direito fundamental dos cidadãos e como dimensão constitutiva do cuidado em saúde. O direito à comunicação, inscrito em marcos nacionais e internacionais, não se limita ao acesso à informação, mas abrange também a garantia da escuta, da participação social e da construção coletiva de sentidos no processo terapêutico. No âmbito do SUS, reforçar a comunicação significa ampliar a cidadania, reduzir iniquidades e consolidar uma prática de saúde orientada pela integralidade e pela humanização. Nesse sentido, este guia propõe recomendações que visam não apenas aprimorar fluxos informacionais, mas também consolidar a comunicação como prática democrática e estratégica para o fortalecimento do cuidado na UPA do Parque Vitória.



3

CONTEXTUALIZANDO





3. CONTEXTUALIZANDO

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986)

Primeira aberta à sociedade civil, estabeleceu a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, servindo de base para a Reforma Sanitária.



CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988)

Reconheceu a saúde como direito universal e dever do Estado (art. 196), consolidando os princípios da universalidade, integralidade e equidade.



LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE (1990)

Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990 regulamentaram a política de saúde, definindo a organização, o financiamento e a participação social.



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (1990)

Institucionalização do SUS como sistema público, universal e descentralizado, estruturado a partir dos princípios da Reforma Sanitária.





POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (2003)

Estabeleceu a humanização como diretriz transversal do SUS, orientando práticas de cuidado e gestão pautadas na valorização dos usuários, trabalhadores e gestores. Seu objetivo central é qualificar o atendimento e fortalecer o vínculo entre profissionais e população, assegurando acolhimento, escuta e corresponsabilidade no processo de cuidado.

CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE (2006)

Lançada em 2006 e atualizada em 2007, consolidou os direitos dos cidadãos no âmbito do SUS. O documento estabelece princípios como acesso universal e igualitário, atendimento humanizado, informação clara e participação social, funcionando como instrumento normativo e educativo para garantir a cidadania em saúde.

COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Inesita Araújo e Janine Cardoso (2007), ao refletirem sobre comunicação e saúde, situam o debate em torno de duas grandes diretrizes: a inseparabilidade entre comunicação e um projeto ético de sociedade, orientado pela equidade na distribuição de capitais e poderes materiais e simbólicos, e o compromisso com o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

DIREITO À COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Felipe Stevanim e Rodrigo Murtinho (2021) discutem o papel do direito à comunicação como dimensão fundamental para a garantia do direito à saúde e para o exercício pleno da cidadania. Os autores analisam as interfaces entre comunicação e saúde à luz dos direitos humanos, ressaltando a centralidade da comunicação na efetivação de políticas públicas e na promoção da equidade social.

4

PONTO DE PARTIDA

4. PONTO DE PARTIDA

O presente guia de recomendações constitui resultado de um estudo de pesquisa aplicada desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Comunicação - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), cujo campo empírico foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória, em São Luís/MA. Inserida na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Sistema Único de Saúde (SUS), essa unidade se configura como espaço privilegiado para observar e analisar práticas comunicacionais, rotinas institucionais e experiências de usuários e profissionais no contexto do atendimento em urgência e emergência.

A investigação partiu do pressuposto de que a comunicação e saúde, além de constituir um direito, representa dimensão estratégica para a qualificação do cuidado, para a promoção do letramento em saúde e para o fortalecimento dos princípios da humanização no SUS. Nesse sentido, a pesquisa buscou identificar lacunas, desafios e potencialidades nas interações comunicacionais cotidianas da UPA, analisando aspectos como acolhimento, escuta ativa, clareza informacional, orientações e mediação entre profissionais e usuários.

Os resultados aqui apresentados foram sistematizados a partir da observação participante, da análise documental e do emprego da técnica de análise de conteúdo, permitindo a elaboração de um conjunto de recomendações voltadas ao aprimoramento dos processos comunicacionais na unidade. Essas recomendações não se restringem ao plano instrumental, mas procuram contribuir para o fortalecimento de uma cultura organizacional orientada pelo direito à comunicação e pela integralidade do cuidado em saúde.

Assim, este guia se insere na perspectiva de que a pesquisa aplicada em comunicação deve articular produção de conhecimento e transformação social, propondo estratégias que possam subsidiar gestores, profissionais e formuladores de políticas na consolidação de práticas comunicacionais mais eficazes, democráticas e humanizadas no âmbito do SUS.

5

A UNIDADE

5. A UNIDADE

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória, localizada em São Luís/MA, gerida pela Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH), empresa pública ligada à Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA), integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), desempenhando papel estratégico na articulação entre a atenção básica, os serviços hospitalares e os demais pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Como unidade de média complexidade, sua função central consiste em oferecer atendimento resolutivo em situações de urgência e emergência, garantindo estabilização clínica, acolhimento qualificado e encaminhamentos adequados quando necessário.

