



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Isabela Caroline Machado

**Comportamentos requeridos do profissional de saúde para
intervir de forma humanizada sobre o atendimento às
necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária**

Londrina
2024

Isabela Caroline Machado

Comportamentos requeridos do profissional de saúde para intervir de forma humanizada sobre o atendimento às necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária¹

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise de Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.
Área de concentração: Análise do Comportamento

Orientadora: Profa. Dra. Nádia Kienen

Londrina
2024

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Machado, Isabela Caroline Machado.

Comportamentos requeridos do profissional de saúde para intervir de forma humanizada sobre o atendimento às necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária / Isabela Caroline Machado Machado. - Londrina, 2024.
198 f.

Orientador: Nádia Kienen.

Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2024.

Inclui bibliografia.

1. Programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos - Tese. 2. Capacitação profissional - Tese. 3. Saúde - Tese. 4. Humanização em saúde - Tese. I. Kienen, Nádia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

CDU 159.9

Isabela Caroline Machado

Comportamentos requeridos do profissional de saúde para intervir de forma humanizada sobre o atendimento às necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Área de concentração: Análise do Comportamento

Banca Examinadora

Orientador: Profa. Dra. Nádia Kienen
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Gabriel Gomes de Luca
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Profa. Dra. Mariana Gomide Panosso
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa-PR)

Londrina, 20 de setembro de 2024

Dedico este trabalho a Deus, que me sustentou em todo o percurso até aqui.

Agradecimentos

Agradeço inicialmente a Deus, pela bondade e amor com os quais me conduz em todos os momentos. À Nossa Senhora, pela intercessão cotidiana e cuidado de Mãe. Sem Eles eu nada posso fazer, e no mestrado não seria diferente. Poucas pessoas sabem como os dois últimos anos foram desafiadores e todas as coisas que estiveram envolvidas nesses desafios. Passar por esses desafios com leveza apenas foi possível porque Eles estiveram ao meu lado e me guiaram em cada instante.

Agradeço especialmente à minha orientadora, Nádia Kienen. Obrigada pelas orientações cuidadosas, pelos feedbacks, por acolher minhas dificuldades, pela paciência com meu processo de aprendizagem e pelas correções gentis que me ensinaram tanto. Você é um exemplo de profissional, educadora e pesquisadora para mim. Muito obrigada pelas grandes contribuições em minha formação profissional. Você tornou minha experiência no mestrado uma experiência riquíssima, cheia de aprendizagens e novos repertórios que somente foram possíveis porque tive sua excelente orientação.

À Capes, pelo suporte financeiro e recursos fornecidos para minha formação.

Ao Labori e Sensibilizarte, projetos de extensão vinculados à Universidade Estadual de Londrina. Ao Labori pelas riquíssimas aprendizagens sobre a PCDC, e aos participantes, pelas contribuições relevantes e produtivas ao meu trabalho. Ao Sensibilizarte, projeto de humanização em saúde, que transformou minha formação e despertou em mim interesse e admiração pela temática da humanização em saúde. Aos colaboradores do projeto e pacientes com os quais tive contato, que me ensinaram tanto. Um agradecimento especial ao João Marcolini, meu querido parceiro de coordenação no Sensibilizarte e primeiro autor do estudo que foi ponto de partida para a escolha do meu tema de pesquisa.

À minha família, que sempre me incentivou e apoiou em minhas decisões profissionais. Agradeço por serem meu porto seguro, por acreditarem em mim e por muitas

vezes se desdobrarem para proporcionar condições diversas que permitiram que eu estivesse aqui hoje. À minha mãe, Anadir, que me ensinou que embora a vida possa apresentar desafios, eles são apenas parte do processo e frente a eles podemos ser muito mais fortes do que imaginamos. Ao meu pai, Edenir, que me ensinou a esperar com paciência o momento certo de cada coisa e a desempenhar com o máximo de empenho e dedicação cada atividade do cotidiano. Os ensinamentos e o amor de vocês foram essenciais nesse período e me fazem buscar ser sempre melhor! À minha irmã, Valeria, minha grande parceira em todas as fases da vida. Obrigada por não medir esforços para me auxiliar em todos os momentos e por ser a melhor irmã que eu poderia ter. Você é uma grande inspiração para mim, pela profissional humana e de excelência que é. O mundo precisa de mais psicólogas como você.

Ao meu namorado, Pedro, que tornou a trajetória no mestrado muito mais leve e feliz. Obrigada por ser meu amparo e descanso nos dias difíceis, por ser segurança nas inseguranças e por acreditar em mim quando eu mesma não acreditava. Seu incentivo, cuidado e compreensão são muito importantes para mim. Espero ainda passar por todos os desafios e bons momentos que a vida permitir ao seu lado.

Aos meus avós, por serem grandes fontes de afetos que renovaram minhas energias para seguir em frente no mestrado. Mesmo sem saber o que é um mestrado, vocês foram essenciais nessa etapa, assim como em todas as etapas da minha vida. É um privilégio enorme conviver com avós tão maravilhosos como vocês. À avó Aparecida (querida vó Cida), por trazer consigo todos os melhores estereótipos de avó e *in memoriam* ao meu avô Pedro Machado, que trouxe alegria à minha vida em todos os momentos em que estive ao meu lado. À avó Milda, por trazer tantas risadas aos meus dias e por expressar, do seu jeitinho somente seu, o seu amor e carinho especial por mim.

Agradeço aos meus amigos, por serem os melhores amigos que eu poderia ter. Sou imensamente grata por ter cada um de vocês em minha vida, ocupando um espaço único e

exclusivo no meu coração. Aos amigos do GPP e do GOU, que me ajudaram a santificar as atividades do mestrado, compreendendo como entregá-las da melhor forma para Deus e por trazerem leveza e alegria aos meus dias. A todos os queridos amigos que fizeram parte de alguma forma da minha trajetória no mestrado, sem vocês a vivência no mestrado teria sido bem mais difícil, obrigada por me apoiarem sempre, pelas conversas, partilhas e momentos de leveza.

Agradeço de forma especial às minhas amigas que me escutaram e apoiaram de forma mais próxima. À Karina, por compartilhar os dias comigo, me ouvir com a audiência mais acolhedora possível e por cuidar de mim de tantas formas nesse período. À Ingrid, que acompanhou cada perrengue e alegria em meu percurso como pessoa e profissional até aqui e com quem sei que posso contar em todos os momentos. À Letícia, minha querida amiga de infância, por estar comigo desde quando sonhávamos com a formação em veterinária juntas (desviei desse sonho, desculpe) e sempre torceu por mim. Obrigada por estarem sempre presentes, vocês são muito importantes para mim.

À Teresa (Dega) e Irmão Cirineu, meus queridos amigos intercessores, as orações de vocês por mim foram essenciais para que eu pudesse finalizar minha dissertação. Obrigada por me ensinarem a viver cada momento com amor, entrega e confiança em Deus. Vocês são presentes muito especiais em minha vida.

Ao Núcleo Kompass, pelo empurrãozinho para me candidatar ao mestrado. À diretoria e colaboradores, que me ensinam constantemente sobre o importante papel que podemos desempenhar no mundo como analistas do comportamento.

A todos os que colaboraram de forma direta no desenvolvimento da minha dissertação. À Thayná e Valéria, que gentilmente aceitaram o convite para serem as juízas responsáveis pela avaliação das classes de comportamentos em minha pesquisa. As contribuições de vocês foram essenciais. Muito obrigada por dispenderem o precioso tempo

de vocês nesse auxílio tão relevante. À Lorrana, que me auxiliou nas traduções necessárias, obrigada, minha querida amiga. Ao Pedro, tão querido, que me auxiliou nas formatações que estavam sendo difíceis para mim, sua ajuda foi muito importante, muito obrigada!

Aos queridos professor Dr. Gabriel Gomes de Luca e Dra. Mariana Gomide Panosso, que gentilmente aceitaram compor minha banca de qualificação e de defesa do mestrado. As incontáveis contribuições de vocês foram essenciais para o desenvolvimento da minha dissertação. Muito obrigada por compartilharem comigo conhecimentos e sugestões que enriqueceram tanto minha pesquisa e minha formação como pesquisadora.

A todos vocês, meus sinceros agradecimentos!

MACHADO, Isabela Caroline. **Comportamentos requeridos do profissional de saúde para intervir de forma humanizada sobre o atendimento às necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária.** 2024. 198 p. Dissertação (Pós-Graduação em Análise do Comportamento). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

Resumo

A intervenção humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário, no contexto da atenção primária, influencia no atendimento de grande parte das necessidades de saúde da sociedade. Embora existam documentos sobre humanização com acesso ao público, não são especificados de forma clara e precisa os comportamentos a serem apresentados pelos profissionais de saúde para intervir de forma humanizada nesse contexto. A presente pesquisa teve o objetivo de propor classes de comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária” de acordo com os documentos publicados pelo Ministério da Saúde. O referencial e procedimentos utilizados seguiram os princípios da Programação de Condições para o Desenvolvimento de Comportamentos (PCDC). As fontes de informação foram documentos publicados pelo Ministério da Saúde e o estudo de Marcolini et al. (2022). O procedimento foi constituído por 12 etapas, que permitiram a seleção dos trechos nas fontes de informação (Etapa 1), a identificação, registro e derivação de componentes de comportamentos (Etapas 2 e 3), a proposição e avaliação dos nomes das classes de comportamentos (Etapas 4, 5 e 6), a seleção de classes de comportamentos que constituem a classe geral no estudo de Marcolini et al. (Etapa 7), a organização das classes de comportamentos em uma lista (Etapa 8), padronização das expressões que constituem os nomes das classes (Etapa 9), a classificação das classes de comportamentos em 13 subclasses gerais de comportamentos (Etapa 10), a exclusão das classes de comportamentos repetidas (Etapa 11) e a organização das classes de comportamentos (Etapa 12). Foram propostas 166 classes de comportamentos, que compõem três dimensões da atuação humanizada no contexto da atenção primária: “Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário”, “Intervenção sobre as necessidades de saúde da comunidade” e “Aspectos individuais do profissional envolvidos na relação dele com a intervenção e com a equipe de saúde”. Foi possível identificar que ao intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário e da comunidade, são requeridos do profissional comportamentos que envolvem identificar as necessidades de saúde do usuário e da comunidade, ordenar prioridades de atendimento e viabilizar o acesso ao atendimento adequado. Na proposição e execução das intervenções em saúde, é necessário considerar a individualidade do usuário e as singularidades da comunidade, inserindo o usuário e outros profissionais nas decisões sobre a intervenção. A comunicação com o usuário, o autoconhecimento do profissional, a adequação da intervenção à individualidade de cada situação e as relações estabelecidas entre o profissional e a equipe de saúde, foram identificados como aspectos constituintes da intervenção humanizada. A proposição das classes de comportamentos que constituem a classe geral de forma clara, precisa, concisa e objetiva, permite elucidar variáveis importantes envolvidas na atuação de profissionais no contexto da atenção humanizada em saúde. Além disso, pode contribuir com a atuação do profissional de saúde no contexto da atenção primária, com a visibilidade do fenômeno para gestores e usuários do serviço e para a programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos relevantes de profissionais de saúde nesse contexto.

Palavras-chave: intervenção humanizada, atenção primária à saúde, programa de ensino, programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos, capacitação profissional.

MACHADO, Isabela Caroline. **Required Behaviors of healthcare professional to intervene in a humanized way regarding the healthcare needs of the user in the context of primary care.** 2024. 198 p. Dissertation (Postgraduate in Behavior Analysis). State University of Londrina, Londrina.

Abstract

A humanized intervention regarding the health needs of the user, in the context of primary care, influences the management of many health needs in society. Although there are publicly accessible documents on humanization, they do not specify clearly and precisely the behaviors that health professionals should exhibit to intervene in a humanized manner in this context. The present research aimed to propose classes of behaviors constitutive of the general class "intervene in a humanized way regarding the health needs of the user in the context of primary care," according to documents published by the Ministry of Health. The framework and procedures used followed the principles of the Programming of Conditions for Behavior Development (PCDC). The sources of information were documents published by the Ministry of Health and the study by Marcolini et al. (2022). The procedure consisted of twelve stages, which allowed for the selection of excerpts from the information sources (Stage 1), the identification, recording, and derivation of behavior components (Stages 2 and 3), the proposal and evaluation of the names of the behavior classes names (Stages 4, 5, and 6), the selection of behavior classes that compose the general class in the Marcolini et al. study (Stage 7), the organization of behavior classes into a list (Stage 8), standardization of the expressions constituting the classes names (Stage 9), the classification of behavior classes into 13 general subclasses (Stage 10), the exclusion of repeated behavior classes (Stage 11), and the organization of behavior classes (Stage 12). A total of 166 behavior classes were proposed, which compose three dimensions of humanized action in the context of primary care: "Intervention on the health needs of the users," "Intervention on the health needs of the community," and "Individual aspects of the professional involved in their relationship with the intervention and with the health team." It was possible to identify that by humanizing the intervention on the health needs of the user and the community, professionals are required to perform behaviors that involve identifying the health needs of the user and the community, prioritizing care, and facilitating access to appropriate services. In the proposal and execution of health interventions, it is necessary to consider the individuality of the user and the specificities of the community, as well as the user and other professionals in the decision-making process regarding the intervention. Communication with the user, professional self-awareness, the adequacy of the intervention to each situation's individuality, and the relationships established between the professional and the health team were identified as constitutive aspects of the humanized intervention. The clear, precise, concise, and objective proposal of the behavior classes that constitute the general class allows elucidating important variables involved in the performance of professionals in the context of humanized health care. Furthermore, it can contribute to the role of health professionals in the context of primary care, by enhancing the visibility of the phenomenon to managers and service users, as well as for the programming of conditions for the development of relevant behaviors among health professionals in this context.

Palavras-chave: humanized intervention, primary health care, teaching program, programming of conditions for behavior development, professional training.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Referências dos documentos selecionados inicialmente como fontes de informação	33
Tabela 2 - Agrupamento dos documentos semelhantes e seleção dos documentos como fontes de informação.....	34
Tabela 3 - Referências dos documentos selecionados como fontes de informação.....	35
Tabela 4 - Protocolo A – para registro, identificação, derivação e avaliação de possíveis componentes de comportamentos	36
Tabela 5 - Protocolo B - para a avaliação dos nomes das classes de comportamentos pelas juízas externas.....	37
Tabela 6 - Etapas do procedimento para identificação, derivação e categorização dos comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária” e instrumentos que serão utilizados em cada etapa	37
Tabela 7 - Exemplo do procedimento de registro do trecho, e identificação e registro de possíveis componentes de comportamentos no Protocolo A.....	42
Tabela 8 - Exemplo dos procedimentos de avaliação dos componentes, adequação da linguagem e derivação de componentes, a partir dos componentes descritos e das informações do trecho no Protocolo A	46
Tabela 9 - Exemplo do procedimento de proposição de nomes das classes de comportamentos no Protocolo A	49
Tabela 10 - Protocolo D, utilizado para avaliação da nomeação das classes de comportamentos pela juíza	51
Tabela 11 - Lista de códigos correspondentes à fonte de informação	54

Tabela 12 - Critérios de inclusão para a classificação das classes de comportamentos em cada subclasse geral de comportamentos.....	56
Tabela 13 - Quantidades e percentagem de classes de comportamentos por subclasse geral de comportamentos.....	60
Tabela 14 - Subclasses gerais e classes de comportamentos que compõem a dimensão “Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário”.....	62
Tabela 15 - Subclasses gerais e classes de comportamentos que compõem a dimensão “Intervenção sobre as necessidades de saúde da comunidade”	69
Tabela 16 - Subclasses gerais e classes de comportamentos que compõem a dimensão “Aspectos individuais do profissional envolvidos na relação dele com a intervenção e com a equipe de saúde”	71

Lista de figuras

Figura 1 - Quantidade de publicações encontradas e selecionadas em cada etapa do levantamento bibliográfico	32
--	-----------

Lista de Apêndices

Apêndice A - Preenchimento do Protocolo A, referente ao procedimento de identificação, registro, correção de linguagem, derivação de componentes de comportamentos, e nomeação das classes de comportamentos que constituem a classe geral de "intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária”..	107
Apêndice B - Instruções para juízas externas referente à avaliação dos nomes das classes de comportamentos na Etapa 5	169
Apêndice C - Resultados da avaliação dos nomes das classes de comportamentos pelas juízas externas, de acordo com os critérios de objetividade, concisão, precisão e clareza	171
Apêndice D - Lista de classes de comportamentos selecionadas no estudo de Marcolini et al. (2022), que constituem a classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde”	175
Apêndice E - Lista geral de classes de comportamentos propostas a partir das fontes de informações.....	178
Apêndice F - Procedimento de padronização da linguagem.....	185
Apêndice G - Lista de classes de comportamentos classificadas em subclasses gerais de comportamentos, e procedimento de exclusão de classes de comportamentos repetidas.....	190

Sumário

Resumo.....	9
Objetivos.....	28
Objetivo Geral.....	28
Objetivos Específicos.....	28
Método	29
Fontes de informação	29
Instrumentos.....	35
Procedimento de coleta, registro e análise de dados.....	37
Etapa 1: Selecionar, registrar e destacar, nos trechos selecionados nas fontes de informação, as partes que contenham informações acerca dos componentes de comportamentos constituintes da classe geral	38
Etapa 2: Registrar possíveis componentes de comportamentos constituintes da classe geral, a partir dos trechos selecionados	41
Etapa 3 - Avaliar a linguagem utilizada na descrição dos componentes e, se necessário, propor linguagem mais adequada; e derivar componentes de comportamentos constituintes da classe geral a partir dos componentes já identificados e das informações do trecho	42
Etapa 4: Nomear possíveis classes de comportamentos a partir dos componentes de comportamentos.....	48
Etapa 5: Avaliar os nomes das classes de comportamentos propostos (etapa realizada por duas juízas externas)	50
Etapa 6: Corrigir os nomes das classes de comportamentos com base nos critérios avaliados e nas sugestões das juízas externas, quando necessário.....	52

Etapa 7: Selecionar as classes de comportamentos elencadas por Marcolini et al. (2022), que constituem a classe geral.....	52
Etapa 8: Organizar as classes de comportamentos constituintes da classe geral em uma lista.....	53
Etapa 9: Padronizar as expressões que constituem os nomes das classes de comportamentos.....	54
Etapa 10: Classificar as classes de comportamentos em subclasses gerais de comportamentos.....	55
Etapa 11: Excluir classes de comportamentos repetidas	58
Etapa 12: Organizar as classes de comportamentos	57
Resultados.....	59
Discussão.....	73
Considerações finais	92
Referências	95
Apêndices.....	106

“Queria ser tratada como gente, pois pago meus impostos”. É necessário *“ter mais atenção com o paciente, pois a gente parece bicho, nem olham...”* (fragmentos de entrevistas com usuários da saúde, reproduzidos de Guedes et al., 2013, p. 35). Os relatos apresentados demonstram uma triste realidade ainda presente nos cotidianos de atendimento em saúde pública no Brasil. Um indivíduo pode necessitar de atendimento em saúde nos mais diversos momentos de sua vida, e deve ter o direito à saúde garantido, de acordo com as normas constitucionais (Lei 8.080, 1990). Em 2003, foi implementada a Política Nacional de Humanização (PNH), que estabelece princípios e diretrizes para que seja viabilizado um atendimento de qualidade ao usuário (Brasil, 2004c). Embora a política seja de fácil acesso ao público, as descrições da política sobre as ações requeridas dos profissionais para atender de forma humanizada são pouco claras e precisas (Marcolini et al., 2022). Além disso, frequentemente ainda são desenvolvidos atendimentos que contradizem os princípios e diretrizes da política, com falhas no acolhimento e no direcionamento das necessidades de saúde, e com desrespeito às condições apresentadas pelo usuário (Brehmer & Verdi, 2010; Guedes et al., 2013; Moraes & Silva, 2020; Teixeira et al., 2020). A proposição dos comportamentos requeridos dos profissionais para atender de forma humanizada pode promover visibilidade sobre o que o profissional de saúde deve ser capaz de fazer ao lidar com as situações-problema que se apresentam em seu cotidiano, além de possibilitar a identificação de variáveis a serem consideradas para a programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos relevantes nesse contexto.

O direito à saúde foi inserido nas normas constitucionais como direito fundamental na Constituição Federal de 1988 (Carvalho, 2003). Em 1990 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que é composto pelo conjunto de ações e serviços de saúde, em seus mais diversos níveis, que devem ser garantidos pelo Estado (Lei 8.080, 1990). Já na Lei 8.080 (1990), foram apresentados princípios para a garantia de um atendimento de qualidade, como

a necessidade de preservação da autonomia da pessoa, o direito à informação sobre o processo de saúde ao usuário, a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, e a integralidade da assistência.

Com o intuito de contribuir com a melhoria na qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, foi lançada em 2003, no cenário da reforma sanitária brasileira, a Política Nacional de Humanização (PNH). Até 2001 a temática da humanização esteve voltada apenas à atenção hospitalar e em 2003 foi ampliada para outros níveis de atenção, e se tornou uma política nacional (Moreira et al., 2015). Um ano após a fundação dessa política, o Ministério da Saúde lançou um documento intitulado “HumanizaSUS: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS” (Brasil, 2004c). Neste cenário a PNH é apresentada como recurso direcionador das ações de atenção e gestão no SUS, e enfatiza a necessidade de modificação nas práticas vigentes.

A PNH apresenta as relações entre os processos de gestão, os profissionais de saúde e os usuários do serviço como fundamentais para o funcionamento dos serviços de saúde. Essas relações são descritas nos princípios e diretrizes como direcionamentos para garantir a qualidade dos serviços de saúde, enfatizando aspectos como o trabalho conjunto entre equipes, os processos de gestão horizontal e a participação e valorização do usuário do serviço (Brasil, 2004c). Na tentativa de viabilizar atuações em saúde coerentes com a política, foram descritos dispositivos práticos, como o acolhimento com classificação de risco, o programa de formação em saúde e trabalho, a formação de equipes de referência e apoio matricial e o direito ao acompanhante e visita aberta (Pasche & Passos, 2008).

A partir da implementação da PNH, o conceito de humanização adquiriu um significado específico no contexto da saúde, ao ser apresentado como um conjunto de ações que devem constituir uma “forma humanizada” de atuação dos profissionais de saúde. De acordo com a PNH, “humanizar” é “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços

tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (Brasil, 2004c, p. 6). O acolhimento foi definido na Cartilha da PNH (Brasil, 2013c) como a ação de reconhecer as necessidades de saúde do usuário como legítimas e possibilitar ao usuário o acesso às tecnologias adequadas às suas necessidades, e o “cuidado em saúde” como a intervenção com o usuário (desde a recepção até a alta). O Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (Brasil, 2004) descreve que a PNH deve incidir sobre diferentes ações e instâncias do SUS, com amplitude para influenciar a rede de saúde com “ações humanizadoras”. A cartilha da PNH também apresenta o “humanizar” como incluir as diferenças nos processos de gestão e de cuidado, sendo necessárias estratégias construídas entre os participantes do processo de produção de saúde para que seja possível “humanizar o SUS” (Brasil, 2013c).

Ao analisarem o desenvolvimento do conceito de humanização na implementação da política, Moreira et al. (2015) indicaram que há uma imprecisão conceitual, pois há vários sentidos atrelados a ele. Oliveira e Kruse (2006) identificaram modificações históricas nos discursos acerca da humanização, de 1973 a 2004. Os autores identificaram que a partir da implementação da PNH, o conceito passou a estar relacionado com diversos aspectos, dentre eles boa comunicação, apoio emocional, fundamentação na teoria humanística, interação entre enfermeiro e cliente, escuta, empatia, cuidado individualizado e novas formas de gestão participativa. Com a PNH, o conceito de humanização passa a se referir a uma amplitude de condutas, fazendo com que nomear uma ação como “humanizada” envolva a apresentação de diversas classes de comportamentos interrelacionadas.

Ao viabilizar o acesso da política à população, foram elaborados documentos públicos que apresentam a temática com linguagem acessível, mas com descrições amplas que não explicitam de forma objetiva as atuações necessárias para seu cumprimento. Exemplos destes documentos são as cartilhas (Brasil, 2004c; Brasil, 2013), os Textos Básicos de Saúde

(Brasil, 2004a; 2004b) e o documento base (Brasil, 2004d), produzidos pelo Ministério da Saúde, dentre outros documentos que apresentam a temática. Marcolini et al. (2022) apontam que na cartilha da PNH, por exemplo, são apresentadas expressões inespecíficas, como “escuta qualificada”, “sustentar as relações” e “percepção dos afetos produzidos”. Trechos como esses constituem seções que orientam os profissionais sobre como executar a política, e evidenciam que não há uma descrição objetiva dos comportamentos a serem emitidos. Exemplos disso também podem ser encontrados em diversos pontos do documento de fundação da PNH, já na apresentação dos princípios, onde há expressões como “valorização da dimensão subjetiva e social” (Brasil, 2004c, p. 9) e “estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos” (Brasil, 2004c, p.10), descrições amplas e de difícil compreensão.

Reflexo das ambiguidades nas descrições presentes nos documentos sobre humanização são as variações entre definições de profissionais de saúde sobre o tema. Profissionais de saúde médicos e enfermeiros inseridos em um centro cirúrgico descreveram que humanização é proporcionar bem-estar, empatia, conforto e acolhimento ao paciente, compreendendo-o como único (Barboza et al., 2020). Profissionais da enfermagem de um centro obstétrico definiram humanização como a adoção de uma “postura diferenciada” frente ao cuidado, associada a sentimentos de empatia, respeito e carinho, e à articulação entre os diferentes níveis de atenção, gestão, condições estruturais e de recursos humanos (Cassiano et al., 2015). Já profissionais da enfermagem, atuantes em salas de parto de outra organização, definiram como uma conduta humanizada a evitação da utilização de drogas em intervenções durante o parto e o respeito à mulher, seus sentimentos e desejos (Marque et al., 2006). A discrepância e incongruências entre compreensões e descrições sobre a humanização pelos profissionais de saúde evidencia que não há clareza sobre o que deve ser realizado ou priorizado para executar atendimentos efetivamente “humanizados”.