Enquanto dispositivo do SUS, a UPA do Parque Vitória opera sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, previstos na Constituição Federal de 1988 e nas normativas da política nacional de saúde. Sua relevância ultrapassa o aspecto assistencial, pois também representa um espaço de materialização das políticas públicas e de vivência concreta do direito à saúde.

No plano da gestão e das práticas institucionais, a UPA do Parque Vitória reflete a complexidade característica dos serviços de urgência e emergência no SUS, marcada pela necessidade de conciliar recursos limitados, alta rotatividade de profissionais e demandas diversificadas da população. Nesse contexto, a comunicação exerce papel fundamental, seja na organização interna dos fluxos de atendimento, seja na mediação das relações entre profissionais, usuários e familiares.

A escolha da UPA do Parque Vitória como campo empírico de pesquisa justifica-se, portanto, pela possibilidade de observar como se concretizam, no cotidiano de uma unidade de pronto atendimento, dimensões como acolhimento, escuta, clareza informacional, letramento em saúde e humanização do cuidado. Além disso, permite analisar os públicos estratégicos que interagem nesse espaço, identificando seus papéis, necessidades comunicacionais e contribuições para a efetivação do direito à saúde e à comunicação no âmbito do SUS.

Figura 1 – Localização geográfica da UPA do Parque Vitória

Fonte: Google Maps, 2025.

Figura 2 – Fachada da UPA do Parque Vitória

Fonte: Acervo pessoal, 2024.

6

OBJETIVO



6. OBJETIVO



Orientar, qualificar e institucionalizar as práticas comunicacionais na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Vitória, fortalecendo a escuta ativa, a clareza informacional, o letramento em saúde e a humanização do atendimento. Este guia reconhece a comunicação como um direito dos usuários e uma dimensão estratégica do cuidado em saúde, constituindo um protótipo sujeito a avaliação, ajustes e integração com políticas institucionais.



7

FORMATO E DISTRIBUIÇÃO

7. FORMATO E DISTRIBUIÇÃO



IMPRESSO



DIGITAL

DISTRIBUIÇÃO:

Este guia destina-se aos profissionais da unidade; entretanto, as recomendações apresentadas podem originar materiais educativos adicionais, que poderão ser disponibilizados nos formatos impresso, digital ou exibidos na TV da unidade de saúde.



8

RECOMENDAÇÕES COMUNICACIONAIS

8.1. Protocolos de Acolhimento e Comunicação Qualificada

Objetivo: Garantir que todos os usuários recebam informações claras, acessíveis e empáticas desde o ingresso na unidade.

Orientação em situações de crise ou sobrecarga da equipe:

Quando a equipe enfrentar situações de crise, alta demanda ou sobrecarga emocional, deve-se estabelecer um ponto focal de comunicação, designando um profissional de referência (por turno) responsável por manter o diálogo inicial com os usuários.

A comunicação deve ser breve, transparente e empática, priorizando mensagens de esclarecimento e acolhimento coletivo (ex.: comunicados orais, quadros brancos ou cartazes informativos). É fundamental reconhecer o momento de tensão, utilizando frases de validação (“Sabemos que o tempo de espera está maior hoje, estamos priorizando casos mais graves”) e manter tom calmo e respeitoso. Estratégias de autorregulação emocional, como micro-pausas e rodízio de tarefas, ajudam a manter a qualidade da interação.

Recomendações práticas:

- Cumprimentar de forma cordial e identificar-se pelo nome e função;
- Explicar fluxos internos, critérios de prioridade e tempo estimado de espera;
- Utilizar linguagem clara, acessível e livre de jargões técnicos;
- Orientar sobre recursos de apoio (ex.: programa “Posso Ajudar”, materiais educativos, suporte social);
- Registrar demandas especiais ou sinais de sofrimento não verbalizado.



8.2. Escuta Ativa e Mediação de Conflitos

Objetivo: Garantir que necessidades e sentimentos dos usuários sejam percebidos e considerados no cuidado, prevenindo e resolvendo conflitos.

Orientação quando a equipe estiver sobrecarregada ou estressada:

Adotar estratégias de escuta breve e focada, priorizando identificar rapidamente a necessidade principal do usuário. Utilizar escuta mediada: registrar a demanda e encaminhá-la a outro setor (assistência social, ouvidoria). Promover pausas breves de decompressão, rodízio de tarefas e micro-reflexões entre pares para reduzir desgaste emocional.

Práticas recomendadas:

- Ouvir sem interrupção, com atenção plena e empatia;
- Observar sinais não verbais (gestos, expressões, tom de voz);
- Validar emoções com frases de reconhecimento;
- Registrar informações relevantes para a continuidade do cuidado;
- Encaminhar dúvidas ou conflitos para setores competentes;
- Receber reclamações sem julgamentos, explicando encaminhamentos e garantindo retorno ao usuário.