Em uma perspectiva analítico-comportamental, tanto as ações em saúde, quanto as descrições sobre elas, são consideradas comportamentos. Os comportamentos podem ser compreendidos por meio da análise das relações estabelecidas entre ações do indivíduo e o ambiente. São mutáveis, a depender das contingências que os influenciam (Sério et al., 2008; Skinner, 1953/2003). Compreender as atuações em saúde, em uma perspectiva comportamental, significa identificar como se dão as relações entre os profissionais, os processos de gestão, os usuários e os demais fatores de influência inseridos nos cotidianos de saúde. As contingências que permeiam as interações comportamentais existentes nos contextos de saúde podem produzir “atendimentos de qualidade” (Cotta et al., 2005) ou condutas profissionais que tornam o acesso à saúde precário (Brehmer & Verdi, 2010; Moraes & Silva, 2020; Teixeira et al., 2020).

Compreender as ações em saúde envolve, além da análise das relações comportamentais a nível individual, análises em um nível macro, que contemplem o contexto geral de políticas públicas. Políticas públicas são definidas por Souza (2006) como a tradução de plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados e mudanças na sociedade. Para que os resultados decorrentes da aplicação da política sejam efetivos, produzindo eficácia social, é necessário que os indivíduos que atuam nas esferas sociais estejam sob controle dos direitos a serem assegurados pela política (Versoza-Carvalho, 2021). Por envolverem relações comportamentais complexas e de relevância social, o estudo das políticas públicas é uma área emergente na Análise do Comportamento, desde o nível de elaboração das leis, até o nível de execução da política pelo profissional (Carrara, 2020; Versoza-Carvalho, 2021; Fernandes, 2022; Ferreira & Medeiros, 2016). De acordo com Versoza-Carvalho (2021), a Análise do Comportamento pode contribuir no planejamento de contingências que tornem os profissionais que atuam na política (conhecidos como burocratas de nível de rua no âmbito das políticas públicas) mais sensíveis ao usuário dos serviços

públicos e aos direitos fundamentais como premissas e objetivos de seu trabalho. Além disso, a autora destaca que identificar e descrever as relações determinantes para o trabalho do profissional pode colaborar no fortalecimento das relações entre profissionais e usuários envolvidos na implementação da política.

No contexto das políticas públicas, programar condições para o desenvolvimento de comportamentos requeridos de burocratas de nível de rua para a aplicação de uma determinada política, é também programar condições que possam auxiliar na efetividade da aplicação dessa política, e conseqüentemente, na garantia dos direitos estabelecidos por ela. A Programação de Condições para o Desenvolvimento de Comportamentos (PCDC) é uma subárea de conhecimento derivada da Análise Experimental do Comportamento, que tem por objetivo desenvolver condições que aumentem a probabilidade de desenvolvimento de comportamentos relevantes e com valor social para o enfrentamento das situações-problema vivenciadas pelos aprendizes (Kienen et al., 2013). De acordo com essa perspectiva, programar ensino envolve criar condições para o desenvolvimento de comportamentos, e não apenas “transmitir” conteúdos ou informações.

O ponto de partida para um processo de ensino é a caracterização das necessidades sociais com as quais um indivíduo se depara em seu cotidiano, para que, a partir disso, seja possível propor os comportamentos a serem apresentados para lidar com as situações vivenciadas (Kubo & Botomé, 2001). Os comportamentos a serem ensinados são denominados comportamentos-objetivo, visto que são comportamentos eleitos como objetivos de um programa de ensino (Bordignon-Luiz & Botomé, 2017). Comportamentos-objetivo podem apresentar diferentes graus de complexidade e especificar relações gerais e complexas (mais abrangentes), bem como relações simples (menos abrangentes), a depender do contexto em que estão inseridos (Kienen, 2008). A partir da caracterização das necessidades sociais é possível elencar comportamentos-objetivo que sejam pautados em

aspectos relevantes para os aprendizes, e que especifiquem o que o aprendiz deve ser capaz de fazer ao lidar com as situações-problema que se apresentam em seu cotidiano.

A PCDC, ao seguir os princípios da Análise Experimental do Comportamento, propõe que sejam garantidas algumas condições para que os processos de ensinar e aprender sejam efetivos, e, para isso, estabelece etapas a serem seguidas, que são: (a) caracterizar as necessidades sociais do aprendiz; (b) delimitar os comportamentos-objetivo a partir das necessidades sociais com as quais o aprendiz se depara; (c) construir programas de ensino, por meio dos quais seja possível graduar as condições de ensino e respostas requeridas dos aprendizes pelo processo de modelagem, garantir resposta ativa do aprendiz, dividir as aprendizagens em unidades menos complexas e de fácil execução e planejar consequências para o desempenho do aprendiz; (d) aplicar os programas de ensino, respeitando o ritmo de aprendizagem do aprendiz e disponibilizando consequências imediatas e descritivas a depender do desempenho dele; (e) avaliar o processo de ensino/aprendizagem e procedimentos de ensino do programa; (f) aperfeiçoar o programa de ensino; e (g) comunicar as descobertas para a comunidade (Botomé, 1981; Kubo & Botomé, 2001; Kienen et al., 2013; Kienen et al., 2021).

A etapa de proposição dos comportamentos a serem desenvolvidos pelos aprendizes para lidar com as situações problemas nas quais estão inseridos, etapa desenvolvida na presente pesquisa, possibilita a construção das demais etapas da PCDC. A descrição clara e precisa dos comportamentos a serem desenvolvidos permite o aumento da efetividade envolvida na elaboração e implementação dos programas de ensino, além de possibilitar a replicação da intervenção (Kienen et al., 2021, Sahão, 2019). Nas produções científicas brasileiras em PCDC até 2017, a etapa de descoberta de comportamentos-objetivo foi a mais frequentemente investigada (Cianca et al., 2020).

Diversos estudos foram conduzidos com base na PCDC, e apresentaram colaborações acerca de condições para o desenvolvimento de comportamentos a serem apresentados para a resolução de diferentes necessidades sociais. Temas como a formação do psicólogo, a caracterização da atuação profissional e comportamentos de estudo foram identificados por Cianca et al. (2020) como os mais recorrentemente investigados nas produções brasileiras em PCDC. Dentre as caracterizações de atuações profissionais com enfoque na área da saúde, foram investigados comportamentos a serem desenvolvidos na formação do enfermeiro para o planejamento de ações em saúde (Claus, 1997), e para a atuação na prevenção em saúde (Stédile, 1996). Dentre os estudos aplicados realizados em PCDC, Cianca et al. (2020) indicaram que todos os estudos desenvolvidos até 2017 no Brasil demonstraram eficiência dos programas aplicados.

No contexto da humanização em saúde, Marcolini et al. (2022) desenvolveram uma pesquisa a partir da PCDC, com o objetivo de identificar as classes de comportamentos constituintes da prática humanizada de profissionais da área de saúde, no sistema público de saúde. Os autores utilizaram como fonte de informação a Cartilha da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013c), que sintetiza, de forma acessível para a população, as principais disposições da PNH. Com base nessa fonte de informação, foram elencadas 79 classes de comportamentos, agrupadas em três categorias ou “dimensões” da atuação humanizada, nomeadas pelos autores como: (a) cuidado com o usuário; (b) processos gerenciais e de trabalho; e (c) exercício profissional para além do cuidado ao usuário. Em relação ao “cuidado com o usuário”, foram descobertas classes de comportamentos requeridas dos profissionais de saúde para avaliar as condições de saúde dos usuários, coletar informações sobre os diversos âmbitos de sua vida, comunicar informações de forma acessível ao usuário e realizar um cuidado em saúde qualificado. Os autores propuseram 34 classes de comportamentos que compunham essa dimensão. Na categoria referente a

“processos gerenciais e de trabalho” foram descobertas 35 classes de comportamentos, requeridas dos profissionais para que possam participar ativamente dos processos gerenciais, bem como avaliar e intervir nos processos de trabalho e nas condições do espaço físico. Por fim, foram descobertas também 10 classes de comportamentos referentes ao “exercício profissional para além do cuidado ao usuário”, que apresentavam repertórios requeridos para que os profissionais de saúde possam aprimorar a própria capacitação profissional e intervir de forma interdisciplinar com os demais profissionais.

Os resultados produzidos por Marcolini et al. (2022) possibilitaram a descoberta de comportamentos requeridos dos profissionais da saúde para atuar de forma humanizada em dimensões diferentes que compõem essa atuação (cuidado com o usuário, gestão compartilhada e aspectos a serem aprimorados no exercício profissional para além do cuidado ao usuário), e contribuem significativamente para avanços científicos sobre o tema. Os comportamentos propostos apresentam aspectos básicos e essenciais requeridos de qualquer profissional que atue na saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária, e contempla uma atuação humanizada integral, compreendida como a relação entre o atendimento de qualidade, os processos de gestão compartilhada e a formação constante (Brasil, 2013c). Embora os resultados produzidos apresentem aspectos essenciais para a atuação humanizada na saúde, os autores salientaram a necessidade de continuidade e avanços em pesquisas sobre o tema, frente à limitação da fonte de informação, e do objetivo de contemplar aspectos mais gerais sobre a atuação humanizada.

Um levantamento inicial dos documentos publicados pelo Ministério da Saúde permite identificar vasto acervo de publicações, com temas gerais para os profissionais que atuam nos contextos de saúde (e.g., Brasil, 2004a; 2004b; 2004d), temas direcionados à atuação em um nível específico de atenção à saúde (e.g., Brasil, 2010a; 2010e), ou com populações ou procedimentos específicos (e.g. Brasil, 2014). Além de publicações que se

referem ao cuidado ao usuário, há documentos que se referem às demais “dimensões” elencadas por Marcolini et al. (2022), como a formação (e.g., Brasil, 2010b) e os processos de gestão compartilhada (e.g., Brasil 2010d). Há, portanto, quantidade elevada de publicações de documentos oficiais, e ampla abrangência de temas contemplados por eles, que apresentam aspectos requeridos para a atuação humanizada e que ainda não foram traduzidos em comportamentos, descritos de forma clara, a serem apresentados pelos profissionais em sua atuação.

Propor os comportamentos requeridos dos profissionais para a atuação humanizada em saúde envolve identificar que o atendimento humanizado ao usuário é permeado por aspectos que se diferenciam em cada nível de atenção à saúde (primário, secundário, terciário e quaternário). Os níveis de atenção à saúde são descritos por Mendes (2011) de acordo com a densidade tecnológica necessária para as resoluções dos problemas de saúde pelos quais se responsabilizam: o nível de menor densidade é a atenção primária à saúde (APS), onde acontece o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde; o nível de densidade tecnológica intermediária é a atenção secundária à saúde (e.g., que podem ser realizados em Unidades de Pronto Atendimento - UPAs 24 horas); e o nível de maior densidade tecnológica é a atenção terciária à saúde (e.g., que necessita de recursos encontrados em hospitais de grande porte, com leitos de Unidade de Terapia Intensiva [UTI] e centros cirúrgicos). Recentemente tem sido implementado também o conceito de prevenção quaternária, que se refere às ações tomadas para a proteção de pessoas e populações em riscos de medicalização excessiva e intervenções médicas desnecessárias, com o intuito de promover intervenções éticas (Mendes et al., 2019). Delimitados dessa forma, os níveis de atenção à saúde especificam diferentes situações-problema com as quais os profissionais de saúde entram em contato ao atender o usuário e comportamentos distintos requeridos dele, a depender do contexto de atuação.

A atenção primária à saúde se refere à atenção que se dá no primeiro contato do usuário com o sistema de atenção à saúde, e os profissionais que nela atuam devem estar preparados para solucionar a diversidade de problemas apresentados no nível dos cuidados primários. Reconhecida como centro de comunicação com outros níveis de atenção e coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2012; Mendes et al., 2019), a atenção primária é caracterizada como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (Brasil, 2012, p. 19). Esse nível de atenção foi nomeado anteriormente como “atenção básica à saúde”, nomenclatura considerada insuficiente para contemplar a complexidade das demandas que chegam ao atendimento, que envolvem a atenção às condições crônicas, aos eventos agudos e urgências menores, atenção domiciliar e preventiva, os cuidados paliativos, entre outras com diferentes níveis de complexidade (Mendes et al., 2019). Alguns dos processos básicos no cotidiano da atenção primária à saúde, que dão suporte ao atendimento das demandas da população, são o mapeamento do território, o cadastro e identificação das necessidades de saúde da população, classificação de riscos, a agenda de atendimentos, e as práticas de educação permanente em saúde (Brasil, 2012). Constituem a atuação na atenção primária, profissionais que intervêm em setores diversos, como o acolhimento inicial (na recepção, ou contextos “extra clínicos”), processos de gestão, bem como os profissionais responsáveis pela execução ou encaminhamento dos atendimentos.

A partir dos conhecimentos desenvolvidos sobre a temática da atuação humanizada em saúde, e da relevância do avanço em estudos que contribuam na identificação e intervenção sobre os comportamentos a serem apresentados pelos profissionais ao intervir com o usuário na saúde, a presente pesquisa teve o objetivo de responder à seguinte questão: Quais comportamentos de profissionais de saúde constituem a classe geral “intervir de forma

humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária” de acordo com os documentos publicados pelo Ministério da Saúde? Nos estudos que abordam a temática da humanização foram identificadas condutas profissionais que divergem dos princípios e diretrizes da PNH de forma mais evidente neste nível de atenção (Brehmer & Verdi, 2010; Moraes & Silva, 2020). Em paralelo com a pesquisa de Marcolini et al. (2022), a classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária” se refere mais especificamente à dimensão de “cuidado ao usuário” e a alguns componentes da terceira dimensão, referentes à atuação interdisciplinar, não contemplando as dimensões de gestão e formação. A pesquisa foi conduzida com base nos pressupostos da PCDC, com o objetivo de descobrir quais comportamentos são requeridos do profissional de saúde para que possa intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária, considerando as situações com as quais entram em contato nesse contexto.

Objetivos

Objetivo Geral

Propor classes de comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária”, de acordo com os documentos publicados pelo Ministério da Saúde.

Objetivos Específicos

- Identificar e registrar os componentes de comportamentos que constituem a classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária”, a partir das fontes de informação selecionadas;
- Derivar componentes de comportamentos relacionados à classe geral de comportamentos “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária”, a partir dos componentes identificados;

- Propor classes de comportamentos constituintes da classe geral, a partir dos componentes de comportamentos identificados e derivados;

Método

O método utilizado neste estudo foi desenvolvido com base na Programação de Condições para o Desenvolvimento de Comportamentos, sendo composto por 12 etapas que possibilitaram a identificação e derivação de componentes de comportamentos, bem como a nomeação e classificação das classes de comportamentos requeridas dos profissionais para intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma humanizada no contexto da atenção primária à saúde, a partir das fontes de informação. O procedimento foi adaptado de estudos que utilizaram o procedimento da PCDC (De Luca, 2013; Lopes, 2020; Sahão, 2019).

Fontes de Informação

Foram utilizados como fontes de informação seis documentos publicados pelo Ministério da Saúde, que apresentavam informações sobre comportamentos e componentes de comportamentos (classes de estímulos antecedentes, classes de respostas e classes de estímulos consequentes) constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária”, e o capítulo de livro publicado por Marcolini et al. (2022), totalizando sete fontes de informação.

Para a seleção dos documentos foi realizado um levantamento bibliográfico em duas bases de dados que armazenam as publicações do Ministério da Saúde:

- Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS - MS).
- Acervo Digital de Humanização da Rede HumanizaSUS (Rede HumanizaSUS, s.d.).

Na BVS-MS foi utilizada a palavra-chave “Humanização”, e para refinamento da pesquisa foram aplicados os filtros: Base de dados “Ministério da Saúde”; Coleção “Humanização”. O acervo da Rede HumanizaSUS é uma base de dados não convencional,

onde estão inseridos documentos e registros históricos sobre humanização no Brasil. Foram consultados os documentos inseridos na seção “Publicações da PNH”, no site do acervo digital (Rede HumanizaSUS, s.d.).

A classe geral de comportamentos investigada se refere a comportamentos requeridos de quaisquer profissionais que atuem no contexto da atenção primária à saúde. Na proposição de classes de comportamentos requeridos para o atendimento humanizado ao usuário não foram contemplados repertórios requeridos especificamente de uma categoria profissional ou para atuação com uma população ou intervenção específicas. Foi considerado como contexto da atenção primária de saúde o “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (Brasil, 2012, p. 19). Foi selecionado o nível de atenção básica em saúde por configurar o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, e atuar como centro de coordenação das RAS (Brasil, 2012). A delimitação desse nível de atenção foi realizada frente à inviabilidade de contemplar todas as temáticas sobre a atuação humanizada em diferentes contextos (níveis de atenção) e a quantidade expressiva de publicações sobre cada tema.

Os critérios de inclusão utilizados na seleção dos documentos foram: (a) documentos descritivos e prescritivos sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), nos quais fossem identificados comportamentos ou componentes de comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde”; (b) documentos que contivessem em seu título termos utilizados para nomear princípios e diretrizes da PNH (Brasil, 2013c), com enfoque na atenção primária à saúde, nos quais fossem identificados comportamentos e componentes de comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde”; (c) documentos

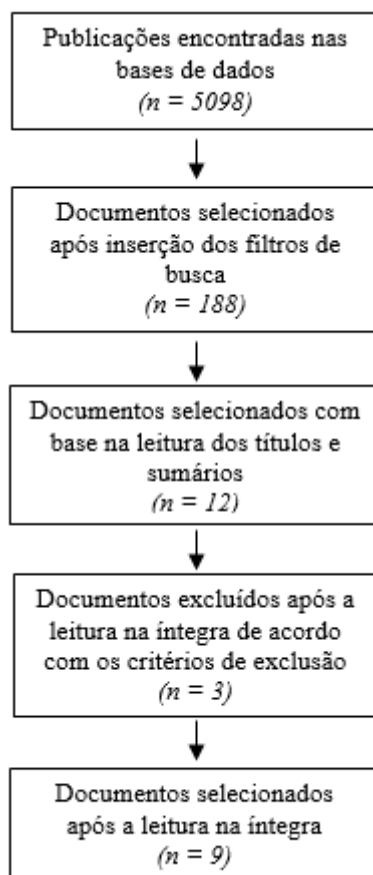
publicados a partir do ano de 2003 (ano em que foi implementada a PNH) e disponíveis de forma digital e gratuita; e (d) documentos publicados em português.

Os critérios de exclusão para os documentos foram: (a) documentos descritivos ou prescritivos sobre o atendimento em saúde, restritos a uma profissão específica, população específica ou procedimentos específicos (e.g., a atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde, atendimento à população com diabetes, parto humanizado); (b) documentos que contivessem no título termos referentes a princípios e diretrizes da PNH (Brasil, 2013c), mas não apresentassem informações diretas sobre comportamentos ou componentes de comportamentos requeridos do profissional para intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma humanizada do contexto da atenção primária à saúde (e.g., documentos sobre gestão e formação na atenção básica); (c) documentos que contivessem informações específicas sobre a intervenção nos níveis de atenção secundária e terciária à saúde; (d) artigos, teses, dissertações, capítulos de livros, coletâneas de textos, documentos com informações sobre premiações e eventos, e documentos publicados por órgãos diferentes do Ministério da Saúde; (e) documentos já sistematizados no estudo de Marcolini et al. (2022); e (f) documentos duplicados – quando foram identificadas mais de uma edição de um mesmo documento, foi selecionada a edição mais recente.

O levantamento bibliográfico foi realizado de setembro a novembro de 2023. Os documentos filtrados na busca inicial nas bases de dados foram submetidos à leitura dos títulos e sumários, sendo realizada uma pré-seleção de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Os documentos pré-selecionados foram submetidos à leitura na íntegra para a seleção final. Na Figura 1 estão apresentadas as informações sobre a seleção das referências em cada etapa do levantamento bibliográfico.

Figura 1

Quantidade de publicações encontradas e selecionadas em cada etapa do levantamento bibliográfico



Na busca inicial na base de dados da BVS-MS, foram encontradas 5089 publicações, das quais foram filtradas 176 após a inserção dos filtros: Base de dados “Ministério da Saúde” e Coleção “Humanização”. Foram selecionados 10 documentos a partir da leitura dos títulos e sumários, e destes, após a leitura na íntegra, foram recuperados sete documentos. Na busca inicial no Acervo Digital de Humanização da Rede HumanizaSUS foram encontrados 12 documentos, dos quais foram selecionados dois documentos após a realização da leitura dos títulos e sumários, totalizando 9 documentos recuperados das duas bases de dados.

As referências dos nove documentos selecionados estão listadas na Tabela 1.

Tabela 1

Referências dos documentos selecionados como fontes de informação na primeira seleção

Referências completas dos documentos selecionados na primeira seleção
Brasil. (2003). <i>HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização</i> - Documento para discussão. Ministério da Saúde, Brasília.
Brasil. (2004). <i>HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização</i> - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria-executiva, Brasília.
Brasil. (2004). <i>Política Nacional de Humanização - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS</i> . Ministério da Saúde, Brasília.
Brasil. (2007). <i>Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular</i> . Ministério da Saúde, Brasília.
Brasil. (2010). <i>Clínica Ampliada e Compartilhada</i> . Ministério da Saúde, Brasília.
Brasil. (2010). <i>O HumanizaSUS na Atenção Básica</i> . Ministério da Saúde, Brasília.
Brasil. (2013). <i>Acolhimento à Demanda Espontânea</i> . Cadernos de Atenção Básica - Ministério da Saúde (vol.1). Brasília.
Brasil. (2013). <i>Acolhimento à Demanda Espontânea – Queixas mais comuns na Atenção Básica</i> . Cadernos de Atenção Básica – Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde (vol.2). Brasília.
Brasil. (2016). <i>O acolhimento na gestão e o trabalho em saúde</i> . Ministério da Saúde. Brasília.

Dentre os documentos selecionados, listados na Tabela 1, foram identificados documentos semelhantes (documentos com uma mesma temática, mas com título e organização das informações diferentes). Os documentos semelhantes foram agrupados, e, após serem novamente lidos na íntegra, foi selecionado um documento de cada temática, de acordo com os seguintes critérios: (a) conteúdo mais relevante: foram avaliados e selecionados os documentos que possuíssem mais informações, ou informações mais objetivas sobre comportamentos ou componentes de comportamentos a serem apresentados pelo profissional na atuação humanizada no contexto da atenção primária à saúde; e (b) data de publicação: foram selecionados os documentos publicados mais recentemente. Os documentos semelhantes foram agrupados, e foi selecionado um deles, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2

Agrupamento dos documentos semelhantes e seleção dos documentos como fontes de informação

Documentos semelhantes	Documento mantido como fonte de informação
Brasil. (2007). <i>Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular</i> . Ministério da Saúde, Brasília.	Brasil. (2010). <i>Clínica Ampliada e Compartilhada</i> . Ministério da Saúde, Brasília.
Brasil. (2010). <i>Clínica Ampliada e Compartilhada</i> . Ministério da Saúde, Brasília.	
Brasil. (2013). <i>Acolhimento à Demanda Espontânea</i> . Cadernos de Atenção Básica - Ministério da Saúde (vol.1). Brasília.	Brasil. (2013). <i>Acolhimento à Demanda Espontânea</i> . Cadernos de Atenção Básica - Ministério da Saúde (vol.1). Brasília
Brasil. (2013). <i>Acolhimento à Demanda Espontânea – Queixas mais comuns na Atenção Básica</i> . Cadernos de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde (vol.2). Brasília.	
Brasil. (2016). <i>O acolhimento na gestão e o trabalho em saúde</i> . Ministério da Saúde. Brasília.	

Na primeira coluna constam os documentos identificados como “semelhantes”, de acordo com a temática central que apresentavam. Foram identificados dois documentos semelhantes sobre a temática “Clínica Ampliada”, e três documentos semelhantes sobre “Acolhimento”. Após a leitura comparativa na íntegra dos documentos sobre “Clínica Ampliada”, foi selecionado o documento que consta na segunda coluna da Tabela 2. A versão que tratava de forma mais específica sobre o tema “Clínica Ampliada”, que é o tema de interesse para a pesquisa, por se tratar de uma das diretrizes da PNH, e publicada mais recentemente, foi a escolhida.

Entre os três documentos sobre “Acolhimento”, foi selecionado o documento que apresentava mais informações sobre comportamentos ou componentes de comportamentos requeridos dos profissionais para o atendimento humanizado na atenção primária à saúde. O documento sobre “Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde” tratava de aspectos mais relacionados aos comportamentos dos gestores do que dos profissionais que atendem diretamente o usuário, por isso foi excluído. Foram selecionados para análise final dos documentos desse tema os dois volumes sobre “Acolhimento à demanda espontânea”. Foi selecionado o Volume 1, por apresentar informações mais relevantes para a pesquisa (sobre

comportamentos a serem apresentados por todos os profissionais, enquanto o Volume 2 apresentava informações específicas sobre procedimentos a serem realizados no momento do acolhimento). Embora a referência sobre “Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde” tenha uma data de publicação posterior às demais, o critério “conteúdo mais relevante” foi prioritário para essa escolha.

As sete referências selecionadas como fontes de informação para a pesquisa após a seleção final, e enumeradas, estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3

Referências dos documentos selecionados como fontes de informação

Nº	Referências completas dos documentos selecionados como fontes de informação
1	Brasil. (2003). <i>HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização</i> - Documento para discussão. Ministério da Saúde, Brasília.
2	Brasil. (2004). <i>HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização</i> - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Brasília.
3	Brasil. (2004). <i>Política Nacional de Humanização</i> - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Brasília.
4	Brasil. (2010). <i>Clínica Ampliada e Compartilhada</i> . Ministério da Saúde, Brasília.
5	Brasil. (2010). <i>O HumanizaSUS na Atenção Básica</i> . Ministério da Saúde, Brasília.
6	Brasil. (2013). <i>Acolhimento à Demanda Espontânea</i> . Cadernos de Atenção Básica - Ministério da Saúde (vol.1). Brasília.
7	Marcolini, J. V., Sahão, F. T., & Kienen, N. (2022). Prática humanizada: comportamentos a constituírem a atuação de profissionais nos serviços de saúde. In de-Farias, A. K. C. R., & Kirchner, L. F. (Orgs), <i>Análise do Comportamento Aplicada na Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde</i> (pp. 53 a 74). Editora Artmed.

O estudo de Marcolini et al. (2022), enumerado como referência 7, foi utilizado apenas a partir da Etapa 8 do procedimento, diferente das demais fontes de informação, que foram utilizadas em todas as etapas.

Instrumentos

Foram utilizados dois protocolos de registro em etapas específicas do procedimento, conforme descrito a seguir.

O Protocolo A, apresentado na Tabela 4, foi utilizado para registro, identificação, derivação e avaliação de possíveis componentes de comportamentos referentes ao atendimento humanizado.

Tabela 4

Protocolo A – para registro, identificação, derivação e avaliação de possíveis componentes de comportamentos

Referência da Fonte de Informação					
Nº do trecho	Trecho selecionado dos documentos selecionados como fontes de informação e página do trecho	Classes de estímulos antecedentes	Classes de respostas	Classes de estímulos consequentes	Classes de comportamentos

Nota. Fonte: Adaptado de De Luca (2013, p. 80).

A partir do Protocolo A, foram selecionados e registrados os trechos das fontes de informação, destacadas as partes que continham informações relevantes, bem como identificadas, registradas e derivadas as informações sobre possíveis componentes de comportamentos. Com base nessas informações, foi realizada a nomeação de possíveis classes de comportamentos na última coluna do protocolo. O Protocolo A foi também utilizado para avaliação e modificação da linguagem utilizada na nomeação de comportamentos e componentes de comportamentos pela pesquisadora.

O Protocolo B, apresentado na Tabela 5, foi utilizado para a avaliação dos nomes das classes de comportamentos por juízas externas.

Tabela 5

Protocolo B - para a avaliação dos nomes das classes de comportamentos pelas juízas externas

Nº do Trecho	Trecho original da fonte de informação	Classe de comportamentos	Há problemas na nomeação da classe de comportamentos? (SIM ou NÃO)	Objetividade	Concisão	Clareza	Precisão	Gramática/ortografia	Há coerência entre a nomeação da classe de comportamentos e o trecho original? (SIM ou NÃO)	Sugestão para adequação da nomenclatura (quando necessário)

Nota. Fonte: adaptado de Sahão (2019, p. 54) e Lopes (2020, p. 94).

Os critérios utilizados para a avaliação das juízas externas foram: objetividade, concisão, clareza, precisão, gramática/ortografia, e coerência entre a nomeação da classe e o trecho original, conforme apresentado no Protocolo B. Na última colunado protocolo as juízas puderam inserir uma sugestão de adequação na nomeação, de acordo com os critérios avaliados.

Procedimento de Coleta, Registro e Análise de Dados

As 12 etapas que constituem o procedimento utilizado para a identificação, derivação, nomeação e categorização das classes de comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária” estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6

Etapas do procedimento para identificação, derivação e categorização dos comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária” e instrumentos que serão utilizados em cada etapa

Etapa	Descrição do procedimento correspondente à etapa	Instrumentos
1	Selecionar, registrar e destacar, nos trechos selecionados nas fontes de informação, as partes que contenham informações acerca dos componentes de comportamentos constituintes da classe geral	Protocolo A
2	Registrar possíveis componentes de comportamentos constituintes da classe geral, a partir dos trechos selecionados	Protocolo A
3	Avaliar a linguagem utilizada na descrição dos componentes, e, se necessário, propor linguagem mais adequada; e derivar componentes de comportamentos constituintes da classe geral a partir dos componentes já identificados e das informações do trecho	Protocolo A
4	Nomear possíveis classes de comportamentos a partir dos componentes de comportamentos	Protocolo A
5	Avaliar os nomes das classes de comportamentos que constituem a classe geral (etapa realizada por duas juízas externas)	Protocolo B
6	Corrigir os nomes das classes de comportamentos com base nos critérios avaliados e nas sugestões das juízas externas, quando necessário	Protocolo B
7	Padronizar as expressões que constituem os nomes das classes de comportamentos	
8	Selecionar as classes de comportamentos elencadas por Marcolini et al. (2022), que constituem a classe geral	
9	Organizar as classes de comportamentos constituintes da classe geral em uma lista	
10	Classificar as classes de comportamentos em subclasses gerais de comportamentos	
11	Excluir classes de comportamentos repetidas	
12	Organizar as classes de comportamentos	

Cada uma das etapas será descrita e exemplificada nos tópicos a seguir.

Etapa 1: Selecionar, registrar e destacar, nos trechos selecionados nas fontes de informação, as partes que contenham informações acerca dos componentes de comportamentos constituintes da classe geral

Na Etapa 1, a partir da leitura dos documentos listados como fontes de informação, foram selecionados os trechos que continham informações acerca dos componentes de comportamentos constituintes da classe geral, e foram destacadas as informações relevantes em negrito.

As fontes de informação “Clínica Ampliada e Compartilhada” (Brasil, 2010c), “O Humanizamus na Atenção Básica” (Brasil, 2010e), e “Acolhimento à Demanda Espontânea”

(Brasil, 2013a), enumeradas como fontes de informação 1, 2 e 3 na Tabela 3, foram lidas e examinadas na íntegra para a seleção dos trechos. Nas fontes de informação que abordam temas gerais sobre a PNH (enumeradas na Tabela 3 como fontes de informação 4, 5 e 6), foram lidas na íntegra e examinadas para a seleção dos trechos somente as seções sobre a PNH no contexto da atenção primária. A partir da leitura das seções e documentos, foram selecionados os trechos que continham informações sobre componentes de comportamentos constituintes da classe geral.

Os componentes de comportamentos se referem às classes de estímulos antecedentes, classes de respostas e classes de estímulos consequentes: as classes de estímulos antecedentes podem ser definidas como possíveis aspectos do meio com os quais se relaciona um determinado indivíduo ao se comportar; as classes de respostas são as possíveis ações apresentadas pelo indivíduo, referentes à determinada classe de comportamentos; e as classes de estímulos consequentes são os possíveis aspectos do meio produzidos ou que se seguem às respostas apresentadas pelo indivíduo (Botomé, 2001). Para guiar a identificação dos componentes de comportamentos, foram realizadas as seguintes perguntas: (a) para identificar componentes de classes de estímulos antecedentes: Quais informações referentes a eventos ambientais fornecem (ou deveriam fornecer) contexto para que o profissional de saúde possa intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário na atenção primária à saúde?; (b) para identificar componentes de classes de respostas: Quais informações se referem às classes de ações que devem ser emitidas pelo profissional de saúde para que possa intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde?; e (c) para identificar componentes de classes de estímulos consequentes: Quais os possíveis aspectos do meio que são (ou deveriam ser) produzidos, ou que se seguem às respostas apresentadas pelo profissional ao intervir de forma

humanizada sobre as necessidade de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde?

Os critérios de inclusão para os trechos foram: (a) fazer referência a comportamentos ou componentes de comportamentos que constituem a classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária”, considerando a atenção primária como o “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (Brasil, 2012, p. 19); e (b) conter informações sobre classes de comportamentos requeridas de quaisquer profissionais para intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde. Os critérios de exclusão para os trechos foram: (a) conter informações específicas sobre uma população, especialidade profissional, procedimento ou setor específicos (e.g., usuários com diabetes, atuação do enfermeiro, parto humanizado); (b) trechos idênticos entre documentos (e.g., descrições em tópicos dos princípios e diretrizes da PNH) - neste caso, foi mantido o trecho do documento que foi utilizado primeiro como fonte de informação, ou o que apresentou informações complementares; (c) trechos em que o sujeito da ação não é o profissional de saúde (e.g., quando o sujeito da ação for o SUS, os gestores, ou os processos de formação) – quando o sujeito da ação foi a “atenção básica” ou “atenção primária”, foi examinado se o termo foi utilizado como sinônimo de “profissional da atenção básica/atenção primária” e, apenas neste caso, não houve exclusão.

Os trechos selecionados foram registrados no Protocolo A e enumerados, e as informações referentes a comportamentos ou componentes de comportamentos constituintes da classe geral foram destacadas em negrito.

Etapa 2: Registrar possíveis componentes de comportamentos constituintes da classe geral, a partir dos trechos selecionados

Na segunda etapa, os componentes de comportamentos identificados e destacados na Etapa 1 foram transcritos para as demais colunas do Protocolo A, de acordo com sua função: (a) classes de estímulos antecedentes, (b) classes de respostas, e (c) classes de estímulos consequentes. A linguagem do trecho original foi mantida durante a transcrição dos componentes, sendo realizadas pequenas modificações (e.g., de substantivo para verbo, recorte das informações referentes ao componente de comportamentos), quando necessário, para auxiliar na compreensão.

Nesta etapa foi realizada uma segunda seleção dos trechos, sendo excluídos os trechos que apresentavam informações sobre humanização, mas não apresentavam componentes de comportamentos requeridos dos profissionais da saúde para a intervenção humanizada na atenção primária. Essa identificação foi possível a partir do exame detalhado dos componentes destacados.

Na Tabela 7, é apresentado um exemplo dos procedimentos de registro do trecho e destaque das informações sobre componentes de comportamentos na coluna 2, e registro de possíveis componentes de comportamentos nas colunas 3, 4 e 5, de acordo com a função, no Protocolo A.

No exemplo da Tabela 7, quase todas as informações do trecho faziam referência a componentes de comportamentos, e, por esse motivo, o trecho disposto na segunda coluna aparece quase inteiramente destacado em negrito.

Tabela 7

Exemplo do procedimento de registro do trecho, e identificação e registro de possíveis componentes de comportamentos no Protocolo A

Brasil. (2010). O HumanizaSUS na atenção básica. Ministério da Saúde (MS), Brasília.					
Nº do trecho	Trecho selecionado dos documentos selecionados como fontes de informação e página do trecho	Classes de estímulos antecedentes	Classes de respostas	Classes de estímulos consequentes	Classes de comportamentos
5	A diversidade de situações vivenciadas na atenção básica requer, ainda, a atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a capacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde (p.10/11).	Diversidade de situações vivenciadas na atenção básica	Atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas	Potencialização da capacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde	

Na terceira, quarta e quinta colunas da Tabela 7, foram registrados os possíveis componentes de comportamento de acordo com a função. Na coluna “classe de estímulos consequentes” houve uma pequena alteração de linguagem na transcrição do componente, sendo substituído um termo em gerúndio por substantivo.

Etapa 3 - Avaliar a linguagem utilizada na descrição dos componentes e, se necessário, propor linguagem mais adequada; e derivar componentes de comportamentos constituintes da classe geral a partir dos componentes identificados e das informações do trecho

A terceira etapa teve três objetivos concomitantes: (a) avaliar a linguagem utilizada para descrever os componentes identificados nos trechos das fontes de informação; (b) propor linguagem mais adequada, quando necessário; e (c) derivar possíveis componentes de comportamentos, a partir dos componentes identificados nas etapas anteriores e das informações do trecho.

Muitas das informações coletadas nas etapas anteriores se caracterizavam por serem vagas, incompletas ou amplas demais, necessitando de modificações expressivas que tornassem a linguagem mais objetiva e compreensível. Foram necessárias modificações nas

descrições e na organização das informações. Em alguns casos, foi necessário concluir informações mais específicas a partir de informações incompletas contidas nos componentes e nos trechos, bem como propor uma nova nomeação completa do componente já identificado, para garantir a compreensão. Essas modificações mais expressivas nos componentes foram consideradas pela pesquisadora como resultantes de um processo de derivação de componentes, a partir de componentes já identificados e registrados. Por esse motivo, foram unidas à avaliação da linguagem, proposição de nova linguagem e derivação em uma mesma etapa, para garantir as modificações necessárias nos componentes, visto que em alguns casos as três classes de comportamentos (avaliação, proposição de nova linguagem e derivação) eram requeridas da pesquisadora ao mesmo tempo.

Para fins didáticos, os três procedimentos utilizados nesta etapa estão descritos de forma individual.

Avaliação da linguagem pela pesquisadora. Para a avaliação da linguagem, realizada pela pesquisadora, foram utilizados os critérios propostos por De Luca (2008, 2013): objetividade, concisão, clareza e precisão. O critério de objetividade define que a descrição deve fazer referência a variáveis direta ou indiretamente observáveis, eliminando impressões pessoais ou subjetivas. De acordo com o critério de clareza, a descrição deve permitir fácil compreensão, não gerando dúvidas no leitor, ou múltiplas interpretações. A precisão indica que a descrição deve representar o fenômeno com exatidão, eliminando termos amplos, indefinidos ou expressões ambíguas. De acordo com o critério de concisão a descrição deve ser breve, sem expressões excessivas ou termos desnecessários. As descrições avaliadas como inapropriadas pela pesquisadora, de acordo com os critérios, foram tachadas.

Proposição de linguagem mais adequada, quando necessário. As descrições tachadas, avaliadas como inapropriadas, foram examinadas, e, quando houve apenas a necessidade de modificação de termos para tornar a linguagem mais objetiva, concisa, clara e

precisa, essa modificação foi proposta logo a seguir do termo tachado, em itálico. Ao ser identificado que a correção dos termos não era suficiente para tornar a descrição do componente mais adequada de acordo com os critérios, foi realizada a derivação de novos componentes a partir dos componentes identificados e de outras informações do trecho

Derivação dos componentes de comportamentos. O processo de derivação consiste em inferir possíveis componentes de classes de comportamentos que não foram identificados de forma direta nas partes destacadas dos trechos, a partir de outros componentes já descritos (De Luca, 2013). O processo de derivação foi realizado em duas situações: (a) foram derivados componentes a partir dos componentes já descritos e de outras informações do trecho, como forma de adequação para uma linguagem mais compreensível dos componentes já identificados e (b) foram derivados componentes diferentes, a partir dos componentes já descritos e das informações do trecho (e.g., podem ter sido identificados em um trecho de forma direta componentes de classes de estímulos antecedentes e classes de respostas, mas não de classes de estímulos consequentes). Neste caso, os componentes de classes de estímulos consequentes foram derivados a partir dos componentes já descritos, e de outras informações apresentadas no trecho). No processo de derivação foi necessário o cuidado em relação a inferir as informações somente a partir de informações contidas no trecho. Isso foi necessário para que não houvesse modificações ou proposições apenas pela suposição da pesquisadora e para evitar interpretações inconsistentes.

A derivação de componentes foi realizada a partir de duas classes de perguntas direcionadoras:

- Para auxiliar na conclusão de informações mais específicas a partir de informações incompletas e vagas descritas nos componentes de comportamentos, o processo foi iniciado pela seguinte pergunta: A qual informação objetiva esse componente se refere? Para responder a essa pergunta foram avaliadas as informações dos outros

componentes e do trecho e, quando necessário, foram consultadas outras fontes de informações (e.g., quando se tratava de conceitos utilizados na área da saúde).

- Para auxiliar na derivação de componentes diferentes, a partir de componentes já identificados, o processo foi realizado com base nas perguntas elaboradas por Lopes (2020): (a) para a identificação de estímulos antecedentes, foi questionado: “Em que condições isso pode ocorrer? O que é necessário para que ocorra? Quais as situações antecedentes?”; para a identificação da classe de respostas, foi realizada a pergunta “Qual ação deve ser apresentada?”; e diante para a identificação de estímulos consequentes, foi perguntado: “Quais os efeitos dessa ação? O que pode decorrer dela?”.

Na Etapa 3 foi realizada uma terceira seleção dos trechos. Ao ser identificado que as informações apresentadas em um trecho não eram suficientes para posterior derivação (e.g., informações tão amplas, vagas e genéricas que não permitissem mínima especificação de componentes, mesmo a partir da derivação), foi realizada a exclusão do trecho.

Na Tabela 8 são apresentados alguns exemplos dos procedimentos de avaliação dos componentes, adequação da linguagem e derivação, que foram necessários perante a natureza da fonte de informações.

Tabela 8

Exemplo dos procedimentos de avaliação dos componentes, adequação da linguagem e derivação de componentes, a partir dos componentes descritos e das informações do trecho no Protocolo A

Brasil. (2010). O HumanizaSUS na atenção básica. Ministério da Saúde (MS), Brasília.					
Nº do trecho	Trecho selecionado dos documentos selecionados como fontes de informação e página do trecho	Classes de estímulos antecedentes	Classes de respostas	Classes de estímulos consequentes	Classes de comport.
5	A diversidade de situações vivenciadas na atenção básica requer, ainda, a atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a capacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde (p.10/11).	Diversidade de situações vivenciadas na atenção básica Movimentos sociais Políticas públicas Práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde	Atuação articulada <i>Intervir de forma intersetorial com os movimentos sociais</i> Atuação articulada <i>Intervir de forma intersetorial com outras políticas</i>	Potencialização <i>Aumento da capacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde</i>	
7	Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc. A máxima organizacional “cada um faz a sua parte” sanciona definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado. A ausência de resposta para a pergunta “De quem é este paciente?”, tantas vezes feita nas organizações de saúde e na rede assistencial, é um dos resultados desta redução do objeto de trabalho. A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial contribui muito para a mudança desta cultura. Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados. (p. 16/17)	Responsabilidade parcial dos profissionais sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc. A máxima organizacional “cada um faz a sua parte” Fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado. A ausência de resposta para a pergunta “De quem é este paciente?” Redução do objeto de trabalho.	Ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas <i>Responsabilizar-se pelo cuidado ao usuário de forma integral</i> Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio <i>Examinar o usuário como um todo, a partir das interações dele com o meio no qual está inserido</i>	Aumento da responsabilização do profissional pelo cuidado ao usuário <i>Compreensão do usuário de forma integral</i> <i>Ampliação do cuidado em saúde</i> <i>Possibilidade de mudança desta na cultura de atuação fragmentada e ausência de responsabilização</i>	

No primeiro exemplo (trecho nº 5), na coluna “classes de respostas”, foram tachadas nas duas classes de respostas identificadas a expressão “atuação articulada”. Essa expressão foi considerada inapropriada pela pesquisadora, pois não descreve de forma precisa e objetiva qual classe de respostas deve ser apresentada pelo profissional. Para a adequação dessa expressão, foi realizada uma pesquisa nos documentos publicados pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de identificar ao que se refere a “atuação articulada” no contexto da atenção primária. Foi identificado que a “atuação articulada” é correspondente à “intervenção intersetorial” nas literaturas em saúde e se refere à ação de intervir em conjunto com outros setores e políticas públicas. Como a adequação dessa expressão não se trata apenas da proposição de linguagem mais adequada, mas de uma modificação mais expressiva, foi considerada pela pesquisadora como um processo de derivação. Ainda em relação a esse exemplo, foi realizado o procedimento de proposição de linguagem mais adequada na coluna “classes de estímulos consequentes”, a partir da modificação da palavra “potencialização” para “aumento”, para tornar a linguagem mais objetiva.

No segundo exemplo da Tabela 8 (trecho nº 7), na coluna “classes de respostas” foram realizadas derivações como forma de correção da linguagem. Nota-se que os componentes de classes de respostas identificados a partir do trecho eram vagos e necessitavam de modificações expressivas para tornar a linguagem clara, objetiva e precisa, e, por isso, esse processo de correção foi considerado como derivação pela pesquisadora. Na coluna “classes de estímulos consequentes” há quatro componentes de comportamentos. Os dois primeiros componentes dessa coluna foram componentes novos, que não tinham sido apresentados de forma direta no trecho e foram derivados a partir dos outros componentes já descritos e das informações do trecho. O terceiro componente da coluna “classes de estímulos consequentes” foi identificado a partir do trecho e foi avaliado como adequado de acordo

com os critérios. No quarto componente foi realizado o processo de derivação, em complemento a um componente já descrito, mas que estava incompleto.

Etapa 4: Nomear possíveis classes de comportamentos a partir dos componentes de comportamentos

Na quarta etapa do procedimento foram propostos os nomes das classes de comportamentos, a partir dos componentes que foram identificados ou derivados nas etapas anteriores. Para nomear as classes de comportamentos, foram consideradas as interações entre os três componentes (classes de estímulos antecedentes, classes de respostas e classes de estímulos consequentes), sendo proposta uma nomeação constituída por um verbo e um complemento, que representasse essa relação de forma concisa, objetiva, clara e precisa. A partir de um mesmo trecho foram propostas uma ou mais classes de comportamentos, de acordo com os componentes identificados. Para a realização desta etapa foi utilizada a última coluna do Protocolo A, onde foram registradas as possíveis classes de comportamentos referentes ao conjunto de componentes, em itálico, conforme exemplificado na Tabela 9.

Tabela 9

Exemplo do procedimento de proposição de nomes das classes de comportamentos no Protocolo A

Brasil. (2010). O HumanizaSUS na atenção básica. Ministério da Saúde (MS), Brasília.					
Nº do trecho	Trecho selecionado dos documentos selecionados como fontes de informação e página do trecho	Classes de estímulos antecedentes	Classes de respostas	Classes de estímulos consequentes	Classes de comport.
7	<p>Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc. A máxima organizacional “cada um faz a sua parte” sanciona definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado. A ausência de resposta para a pergunta “De quem é este paciente?”, tantas vezes feita nas organizações de saúde e na rede assistencial, é um dos resultados desta redução do objeto de trabalho. A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial contribui muito para a mudança desta cultura. Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados. (p. 16/17)</p>	<p>Responsabilidade parcial dos profissionais sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc.</p> <p>A máxima organizacional “cada um faz a sua parte”</p> <p>Fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado.</p> <p>A ausência de resposta para a pergunta “De quem é este paciente?”</p> <p>Redução do objeto de trabalho.</p>	<p>ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas</p> <p><i>Responsabilizar-se pelo cuidado ao usuário de forma integral</i></p> <p>Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio</p> <p><i>Examinar o usuário como um todo, a partir das interações dele com o meio no qual está inserido</i></p>	<p><i>Aumento da responsabilização do profissional pelo cuidado ao usuário</i></p> <p><i>Compreensão do usuário de forma integral</i></p> <p><i>Ampliação do cuidado em saúde</i></p> <p><i>Possibilidade de mudança desta na cultura de atuação fragmentada e ausência de responsabilização</i></p>	<p><i>Viabilizar o cuidado integral do usuário no serviço de saúde</i></p> <p><i>Conceitualizar o usuário como pessoa integral, considerando as interações com o meio no qual está inserida</i></p>

No exemplo apresentado na Tabela 9, foram nomeadas duas classes de comportamentos a partir dos componentes identificados e derivados.

O Protocolo A, preenchido de acordo com as Etapas 1, 2, 3 e 4 do procedimento pode ser acessado no Apêndice A.

Etapa 5: Avaliar os nomes das classes de comportamentos propostos (etapa realizada por juízas externas)

Na quinta etapa foi realizada a avaliação dos nomes das classes de comportamentos propostas e modificadas nas etapas anteriores. Foram selecionadas duas juízas externas, participantes do Laboratório de Programação de Condições para o Desenvolvimento de Comportamentos – LaBori, vinculado ao Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina - UEL. A Juíza 1 é pós-graduanda no Programa de Pós-graduação em Análise do Comportamento da UEL, e a Juíza 2 é mestra em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). As duas juízas tiveram acesso a um treinamento de vídeo sobre os critérios de avaliação, realizado pelo Labori – UEL, e tiveram acesso à mesma página de instruções sobre a avaliação (conforme consta no Apêndice B). Após acessar a página de instruções, as juízas puderam tirar suas dúvidas com a pesquisadora.

As classes de comportamentos identificadas a partir das fontes de informação foram divididas entre as duas juízas, de forma que a Juíza 1 ficou responsável pela avaliação das classes identificadas a partir de quatro fontes de informação (fontes de informação enumeradas como 1, 2, 3 e 5 na Tabela 3) e a Juíza 2 ficou responsável pela avaliação das classes de comportamentos identificadas a partir de duas fontes de informação (fontes de informação enumeradas como 4 e 6 na Tabela 3). Foi realizada a divisão de forma que cada juíza avaliasse em média a metade do volume de classes de comportamentos propostas.

Para a avaliação foram utilizados os critérios já descritos de objetividade, clareza, precisão e concisão, acrescidos dos critérios de gramática/ortografia (a descrição deve atender à norma culta da língua portuguesa) e de coerência entre a nomeação da classe e o trecho original (a descrição deve ser coerente com o trecho - não deve apresentar informações novas ou que não estão apresentadas de forma direta ou indireta no trecho). O Protocolo B,

que consta na Tabela 10, foi utilizado para a avaliação das classes de comportamentos no editor de planilhas *Microsoft Excel*.

Tabela 10

Protocolo B, utilizado para avaliação da nomeação das classes de comportamentos pelas juízas

Nº do trecho	Trecho original da fonte de informação	Classes de comportamentos identificadas e nomeadas a partir do trecho	Há problemas na nomeação da classe de comportamentos? (SIM ou NÃO)	Objetividade	Concisão	Clareza	Precisão	Gramática/ ortografia	Há coerência entre a nomeação da classe de comportamentos e o trecho original? (SIM ou NÃO)	Sugestão para adequação da nomenclatura (quando necessário)

As três primeiras colunas do protocolo foram preenchidas pela pesquisadora, com o trecho original enumerado, e as classes de comportamentos propostas a partir dele. Na quarta coluna as juízas sinalizaram se havia problemas na nomeação da classe de comportamentos de acordo com os critérios, e nas cinco colunas consecutivas foram descritos quais foram os problemas encontrados de acordo com cada um dos critérios (objetividade, concisão, clareza e precisão). Na décima coluna foi realizada a avaliação da coerência entre os nomes das classes de comportamentos e o trecho da fonte de informação a partir do qual foram propostos. A avaliação da coerência com o trecho foi feita por meio da comparação entre as informações contidas nos nomes de classes de comportamentos e as informações apresentadas no trecho. O critério para que a informação contida na classe de comportamento fosse considerada coerente com o trecho foi o seguinte: a informação deveria ser apresentada no trecho de forma direta (com similaridade topográfica na escrita) ou indireta (mesmo com palavras diferentes, as informações do trecho compunham as informações contidas no nome da classe). Se as informações fossem discrepantes, as juízas deveriam responder que não há coerência na coluna 10 e informar a incoerência identificada. Na última coluna foi inserida

uma proposta de adequação da nomenclatura pelas juízas, considerando todos os critérios avaliados. As informações produzidas a partir das avaliações das juízas estão apresentadas no Apêndice C.