8.3. Comunicação Informacional

Objetivo: Tornar claros os processos de atendimento, fortalecendo a compreensão do usuário sobre fluxos e procedimentos.

Orientação quando a UPA estiver sem suporte técnico, sem equipamento ou sem orçamento:

Priorizar comunicação oral e colaborativa. Explicações coletivas na sala de espera, uso de quadros brancos, cartazes manuscritos e agentes de recepção. Sempre checar compreensão por meio de perguntas de devolutiva.

Estratégias:

- Explicar senhas, exames, etapas e tempos de espera;
- Reforçar os critérios da classificação de risco e sua importância;
- Utilizar recursos visuais (cartazes, infográficos, vídeos curtos) e digitais;
- Conferir se houve compreensão por meio de perguntas de checagem ou devolutivas.



8.4. Letramento em Saúde

Objetivo: Promover a autonomia do usuário no cuidado e fortalecer seu protagonismo.

Orientação quando a equipe médica estiver sobrecarregada e sem tempo para educar o paciente:

Distribuir o papel educativo entre equipe de enfermagem, recepção, agentes administrativos e apoio social. Pequenas orientações sobre exames, uso de medicamentos ou retorno podem ser incorporadas a interações diárias. Recursos visuais ou mensagens padronizadas podem reforçar orientações essenciais.

Práticas:

- Oferecer materiais educativos em linguagem simples e acessível, com ilustrações;
- Explicar termos técnicos de maneira clara;
- Incentivar perguntas e diálogo durante atendimentos;
- Utilizar exemplos cotidianos para facilitar a compreensão;
- Integrar ações educativas multiprofissionais em salas de espera e atividades coletivas.



8.5. Capacitação e Desenvolvimento das Equipes

Objetivo: Fortalecer competências comunicacionais em toda a equipe multiprofissional.

Orientação quando alguém da equipe faltar ao treinamento:

Garantir reposição formativa (sessões rápidas, tutoria entre pares, gravação de oficinas). Designar “multiplicador de comunicação” responsável por repassar conteúdos e acompanhar aplicação prática.

Estratégias:

- Promover treinamentos contínuos em escuta ativa, comunicação inclusiva, mediação de conflitos e humanização;
- Realizar oficinas práticas e simulações de situações de atendimento;
- Estimular reflexão crítica sobre barreiras comunicacionais;
- Compartilhar boas práticas identificadas no cotidiano da unidade.

8.6. Gestão do Ambiente Comunicacional

Objetivo: Reduzir barreiras físicas e simbólicas que dificultam o diálogo.

Orientação quando o problema não estiver no campo da comunicação:

Explicar ao usuário, com transparência e empatia, entraves estruturais ou administrativos (superlotação, falta de insumos). Comunicar alternativas possíveis e prazos de solução para preservar confiança.

Recomendações:

- Minimizar ruídos e interrupções durante o atendimento;
- Organizar filas e fluxos para promover acolhimento mais humanizado;
- Garantir privacidade mínima em atendimentos sensíveis;
- Integrar recursos tecnológicos de forma equilibrada, sem comprometer o contato humano.



8.7. Materiais Educativos e Apoio Visual

Objetivo: Complementar a comunicação verbal e fortalecer o letramento em saúde.

Orientação quando a UPA estiver sem suporte técnico, sem equipamento ou sem orçamento:

Criar materiais de baixo custo e alta efetividade (cartazes manuais, murais informativos, folhetos em preto e branco). Utilizar mensagens curtas e visuais simples, produzidas pela equipe. Implementar estratégias orais coletivas (ex.: minutos educativos na sala de espera).

Sugestões:

- Produzir folhetos, cartazes e vídeos explicativos com linguagem simples e inclusiva;
- Criar versões digitais para acesso remoto (site, app, QR Codes na unidade);
- Atualizar materiais sempre que houver mudanças em fluxos ou protocolos;
- Disponibilizar conteúdos de forma visível em áreas de circulação da UPA.



8.8. Monitoramento, Avaliação e Gestão

Objetivo: Incorporar a dimensão comunicacional nos processos de gestão da unidade.

Orientação quando a UPA estiver sem capital intelectual e suporte técnico:

Adotar estratégias participativas e colaborativas envolvendo servidores, usuários e parceiros locais (universidades, conselhos, grupos comunitários). Utilizar rodas de conversa, formulários simplificados e registro de aprendizados para construir memória institucional e aprimorar a capacidade técnica gradualmente.

Procedimentos:

- Reuniões periódicas para discutir boas práticas e lacunas;
- Revisão contínua de protocolos a partir do feedback de usuários e profissionais;
- Inclusão da comunicação em metas de qualidade, segurança e humanização;
- Integração dos dados de escuta e avaliação em relatórios de gestão.