Etapa 6: Corrigir os nomes das classes de comportamentos com base nos critérios avaliados e nas sugestões das juízas externas, quando necessário

A etapa de avaliação das juízas externas teve o objetivo de garantir maior confiabilidade aos dados. Para verificar o índice de concordância sobre os critérios para a nomeação das classes de comportamentos entre a pesquisadora e as juízas, foi realizado o seguinte cálculo: divisão da quantidade de nomes em que houve concordância sobre a adequação da linguagem utilizada nos nomes, pela quantidade total de nomes de classes de comportamentos propostas, e multiplicação por 100 (adaptado de Fagundes, 2015). Por meio desse cálculo, foi gerado o percentual de concordância entre pesquisadora e juíza, referente aos critérios de objetividade, concisão, clareza e precisão. O percentual de concordância identificado a partir da avaliação da Juíza 1 foi de 84,93%, e o percentual de concordância identificado a partir da avaliação da Juíza 2 foi de 89,23%. Assim, foi obtida a média de concordância de 86,73%.

Foram realizadas as correções propostas pelas juízas, referentes aos critérios citados acima, e as correções sobre gramática/ortografia também foram alteradas na linguagem. As sugestões das juízas sobre a coerência entre a nomeação da classe de comportamento e o trecho original foram examinadas em conjunto com a orientadora da pesquisa, e foram realizadas as correções necessárias.

Etapa 7: Selecionar as classes de comportamentos elencadas por Marcolini et al. (2022), que constituem a classe geral

Na sétima etapa foi realizada a seleção das classes de comportamentos elencadas por Marcolini et al. (2022) que constituem a classe geral “intervir de forma humanizada sobre as

necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária”. Os critérios de inclusão para a seleção das classes foram os mesmos utilizados para a seleção dos trechos na Etapa 1: (a) fazer referência a comportamentos ou componentes de comportamentos que constituem a classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária”; e (b) conter informações sobre classes de comportamentos requeridas de quaisquer profissionais para intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária. Não foram selecionadas classes de comportamentos que continham informações sobre comportamentos requeridos para a atuação em outros níveis de atenção, ou para atuação em processos de gestão e formação. Foram selecionadas 37 classes de comportamentos no estudo de Marcolini et al. (2022), de acordo com os critérios estabelecidos, as quais foram organizadas em uma lista, em ordem alfabética, conforme consta no Apêndice D.

Etapa 8: Organizar as classes de comportamentos constituintes da classe geral em uma lista

Na Etapa 8 foram organizadas em uma lista, em ordem alfabética, todas as classes de comportamentos constituintes da classe geral (as classes de comportamentos propostas nas etapas anteriores e corrigidas na Etapa 6, quando necessário, e as classes de comportamentos selecionadas no estudo de Marcolini et al. [2022] na Etapa 7). As classes de comportamentos foram enumeradas, totalizando 184 classes, conforme consta no Apêndice E. Ao final de cada classe de comportamentos foi inserido um código identificador da fonte de informação da qual a classe de comportamento foi retirada. Os códigos são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11*Lista de códigos correspondentes à fonte de informação*

Código	Referências dos documentos selecionados como fontes de informação
B.3	Brasil. (2003). <i>HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização</i> - Documento para discussão. Ministério da Saúde, Brasília.
B.4A	Brasil. (2004). <i>HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização</i> - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Brasília.
B.4B	Brasil. (2004). <i>Política Nacional de Humanização</i> - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Brasília.
B.10A	Brasil. (2010). <i>Clínica Ampliada e Compartilhada</i> . Ministério da Saúde, Brasília.
B.10B	Brasil. (2010). <i>O HumanizaSUS na Atenção Básica</i> . Ministério da Saúde, Brasília.
B.13	Brasil. (2013). <i>Acolhimento à Demanda Espontânea</i> . Cadernos de Atenção Básica - Ministério da Saúde (vol.1). Brasília.
M.22	Marcolini, J. V., Sahão, F. T., & Kienen, N. (2022). Prática humanizada: Comportamentos a constituírem a atuação de profissionais nos serviços de saúde. In de-Farias, A. K. C. R., & Kirchner, L. F. (Orgs), <i>Análise do Comportamento Aplicada na Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde</i> (pp. 53 a 74). Artmed.

Etapa 9: Padronizar as expressões que constituem os nomes das classes de comportamentos

Nesta etapa os nomes das classes de comportamentos foram lidos atentamente, e, durante a leitura, foram registradas as expressões que: (a) se referiam a informações que provavelmente eram apresentadas também em outros nomes de classes de comportamentos, mas nomeadas com palavras diferentes (e.g., para se referir ao atendimento, eram utilizadas as palavras “cuidado” e “atendimento” nos nomes das classes de comportamentos); (b) informações ora apresentadas no plural, ora apresentadas no singular (e.g., “usuário” ou “usuários”, em contextos que se referiam ao atendimento de necessidades individuais do usuário); e (c) expressões que necessitavam de adequações para facilitar a compreensão da linguagem para os diversos públicos que possam acessar as informações da pesquisa (e.g., modificar a palavra “variáveis” por “aspectos”). Quando havia duas ou mais expressões que faziam referência ao mesmo processo, foi decidida qual delas seria utilizada para nomear as classes de comportamentos constituintes da classe geral. A decisão sobre qual expressão seria mantida foi direcionada pelos critérios estabelecidos por De Luca (2013), de clareza da expressão e concisão da linguagem, acrescidos do critério de precisão da expressão na

presente pesquisa. Em alguns casos foi necessária a leitura de referências sobre o processo ao qual a expressão se referia, para auxiliar na decisão (e.g., quando se tratava de um conceito, foram consultadas literaturas que permitissem um exame adequado sobre qual expressão melhor atendia aos critérios, de acordo com o contexto da saúde).

A partir das informações registradas e das decisões sobre quais expressões seriam mantidas, a pesquisadora sugeriu modificações para a padronização dos nomes das classes de comportamentos, e, a partir das sugestões, foram realizadas as adequações. As sugestões de padronização e a adequação dos nomes das classes de comportamentos estão apresentadas no Apêndice F.

Etapa 10: Classificar as classes de comportamentos em subclasses gerais de comportamentos

Na Etapa 10 foi realizada a classificação das classes de comportamentos em subclasses gerais de comportamentos. As subclasses gerais de comportamentos são classes mais abrangentes em relação às classes de comportamentos propostas. Algumas das subclasses gerais de comportamentos foram delimitadas previamente pela pesquisadora e outras foram delimitadas ao longo do processo de classificação. O processo de classificação foi realizado da seguinte forma: (a) todas as classes de comportamentos foram lidas, sendo agrupadas as classes que aparentemente tinham a mesma função; (b) a partir desse agrupamento inicial, por meio do qual foram produzidos conjuntos de informações, foram nomeadas as subclasses gerais mais abrangentes e estabelecidos os critérios de inclusão para cada uma delas (conforme consta na Tabela 12); (c) a partir dos critérios estabelecidos, foram realizados os ajustes necessários em relação à classificação; e (d) as classes de comportamentos classificadas em cada subclasse geral foram ordenadas em ordem alfabética e enumeradas.

Tabela 12

Critérios de inclusão para a classificação das classes de comportamentos em cada subclasse geral de comportamentos

Subclasse geral de comportamentos	Critérios de inclusão:
Identificar as necessidades de saúde individuais do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Necessidades de saúde apresentadas pelo usuário (e.g., queixas, demandas, informações fornecidas pelo usuário sobre o processo de adoecimento e sintomas); • Necessidades de saúde observáveis (e.g., situações de risco à vida, manifestações corporais); • Variáveis biológicas que influenciam a saúde do usuário (e.g., predisposição do usuário à determinada condição de saúde, histórico familiar, hereditariedade); • Variáveis ontogenéticas que influenciam a saúde do usuário (e.g., aspectos da história de vida do indivíduo); • Variáveis culturais que influenciam a saúde do usuário (e.g., aspectos da cultura, sociedade e grupo nos quais o indivíduo está inserido); • Condições ambientais que influenciam a saúde do usuário (e.g., condições sociais, epidemiológicas, territoriais).
Ordenar prioridades de atendimento, com base nos critérios de risco e vulnerabilidade	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de riscos, vulnerabilidades e gravidade; • Hierarquização de riscos e vulnerabilidades; • Definição de prioridades de atendimento de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade.
Viabilizar que o usuário tenha acesso ao atendimento adequado às necessidades de saúde dele, com base na avaliação de riscos e vulnerabilidades	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Viabilização do acesso do usuário ao atendimento prioritário em situações agudas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade; • Viabilização do acesso do usuário ao atendimento em situações não agudas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade.
Inserir o usuário nos processos de elaboração e implementação da intervenção em saúde	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação de estratégias de enfrentamento de forma compartilhada como usuário; • Elaboração da intervenção de forma compartilhada com o usuário; • Tomadas de decisão compartilhadas com o usuário sobre a intervenção dele; • Responsabilização do usuário pelo tratamento.
Comunicar-se com o usuário de forma clara, acessível, acolhedora e informativa, sobre o atendimento às necessidades de saúde dele	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação e diálogo com o usuário; • Acolhimento (enquanto comportamento de acolher); • Apresentação de informações claras ao usuário sobre os aspectos relevantes sobre o atendimento, o serviço, e as condições de saúde dele; • Verificação sobre a clareza das informações para o usuário.

Subclasse geral de comportamentos	Crêterios de inclusão:
Propor interven�es que atendam às necessidades de saúde do usuário, considerando os aspectos individuais que influenciam a saúde e as condi�es de vida dele	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Identifica�o de estratégias de interven�o adequadas a cada caso; • Identifica�o das potencialidades do usuário que podem contribuir com o tratamento; • Planejamento de projetos terapêuticos de acordo com as necessidades de saúde individuais; • Proposi�o de projetos terapêuticos individuais.
Intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma resolutiva e intersetorial, adequando o processo de interven�o às singularidades do indivíduo	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Interven�o direta com o usuário; • Monitoramento da interven�o e das necessidades de saúde; • Trocas de informa�es necessárias para a efetividade da interven�o.
Identificar as necessidades de saúde da comunidade	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Necessidades de saúde da comunidade apresentadas pelos usuários; • Necessidades de saúde da comunidade observáveis; • Variáveis culturais que influenciam a saúde da comunidade; • Condi�es ambientais que influenciam a saúde da comunidade.
Viabilizar o desenvolvimento de interven�es que atendam às necessidades de saúde da comunidade	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de condi�es que permitam a ocorrência de a�es coletivas.
Propor interven�es que atendam às necessidades de saúde da comunidade	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Identifica�o de estratégias de interven�o adequadas às necessidades da comunidade; • Planejamento de projetos terapêuticos de acordo com as necessidades de saúde da comunidade; • Proposi�o de projetos terapêuticos para a comunidade; • Organiza�o de a�es coletivas.
Intervir sobre as necessidades de saúde da comunidade	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Interven�o nas a�es coletivas de saúde; • Trocas de informa�es necessárias para a efetividade da interven�o.
Avaliar aspectos sobre si mesmo que podem interferir no atendimento em saúde aos usuários	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Avalia�o dos próprios valores do profissional; • Avalia�o dos próprios sentimentos do profissional; • Avalia�o das próprias dificuldades do profissional.
Comunicar-se de forma interdisciplinar com os outros profissionais da equipe de saúde	Fazer referência a: <ul style="list-style-type: none"> • Comunica�o com os outros profissionais sobre aspectos da interven�o; • Diálogo com outros profissionais; • Atua�o em equipe com outros profissionais; • Acolhimento dos outros profissionais.

Conforme apresentado na Tabela 12, foram propostas 13 subclasses gerais de comportamentos. Para serem classificadas em uma determinada subclasse geral de

comportamentos, as classes de comportamentos deveriam fazer referência a um conjunto de informações, que estão apresentadas na segunda coluna. A classificação das classes de comportamentos em subclasses gerais de comportamentos decorrente da etapa 10 consta no Apêndice G.

Etapa 11: Excluir classes de comportamentos repetidas

Nesta etapa foram examinadas todas as classes de comportamentos, e foram excluídas as classes de comportamentos repetidas. As classes de comportamentos foram consideradas repetidas quando faziam referência a uma mesma classe de comportamentos, com descrições iguais ou semelhantes. O procedimento para a exclusão das classes de comportamentos repetidas foi o seguinte: em casos de nomes de classes de comportamentos repetidos, foi selecionado o nome mais completo e que melhor atendia aos critérios de objetividade, concisão, precisão e clareza e os nomes excedentes foram excluídos (tachados). Quando havia duas classes de comportamentos que juntas formariam uma classe de comportamento mais completa, foram adicionadas as informações complementares na classe de comportamentos mais completa, em itálico, e a menos completa foi excluída (tachada). Os resultados decorrentes do procedimento de classificação das classes de comportamentos em subclasses gerais de comportamentos e de exclusão das classes de comportamentos repetidas, constam no Apêndice G.

Etapa 12: Organizar as classes de comportamentos

As classes de comportamentos foram organizadas de acordo com os seguintes critérios: (a) possível ordem temporal de acontecimentos; (b) comportamentos semelhantes (e.g., as classes de comportamentos que envolvem repertórios de “escuta” foram listadas uma após a outra); e (c) classes de comportamentos menos abrangentes para as mais abrangentes. Os critérios foram priorizados de acordo com essa sequência. A organização das classes de comportamentos foi realizada com o objetivo de facilitar o acesso aos conjuntos de

informações produzidos e para favorecer a compreensão, de acordo com a possível ordem de acontecimentos. As listas de classes de comportamentos organizadas constam na seção de “resultados”, nas tabelas 14, 15 e 16.

Resultados

A partir das informações coletadas nos documentos publicados pelo Ministério da Saúde, selecionados como fontes de informação, e no estudo de Marcolini et al. (2022), foram propostas 183 classes de comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária” (Apêndice E). Após a exclusão de 19 classes de comportamentos repetidas (os resultados do procedimento de exclusão estão apresentados no Apêndice G), permaneceram 164 classes de comportamentos, que foram classificadas em 13 subclasses gerais de comportamentos mais abrangentes. As subclasses gerais foram organizadas em três dimensões da atuação humanizada, conforme consta na Tabela 13.

Na Tabela 13 estão apresentadas as dimensões identificadas e as subclasses gerais de comportamentos, bem como a quantidade e a percentagem de classes de comportamentos constituintes de cada uma das subclasses gerais. As dimensões se referem a âmbitos gerais de atuação do profissional, os quais envolvem contextos, condições e relações específicos. A primeira dimensão, composta pelas subclasses enumeradas de 1 a 7, na Tabela 13, se refere ao contexto de intervenção com o usuário, no qual são estabelecidas interações comportamentais entre o profissional e o usuário e as necessidades de saúde individuais dele. Na segunda dimensão, composta pelas subclasses enumeradas de 8 a 11, são estabelecidas interações com grupos de usuários e as necessidades de saúde em nível macro (comunidade). A terceira dimensão, composta pelas subclasses 12 e 13, envolve interações do profissional com os próprios comportamentos encobertos e aspectos do profissional envolvidos nas relações que ele estabelece com os demais profissionais.

Tabela 13

Quantidades e percentagem de classes de comportamentos por subclasse geral de comportamentos

Dimensão	Nº da subclasse geral	Subclasse geral de comportamentos	Quantidade de classes de comportamentos que constituem a subclasse geral	Porcentagem de classes de comportamentos que constituem a subclasse geral
Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário	1	Identificar as necessidades de saúde do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele	35	21,08%
	2	Ordenar prioridades de atendimento, com base nos critérios de risco e vulnerabilidade	9	5,42%
	3	Viabilizar que o usuário tenha acesso ao atendimento adequado às necessidades de saúde identificadas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade	9	5,42%
	4	Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde do usuário, considerando os aspectos individuais que influenciam a saúde e as condições de vida dele	15	9,04%
	5	Intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma resolutiva e intersetorial, adequando o processo de intervenção às singularidades do indivíduo	29	17,47%
	6	Comunicar-se com o usuário de forma clara, acessível, acolhedora e informativa, sobre o atendimento às necessidades de saúde dele	23	13,86%
	7	Inserir o usuário nos processos de elaboração e implementação da intervenção em saúde	18	10,84%
Intervenção sobre as necessidades de saúde da comunidade	8	Identificar as necessidades de saúde da comunidade	2	1,20%
	9	Viabilizar o desenvolvimento de intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade	1	0,60%
	10	Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade	6	3,61%
	11	Intervir sobre as necessidades de saúde da comunidade	3	1,80%

Dimensão	Nº da subclasse geral	Subclasse geral de comportamentos	Quantidade de classes de comportamentos que constituem a subclasse geral	Porcentagem de classes de comportamentos que constituem a subclasse geral
Aspectos individuais do profissional envolvidos na relação dele com a intervenção e com a equipe de saúde	12	Avaliar aspectos sobre si mesmo que podem interferir no atendimento em saúde aos usuários	5	3,01%
	13	Comunicar-se de forma interdisciplinar com os outros profissionais da equipe de saúde	11	6,63%

Na terceira coluna da Tabela 13 estão apresentadas as informações sobre as quantidades de classes de comportamentos constituintes de cada subclasse geral. As subclasses gerais constituídas pelas maiores quantidades de classes de comportamentos foram a subclasse geral “Identificar as necessidades de saúde do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele” (N=35), seguida pelas subclasses gerais “Intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma resolutiva e intersetorial, adequando o processo de intervenção às singularidades do indivíduo” (N=29) e “Comunicar-se com o usuário de forma clara, acessível, acolhedora e informativa, sobre o atendimento às necessidades de saúde dele” (N=23). Todas elas se referem ao contato direto do profissional com o usuário. Nos documentos selecionados como fontes de informação, foram encontradas poucas informações sobre comportamentos requeridos para a atuação do profissional com a comunidade (as subclasses constituintes dessa dimensão variaram de N=1 a N=6) e para a autoavaliação do profissional (subclasse “Avaliar aspectos sobre si mesmo que podem interferir no atendimento em saúde aos usuários”, N=5).

Na Tabela 14, são apresentadas as sete subclasses gerais de comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária”, que se referem à atuação do profissional com o

usuário e com as necessidades de saúde individuais, e as classes de comportamentos que as compõem.

Tabela 14

Subclasses gerais e classes de comportamentos que compõem a dimensão “Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário”

Identificar as necessidades de saúde individuais do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele (N=35)

1. Escutar as necessidades de saúde do usuário no domicílio, nos espaços comunitários, e nas unidades de saúde (B.13);
2. Escutar as queixas ou relatos do usuário, mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento (B.10A);
3. Escutar de forma qualificada as demandas do usuário de modo a promover práticas acolhedoras individualizadas no cuidado em saúde (M.22);
4. Escutar de forma qualificada as necessidades do usuário de modo a garantir maior efetividade das práticas de saúde (M.22);
5. Escutar o usuário sobre as doenças que tem início em situações difíceis (e.g. processos de luto, desemprego) (B.10A);
6. Identificar as dificuldades enfrentadas na vida dos usuários, nas ações coletivas de saúde (B.10B);
7. Identificar as necessidades de saúde do usuário por meio das informações apresentadas por ele (B.13);
8. Identificar as singularidades das necessidades de saúde de cada usuário (B.13);
9. Identificar os sintomas apresentados pelo usuário, considerando sua individualidade (B.10A);
10. Identificar como o usuário se sente quando apresenta os sintomas (B.10A);
11. Identificar os problemas complexos do cotidiano dos usuários (e.g., modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) (B.10B);
12. Identificar como o usuário compreende o processo de adoecimento (B.10A);
13. Identificar riscos e vulnerabilidades no acolhimento da demanda espontânea (B.13);
14. Identificar condições que aumentam a vulnerabilidade dos usuários, no momento do acolhimento (B.13);
15. Identificar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco (B.10B);
16. Identificar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade (B.10B);
17. Identificar aspectos que influenciam na produção de doenças (B.10B);
18. Identificar com o usuário os aspectos que ocasionaram seu adoecimento (B.10A);
19. Identificar com o usuário os aspectos que dificultam ou facilitam a vivência cotidiana dele (B.10B);
20. Identificar aspectos relevantes sobre o usuário durante seu atendimento por meio da comunicação e escuta qualificada (M.22);
21. Identificar aspectos culturais da sociedade na qual o usuário está inserido, que podem influenciar na condição de saúde dele (M.22);
22. Identificar aspectos da história de vida do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22);
23. Identificar aspectos emocionais do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22);
24. Identificar aspectos fisiológicos do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22);
25. Identificar aspectos sociais do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22);
26. Identificar como os problemas sociais e subjetivos interferem na vida dos usuários (B.10A);
27. Identificar usuários em adoecimento devido à discriminação de sua orientação/identidade sexual (B.10B);
28. Identificar usuários em adoecimento em função da estigmatização de certas patologias (B.10B);
29. Identificar usuários em adoecimento em função de discriminação de gênero e orientação sexual (B.10B);
30. Identificar usuários em adoecimento em função de discriminação racial (B.10B);
31. Identificar oportunidades de intervenção nas situações de vulnerabilidade vivenciadas pelo usuário (e.g. situações de violência, negligência, baixa adesão), verbalizadas ou não (B.13);
32. Examinar com o usuário os problemas enfrentados por ele (B.10A);
33. Coletar informações a respeito de diferentes dimensões da vida do usuário por meio da comunicação

com ele e demais fontes (M.22);

34. Investigar informações sobre a pessoa/família durante o atendimento domiciliar (B.10B).

35. Identificar com o usuário os outros âmbitos de sua vida além da doença (B.10B).

Ordenar prioridades de atendimento, com base nos critérios de risco e vulnerabilidade (N=9)

36. Avaliar a gravidade do caso do usuário atendido no serviço de saúde (M.22);

37. Avaliar a vulnerabilidade do caso do usuário atendido no serviço de saúde (M.22);

38. Avaliar os riscos do caso do usuário atendido no serviço de saúde (M.22);

39. Avaliar os riscos e vulnerabilidades de forma dialogada com o usuário, considerando a avaliação que ele faz de sua própria situação de saúde (B.13);

40. Definir, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco (B.13);

41. Definir, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade (B.13);

42. Hierarquizar os casos de maior urgência de acordo com o risco (B.13);

43. Hierarquizar riscos à saúde entre usuários no momento do acolhimento (B.4B);

44. Priorizar o atendimento dos casos de maior urgência de acordo com o risco, na organização da agenda da equipe (B.13).

Viabilizar que o usuário tenha acesso ao atendimento adequado às necessidades de saúde identificadas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade (N=9)

45. Acolher os usuários de forma a reduzir as filas de espera (B.4B);

46. Viabilizar o atendimento das diferentes necessidades de saúde do usuário por meio do processo de acolhimento (B.13);

47. Oferecer ao usuário as tecnologias disponíveis no serviço de saúde adequadas às suas necessidades (M.22);

48. Viabilizar o atendimento integral do usuário no serviço de saúde (B.10A);

49. Viabilizar o acesso aos programas estruturados (e.g. diabetes, hipertensão, pré-natal) para os usuários com maior vulnerabilidade em função de condições de vida (B.10B);

50. Viabilizar o diagnóstico de casos graves em situações de emergência (B.13);

51. Viabilizar o atendimento dos usuários com quadros agudos, crônicos agudizados, ou urgências de menor gravidade, compatíveis com o nível de atenção (B.10B);

52. Encaminhar os usuários para os demais níveis de atenção no momento do acolhimento, quando necessário (B.4B);

53. Acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento em situações de emergência (B.13).

Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde do usuário, considerando os aspectos individuais que influenciam sua saúde e suas condições de vida (N=15)

54. Conceitualizar o usuário como pessoa integral, considerando as interações com o meio no qual está inserida (B.10A);

55. Definir as necessidades de saúde do usuário com base nas demandas apresentadas por ele e nos conhecimentos técnicos prévios sobre o tema (B.13);

56. Identificar as expectativas do usuário sobre o tratamento (B.10A);

57. Identificar as potencialidades do usuário para além do sofrimento/doença (B.10B);

58. Identificar aspectos e situações prazerosas do cotidiano do usuário para além do sofrimento/doença (B.10B);

59. Identificar estratégias de intervenção além da doença, considerando o sofrimento e necessidades do usuário (B.10B);

60. Identificar quais são as possibilidades de intervenção frente ao adoecimento do usuário associado à vivência de situações difíceis, além da medicação (B.10A);

61. Identificar possibilidades de atuação alternativas às tradicionais, de modo a gerar mudanças no atendimento ao usuário (M.22);

62. Definir intervenções de acordo com a avaliação de riscos e vulnerabilidades dos usuários (B.13);

63. Elaborar um projeto terapêutico para cada usuário, quando necessário (B.10B);

64. Elaborar projetos individuais de saúde para usuários e suas redes sociais (B.4A);

65. Elaborar projetos terapêuticos para os usuários em conjunto com especialistas de outros níveis de atenção (B.10B);

66. Elaborar projetos coletivos de saúde para usuários e suas redes sociais (B.4A);

67. Propor estratégias de intervenção que atendam às necessidades do usuário, por meio dos recursos e tecnologias disponíveis (tecnologias leves, leve-duras e duras) (B.13);

68. Propor estratégias de acompanhamento do projeto terapêutico do usuário (e.g., agendamento de retornos periódicos e visitas domiciliares) (B.10B).

Intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma resolutiva e intersetorial, adequando o processo de intervenção às singularidades do indivíduo (N=29)

69. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação dos riscos do caso realizada (M.22);
70. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação de gravidade do caso realizada (M.22);
71. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação de vulnerabilidade do caso realizada (M.22);
72. Executar manobras de suporte básico de vida em situações de emergência (B.13);
73. Intervir de forma ética com o usuário (B.10A);
74. Intervir de forma a promover a resolução dos problemas de saúde dos usuários durante as práticas terapêuticas (B.3);
75. Intervir de forma a promover diminuição de consumo de medicamentos pelos usuários (B.3);
76. Intervir de forma crítica perante condutas automatizadas (B.10A);
77. Intervir de forma resolutiva frente às singularidades dos sujeitos e coletivos, com foco na diminuição do sofrimento e na promoção de autonomia dos usuários (B.13);
78. Intervir em problemas complexos do cotidiano (e.g., modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) por meio do diálogo, convivência e interação com os usuários (B.10B);
79. Intervir em problemas complexos do cotidiano dos usuários (e.g., modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) com poucos equipamentos (B.10B);
80. Intervir sobre os aspectos que influenciam a produção de doenças (B.10B);
81. Tratar o usuário com os recursos tecnológicos disponíveis a partir das demandas apresentadas por ele (M.22);
82. Compartilhar diagnósticos de problemas de saúde com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A);
83. Compartilhar propostas de resolução de problemas de saúde com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A);
84. Intervir em conjunto com os sujeitos coletivos (usuários, trabalhadores e gestores), evitando relações de poder e submissão (B.10A);
85. Intervir de forma intersetorial com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A);
86. Intervir de forma intersetorial com as outras políticas públicas (B.10B);
87. Intervir de forma intersetorial com os movimentos sociais (B.10B);
88. Intervir de forma intersetorial com outros níveis de atenção (B.10B);
89. Gerir os casos que demandam tecnologias de outros níveis de atenção de forma compartilhada com os profissionais dos outros níveis de atenção (B.10B);
90. Corresponsabilizar-se pelos problemas individuais de saúde do usuário (B.10B);
91. Vincular-se ao usuário por meio da corresponsabilização pelo atendimento à saúde dele (B.10B);
92. Monitorar as necessidades de saúde do usuário ao longo do tempo (B.10B);
93. Monitorar as necessidades de saúde dos casos que demandam tecnologias de outros níveis de atenção ao longo do tempo (B.10B);
94. Vincular-se ao usuário por meio do monitoramento de suas necessidades de saúde ao longo do tempo (B.10B);
95. Garantir atendimento específico e integral ao usuário do serviço de saúde por meio da atuação de acordo com os regulamentos da Política Nacional de Humanização (M.22);
96. Viabilizar que o usuário seja atendido com privacidade no serviço de saúde (B.13);

Comunicar-se com o usuário de forma clara, acessível, acolhedora e informativa, sobre o atendimento às necessidades de saúde dele (N=23)

97. Identificar possibilidades de diálogo que produzam a participação ativa do usuário no tratamento (B.10A);
 98. Validar o relato do usuário sobre o descontentamento em relação ao funcionamento do acolhimento na unidade de saúde (B.13).
 99. Informar para o usuário o modo de funcionamento do acolhimento das necessidades de saúde na unidade de saúde (B.13);
 100. Problematizar as queixas do usuário sobre o descontentamento em relação ao funcionamento do acolhimento da unidade, quando necessário (B.13);
 101. Apresentar informações ao usuário do serviço de saúde sobre seu processo de atendimento de forma acessível (M.22);
 102. Informar ao usuário do serviço de saúde suas condições de saúde durante o tratamento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento (M.22);
 103. Esclarecer ao usuário as informações necessárias quando houver divergência entre a demanda apresentada por ele e as necessidades de saúde identificadas pelo profissional (B.13);
 104. Compartilhar com o usuário os diagnósticos e condutas em saúde (B.10A);
-

-
105. Descrever os possíveis riscos do tratamento para o usuário (B.10A);
 106. Alinhar as expectativas sobre o tratamento com o usuário (B.10A);
 107. Investigar se a informação foi compreendida de forma correta pelo usuário (B.10A);
 108. Dialogar com o usuário sobre a importância de respeitar os motivos que ocasionaram seu adoecimento (B.10A);
 109. Validar as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida (B.10A).
 110. Acolher o usuário em relação às necessidades em outros âmbitos de sua vida, além da doença (B.10B);
 111. Dialogar com o usuário sobre a importância de se engajar em atividades de seu interesse ou em novos projetos, como forma de enfrentamento do adoecimento associado à vivência de situações difíceis (B.10A);
 112. Informar o usuário sobre a importância de continuar vivenciando outras experiências em sua vida além da doença (B.10A);
 113. Informar ao usuário do serviço de saúde seus direitos durante o atendimento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento (M.22);
 114. Assegurar os direitos do usuário do serviço de saúde durante seu processo de atendimento por meio de comunicação efetiva (M.22);
 115. Estabelecer relações de diálogo com os usuários nas práticas terapêuticas e ações burocráticas do serviço (e.g. aplicação de questionários, controle de *Aedes aegypti*) (B.3);
 116. Estabelecer relações interpessoais com os usuários que viabilizem o atendimento das famílias e da comunidade (B.10A);
 117. Responder às dúvidas dos usuários nas ações coletivas de saúde (B.10B);
 118. Comunicar-se de forma acessível com o usuário a fim de garantir compreensão da linguagem utilizada (M.22);
-

Inserir o usuário nos processos de elaboração e implementação da intervenção em saúde (N=18)

119. Identificar com o usuário estratégias de enfrentamento para os seus problemas (B.10B);
 120. Identificar com o usuário novas formas de lidar com situações difíceis (e.g. processos de luto, desemprego) (B.10A);
 121. Identificar com o usuário estratégias de enfrentamento frente a situações em que os valores individuais de profissionais estão interferindo negativamente no tratamento dele (B.10A);
 122. Identificar com o usuário estratégias para ficar sob controle dos outros âmbitos de sua vida, além da doença (B.10B);
 123. Elaborar com o usuário estratégias de enfrentamento para os problemas de saúde dele (B.10A);
 124. Elaborar com o usuário as propostas terapêuticas dele (B.10A);
 125. Apresentar ao usuário as possibilidades de tratamento existentes na unidade de saúde, de acordo com as condições de saúde e necessidades dele (B.10B);
 126. Oportunizar que o usuário discuta e decida com a equipe sobre o tratamento (B.10A);
 127. Selecionar, com o usuário, o tratamento mais adequado, de acordo com as condições de saúde e necessidades dele (B.10B).
 128. Corresponsabilizar o usuário pela proposta terapêutica elaborada conjuntamente com ele (B.10A);
 129. Corresponsabilizar o usuário pelo tratamento (B.10A);
 130. Corresponsabilizar o usuário pelos resultados de seu tratamento (B.10B);
 131. Modificar a proposta terapêutica com o usuário sempre que necessário (B.10A);
 132. Manipular condições para que o usuário participe de seu projeto terapêutico de forma autônoma (B.10A);
 133. Garantir ao usuário do serviço de saúde seu direito à autonomia sobre aspectos do seu tratamento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento (M.22);
 134. Promover a participação ativa de usuários no cotidiano das unidades de saúde (M.22);
 135. Participar ativamente da produção e gestão do cuidado junto aos usuários do serviço de saúde de forma a promover práticas mais acolhedoras às demandas destes no processo de atendimento (M.22);
 136. Promover um ambiente de trabalho que acate as demandas dos usuários do serviço de saúde por meio de definição de ações coletivas junto a eles (M.22).
-

De acordo com as informações apresentadas na Tabela 14, constituem a primeira subclasse geral, “Identificar as necessidades de saúde individuais do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele”, 35 classes de comportamentos, que se referem à

identificação das necessidades de saúde do usuário (e.g., classes enumeradas de 6 a 11), à escuta do usuário em diversos contextos (e.g., classes enumeradas de 1 a 5), e à identificação das variáveis e condições que influenciam a saúde dele (e.g., classes enumeradas de 13 a 30). É possível perceber que, de acordo com as classes de comportamentos propostas, as informações a serem identificadas com o usuário são mais abrangentes do que os aspectos estritamente relacionados à doença, envolvendo aspectos sociais, culturais, emocionais (e.g., classes enumeradas de 11 a 14), entre outros que se relacionam com as condições de saúde do usuário.

A segunda subclasse geral, “Ordenar prioridades de atendimento, com base nos critérios de risco e vulnerabilidade” (N=9) se refere a comportamentos requeridos do profissional no processo de estratificação de riscos e vulnerabilidades, e priorização do atendimento de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade. As nove classes de comportamentos que compõem essa subclasse geral, podem ser requeridas do profissional em momentos diversos da intervenção (e.g., momento do acolhimento, momento do atendimento), e permitem ordenar as prioridades de atendimento, de acordo com os critérios estabelecidos.

A terceira subclasse geral de comportamentos, “Viabilizar que o usuário tenha acesso ao atendimento adequado às necessidades de saúde identificadas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade” (N=9), é composta por comportamentos relacionados proporcionar condições para o acesso do usuário ao atendimento adequado às suas necessidades. Nessa subclasse geral não são especificadas intervenções do profissional em nível de atenção primária diretamente com o usuário, mas comportamentos que podem ser caracterizados como o “encaminhamento” ou “direcionamento” do usuário para o nível de atenção, setor, serviço ou agendamento adequados, de acordo com os critérios estabelecidos e com as condições de saúde do usuário (e.g., classe nº 47: “Encaminhar os usuários para os

demais níveis de atenção no momento do acolhimento” e classe nº 50: “Viabilizar o atendimento das diferentes necessidades de saúde do usuário por meio do processo de acolhimento”).

As classes de comportamentos propostas referentes ao planejamento e desenvolvimento da intervenção, constituem a quarta subclasse geral, “Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde do usuário, considerando os aspectos individuais que influenciam a saúde e as condições de vida dele (N=15)”, e a quinta subclasse geral, “Intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma resolutiva e intersetorial, adequando o processo de intervenção às singularidades do indivíduo (N=29)”. De acordo com as informações dispostas nas classes de comportamentos que constituem a subclasse “Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde do usuário, considerando os aspectos individuais que influenciam sua saúde e suas condições de vida”, é requerido do profissional o planejamento de uma intervenção individualizada para cada usuário, elaborada a partir das necessidades dele. As propostas terapêuticas elaboradas pelo profissional embasam e direcionam a intervenção com o usuário. No que se refere à intervenção, as classes de comportamentos constituintes da classe geral “Intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma resolutiva e intersetorial, adequando o processo de intervenção às singularidades do indivíduo” apresentam informações sobre a intervenção direta com o usuário (e.g., classe nº 73: “Intervir de forma ética com o usuário” e classe nº 72 “Executar manobras de suporte básico de vida em situações de emergência”), sobre o monitoramento da intervenção (e.g., classe nº 92: “Monitorar as necessidades de saúde do usuário ao longo do tempo”, e sobre as comunicações necessárias no processo de intervenção, para que ele seja efetivo (e.g., classe nº 86: “Intervir de forma intersetorial com as outras políticas públicas”).

Em acréscimo às relações estabelecidas entre o profissional e o usuário, foram propostas classes de comportamentos que se referem à comunicação com o usuário e à

inserção dele no tratamento. As classes de comportamentos que constituem a sexta subclasse geral, “Comunicar-se com o usuário de forma clara, acessível, acolhedora e informativa, sobre o atendimento às suas necessidades de saúde” (N=23), se referem à comunicação com o usuário. São definidos aspectos a serem contemplados nessas interações, para que o usuário tenha acesso a informações claras sobre o seu processo de tratamento e sobre a intervenção, sendo validado e acolhido (e.g., informar o usuário sobre o tratamento, validar o relato do usuário, estabelecer comunicação acessível). A sétima subclasse geral, “Inserir o usuário nos processos de elaboração e implementação da intervenção em saúde” é composta por classes de comportamentos que envolvem a inserção do usuário como participante ativo em seu processo de intervenção, desde o planejamento, até a implementação, pelo profissional. É requerido que o profissional elabore as intervenções de forma dialogada com o usuário (e.g., classes enumeradas de 119 a 124), e permita que ele participe de todo o processo (e.g., classes enumeradas de 126 a 133), com possibilidade de escolha e de participar das modificações necessárias em sua proposta terapêutica (e.g., classe nº 131: “Modificar a proposta terapêutica com o usuário sempre que necessário”).

Foram apresentados até aqui os resultados referentes aos comportamentos requeridos para a atuação do profissional com o usuário e as necessidades de saúde individuais. No entanto, além de entrar em contato com necessidades individuais de saúde, foi possível identificar, a partir das fontes de informação consultadas, que o profissional da atenção primária também atua sobre as necessidades coletivas de saúde. Na Tabela 15 estão apresentadas as subclasses gerais: “Identificar as necessidades de saúde da comunidade”; “Viabilizar o desenvolvimento de intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade”; “Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade”; e “Intervir sobre as necessidades de saúde da comunidade”, e as classes de comportamentos que as constituem.

Tabela 15

Subclasses gerais e classes de comportamentos que compõem a dimensão “Intervenção sobre as necessidades de saúde da comunidade”

Identificar as necessidades de saúde da comunidade (N=2)
137. Identificar com os usuários os problemas que existem na comunidade (B.10B);
138. Identificar com os usuários os recursos que existem na comunidade (B.10B).
Viabilizar o desenvolvimento de intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade (N=1)
139. Viabilizar o desenvolvimento de rodas de conversa entre profissionais e usuários (B.10B).
Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade (N=6)
140. Identificar estratégias de intervenção para as necessidades da comunidade, considerando os interesses dos trabalhadores e usuários (B.10B);
141. Elaborar projetos terapêuticos de forma conjunta, participativa e negociada com a comunidade (B.10A);
142. Elaborar projetos terapêuticos para a comunidade em conjunto com especialistas de outros níveis de atenção (B.10B);
143. Organizar ações coletivas de saúde (e.g., caminhadas, atividades lúdicas) como forma de potencialização das redes de solidariedade na comunidade (B.10B);
144. Organizar ações coletivas de saúde, nas quais usuários e profissionais possam dialogar de forma não hierárquica (B.10B);
145. Organizar espaços coletivos de interação entre gestores, trabalhadores e usuários (B.10B).
Intervir sobre as necessidades de saúde da comunidade (N=3)
146. Corresponsabilizar-se com os usuários pelos problemas coletivos de saúde (B.10B);
147. Gerir os recursos de saúde existentes no território de forma compartilhada com a equipe de saúde (B.10B);
148. Solicitar aos usuários que compartilhem estratégias de enfrentamento e resoluções de problemas com os demais usuários nas ações coletivas de saúde (B.10B).

Nas fontes de informação consultadas, foram identificadas poucas informações em relação aos comportamentos requeridos do profissional de saúde na atuação com as necessidades de saúde da comunidade. Embora tenham sido identificados comportamentos semelhantes para atuar com o indivíduo e com a comunidade, (identificar as necessidades de saúde, viabilizar o atendimento, propor intervenções e intervir sobre as necessidades de saúde), é possível observar que na atuação com a comunidade são requeridos comportamentos diferentes dos que são requeridos para a atuação individual, pois envolvem contextos e variáveis diferentes.

A subclasse geral de comportamentos “Identificar as necessidades de saúde da comunidade” (N=2) se refere à identificação de problemas e recursos que existem na comunidade (classes nº 137 e 138). A partir dessa identificação, é requerida do profissional a

subclasse “Viabilizar o desenvolvimento de intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade” (N=1). De acordo com as fontes de informações consultadas, constitui essa classe a viabilização do “desenvolvimento de rodas de conversa entre profissionais e usuários” (classe nº 139).

Em relação à proposição e execução das intervenções coletivas, compõem a subclasse geral “Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade” (N=6) classes de comportamentos que se referem à identificação de estratégias de intervenções coletivas (classe nº 140), elaboração de projetos terapêuticos (classes nº 141 e 142) e organização de ações coletivas (classes nº 143 a 145). A última subclasse geral, “Intervir sobre as necessidades de saúde da comunidade” (N=3), se refere à atuação direta do profissional na intervenção sobre as necessidades de saúde da comunidade e envolve o manejo das interações envolvidas nas ações coletivas (e.g., classe nº 148: “Solicitar aos usuários que compartilhem estratégias de enfrentamento e resoluções de problemas com os demais usuários nas ações coletivas de saúde), a corresponsabilização pelos problemas coletivos de saúde (classe nº 146) e a gestão dos recursos (classe nº 147).

Além dos comportamentos requeridos do profissional para atuação nas necessidades de saúde do usuário e da comunidade, foram propostas, a partir das fontes de informação, classes de comportamentos que não envolvem o contato direto com o usuário, e mesmo assim parecem interferir na atuação em saúde no contexto da atenção primária. As subclasses gerais “Avaliar aspectos sobre si mesmo que podem interferir no atendimento em saúde aos usuários”, e “Comunicar-se de forma interdisciplinar com os outros profissionais da equipe de saúde”, apresentadas na Tabela 16, se referem a comportamentos a serem apresentados pelo profissional em relação a si mesmo (autoavaliação), e na relação com os outros profissionais.

Tabela 16

Subclasses gerais e classes de comportamentos que compõem a dimensão “Aspectos individuais do profissional envolvidos na relação dele com a intervenção e com a equipe de saúde”

Comunicar-se de forma interdisciplinar com os outros profissionais da equipe de saúde (N=11)
149. Acolher os demais profissionais nas reuniões de equipe (B.10B);
150. Identificar as contribuições das diferentes especialidades de saúde para as necessidades do usuário de modo a promover um tratamento adequado às necessidades do usuário (M.22);
151. Dialogar com os profissionais de saúde de diferentes áreas e especialidades a fim de enriquecer o diagnóstico e o cuidado com o usuário (M.22);
152. Estabelecer comunicação não-hierárquica com os membros da equipe (B.10A);
153. Compartilhar incômodos vivenciados no cotidiano do serviço de saúde com os demais profissionais nas reuniões de equipe (B.10B);
154. Compartilhar potencialidades identificadas no serviço de saúde com os demais profissionais nas reuniões de equipe (B.10B);
155. Corresponsabilizar-se pelo atendimento ao usuário junto à equipe (B.4A);
156. Especificar critérios para a classificação de riscos e vulnerabilidades com a equipe (B.13);
157. Ofertar atendimento interdisciplinar integral ao usuário por meio da comunicação com os demais profissionais do serviço de saúde (M.22);
158. Promover atendimento integral e adequado às necessidades específicas de cada usuário por meio de definição de ações coletivas junto a outros profissionais do serviço de saúde (M.22);
159. Realizar um tratamento adequado às necessidades específicas do usuário por meio da comunicação com os outros profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar no serviço de saúde (M.22).
Avaliar aspectos sobre si mesmo que podem interferir no atendimento em saúde aos usuários (N=5)
160. Identificar as próprias dificuldades para lidar com os sofrimentos envolvidos no trabalho em saúde (B.10A);
161. Identificar os próprios sentimentos em relação à intervenção em saúde (B.10A);
162. Identificar os próprios sentimentos gerados no contato com o usuário (B.10A).
163. Avaliar as implicações do "ideal de neutralidade e "não envolvimento" ao intervir sobre as necessidades de saúde do usuário (B.10A);
164. Avaliar as implicações dos próprios valores sobre o tratamento do usuário (B.10A).

Em relação aos comportamentos requeridos do profissional para “Comunicar-se de forma interdisciplinar com os outros profissionais da equipe de saúde”, é possível identificar que são elencados aspectos sobre a comunicação interpessoal estabelecida com os outros profissionais (e.g., classe nº 152: “Estabelecer comunicação não-hierárquica com os membros da equipe”), o trabalho conjunto (e.g., classe nº 155: “Corresponsabilizar-se pelo atendimento ao usuário junto à equipe”) e interdisciplinar (e.g., classe nº 150: “Identificar as contribuições das diferentes especialidades de saúde para as necessidades do usuário de modo a promover um tratamento adequado às necessidades do usuário”). Como possível

consequência dessas classes de comportamentos, é elencado o “atendimento integral e adequado às necessidades de saúde do usuário” (e.g., classes nº 157,158 e 159).

De acordo com os dados apresentados nas classes de comportamentos que constituem a subclasse geral “Avaliar aspectos sobre si mesmo que podem interferir no atendimento em saúde aos usuários”, é possível identificar que os comportamentos requeridos do profissional para avaliar aspectos sobre si mesmo se referem à avaliação dos próprios valores (classe nº 164), das próprias dificuldades (classe nº 160), e dos próprios sentimentos gerados a partir da intervenção (classes nº 161 e 162), os quais podem interferir direta ou indiretamente no atendimento do usuário.

As 164 classes de comportamentos propostas possibilitaram identificar variáveis importantes envolvidas na intervenção do profissional sobre as necessidades de saúde dos usuários no contexto da atenção primária à saúde. Na dimensão “Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário”, as subclasses gerais compostas pela maior quantidade de classes de comportamentos “Identificar as necessidades de saúde individuais do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele” (N=35), “Intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma resolutiva e intersetorial, adequando o processo de intervenção às singularidades do indivíduo” (N=29) e “Comunicar-se com o usuário de forma clara, acessível, acolhedora e informativa, sobre o atendimento às suas necessidades de saúde” (N=23) evidenciaram informações sobre a quais aspectos é necessário que o profissional esteja sob controle ao atuar com o usuário, bem como quais condutas são requeridas durante a intervenção e comunicação com o usuário. As dimensões “Intervenção sobre as necessidades da comunidade” e “Aspectos individuais do profissional envolvidos na relação dele com a intervenção e com a equipe de saúde” tiveram quantidade reduzida de classes de comportamentos propostas, embora sejam também relevantes para essa atuação.

Discussão

Como foi sua experiência ao ser atendido no serviço de atenção primária à saúde? Ao responder a essa pergunta é provável que o usuário do serviço de saúde discorra sobre comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde”, informando a apresentação ou ausência de comportamentos que constituem essa classe geral, pela equipe de saúde. A partir das informações coletadas nos documentos publicados pelo Ministério da Saúde, selecionados como fontes de informação para a presente pesquisa, foram propostas 164 classes de comportamentos que constituem a classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde”, as quais foram classificadas em 13 subclasses gerais de comportamentos. Constituem essa classe geral comportamentos envolvidos em diversos momentos da intervenção do profissional no contexto da atenção primária, como a interação com o usuário, com a comunidade e com a equipe de saúde, a identificação de necessidades de saúde, o planejamento e a execução da intervenção.

A intervenção humanizada do profissional de saúde, no contexto da atenção primária, está inserida em diferentes dimensões do atendimento. Com base nas informações produzidas a partir da proposição das classes de comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde”, foi possível identificar três dimensões envolvidas na intervenção humanizada do profissional de saúde no contexto da atenção primária, que se referem à: (a) Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário (Tabela 14); (b) Intervenção sobre as necessidades de saúde da comunidade (Tabela 15); e (c) Aspectos individuais do profissional envolvidos na relação dele com a intervenção e com a equipe de saúde (Tabela 16). Cada dimensão envolve contextos e relações específicas presentes na intervenção do profissional.

A dimensão “Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário” é constituída pela maior quantidade de classes de comportamentos na presente pesquisa (N = 136) e apresenta elementos que evidenciam a complexidade envolvida na atuação do profissional no âmbito do atendimento ao usuário. No âmbito individual, para intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma humanizada, conforme apresentado nas subclasses gerais de comportamentos da Tabela 14, são requeridos do profissional comportamentos de identificar as necessidades de saúde do usuário, ordenar prioridades de atendimento, viabilizar o acesso do usuário ao atendimento, bem como propor intervenções individualizadas de acordo com as peculiaridades do indivíduo e intervir sobre as necessidades de saúde dele. Além disso, é necessário inserir o usuário na proposição e execução da intervenção e comunicar-se de forma clara com ele em todo o processo. Essas descrições permitem identificar que a atuação humanizada com o indivíduo envolve aspectos centrais da atuação do profissional, que vão além das concepções geralmente existentes sobre “humanização” como promoção de bem-estar, empatia, conforto, acolhimento, respeito, carinho e compreensão do paciente como único (Barboza et al., 2020; Cassiano et al., 2015). Alguns desses aspectos constituem os comportamentos a serem apresentados para que o profissional possa intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário, mas não são suficientes para contemplar o que o profissional deve realizar para intervir de forma humanizada.

A dimensão “Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário” corresponde à dimensão nomeada no estudo de Marcolini et al. (2022) como “Cuidado ao usuário”, composta por 34 classes de comportamentos, referentes aos comportamentos requeridos dos profissionais para prestar cuidado ao usuário em contextos gerais de saúde. A dimensão “Cuidado ao usuário” (Marcolini et al., 2022) é composta pelas categorias “Avaliação das condições dos casos dos usuários de saúde como critérios para prioridade nas tomadas de decisão acerca do atendimento”, “Coleta de informações de diferentes dimensões da vida,

com o usuário de saúde”, “Comunicação acessível com o usuário para promoção de autonomia sobre seu processo de cuidado” e “Cuidado qualificado com o usuário de saúde”. Ao comparar essas categorias com as subclasses gerais que constituem a dimensão “Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário”, propostas no presente estudo, é possível concluir que os aspectos gerais que compõem a atuação humanizada com o usuário são semelhantes entre o contexto macro de saúde, abordado por Marcolini et al. (2022), e o contexto específico da atenção primária. Os aspectos que se modificam são as especificidades envolvidas em cada contexto de atuação (e.g., os cuidados envolvidos na atenção primária são diferentes dos cuidados da atenção secundária e terciária) e o grau de abrangência das classes de comportamentos propostas de acordo com um contexto específico (e.g., no estudo de Marcolini et al. (2022) foram propostas classes de comportamentos mais abrangentes em comparação com as classes de comportamentos propostas na presente pesquisa, visto que não há delimitação de contexto de saúde). Foram selecionadas do estudo de Marcolini et al. (2022) 29 classes de comportamentos que compõem a intervenção humanizada com o usuário, as quais complementaram de forma significativa as informações sobre esse tema, conforme pode ser observado na Tabela 14 (classes de comportamentos com código M.22).

A primeira subclasse geral de comportamentos, apresentada na Tabela 14, referente à intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário, consiste em “Identificar as necessidades de saúde individuais do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele”. Pertencem a essa subclasse geral comportamentos que envolvem identificar as demandas e necessidades do usuário (e.g., classe nº 7: Identificar as necessidades de saúde do usuário por meio das informações apresentadas por ele), quem é o usuário (e.g., classe nº 33: Coletar informações a respeito de diferentes dimensões da vida do usuário por meio da comunicação com ele e demais fontes), em qual contexto ele está inserido (e.g., classe nº 14: Identificar condições que aumentam a vulnerabilidade dos usuários, no momento do

acolhimento) e quais são as variáveis que interferem no processo de adoecimento e de tratamento dele (e.g., história de vida, aspectos sociais, emocionais e culturais – classes nº 22 a 26). Essas informações são a base para o planejamento e execução de uma intervenção individualizada ao usuário, coerente com as condições vivenciadas por ele. Processos como a recepção, acolhimento e preparo do usuário, nos quais é realizado o levantamento de informações sobre o usuário, são alguns dos microprocessos básicos da atenção primária, que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, de acordo com Mendes et al. (2019). Além do acolhimento inicial, a identificação de informações relevantes sobre o usuário é requerida também em outros momentos da intervenção, como no atendimento do especialista em saúde e na busca ativa em domicílio (Brasil, 2010e).