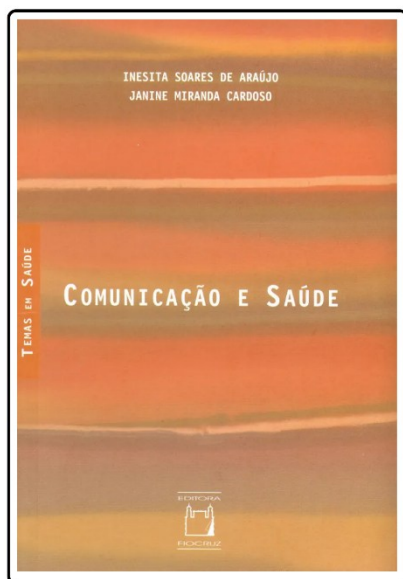


9

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



DICAS DE LEITURA



Autoras: Inesita Soares de Araújo, Janine Miranda Cardoso.

Ano: 2007

Nesta obra, as autoras debatem questões como as relações de poder, a prática comunicativa e os princípios do SUS.

Disponível na Editora Fiocruz

<https://www.livrariaeditorafiocruz.com.br/colecao/temas-em-saude/comunicacao-e-saude>

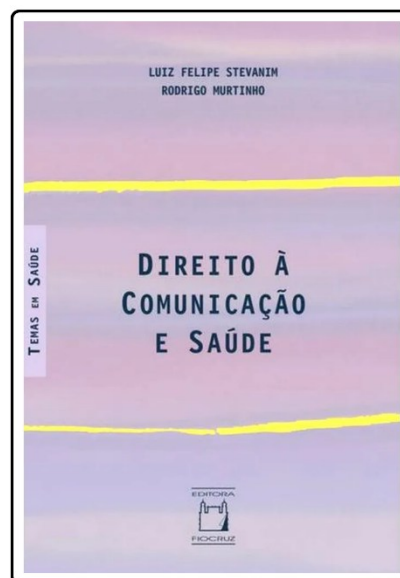
Autores: Luiz Felipe Stevanin, Rodrigo Murtinho.

Ano: 2021

Nesta obra, os autores analisam a centralidade do direito à comunicação para a garantia da saúde e dos princípios do SUS.

Disponível na Editora Fiocruz

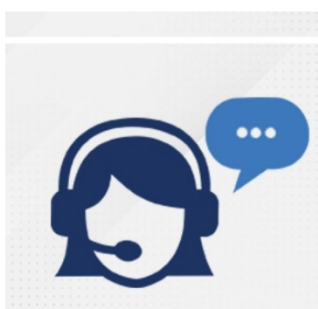
<https://editorafiocruz.commercesuite.com.br/colecoes/temas-em-saude/direito-a-comunicacao-e-saude>





CANAIS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Ouvidoria EMSERH



E-mail: ouvidoria@emserh.ma.gov.br

Atendimento presencial: Av. Borborema, 25, QD 16, Calhau. CEP: 65071-360 – São Luís

Horário de Atendimento: Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 12h e 14h às 18h.

Pesquisa de Satisfação do Usuário



Aponte a câmera do seu celular e faça a leitura do QR-Code



10

CONSIDERAÇÕES FINAIS



10. CONSIDERAÇÕES FINAIS



Este guia constitui um instrumento prototípico, construído a partir das recomendações metodológicas aplicadas na Unidade de Pronto Atendimento do Parque Vitória. Ele articula dimensões operacionais (procedimentos práticos de acolhimento e escuta) e estratégicas (formação, gestão e institucionalização da comunicação). Sua implementação gradual, acompanhada de avaliação contínua, permitirá consolidar a comunicação como direito fundamental dos usuários e eixo estratégico do cuidado em saúde.



REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Martins. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152 p. (Coleção Temas em Saúde).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: atualizada até a Emenda Constitucional nº135, de 20 de dezembro de 2024. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2025. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CFederalatualizadaataEC135.2024.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha dos Direitos dos Usuários do SUS**: uma versão ilustrada. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Série B: Textos Básicos de Saúde, 2004 (2.ed.). 51 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 31 jul. 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **UPA 24h**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h>. Acesso em: 31 jul. 2025.

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.

KUNSCH, Margarida Maria Krohling. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. São Paulo: Summus, 2003.. Acesso em: 01 ago. 2025.

STEVANIM, Luiz Felipe; MURTINHO, Rodrigo. **Direito à comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. 163 p. (Coleção Temas em Saúde).

VASCONCELOS, Wagner Robson Manso de; OLIVEIRA-COSTA, Mariella Silva de; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. **Promoção ou prevenção?** Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [s. l.], v. 10, n. 2, 2016.