Ao “Identificar as necessidades de saúde individuais do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele”, além de identificar sintomas, demandas e necessidades de saúde, é necessário que o profissional identifique variáveis que influenciam os comportamentos dos indivíduos, permitindo o planejamento de intervenções com maior probabilidade de eficácia e adesão. A identificação de contingências que alteram as condições de saúde do usuário pode auxiliar na elaboração de intervenções e na orientação do usuário para manejá-las (de-Farias & Kirchner, 2022). Por exemplo, ao intervir com um indivíduo que apresenta um quadro de obesidade que está afetando a saúde dele, é necessário que o profissional não apenas identifique os problemas objetivos de saúde (e.g., diabetes, pressão alta), mas também os aspectos que interferem nesse quadro, tais como: “aspectos da história de vida do usuário que influenciam a condição de saúde dele” (classe nº 22), “aspectos emocionais do usuário que influenciam a condição de saúde dele” (classe nº 23), “aspectos fisiológicos que influenciam a condição de saúde dele” (classe nº 24), “aspectos que dificultam ou facilitam a vivência cotidiana dele” (classe nº 19), entre outras variáveis que irão atuar nas condições de saúde do usuário e na probabilidade de adesão ao tratamento.

A capacidade de identificar informações relevantes sobre as condições de saúde do usuário está relacionada com a capacidade de escuta do profissional. No contexto da saúde, a escuta qualificada se refere à capacidade de ouvir o usuário e o que ele apresenta de informações de forma atenta e acolhedora, validando o relato do usuário como um relato legítimo e relevante (Brasil, 2010c; Maynard et al., 2014; Mielke & Olschowsky, 2011; Oliveira, 2010). Classes de comportamentos como “Escutar as necessidades de saúde do usuário no domicílio, nos espaços comunitários, e nas unidades de saúde” (classe nº 1), “Escutar as queixas ou relatos do usuário, mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento” (classe nº 2) e “Escutar de forma qualificada as demandas do usuário de modo a promover práticas acolhedoras individualizadas no cuidado em saúde” (classe nº 3) são requeridas do profissional ao intervir de forma humanizada no contexto da atenção primária e envolvem comportamentos de escuta. A interação entre profissional e usuário é composta por comportamentos, influenciados pelas contingências nas quais estão inseridos. Na relação de fala e escuta entre usuário e profissional, os comportamentos do profissional fornecem contexto para o usuário se comportar, influenciando na continuidade ou descontinuidade do relato do usuário, e, conseqüentemente, na produção de informações relevantes para o atendimento em saúde.

A partir das informações sobre as necessidades de saúde individuais do usuário e as condições que influenciam a saúde dele, é requerido do profissional “Ordenar prioridades de atendimento, com base nos critérios de risco e vulnerabilidade” e “Viabilizar que o usuário tenha acesso ao atendimento adequado às necessidades de saúde identificadas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade”. Aspectos envolvidos na compreensão dessas subclasses gerais de comportamentos são os critérios de risco e vulnerabilidade. De acordo com Ayres et al. (2017), o conceito de risco parte de um contexto epidemiológico, que envolve a identificação de informações objetivas que indicam possibilidades de risco à vida,

enquanto vulnerabilidade se refere aos aspectos individuais, sociais e culturais que influenciam a saúde do indivíduo. Os critérios de risco e vulnerabilidade são definidores das especificidades de saúde que necessitam de atenção especial no atendimento cotidiano do serviço.

Para “Ordenar prioridades de atendimento, com base nos critérios de risco e vulnerabilidade”, é necessário inicialmente “avaliar a gravidade do caso do usuário” (classe nº 36), bem como “avaliar os riscos e vulnerabilidades de forma dialogada com o usuário” (classe nº 39). A partir dessa avaliação, é requerido do profissional “hierarquizar os casos de maior urgência de acordo com o risco” (classe nº 42), e “priorizar o atendimento dos casos de maior urgência” (classe nº 44). De acordo com as disposições do Ministério da Saúde sobre Acolhimento à Demanda Espontânea (Brasil, 2013b), a estratificação das necessidades de saúde dos usuários em “situações não agudas” (intervenções programadas) e “situações agudas ou crônicas agudizadas” permite organizar o acesso dos usuários ao atendimento. Assim, a depender da gravidade, as situações agudas podem ser atendidas de forma imediata, prioritária ou no mesmo dia, mantendo as intervenções previamente programadas na agenda de atendimentos da unidade. Essa ordenação de prioridades adequa a programação dos atendimentos às condições de saúde dos usuários, de acordo com as singularidades e necessidades envolvidas em cada caso, priorizando situações que apresentem risco à vida (Brasil, 2013b; Mendes et al., 2019).

Ao ter clareza sobre as necessidades e condições de saúde do usuário, é necessário “Viabilizar que o usuário tenha acesso ao atendimento adequado às necessidades de saúde identificadas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade”. Ao apresentar os comportamentos constituintes dessa subclasse geral, o profissional, estando sob controle das necessidades de saúde do usuário e dos critérios de risco e vulnerabilidade, intermedia o acesso do usuário ao atendimento, manejando condições para que esse acesso aconteça. A

fim de que possa viabilizar o acesso ao atendimento, é necessário que o profissional possa “oferecer ao usuário as tecnologias disponíveis no serviço de saúde, adequadas às necessidades dele” (classe nº 47) e “encaminhar os usuários para os demais níveis de atenção no momento do acolhimento, quando necessário” (classe nº 52). Para isso, é fundamental que ele conheça as possibilidades de serviços e programas que a unidade de saúde oferece e o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde disponíveis na região (Mendes, 2011; Brasil, 2013b). Em situações agudas ou crônicas agudizadas, por exemplo, é necessário que o profissional viabilize que o usuário seja atendido, realizando a intervenção necessária (e.g., manobras de suporte básico à vida), ou encaminhando para o profissional ou nível de atenção adequado.

A interação entre as três subclasses gerais de comportamentos “Identificar as necessidades de saúde individuais do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele”, “Ordenar prioridades de atendimento, com base nos critérios de risco e vulnerabilidade” e “Viabilizar que o usuário tenha acesso ao atendimento adequado às necessidades de saúde identificadas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade” constitui o processo nomeado na atenção primária como “acolhimento”. O acolhimento, como processo, envolve desde o momento de recebimento do usuário, até o direcionamento dele ao atendimento adequado (Brasil, 2013b). As três primeiras subclasses gerais que compõem a dimensão “Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário” são constituídas por classes de comportamentos envolvidas no processo de recebimento do usuário, avaliação das condições de saúde e encaminhamento do usuário ao atendimento adequado. Essas subclasses gerais de comportamentos estão diretamente envolvidas no processo de acolhimento, mas também podem ser requeridas em outros momentos da atuação do profissional na atenção primária (e.g. intervenção direta do profissional).

Em uma perspectiva analítico comportamental, considerando o comportamento como interação entre eventos antecedentes, respostas e eventos consequentes (Skinner, 1953/2003), é possível identificar que as informações produzidas como consequências às classes de comportamentos que constituem a subclasse geral “Identificar as necessidades de saúde individuais do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele”, tornam-se estímulos antecedentes para “Ordenar prioridades de atendimento, com base nos critérios de risco e vulnerabilidade” (e.g., as informações sobre as condições de saúde dos usuários, consequências para as classes de comportamentos da subclasse geral “Identificar as necessidades de saúde individuais do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele”, tornam-se estímulos antecedentes para que o profissional possa ordenar prioridades de atendimentos de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade). As informações decorrentes da identificação de necessidades de saúde do usuário e da ordenação das prioridades de atendimento de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade, por sua vez, tornam-se estímulos antecedentes para “Viabilizar que o usuário tenha acesso ao atendimento adequado às necessidades de saúde identificadas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade” (e.g., a ordenação de prioridades de atendimento torna-se estímulo antecedente para encaminhar o usuário para o atendimento com urgência). Isso permite identificar que as classes de comportamentos requeridas no cotidiano de atendimento em saúde são interdependentes e, embora estejam classificadas em subclasses gerais e dimensões na presente pesquisa, não acontecem de forma isolada, estando em constante interação.

A partir das informações coletadas no processo de acolhimento, é requerido do profissional “Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde do usuário, considerando os aspectos individuais que influenciam a saúde e condições de vida dele”. Classe de comportamento fundamental, requerida do profissional para a proposição de intervenções humanizadas adequadas ao usuário, é “Conceitualizar o usuário como pessoa

integral, considerando as interações com o meio no qual está inserida” (classe nº 54). A compreensão do usuário como indivíduo, influenciado pelas condições nas quais está inserido, permite não somente identificar os aspectos relacionados à doença, mas também “identificar as potencialidades do usuário para além do sofrimento/doença” (classe nº 57), “identificar aspectos e situações prazerosas do cotidiano do usuário para além do sofrimento/doença” (classe nº 58) e “identificar estratégias de intervenção além da doença, considerando o sofrimento e necessidades do usuário (classe nº 59)”. A identificação dessas condições potenciais dos usuários pode auxiliar na proposição de intervenções personalizadas para ele, com foco nas possibilidades de cada um (Brasil, 2010e).

Em complemento à proposição da intervenção adequada às necessidades de saúde do usuário, é requerido do profissional “Intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma resolutiva e intersetorial, adequando o processo de intervenção às singularidades do indivíduo” (quinta subclasse geral da Tabela 14). A intervenção resolutiva em saúde, adequada às singularidades do usuário, é o objetivo final da atuação humanizada com o indivíduo. A resolutividade se refere à capacidade de “resolver problemas de saúde” de forma efetiva, provocando resultados que alterem a problemática individual ou coletiva identificada (Chaves et al., 2023). Exemplos de classes de comportamentos que propõem práticas resolutivas na atenção primária são “Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação de gravidade do caso realizada” (classe nº 70), “Intervir de forma a promover a resolução dos problemas de saúde dos usuários durante as práticas terapêuticas” (classe nº 74) e “Intervir sobre os aspectos que influenciam a produção de doenças” (classe nº 80). Com foco na resolutividade, o profissional intervém buscando atender grande parte da demanda de atendimento que chega na atenção primária à saúde, de acordo com os recursos e tecnologias disponíveis (Mendes et al., 2019).

Outro aspecto importante da intervenção humanizada resolutiva na atenção primária é a intersectorialidade. A intersectorialidade se refere à integração e complementaridade de serviços em saúde, como estratégia de cuidado em rede que prioriza a parceria, a ação conjunta e união de todos os setores para a resolução de problemas comuns (Mendonça & Lanza, 2021). A atuação intersectorial, na atenção primária, é realizada entre diversos setores que fazem parte da intervenção, como a equipe de saúde, “outras políticas públicas” (classe nº 86), “movimentos sociais” (classe nº 87) e “outros níveis de atenção” (classe nº 88). A intervenção conjunta entre os setores responsáveis pelo atendimento ao usuário, permite que o usuário seja atendido de forma integral, ampliando as possibilidades de resolução das necessidades de saúde apresentadas. Embora não seja um comportamento descrito nas classes propostas de acordo com as fontes de informação selecionadas para a presente pesquisa, conhecer as redes de atenção em saúde é essencial para que o profissional de saúde possa intervir de forma intersectorial, resolutiva e integrada aos demais serviços de saúde (Mendes, 2011).

Aspectos requeridos do profissional para atuar de forma humanizada no contexto da atenção primária, tanto no acolhimento, como na proposição e execução da intervenção, são a comunicação clara e acolhedora com o usuário e a inserção dele nas decisões sobre a intervenção. As subclasses gerais de comportamentos “Comunicar-se com o usuário de forma clara, acessível, acolhedora e informativa, sobre o atendimento às necessidades de saúde dele” (sexta subclasse geral da Tabela 14) e “Inserir o usuário nos processos de elaboração e implementação da intervenção em saúde” (sétima subclasse geral da Tabela 14), por envolverem aspectos que constituem as relações entre profissionais e usuários, são enfatizadas pelos usuários como elementos importantes de um atendimento humanizado (Brehmer & Verdi, 2010; Guedes et al., 2013). Pesquisas empíricas demonstraram que aspectos envolvidos na relação entre profissionais e usuários são relacionados pelos usuários

a variáveis que constituem um atendimento humanizado e à satisfação em relação ao atendimento em saúde. Mães de crianças atendidas na atenção primária em Natal/RN apontaram que a explicação clara sobre o que está sendo realizado com a criança, a participação durante a consulta e a promoção de autonomia do usuário são fatores que “humanizam” o atendimento (De Lima et al., 2013). Variáveis relativas à educação, gentileza, capacidade de escutar e entender o paciente foram associadas ao nível de satisfação dos usuários ao atendimento no Programa de Saúde da Família na unidade de saúde de atenção primária de um município de Minas Gerais (Cotta et al., 2005). As variáveis apontadas pelos usuários estão relacionadas à comunicação e à inserção do usuário no processo de atendimento em saúde.

Compreender as variáveis que influenciam as relações interpessoais entre profissionais e usuários, no contexto da atenção primária à saúde, envolve compreender as interações comportamentais entre indivíduos. Os comportamentos são mantidos pelas consequências produzidas por eles: consequências reforçadoras aumentam a probabilidade de um comportamento voltar a ser apresentado em condições semelhantes às quais foi apresentado, enquanto consequências aversivas diminuem a probabilidade de emissão de um determinado comportamento (Sidman, 1989/2009). De acordo com Catania, (1999), eventos reforçadores e aversivos são relativos (e.g., o que é reforçador para um indivíduo pode não ser para outro, e o que é aversivo para um indivíduo pode não ser para outro), e são influenciados pelas condições nas quais estão inseridos (e.g., quando o indivíduo está com fome, comer algo agradável ao paladar pode ser reforçador, enquanto comer algo geralmente agradável ao paladar quando está com náuseas possivelmente seja um evento aversivo). As interações entre usuários e profissionais, como interações comportamentais, envolvem indivíduos que possuem histórias de vida e de reforçamento singulares. Ao “identificar possibilidades de diálogo que produzam a participação ativa do usuário no tratamento”

(classe nº 97), é necessário que o profissional esteja sob controle das variáveis individuais e culturais envolvidas na comunicação com o usuário, manejando condições que produzam o aumento da probabilidade de participação do usuário no tratamento e o atendimento eficaz em saúde.

Quando o usuário busca pelo atendimento às necessidades de saúde, está possivelmente inserido em alguma condição aversiva (e.g., dores, desconfortos, sintomas, vulnerabilidades sociais) e, portanto, com alguma demanda a ser atendida. Possíveis reforçadores para as solicitações do usuário (e.g., “estou doente, preciso de ajuda”, “preciso de remédio para tirar a dor”, “o que eu tenho, doutor?”) serão as informações sobre a condição de saúde e o tratamento dele, bem como a intervenção adequada às necessidades apresentadas por ele. Classes de comportamentos que constituem a subclasse geral “Comunicar-se com o usuário de forma clara, acessível, acolhedora e informativa, sobre o atendimento às necessidades de saúde dele” estabelecem contingências que favorecem a produção de reforçadores nas relações estabelecidas entre o profissional e o usuário, por meio da comunicação das informações sobre a condição de saúde do usuário e sobre a intervenção. Exemplos são “Comunicar-se de forma acessível com o usuário a fim de garantir compreensão da linguagem utilizada” (classe nº 118), “Apresentar informações ao usuário do serviço de saúde sobre seu processo de atendimento de forma acessível” (classe nº 101), “Responder às dúvidas dos usuários nas ações coletivas de saúde” (classe nº 117), que visam aumentar a probabilidade de engajamento e de acesso à informação, por meio de uma comunicação adequada às condições de compreensão do usuário.

O acesso às informações sobre a intervenção e o funcionamento do serviço de saúde é fundamental para que o usuário tenha condições suficientes para executar as orientações profissionais e buscar pelo atendimento de forma adequada nos serviços de saúde. Schimith et al. (2012) identificaram, a partir de uma revisão integrativa, que a linguagem utilizada nos

serviços de saúde é uma variável diretamente envolvida na compreensão do usuário sobre as informações fornecidas (e.g., uma linguagem técnica pode não oferecer acessibilidade de informações suficientes ao usuário, para que ele seja capaz de executar as instruções médicas sobre o tratamento) e na adesão ao tratamento. Condutas que podem viabilizar condições para que o usuário tenha acesso às informações necessárias são “Investigar se a informação foi compreendida de forma correta pelo usuário” (classe nº 107), “Alinhar as expectativas sobre o tratamento com o usuário” (classe nº 106), “Descrever os possíveis riscos do tratamento para o usuário” (classe nº 105) e “Compartilhar com o usuário os diagnósticos e condutas em saúde” (classe nº 104). Ao apresentar informações ao usuário, é necessário que o profissional esteja sensível às condições de compreensão dele e dos acompanhantes, adequando a linguagem de acordo com as necessidades identificadas.

Além de ter acesso às informações relevantes sobre o atendimento, é necessário que o usuário seja inserido nas decisões sobre a intervenção e participe das delimitações sobre o tratamento dele. A subclasse geral de comportamentos “Inserir o usuário nos processos de elaboração e implementação da intervenção em saúde” (sétima subclasse geral apresentada na Tabela 14) apresenta classes de comportamentos requeridas do profissional em diversos momentos da intervenção, que proporcionam a participação do usuário nos processos de decisões sobre a intervenção dele. Essa participação pode acontecer desde o momento em que o profissional identifica “com o usuário estratégias de enfrentamento para os problemas dele” (classe nº 119), até a elaboração das propostas terapêuticas de forma dialogada com o usuário. Para isso, é requerido “oportunizar que o usuário discuta e decida com a equipe sobre o tratamento” (classe nº 126) e “modificar a proposta terapêutica com o usuário sempre que necessário” (classe nº 131). A interação com o usuário, conduzida de forma participativa, tem potencial para produzir intervenções resolutivas, que diminuam as discrepâncias entre o

que é prescrito pelo profissional e o que é executado pelo usuário e aumentem a autonomia e engajamento do indivíduo no tratamento (Brasil, 2010e).

A dimensão “Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário” é constituída de comportamentos relevantes para a atuação humanizada do profissional no contexto da atenção primária à saúde. No entanto, de acordo com as fontes de informações consultadas na presente pesquisa, há outras dimensões que compõem a intervenção nesse contexto, como a “Intervenção sobre as necessidades de saúde da comunidade” (Tabela 15) e “Aspectos individuais do profissional envolvidos na relação dele com a intervenção e com a equipe de saúde” (Tabela 16).

Ao intervir sobre as necessidades de saúde da comunidade, são requeridas do profissional as subclasses gerais “Identificar as necessidades de saúde da comunidade”, “Viabilizar o desenvolvimento de intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade”, “Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade” e “Intervir sobre as necessidades de saúde da comunidade”. É possível identificar que os comportamentos requeridos do profissional para intervir nas necessidades coletivas de saúde são semelhantes, em nomeação, aos comportamentos requeridos para intervir nas necessidades individuais. No entanto, as condições envolvidas no âmbito individual são distintas das condições que estão inseridas no âmbito da saúde coletiva. Na intervenção individual com o usuário, é necessário que o profissional esteja sob controle de aspectos sobre o indivíduo e as condições de vida nas quais está inserido para propor intervenções e intervir sobre as necessidades de saúde (Brasil, 2010e). Na intervenção com a comunidade, por outro lado, é necessário que o profissional avalie o contexto macro no qual a comunidade está inserida e as necessidades de saúde que existem em comum aos integrantes dela, para propor intervenções e intervir sobre as necessidades de saúde coletivas.

Nas ações de saúde coletiva, é importante que o planejamento das intervenções seja compartilhado com os “sujeitos coletivos” de forma horizontal, evitando desequilíbrio nas relações de poder e culpabilização pelos problemas enfrentados (Brasil, 2010c). No processo de elaboração da intervenção sobre as necessidades de saúde da comunidade, podem estar envolvidos os usuários e trabalhadores da equipe de saúde (e.g., classe nº 140: Identificar estratégias de intervenção para as necessidades da comunidade, considerando os interesses dos trabalhadores e usuários), bem como gestores (e.g., classe nº 145: Organizar espaços coletivos de interação entre gestores, trabalhadores e usuários) e profissionais de outros níveis de atenção (classe nº 142: Elaborar projetos terapêuticos para a comunidade em conjunto com especialistas de outros níveis de atenção), a depender das necessidades identificadas. O desenvolvimento das intervenções coletivas, elaborado de forma compartilhada com os indivíduos e grupos envolvidos na vivência das necessidades de saúde e na execução da intervenção com a comunidade, possibilita contemplar aspectos que tornem as intervenções viáveis e resolutivas.

Embora as intervenções coletivas tenham potencial para facilitar a comunicação entre profissionais e usuários, proporcionar o acompanhamento dos usuários ao longo do tempo e a criação de vínculos e reduzir o tempo para esclarecimentos sobre atendimentos que envolvem demandas semelhantes, nem sempre são alternativas utilizadas nos serviços de saúde (Furlan & Campos, 2014). As práticas de grupos, de acordo com Maffaccioli e Lopes (2011), podem ser utilizadas como recursos para a troca de informações e aprendizados sobre aspectos relacionados à doença, para a vinculação entre os usuários do serviço e como complemento a outras condutas assistenciais, em unidades de atenção primária à saúde. Podem produzir como consequências a “potencialização das redes de solidariedade na comunidade” (classe nº 165), o “diálogo não hierárquico” (classe nº 166) e o “compartilhamento de estratégias de enfrentamento e resoluções de problemas entre usuários” (classe nº 170). A temática da

elaboração e execução de ações coletivas na atenção primária, embora não tenha sido amplamente abordada nas fontes de informações consultadas na presente pesquisa, envolve aspectos importantes para a atuação humanizada do profissional nesse contexto.

Além das classes de comportamentos relativas a intervenções coletivas de saúde e intervenções individuais com o usuário, há aspectos do próprio profissional que podem influenciar no desenvolvimento da intervenção. A dimensão “Aspectos individuais do profissional envolvidos na relação dele com a intervenção e com a equipe de saúde” é composta por duas subclasses gerais de comportamentos, que se referem, respectivamente, a “Comunicar-se de forma interdisciplinar com os outros profissionais da equipe de saúde” e “Avaliar aspectos sobre si mesmo que podem interferir no atendimento em saúde aos usuários”. Aspectos como os valores individuais do profissional e o relacionamento do profissional com os outros integrantes da equipe podem influenciar no desenvolvimento da intervenção, bem como nas decisões que serão tomadas durante a intervenção (Brasil, 2010c; Brasil, 2010e; Marcolini et al., 2022).

A comunicação interdisciplinar com a equipe é um fator importante na intervenção humanizada, visto que a partir do reconhecimento da importância que cada profissional tem no processo de intervenção, se torna possível viabilizar um trabalho em equipe que colabore na produção do cuidado integral à saúde do usuário e da comunidade. A interdisciplinaridade na atuação em saúde se refere ao trabalho em equipe, resultante da cooperação entre saberes, disciplinas e áreas de atuação de cada profissional na execução de uma intervenção conjunta (Guimarães & Branco, 2020). Na atuação interdisciplinar a equipe conhece a área de atuação de cada profissional e valoriza a participação de cada especialidade na produção do cuidado em saúde, buscando integrar conhecimentos para promover o cuidado (Pavoni & Medeiros, 2009). São requeridos do profissional, para comunicar-se de forma interdisciplinar com a equipe, comportamentos como “Corresponsabilizar-se pelo atendimento ao usuário junto à

equipe” (classe nº 155), “Dialogar com os profissionais de saúde de diferentes áreas e especialidades a fim de enriquecer o diagnóstico e o cuidado com o usuário” (classe nº 151) e “Identificar as contribuições das diferentes especialidades de saúde para as necessidades do usuário de modo a promover um tratamento adequado às necessidades do usuário” (classe nº 150).

Além da comunicação interdisciplinar, aspectos referentes ao autoconhecimento do profissional também parecem ser relevantes. A subclasse geral “Avaliar aspectos sobre si mesmo que podem interferir no atendimento em saúde aos usuários” insere o profissional não somente como direcionador de condutas em saúde, mas como “pessoa” na relação com o usuário. Classes de comportamentos como “identificar as próprias dificuldades para lidar com os sofrimentos envolvidos no trabalho em saúde” (classe nº 160), “identificar os próprios sentimentos em relação à intervenção em saúde” (classe nº 161) e “identificar os próprios sentimentos gerados no contato com o usuário” (classe nº 162) evidenciam que é necessário que o profissional consiga identificar os próprios comportamentos encobertos, que influenciam na relação dele com o usuário e com a intervenção. Profissionais atuantes em equipes de Estratégia da Saúde da Família relataram que se sentem incapacitados para lidar com alguns tipos de demandas na atenção primária, enfrentando dificuldades para lidar com a demanda e receios no contato com os usuários (Pereira et al., 2020). Estudos demonstram a predominância de estresse entre profissionais da saúde (Carvalho e Malagris, 2007) e a correlação entre a atuação na atenção primária e apresentação da síndrome de *Bornout* (Pereira, 2011). Identificar os próprios sentimentos e comportamentos encobertos, nesse contexto, é importante para que o profissional compreenda como eles interferem na relação com o usuário, sendo também recurso para a promoção de saúde do próprio trabalhador.

Nos documentos publicados pelo Ministério da Saúde, utilizados como fontes de informação para a presente pesquisa, não foram contemplados aspectos importantes sobre os

desafios enfrentados pelo profissional no cotidiano de intervenção. Em um estudo desenvolvido com trabalhadores da saúde das cinco regiões geográficas do Brasil, foi evidenciado que desafios como a sobrecarga decorrente da grande jornada de trabalho com alta demanda de atendimentos, formato da gestão, condições de trabalho (estrutura física e instrumentos), falta de valorização profissional, relações interpessoais entre a equipe e a postura de desrespeito do usuário, estão presentes no cotidiano do atendimento, e causam insatisfação dos profissionais (Soratto et al., 2017). Desafios como a infraestrutura precária, escassez de equipamentos e recursos financeiros, sobrecarga de trabalho, gestão do serviço, ausência de formação, bem como dificuldades na articulação das redes de saúde e na execução da intersetorialidade, são apontados por profissionais de saúde que atuam na atenção primária como fatores que influenciam na exequibilidade da política de saúde (Arantes et al., 2016; Mendes, 2019; Sobrinho & Santos, 2021). O planejamento de condições para o desenvolvimento de comportamentos referentes à atuação humanizada envolve também essas variáveis de influência, que não foram contempladas nas fontes de informação da presente pesquisa, mas que influenciam diretamente a atuação dos profissionais na atenção primária. Além disso, esses desafios envolvem condições que podem competir com as condições descritas nas classes de comportamentos propostas na presente pesquisa.

Com base nos resultados da presente pesquisa, intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde no contexto da atenção primária requer do profissional a apresentação de diferentes comportamentos em diferentes momentos e situações da intervenção. De acordo com as informações que constituem as classes de comportamentos propostas nesse estudo, a conceitualização do usuário como indivíduo, influenciado por aspectos biológicos, sociais, históricos e culturais é a base para uma intervenção humanizada. Ao conceitualizar o usuário como indivíduo, é possível identificar quais são as variáveis que influenciam a saúde dele

individualmente, de que forma se comunicar com esse indivíduo para aumentar a probabilidade de compreensão e de adesão ao tratamento e de que forma interagir com esse usuário para garantir que ele seja respeitado e tenha suas necessidades de saúde atendidas adequadamente. Além disso, é a partir das necessidades individuais de saúde e da identificação de quais variáveis estão envolvidas no processo de adoecimento do indivíduo que será possível elaborar e executar a intervenção adequada, inserindo o usuário e os demais profissionais nas decisões sobre a intervenção, sempre que necessário. O mesmo princípio se aplica à comunidade, enquanto grupo de indivíduos com características e contextos de influência à saúde em comum. Essas condições contribuem para a resolutividade na atenção à saúde, o aumento do acesso do usuário ao atendimento adequado e a melhoria na qualidade do atendimento ao usuário, resultados esperados pela PNH com a implementação dos princípios e diretrizes estabelecidos pela política (Brasil, 2010e).

Ao intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma humanizada, o profissional da atenção primária atua também de forma indireta sobre o funcionamento de toda a rede de atenção à saúde. Mendes et al. (2012) aponta que para que a atenção primária à saúde seja efetiva, eficiente e de qualidade, é necessário sejam desempenhadas três funções: resolubilidade (capaz de atender a mais de 90% dos problemas da população), comunicação (atuar como centro de comunicar das redes de atenção à saúde, ordenando os fluxos de pessoas e de informações) e responsabilização (pelo conhecimento, relacionamento e cuidado dos usuários). As classes de comportamentos propostas neste estudo direcionam comportamentos a serem apresentados pelos profissionais de saúde que contribuem na execução dessas três funções essenciais da atenção primária à saúde.

Com base nas informações coletadas e discutidas ao longo deste trabalho, é possível sugerir adequações na nomeação da classe geral de comportamentos examinada. Na subclasse geral de comportamentos “Viabilizar que o usuário tenha acesso ao atendimento

adequado às necessidades de saúde identificadas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade” foi identificado que nem sempre o profissional precisará intervir diretamente sobre as necessidades de saúde do usuário, mas sim sobre o processo de atendimento dele. Mendes et al. (2019, p. 75) define processo como “um conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas numa sequência determinada, vão conduzir a um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e das expectativas das partes interessadas”. O processo de atendimento em saúde está sendo considerado aqui como o momento desde o primeiro contato com o usuário, até o atendimento das necessidades de saúde dele. Além disso, é possível identificar de acordo com a subclasse geral “Intervir sobre as necessidades de saúde da comunidade” que serão requeridos do profissional comportamentos também na intervenção coletiva. Sendo assim, uma proposta mais completa de nomeação de classe geral de comportamentos, para direcionar pesquisas futuras e contemplar de forma mais completa os aspectos envolvidos na atuação do profissional nesse contexto é “Intervir de forma humanizada sobre o processo de atendimento às necessidades de saúde do usuário e da comunidade, no contexto da atenção primária à saúde”.

Considerações Finais

A partir dos pressupostos da PCDC, foi possível propor 166 classes de comportamentos que constituem a classe geral “Intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária”. A descrição dessas classes de comportamentos, de forma clara, precisa, concisa e objetiva apresenta contribuições para a atuação do profissional de saúde inserido no contexto da atenção primária à saúde, ao especificar o que o profissional precisa estar apto a fazer para intervir de forma humanizada nesse contexto. É esperado, por meio do presente estudo, proporcionar visibilidade sobre o fenômeno a gestores, de forma a auxiliar no planejamento e execução de

ações em saúde, e a usuários, como forma de facilitação da compreensão dos direitos em saúde.

Em decorrência da natureza das fontes de informações utilizadas, foram necessárias adequações metodológicas que envolveram a delimitação de critérios para a correção da linguagem utilizada na nomeação de componentes de comportamentos, derivação de componentes de comportamentos e classificação das classes de comportamentos, que podem auxiliar na delimitação metodológica de pesquisas futuras em PCDC desenvolvidas em condições semelhantes.

O presente estudo permitiu a proposição de classes de comportamentos que compõem três dimensões da intervenção humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário: A “Intervenção sobre as necessidades de saúde do usuário”, “Intervenção sobre as necessidades de saúde da comunidade” e “Aspectos individuais do profissional envolvidos na relação dele com a intervenção e com a equipe de saúde”. A intervenção individual com o usuário foi a dimensão mais explorada na presente pesquisa e, a partir dos dados coletados, foi possível identificar que para intervir de forma humanizada é necessário que o profissional conceitualize o usuário como indivíduo, influenciado pelas condições nas quais está inserido e, a partir disso, colete informações relevantes sobre as condições de saúde do usuário, para planejar intervenções individualizadas. Além disso, foi possível identificar que a intervenção resolutiva em saúde, adequada às singularidades do usuário, é o objetivo final da atuação humanizada com o indivíduo.

São necessárias investigações mais detalhadas em relação às dimensões de intervenção sobre as necessidades de saúde da comunidade e aspectos individuais do profissional que interferem na intervenção. Foram utilizados os documentos publicados pelo Ministério da Saúde como fontes de informação, os quais não contêm informações suficientes sobre intervenções no âmbito da saúde coletiva e sobre os desafios e situações problema

enfrentadas pelo profissional no cotidiano do serviço. Além disso, não contemplam aspectos envolvidos na política pública, como o financiamento, recursos, gestão do trabalho e estrutura da organização, que podem influenciar de forma direta a atuação do profissional e as condições nas quais ele está inserido em sua atuação. Outra possibilidade de continuidade da pesquisa se refere à ausência de informações sobre os processos de gestão e formação, aspectos que também constituem a intervenção humanizada (Brasil, 2013c; Marcolini et al., 2022). São necessárias pesquisas que contemplem de forma mais abrangente os demais aspectos envolvidos na atuação humanizada do profissional de saúde na atenção primária, para uma elucidação de outras variáveis que podem estar envolvidas e que podem influenciar de forma direta essa atuação.

A proposição das classes de comportamentos que constituem a classe geral “Intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária” pode auxiliar na programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos relevantes nesse contexto. As classes de comportamentos propostas não foram classificadas de acordo com as especificidades envolvidas na atuação de cada especialidade profissional da atenção primária, sendo indicada uma etapa de seleção de quais classes de comportamentos se referem à atuação de cada classe profissional envolvida nesse contexto. A partir da proposição das classes de comportamentos, é possível o desenvolvimento de outras etapas da PCDC, como a construção, aplicação e avaliação de programas de ensino (Botomé, 1981; Kubo & Botomé, 2001; Kienen et al., 2013; Kienen et al., 2021), por meio dos quais possam ser desenvolvidos comportamentos que colaborem na execução da política e na garantia do direito à saúde.

Referências

- Arantes, L. J., Shimizu, H. E. & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1499-1509.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?format=pdf&lang=pt>.
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., & França-Júnior, I. (2017). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. Em Campos, C. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., De Carvalho, Y. M. (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 345-418).
- Barboza, B. C., Sousa, C. A. L. S. C., & Moraes, L. A. D. S. (2020). Percepção da equipe multidisciplinar acerca da assistência humanizada no centro cirúrgico. *Rev. SOBECC*, São Paulo, 25(4), 212-21. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/611>.
- Bordignon-Luiz, F., & Botomé, S. P. (2017). Avaliação de objetivos de ensino de História a partir da contribuição da Análise do Comportamento. *Acta Comportamentalia*, 25(3), 329-346. <https://revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/61630>.
- Botomé, S. P. (1981). *Objetivos comportamentais no ensino: a contribuição da análise experimental do comportamento* [Tese Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo].
- Botomé, S. P. (2001) Sobre a noção de comportamento. Em H. P. M. Feltes & U. Zile. (Orgs.) *Filosofia: diálogo de horizontes* (Pp. 685-708) Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Brasil. (2004a). *Acolhimento com avaliação e classificação de risco*. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-executiva, Brasília.
<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Acolhimento.pdf>.
- Brasil. (2004b). *Ambiência*. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-executiva.
<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Ambiencia.pdf>.

Brasil. (2004c). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – A humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as circunstâncias do SUS*. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva, Brasília.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.

Brasil. (2004d). *Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva, Brasília.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf.

Brasil. (2007). *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. Ministério da Saúde, Brasília.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf.

Brasil. (2010a). *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília.

<https://redehumanizasus.net/acervo/acolhimento-e-classificac%CC%A7a%CC%83o-de-risco-nos-servic%CC%A7os-de-urge%CC%82ncia/>.

Brasil. (2010b). *Cadernos HumanizaSUS: Formação e Intervenção*. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília.

<https://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-1-formac%CC%A7a%CC%83o-e-intervenc%CC%A7o%CC%83es/>.

Brasil. (2010c). *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Ministério da Saúde, Brasília.

<https://redehumanizasus.net/acervo/clinica-ampliada-e-compartilhada/>.

Brasil. (2010d). *Gestão Participativa e Co-gestão*. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília. <https://redehumanizasus.net/acervo/gesta%CC%83o-participativa-e-co-gesta%CC%83o/>.

- Brasil. (2010e). *O HumanizaSUS na Atenção Básica*. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília. <https://redehumanizaus.net/acervo/o-humanizaus-na-atenc%cc%a7a%cc%83o-basica/>.
- Brasil. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Ministério da Saúde (MS), Brasília. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf.
- Brasil. (2013a). *Acolhimento à Demanda Espontânea*. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde (vol.1). Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília. bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
- Brasil. (2013b). *Acolhimento à demanda espontânea– Queixas mais comuns na Atenção Básica*. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde (vol.2). Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf.
- Brasil. (2013c). *Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)*. Ministério da Saúde (MS), Brasília. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
- Brasil. (2014). *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento*. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará, Brasília. https://redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.
- Brehmer, L. C. D. F., & Verdi, M. (2010). Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3569-3578.

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sc/v15s3/v15s3a32.pdf.

Carrara, K. (2020). *Contingencialismo, comportamento e políticas públicas*. Chiado Brasil.

Carvalho, M. S. (2003). A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988. *Revista de direito Sanitário*, 4(2), 15-31.

<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181/84812>.

Cassiano, A. N., Araujo, M. G., de Holanda, C. S. M., & de Souza Costa, R. K. (2015).

Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)*, 7(1), 2051-2060. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26715>.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição* (4ª ed).

Artmed. (Trabalho original publicado em 1998).

Chaves, A. C. C., Scherer, M. D. A., & Conill, E. M. (2023). O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão integrativa da literatura, 2010-2020. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(9), 2537-2551.

<https://www.scielo.br/j/csc/a/FJw8WFrRVyY6X9tsMkc7qXk/?format=pdf&lang=pt>.

Cianca, B. C., Panosso, M. G., & Kienen, N. (2020). Programação de Condições para Desenvolvimento de Comportamentos: Caracterização da produção científica brasileira de 1998-2017. *Rev. Perspectivas em Análise do Comportamento*, 11(2), 114-136. <https://revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/661>.

Claus, S. M. (1997). *Comportamentos a desenvolver na formação do enfermeiro para o trabalho com planejamento de ações de saúde*. [Dissertação Mestrado, Universidade Federal de São Carlos].

- Cotta, R. M. M., Marques, E. S., Maia, T. D. M., Azeredo, C. M., Schott, M., Franceschini, S. D. C. C., & Priore, S. E. (2005). A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Medica*, 15(4), 227-234.
- De Brito Guimarães, B. E., & Branco, A. B. D. A. C. (2020). Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: Pesquisa bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 143-155. <https://www.redalyc.org/journal/6098/609864065011/609864065011.pdf>.
- De Carvalho, L. & Malagris, L. E. N. (2007). Avaliação do nível de *stress* em profissionais da saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 7(3), 570-582. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/10881/8563>.
- De-Farias, A. K. C. R., & Kirchner, L. F., (2022). Níveis de atenção primário, secundário e terciário: contextos para a aplicação da análise do comportamento. In A. K. C. R. de-Farias & L.F. Kirchner. (Orgs.) *Análise do Comportamento Aplicada na Atenção Primária, Secundária e Terciária*. (pp. 1-17). Editora Artmed.
- De Lima, K. Y. N., Monteiro, A. I., dos Santos, A. D. B., & Teixeira, G. B. (2013). Visão de mães sobre a humanização no atendimento da criança na atenção primária à saúde. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 546-551. <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483649281019.pdf>
- De Luca, G. G. (2008). *Características de componentes de comportamentos básicos constituintes da classe geral de comportamentos denominada "avaliar a confiabilidade de informações"*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina].
- De Luca, G. G. (2013). *Avaliação da eficácia de um programa de contingências para desenvolver comportamentos constituintes da classe geral "avaliar a confiabilidade de informações"*. [Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina].

- Fagundes, A. J. da F. M. (2015). *Descrição, definição e registro de comportamentos* (17 ed.). São Paulo: EDICON.
- Fernandes, D. M. (2022). Estado, Políticas Públicas e Análise do Comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 24, 1-21.
<https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/1629>.
- Ferreira, V. D. R. S., & Medeiros, J. J. (2016). Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas. *Cadernos EBAPE. BR*, 14, 776-793.
- Furlan, P. G., & Campos, G. W. S. (2012). Os grupos na atenção básica à saúde. In Brasil. *Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica*. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília. <https://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-2-atenc%cc%a7a%cc%83o-basica/>.
- Guedes, M. V. C., Henriques, A. C. P. T., & Lima, M. M. N. (2013). Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 31-37. scielo.br/j/reben/a/ntFtXDpDYYV6Fbpgtp6gfBc/?format=pdf&lang=pt.
- Kienen, N. (2008). *Classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir, por meio de ensino, sobre fenômenos e processos psicológicos, derivadas a partir das diretrizes curriculares, da formação desse profissional e de um procedimento de decomposição de comportamentos complexos*. [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina]. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/92016>.
- Kienen, N., Kubo, O. M., & Botomé, S. P. (2013). Ensino programado e programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos: alguns aspectos no desenvolvimento de um campo de atuação do psicólogo. *Acta Comportamentalia*, 21(4), 481-494. <https://www.redalyc.org/pdf/2745/274528983006.pdf>.

Kienen, N., Panosso, M. G., Nery, A. G. S., Waku, I., & dos Santos Carmo, J. (2021).

Contextualização sobre a Programação de Condições para Desenvolvimento de Comportamentos (PCDC): Uma experiência brasileira. *Rev. Perspectivas em Análise do Comportamento*, 12(2), 360-390.

<https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/818>

Kubo, O. M., & Botomé, S. P. (2001). Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. *Interação em Psicologia*, 5.

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (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.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.

Lopes, V. D. (2020). *Treinamento de pais: comportamentos para promover a aprendizagem de comportamentos cooperativos em crianças com TEA*. [Dissertação Mestrado, Universidade Estadual de Londrina].

Maffaccioli, R., & Lopes, M. J. M. (2011). Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 973-982. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16suppl1/973-982/pt>.

Marcolini, J. V., Sáhão, F. T., & Kienen, N. (2022). Prática humanizada: comportamentos a constituírem a atuação de profissionais nos serviços de saúde. Em de-Farias, A. K. C. R., & Kirchner, L. F. (Orgs), *Análise do Comportamento Aplicada na Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde* (pp. 53 a 74). Editora Artmed.

Marque, F. C., Dias, I. M. V., & Azevedo, L. (2006). A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Escola Anna Nery*, 10, 439-447.

<https://www.scielo.br/j/ean/a/gYVrMJVRRdtYbnMzCPgbTzw/?lang=pt>.

- Maynard, W. H. C., Albuquerque, M. C. S., Brêda, M. Z., Jorge, J. S. (2014). A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 300-304.
<https://www.scielo.br/j/ape/a/GbQ3nnHqHpPTSzm8JX4Jdqf/?format=pdf&lang=pt>.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
https://www.cff.org.br/userfiles/19 - MENDES, E _ V _ As redes de aten%C3%A7%C3%A3o %C3%A0 sa%C3%BAde .pdf.
- Mendes, E. V., De Matos, M. A. B., Evangelista, M. J. O., Barra, R. P. (2019). *A construção social da atenção primária à saúde* (2 ed.). Conselho Nacional de Secretários de Saúde--CONASS. <https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-APS-2-edicao-1.pdf>.
- Mendonça, E. M., & Lanza, F. M. (2021). Conceito de saúde e intersetorialidade: implicações no cotidiano da atenção primária à saúde. *Rev. Psicologia e Saúde*, 13(2), 155-164.
<https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1090/1247>.
- Mielke & Olschowsky. (2011). Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Escola Anna Nery*, 15(4), 762-768.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/Wcw7dvnNgJ4kJqhmFzMp85d/?format=pdf&lang=pt>.
- Moraes, A. N. D. D., & Silva, G. S. N. D. (2020). Travestis e o cuidado humanizado em saúde. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 26(2), 175-187.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672020000200006.
- Moreira, M. A. D. M., Lustosa, A. M., Dutra, F., Barros, E. D. O., Batista, J. B. V., & Duarte, M. C. S. (2015). Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3231-3242.
<https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n10/3231-3242/pt/>.

- Oliveira, C. P. D., & Kruse, M. H. L. (2006). A humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 78-83.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/bSJyhTsK5Z3vzpjNs3DQsXq/?format=html&lang=pt>
- Pasche, D. F., & Passos, E. (2008). A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública de Santa Catarina*, 1(1), 92-100.
<http://livroaberto.ibict.br/handle/1/546>.
- Pavoni, D. S., & Medeiros, C. R. G. (2009). Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 265-271.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/3gTHL4jMqBXhtMFLmV4VxhC/?lang=pt>.
- Pereira, D. G. (2011). *Síndrome de burnout em trabalhadores do programa de saúde da família: uma revisão de literatura*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Minas Gerais] <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-9CGGZ2/1/tcc.pdf>.
- Pereira, R. M. P., Amorim, F. F., & Gondim, M. F. N. (2020). A percepção e a prática dos profissionais de Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. *Rev. Interface*, Botucatu, 24(1), 1-17. <https://www.scielo.br/j/icse/a/QcsvKsRhyv3DTrqQy63Gmzp/>
- Rede Humanizasus. (s.d). Acervo Digital de Humanização.
<https://redehumanizasus.net/acervo-digital-de-humanizacao/>.
- Sahão, F. T. (2019). *Saúde mental do estudante universitário: comportamentos que favorecem a adaptação ao ensino superior*. [Dissertação Mestrado, Universidade Estadual de Londrina].
- Santos Sobrinho, A. J. S. & Santos, J. F. (2021). Importância da humanização na adesão dos usuários aos serviços de saúde na atenção primária. *Disciplinarum Scientia*, 22(1), 369-378.
<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/4029/2862>.

- Schimith, M. D., Simon, B. S., Brêtas, A. C. P., & Budó, M. L. P. (2012). Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*, 9(3), 479-503.
<https://www.scielo.br/j/tes/a/SnJzCkTdDnWXqRyd9gt8njB/?format=pdf&lang=pt>.
- Sério, T. M. A. P., Andery, M. A., Gioia, P. S., & Micheletto, N. (2008). *Controle de estímulos e comportamento operante: uma nova introdução*. EDUC.
- Sidman, M., Andery, M. A., & Sério, T. M. (1995). *Coerção e suas implicações*. (M. A. Andery & T. M. Sério, trans.; 2009) Livro Pleno (Livro original publicado em 1998).
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (JC Todorov & R. Azzi, trans.; 11a ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Soratto, J., Pires, D. E. P., Trindade, L. L., Oliveira, J. S. A., Forte, E. C. N., & Melo, T. P. (2017). Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(3), 1-11.
<https://www.scielo.br/j/tce/a/94HTCtXHwtVfGQRwsTfvXGH/?format=pdf&lang=pt>.
- Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*, 20-45.
<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?for>.
- Stédile, N. L. R. (1996) *Prevenção em saúde: comportamentos profissionais a desenvolver na formação do enfermeiro*. [Dissertação Mestrado, Universidade Federal de São Carlos].
- Teixeira, L. A., Soares, L. C., de Brito, V. P., Carrijo, A. M. M., Souza, M. G., & de Oliveira, S. V. (2020). A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. *Revista de Atenção à Saúde*, 18(65).
https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7009/3173.

Versoza-Carvalho, C. S. (2021). *Diálogos entre a teoria dos direitos fundamentais e a análise do comportamento na elaboração de políticas públicas*. [Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista]. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/215454>.

Apêndices

Apêndice A

Preenchimento do Protocolo A, referente ao procedimento de identificação, registro, correção de linguagem, derivação de componentes de comportamentos, e nomeação das classes de comportamentos que constituem a classe geral de "intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária"

Brasil. (2010). O Humanizamus na Atenção Básica. Ministério da Saúde (MS), Brasília.					
Nº do trecho	Trecho selecionado dos documentos selecionados como fontes de informação e página do trecho	Classes de estímulos antecedentes	Classes de respostas	Classes de estímulos consequentes	Classes de comportamentos
1	Experiências bem-sucedidas demonstram a potência do SUS e as possibilidades de qualificar a atenção e a gestão. Essas experiências e sua repercussão para gestores, trabalhadores e usuários são frutos de encontros com espaços para trocas, escuta qualificada, respeito à diversidade e às necessidades específicas, individuais e coletivas (p.7)				
2	A saúde, compreendida como direito universal, indica que cada pessoa tem direito de acesso a uma equipe de atenção básica que lhe cuide, com capacidade de se responsabilizar pelos problemas individuais e coletivos de saúde e de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças. A adscrição de pessoas/famílias/áreas às equipes e o acompanhamento	<p>Saúde compreendida como direito universal</p> <p>Direito de acesso do usuário a uma equipe de atenção básica que lhe cuide</p> <p>Problemas individuais de saúde</p> <p>Problemas coletivos de saúde</p>	<p>Corresponsabilizar pelos problemas individuais e coletivos de saúde do usuário</p> <p><i>Corresponsabilizar-se pelos problemas individuais de saúde</i></p> <p><i>Corresponsabilizar-se pelos problemas coletivos de saúde</i></p> <p>Acompanhamento dos <i>Acompanhar os</i></p>	<p><i>Aumento da responsabilização do profissional pelos problemas individuais e coletivos de saúde</i></p> <p>Acesso do usuário a uma equipe de atenção básica que lhe cuide</p> <p>Criação de vínculo terapêutico entre</p>	<p><i>Corresponsabilizar-se pelos problemas individuais de saúde dos usuários</i></p> <p><i>Corresponsabilizar-se com os usuários pelos problemas coletivos de saúde</i></p> <p><i>Identificar variáveis que influenciam na produção de doenças</i></p>

	<p>ao longo do tempo facilitam a criação de vínculo terapêutico. (p.9)</p>	<p>Mecanismos de produção de Variáveis que interferem na produção de doenças</p> <p>Adscrição de pessoas/famílias/ áreas às equipes</p>	<p>usuários ao longo do tempo</p> <p><i>Identificar variáveis que interferem na produção de doenças</i></p> <p>Intervir sobre os mecanismos de produção de as variáveis que interferem na produção de doenças</p>	<p><i>equipes de saúde e usuários</i></p> <p><i>Maior controle do profissional sobre as variáveis que interferem na produção de doenças</i></p>	<p><i>Intervir sobre as variáveis que influenciam a produção de doenças</i></p> <p><i>Monitorar as necessidades de saúde do usuário ao longo do tempo</i></p>
3	<p>Para dar conta de suas responsabilidades, a atenção básica se vale de tecnologias relacionais de elevada complexidade, ou seja, lida com problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas – que dizem respeito aos modos de viver, sofrer, adoecer e morrer no mundo contemporâneo – utilizando poucos equipamentos. Precisa dos múltiplos saberes e práticas desenvolvidas por toda uma equipe de profissionais de saúde na relação com os sujeitos “usuários”. Os espaços da atenção básica favorecem</p>	<p>Responsabilidades da atenção básica</p> <p>Tecnologias relacionais</p> <p>Problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas dos usuários (e.g. modos de viver, sofrer, adoecer e morrer)</p> <p>Poucos equipamentos</p> <p>Múltiplos saberes e práticas desenvolvidos por toda uma pela equipe de profissionais de saúde na relação</p>	<p><i>Identificar com os usuários os problemas complexos do cotidiano (e.g. modos de viver, sofrer, adoecer e morrer)</i></p> <p><i>Intervir em problemas altamente complexos do cotidiano a partir dos múltiplos saberes e práticas desenvolvidos na relação com os usuários</i></p> <p><i>Intervir em problemas altamente complexos do cotidiano dos usuários utilizando</i></p>	<p>Favorecem encontros</p> <p>Interações que podem ser produtivas entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS</p> <p><i>Resolução de problemas conjunta entre profissionais e usuários</i></p>	<p><i>Identificar com os usuários os problemas complexos do cotidiano (e.g. modos de viver, sofrer, adoecer e morrer)</i></p> <p><i>Intervir em problemas complexos do cotidiano dos usuários com poucos equipamentos</i></p> <p><i>Intervir em problemas complexos do</i></p>

	<p>encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS. Para isso, é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades. (p 9/10)</p>	<p>com os sujeitos usuários</p> <p>Considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz <i>Diálogo, convivência e interação entre profissionais e usuários</i></p>	<p><i>tecnologias relacionais</i></p> <p>Lidar com <i>Intervir em</i> problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas dos usuários com poucos equipamentos</p>	<p><i>cotidiano (e.g. modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) por meio do diálogo, convivência e interação com os usuários</i></p>	
4	<p>A atenção básica deve estar conectada aos outros serviços do sistema de saúde, que devem lhe dar retaguarda e apoio, mas responsabilizar-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo, fazendo a gestão compartilhada dos casos mais complicados, que demandem outras tecnologias, sempre que necessário. Este tipo de seguimento facilita a criação e manutenção do vínculo terapêutico. A pactuação clara de responsabilidades entre os diferentes serviços no sistema de saúde, a</p>	<p><i>Conexão da atenção básica</i> com os outros serviços do sistema de saúde</p> <p>Casos mais complicados que demandam outras <i>tecnologias de outros níveis de atenção</i></p> <p>Pactuação clara de responsabilidades entre os diferentes serviços no sistema de saúde</p> <p>Interação entre as <i>equipes de saúde</i></p>	<p>Responsabilizar-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo <i>Monitorar os casos ao longo do tempo</i></p> <p>Fazer a gestão compartilhada dos casos mais complicados, que demandam outras <i>tecnologias de outros níveis de atenção de forma compartilhada</i></p> <p>Cogestão de <i>Gerir de forma compartilhada os recursos existentes</i></p>	<p><i>Responsabilização dos profissionais da atenção básica pelo acompanhamento dos casos</i></p> <p><i>Gestão compartilhada dos casos entre profissionais da atenção básica e outros níveis de atenção</i></p> <p><i>Gestão compartilhada de recursos do</i></p>	<p><i>Monitorar as necessidades de saúde dos casos que demandam tecnologias de outros níveis de atenção ao longo do tempo</i></p> <p><i>Gerir os casos que demandam tecnologias de outros níveis de atenção de forma compartilhada</i></p> <p><i>Gerir os recursos de saúde existentes no território de forma compartilhada com a</i></p>

	interação entre as equipes e a cogestão dos recursos existentes num dado território podem ampliar grandemente as possibilidades de produção de saúde. (p.10)	Recursos existentes num dado território	num dado território	<i>território</i> Criação e manutenção do vínculo terapêutico Ampliação das possibilidades de produção de saúde	<i>equipe de saúde</i>
5	A diversidade de situações vivenciadas na atenção básica requer, ainda, a atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a capacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde. (p.10/11)	Diversidade de situações vivenciadas na atenção básica <i>primária</i> Movimentos sociais Políticas Públicas Práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde	Atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas <i>Intervir de forma intersetorial com os movimentos sociais</i> <i>Intervir de forma intersetorial com as outras políticas públicas</i>	Potencializando a <i>Aumento da capacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde</i>	<i>Intervir de forma intersetorial com os movimentos sociais</i> <i>Intervir de forma intersetorial com as outras políticas públicas</i>
6	Sendo tantos os desafios, como transformar as práticas que desenvolvemos? Como diminuir a fragmentação e lidar com as pessoas em sofrimento ou portadoras de necessidades em vez de só tratar da doença? Como diminuir a assimetria de poderes/saberes entre os profissionais e trabalhar em	Desafios Fragmentação Pessoas em sofrimento Pessoas portadoras de necessidades Demandas/necessidades da comunidade	Lidar com as pessoas em sofrimento ou portadoras de necessidades ao invés de só tratar da doença <i>Intervir</i> <i>Intervir além da doença, considerando o sofrimento e necessidades do usuário</i>	Diminuir a <i>Diminuição da fragmentação</i> Transformar <i>Transformação das práticas que desenvolvemos são desenvolvidas</i> Incluir <i>Inclusão dos</i>	<i>Intervir nas necessidades da comunidade, considerando os interesses dos trabalhadores e usuários</i> <i>Intervir além da doença, considerando o</i>

	<p>equipe? Como incluir os “usuários” como sujeitos de suas próprias vidas, portadores de saberes, de possibilidades? Como trabalhar na atenção básica para atender às demandas/necessidades da comunidade levando em conta também os interesses dos trabalhadores da saúde e dos gestores? (p. 14)</p>	<p>Interesses dos trabalhadores de saúde e gestores</p> <p>Anseios e desejos de cada um dos atores da atenção</p> <p>Práticas existentes</p> <p>Assimetria de poderes/saberes entre profissionais</p>	<p>Atender às demandas/necessidades da comunidade</p> <p>Lidar com os <i>Manejar os anseios e desejos de cada um desses atores dos participantes da intervenção</i></p>	<p>usuários como sujeitos de suas próprias vidas, portadores de saberes e de possibilidades</p>	<p><i>sofrimento e necessidades do usuário</i></p>
7	<p>Uma das apostas que a Política Nacional de Humanização faz, a partir de experiências concretas, é a de que é possível construir uma “zona de comunidade”, um “comum” entre os distintos interesses dos gestores, trabalhadores e usuários (TEIXEIRA, 2005). Para que esta construção se dê, é preciso criar espaços coletivos, espaços de encontro entre as pessoas. Um espaço pode ser o próprio ato de um atendimento no serviço de saúde, de uma visita à casa de uma determinada família, da realização de um grupo ou uma</p>	<p>Interesses distintos entre gestores, trabalhadores e usuários</p> <p>Espços coletivos</p> <p>Espços de encontro entre as pessoas</p> <p>Distintos interesses dos gestores, trabalhadores e usuários</p> <p><i>Disponibilidade de espaço individual de fala para os usuários (e.g. visitas domiciliares, atendimento individual)</i></p>	<p>Criar espaços coletivos/ espaços de encontro entre as pessoas</p> <p><i>Desenvolver espaços coletivos de interação entre gestores, trabalhadores e usuários</i></p> <p>Analisar e enfrentar os problemas que aparecem</p> <p><i>Examinar com os usuários os problemas enfrentados por eles</i></p> <p><i>Identificar com os</i></p>	<p>Construir “zona de comunidade”, um “comum” entre</p> <p><i>Diálogo sobre os distintos interesses dos gestores, trabalhadores e usuários</i></p> <p>Construir corresponsabilidade</p> <p><i>Aumento da responsabilização do usuário pelas resoluções de problemas</i></p> <p>Aumentar o grau de</p>	<p><i>Organizar espaços coletivos de interação entre gestores, trabalhadores e usuários</i></p> <p><i>Examinar com os usuários os problemas enfrentados por eles</i></p> <p><i>Identificar com os usuários estratégias de enfrentamento para os problemas</i></p>

	<p>oficina de planejamento, uma reunião do Conselho Local de Saúde, uma roda de conversa temática, etc. É nestes encontros, onde as pessoas conversam, que os problemas podem e devem aparecer, ser analisados e enfrentados. É nestes espaços que se pode construir corresponsabilidade e aumentar o grau de autonomia de cada um.</p> <p>(p.14/15)</p>	<p><i>Disponibilidade de espaço coletivo de fala para os usuários (e.g. rodas de conversa, grupos)</i></p>	<p><i>usuários as estratégias de enfrentamento para os problemas relatados</i></p>	<p>autonomia de cada um</p> <p><i>Aumento da autonomia do usuário nas resoluções de problemas</i></p>	
8	<p>Para a prática de uma Clínica Ampliada, é imprescindível a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde e com alguns profissionais que lhe sirvam de apoio e de referência técnica. Esta construção de vínculos deve partir de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se</p>	<p><i>Busca do usuário por atendimento</i></p> <p><i>Busca da equipe pelo atendimento ao usuário</i></p> <p><i>Relação entre usuário e equipe</i></p>	<p><i>Corresponsabilização da equipe com os cuidados em saúde do usuário como forma de criação de vínculo</i></p> <p><i>Vincular-se ao usuário por meio da corresponsabilização por seus cuidados em saúde</i></p> <p>Compromisso com a saúde daqueles que procuram a equipe ou são procurados por ela</p> <p><i>Responsabilizar-se</i></p>	<p>Prática da clínica ampliada</p> <p>Criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde e profissionais de referência</p>	<p><i>Vincular-se aos usuários por meio da corresponsabilização pelos cuidados à saúde deles</i></p>

	<p>corresponsabiliza por esses cuidados. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. (p.15/16)</p>		<p><i>pela saúde dos usuários</i></p>		
9	<p>Várias estratégias podem ser adotadas pela equipe de atenção básica para favorecer a construção de vínculos, responsabilização e resolutividade.</p> <p>Seguem alguns exemplos:</p> <p>Identificar famílias e pessoas que requerem atenção especial, seja no cadastramento das famílias, no olhar dos agentes comunitários de saúde, nas visitas domiciliares ou em outras atividades na comunidade. Isto pode ocorrer a partir da necessidade explicitada ou identificada no “encontro” com pessoas em situação ou risco de violência, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais e outros; Destacar, no</p>	<p>Necessidade explicitada ou identificada no "encontro" com pessoas em situação de risco ou violência, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais e outros</p> <p><i>Situação de cadastramento das famílias</i></p> <p>Visitas domiciliares</p> <p>Atendimento cotidiano da demanda</p>	<p>Identificar famílias e pessoas que requerem atenção especial</p> <p>Destacar, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas que merecem atenção especial a partir do risco/vulnerabilidade</p> <p><i>Identificar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco</i></p> <p><i>Identificar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da</i></p>	<p>Favorecer a construção de vínculos;</p> <p>Construção de vínculos, responsabilização e resolutividade</p> <p><i>Aumento da responsabilização da equipe de atenção básica pelo usuário</i></p> <p><i>Aumento da eficiência do serviço</i></p> <p><i>Delimitação de prioridade de atendimento para pessoas e famílias que requerem atenção especial a</i></p>	<p><i>Identificar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco</i></p> <p><i>Identificar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade</i></p> <p><i>Destacar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção</i></p>

	<p>atendimento cotidiano da demanda, as pessoas que merecem atenção especial – atenção a ser definida a partir do risco/vulnerabilidade, e não por ordem de chegada (p.16/17)</p>		<p><i>vulnerabilidade</i></p> <p><i>Destacar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco</i></p> <p><i>Destacar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade</i></p>	<p><i>partir do risco e vulnerabilidade</i></p>	<p><i>especial a partir do risco</i></p> <p><i>Destacar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade</i></p>
10	<p>Qualificar a atenção a partir de um projeto terapêutico para cada situação: marcar retornos periódicos, agendar visita domiciliar, solicitar apoio de outros profissionais, combinar atendimento em grupo ou outras práticas que potencializem o cuidado; (p,17)</p>	<p><i>Busca do usuário por atendimento</i></p> <p><i>Situações diferentes entre usuários</i></p>	<p>Qualificar a atenção a partir de um projeto terapêutico para cada situação: <i>Elaborar um projeto terapêutico para cada situação</i></p> <p>Marcar Agendar retornos periódicos</p> <p>Agendar visitas domiciliares</p> <p>Solicitar apoio de</p>	<p>Qualificação da atenção <i>Aumento da qualidade da atenção em saúde</i></p> <p><i>Aumento da responsabilização da equipe de atenção básica pelo usuário</i></p> <p><i>Aumento da eficiência do serviço</i></p>	<p><i>Elaborar um projeto terapêutico para cada usuário</i></p> <p><i>Propor estratégias de acompanhamento do projeto terapêutico do usuário (e.g. agendamento de retornos periódicos e visitas domiciliares)</i></p>

			outros profissionais combinar Realizar atendimentos em grupo		
11	Identificar pessoas em situação de transtorno ou adoecimento em função de discriminação de gênero, orientação/identidade sexual, cor/ etnia ou estigma de certas patologias; (p.17)	<i>Incidência de discriminação de gênero</i> <i>Incidência de discriminação racial</i> Estigma <i>Incidência de estigmatização de certas patologias</i>	Identificar pessoas em situação de transtorno ou adoecimento em função de discriminação de gênero, orientação/identidade sexual, cor/etnia ou estigma de certas patologias <i>Identificar pessoas em situação de transtorno ou adoecimento em função de discriminação de gênero</i> <i>Identificar pessoas em situação de transtorno ou adoecimento em função de discriminação racial</i> <i>Identificar pessoas em situação de transtorno ou adoecimento em função da estigmatização pela</i>	<i>Aumento da probabilidade de atendimentos que contemplem as especificidades do usuário</i> <i>Aumento da eficiência do serviço</i>	<i>Identificar usuários em adoecimento em função de discriminação de gênero</i> <i>Identificar usuários em adoecimento em função de discriminação racial</i> <i>Identificar usuários em adoecimento em função da estigmatização pela doença</i>

			<i>doença</i>		
12	Considerar especificidades das populações quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários, dentre outras; (p.17)	Considerar e Especificidades das populações (e.g. quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários)	Identificar especificidades das populações (e.g. quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários)	<i>Aumento da eficiência do serviço</i> <i>Aumento da probabilidade de atendimentos que contemplem as especificidades do usuário</i>	<i>Identificar especificidades culturais das populações (e.g. quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários)</i>
13	Garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida para os quais já existem programas estruturados (pré-natal, imunização, hipertensão e diabetes, hanseníase, tuberculose, etc.); (p.18)	Grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida Condições de vida para os quais já existem programas estruturados (e.g. hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, gravidez)	Garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida para os quais já existem programas estruturados <i>Garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo à saúde</i> <i>Garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de condições de vida para as quais já existem</i>	<i>Aumento da responsabilização da equipe de atenção básica pelo usuário</i> <i>Aumento da eficiência do serviço</i> <i>Cuidado aos usuários a partir das vulnerabilidades em função de agravo à saúde e condições de vida</i>	<i>Viabilizar o acesso aos programas estruturados (e.g. diabetes, hipertensão, pré-natal) para os usuários com maior vulnerabilidade em função de condições de vida</i>

			<i>programas estruturados</i>		
14	Trabalhar em articulação com outros níveis de atenção/ especialidades, policlínicas, hospitais, maternidades, Centro de Apoio Psicossocial (Caps), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), urgências, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), apoio diagnóstico, fortalecendo a rede de saúde local. (p.18)	<i>Usuários com condições de saúde que necessitam de tecnologias de outros níveis de atenção</i>	Trabalhar em articulação <i>Intervir de forma articulada com outros níveis de atenção</i>	<i>Aumento da eficiência do serviço</i> <i>Intervenção interdisciplinar</i> Fortalecimento da rede de saúde local	<i>Intervir de forma intersetorial com outros níveis de atenção</i>
15	Estabelecer parcerias também com outros setores, como escolas, creches, universidades, centros de assistência social e outras instituições/equipamentos sociais da região e organizações do movimento social/comunitário; (p.18)				
16	Estimular e possibilitar que a equipe conheça, discuta e avalie os diversos relatórios com os dados produzidos, periodicamente, para que estes gerem informação útil no sentido de apoiar o				

	<p>planejamento, o monitoramento e a avaliação e compartilhá-los com a população. Por exemplo: cobertura vacinal, cobertura de aleitamento materno, mortalidade materna e infantil, início precoce do pré-natal, número de casos de doenças transmissíveis, etc. (p.18)</p>				
17	<p>Essas estratégias de organização do serviço potencializam a construção de vínculos a partir da prioridade de casos singulares, em que parte da agenda da equipe é definida pelo acompanhamento de famílias e pessoas ao longo do tempo e outra parte é definida pelos imprevistos, pelas pessoas que chegam com alguma demanda e pelos projetos de saúde coletiva construídos com a comunidade. Dentro desses imprevistos, é fundamental que a atenção básica se responsabilize pelo acolhimento e cuidado aos</p>	<p>Parte da agenda da equipe é definida pelo <i>Agenda dividida entre o acompanhamento de famílias e pessoas ao longo do tempo, e outra parte é definida pelos imprevistos (pessoas que chegam com alguma demanda e projetos de saúde coletiva construídos com a comunidade)</i></p> <p>Usuários em quadros agudos ou crônicos agudizados</p>	<p>Prioridade de casos singulares <i>Priorizar o atendimento de casos singulares</i></p> <p>Responsabilização pelo acolhimento e cuidado aos usuários em quadros agudos ou crônicos agudizados compatíveis com o nível de atenção <i>Responsabilizar-se pelo acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados compatíveis com o nível de atenção</i></p>	<p>Potencializam a Construção de vínculos a partir da prioridade de casos singulares</p> <p>Acolhimento e cuidado dos usuários em quadros agudos ou crônicos agudizados</p>	<p><i>Priorizar o atendimento dos casos singulares na organização da agenda da equipe</i></p> <p><i>Viabilizar o acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados compatíveis com o nível de atenção</i></p> <p><i>Viabilizar o cuidado dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados compatíveis com o nível de atenção</i></p>

	usuários em quadros agudos ou crônicos agudizados, cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção. (p.18/19)		<i>Responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados compatíveis com o nível de atenção</i>		
18	Ter espaço para compartilhar os incômodos e potencialidades pode contribuir para tornar o trabalho mais prazeroso, efetivo e resolutivo. A reunião de equipe pode ser um momento propício para os mais diversos encontros: discussão de casos, revisão de condutas, elaboração de projetos terapêuticos, educação continuada, planejamento de ações. É um espaço onde cada um pode acolher o outro e também ser acolhido. É espaço de valorização das reflexões, de trocas, de criação de redes de apoio, espaço que permite a cada um sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe. (p.27)	<p>Espaço para compartilhar os incômodos e potencialidades</p> <p>Reuniões de equipe</p>	<p>Compartilhar incômodos vivenciados no cotidiano do serviço de saúde</p> <p>Compartilhar potencialidades identificadas no serviço de saúde</p> <p>Acolher os demais profissionais</p>	<p>Tornar o trabalho mais prazeroso, efetivo e resolutivo</p> <p>Ser acolhido <i>Acolhimento entre profissionais</i></p> <p>Valorização <i>Promoção de reflexões e trocas</i></p> <p>Criação de redes de apoio entre profissionais</p> <p>Sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe <i>Pertencimento do profissional à equipe</i></p>	<p><i>Compartilhar incômodos vivenciados no cotidiano do serviço de saúde com os demais profissionais nas reuniões de equipe</i></p> <p><i>Compartilhar potencialidades identificadas no serviço de saúde com os demais profissionais nas reuniões de equipe</i></p> <p><i>Acolher os demais profissionais nas reuniões de equipe</i></p>
19	Quem está na atenção básica tem um ponto de vista	Quem está na atenção básica tem um ponto de	Promover discussões com especialistas para	Este processo contribui para	<i>Elaborar projetos terapêuticos para os</i>

<p>diferente e complementar ao de quem está num outro tipo de serviço ou é de uma área especializada do conhecimento. A equipe tem mais condições de conhecer as famílias ao longo do tempo, a situação afetiva, o significado e a repercussão do sofrimento/adoecimento para esta população. O especialista tem, no geral, uma outra abordagem. Assim, estes distintos profissionais e serviços podem promover discussões ricas e produtivas para a construção de projetos terapêuticos para os usuários e comunidade. Ao lado disso, este processo contribui para aumentar a autonomia das equipes e dos trabalhadores, produzindo trocas de saberes que os qualificam. Esta aproximação pode também evitar encaminhamentos desnecessários e facilitar/qualificar o processo de contrarreferência, ao estimular contato direto entre referência e apoio, entre generalista e</p>	<p>vista diferente e complementar ao de quem está num outro tipo de serviço ou é de uma área especializada do conhecimento. <i>Conhecimentos e abordagens diferentes entre profissionais da atenção básica e especialistas</i></p>	<p>a construção de projetos terapêuticos para os usuários</p> <p>Promover discussões <i>com especialistas</i> para a construção de projetos terapêuticos para a comunidade</p>	<p>aumentar <i>Aumento da autonomia das equipes e dos trabalhadores</i></p> <p>Produzindo trocas de saberes que os qualificam <i>Produção de trocas de saberes</i></p> <p><i>Qualificação dos profissionais</i></p> <p>Evitar <i>Diminuição de encaminhamentos desnecessários</i></p> <p>Facilitar/ qualificar <i>Aumento de qualidade e facilidade no processo de contrarreferência</i></p> <p>Estimular <i>Contato direto entre profissional de referência e de apoio, entre generalista e</i></p>	<p><i>usuários em conjunto com especialistas de outros níveis de atenção</i></p> <p><i>Elaborar projetos terapêuticos para a comunidade em conjunto com especialistas de outros níveis de atenção</i></p>
---	--	--	---	---

	especialista. (p.28)			especialista <i>Contato direto entre profissional generalista e especialista</i>	
20	<p>Para que se realize uma Clínica Ampliada, adequada à vivência de cada indivíduo diante de um agravo à saúde, é preciso identificar, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular. Considerar, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção e é possível propor tratamentos (construir um projeto terapêutico) mais resolutivo e contar com a participação das pessoas envolvidas. (p.29/30)</p>	<p><i>Condição de agravo à saúde</i></p> <p>Considerar um Conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo <i>formas diferentes entre os usuários</i></p>	<p>Identificar o que o sujeito <i>usuário</i> apresenta de igual <i>em relação aos demais usuários</i></p> <p>Identificar o que o sujeito <i>usuário</i> apresenta de diferente/singular <i>em relação aos demais usuários</i></p>	<p>Realização de uma Clínica Ampliada adequada à vivência de cada indivíduo</p> <p>Abrem-se inúmeras <i>Aumento das</i> possibilidades de intervenção</p> <p>Propor <i>Possibilidade de</i> Tratamentos mais resolutivos</p> <p>Possibilidade de contar com a participação das pessoas envolvidas</p>	<p><i>Identificar os sinais e sintomas individuais apresentados pelo usuário em condição de agravo à saúde</i></p>
21	A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde acolha as demandas e apóie os usuários para desenvolver a capacidade não só de	<p>Demandas dos usuários</p> <p><i>Condição de doença do usuário</i></p>	<p>Acolher as demandas dos usuários</p> <p>Apoiar os usuários para desenvolver</p>	<p>Realização de uma clínica ampliada</p> <p>Capacidade de <i>usuário de não só de</i></p>	<p><i>Acolher as demandas do usuário</i></p> <p><i>Identificar com o usuário os outros</i></p>

<p>combater as doenças, mas de transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeça as pessoas de viver outras dimensões da vida, desenvolver a capacidade de “inventar-se” e reinventar novas saídas apesar da doença, reconhecendo o que se tem de potência. (p 30/31).</p>	<p><i>Perspectiva de doença como uma limitação para viver as demais dimensões da vida</i></p>	<p>capacidade não só de combater as doenças, mas de transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeça as pessoas de viver em outras dimensões da vida <i>Auxiliar o usuário a identificar quais são os outros âmbitos de sua vida além da doença</i></p> <p><i>Auxiliar o usuário a ficar sob controle dos outros âmbitos de sua vida além da doença</i></p> <p>Desenvolver a capacidade de inventar-se e reinventar novas saídas apesar da doença <i>Auxiliar o usuário no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença</i></p>	<p>combater as doenças, mas de transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeça as pessoas de viver em outras dimensões da vida <i>Autonomia do usuário para identificar e ficar sob controle de outros âmbitos de sua vida além da doença</i></p> <p>Capacidade do usuário de inventar-se e reinventar novas saídas apesar da doença <i>Autonomia do usuário no enfrentamento da doença</i></p> <p>Reconhecendo que se tem potência <i>Reconhecimento do usuário sobre suas potencialidades</i></p>	<p><i>âmbitos de sua vida além da doença</i></p> <p><i>Identificar com o usuário estratégias para ficar sob controle dos outros âmbitos de sua vida além da doença</i></p> <p><i>Elaborar com o usuário estratégias de enfrentamento da doença</i></p>
--	---	--	--	--

22	<p>Quando o atendimento do profissional de saúde se dá no domicílio (visita) é interessante que este ato da entrada no espaço particular daquela pessoa/família – com sua história, seus valores, suas crenças, seus hábitos – possa ser uma oportunidade especial para o maior conhecimento desta pessoa/família, para o estreitamento das relações, para a identificação dos modos de “andar” a vida daquelas pessoas, com suas facilidades e dificuldades, buscando ampliar o diálogo entre profissionais e estas pessoas. Mesmo quando se trabalha com questionários e/ou roteiros para ações específicas – numa ação de controle de <i>Aedes aegypti</i>, por exemplo – é possível uma proximidade para além da rotina instituída ou de uma conduta meramente burocrática. (p. 31/32)</p>	<p>Atendimento do profissional de saúde no domicílio</p> <p>Ato de e Entrada no espaço particular da pessoa/família – com sua história, seus valores, suas crenças, seus hábitos</p>	<p>Identificação dos modos de "andar" a vida daquelas pessoas, com suas facilidades e dificuldades</p> <p><i>Identificar as variáveis que dificultam ou facilitam o cotidiano do usuário</i></p> <p>Maior conhecimento desta pessoa/família</p> <p><i>Investigar informações sobre a pessoa/família</i></p> <p>Proximidade para além da rotina instituída</p> <p>Proximidade para além de uma conduta meramente burocrática</p> <p><i>Aproximar-se do usuário nas ações cotidianas do serviço de atenção básica</i></p>	<p>Ampliação do diálogo com os usuários</p> <p>Estreitamento das relações entre profissionais e usuários</p>	<p><i>Identificar com o usuário as variáveis que dificultam ou facilitam a vivência cotidiana dele</i></p> <p><i>Investigar informações sobre a pessoa/família durante o atendimento domiciliar</i></p> <p><i>Dialogar com o usuário nas ações burocráticas do serviço (e.g. aplicação de questionários, controle de <i>Aedes aegypti</i>), de forma a promover proximidade</i></p>
23	<p>O encontro entre usuário e profissional, uma escuta qualificada, faz com que</p>	<p>Encontro entre profissional e usuário</p>	<p>Escuta qualificada</p> <p><i>Elaborar intervenções de acordo com as</i></p>	<p>Diminua</p> <p><i>Diminuição da distância entre o que</i></p>	<p><i>Elaborar intervenções de acordo com as</i></p>

	<p>diminua a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários em relação a dietas, uso de medicamentos, exercícios, etc. Frequentemente não se leva em conta o desejo, o interesse ou a compreensão das pessoas. Pouco se considera, também, a possibilidade concreta que têm os usuários para seguir a prescrição, se assim lhes interessar e desejar (condição financeira, situação de vida, de trabalho, familiar, etc). É por isso que é necessário trabalhar com a ideia de ofertas e não apenas com restrições resultantes dos problemas de saúde, ou seja, ofertar algumas possibilidades para que o usuário possa decidir conjuntamente e se corresponsabilizar com os resultados. (p.32)</p>	<p>Desejos, interesses e <i>possibilidades de</i> compreensão das pessoas</p> <p>Possibilidades concretas que os usuários têm para seguir a prescrição (e.g. condição financeira, situação de vida, de trabalho, familiar, etc.)</p> <p>Disponibilidade de diferentes tratamentos</p>	<p><i>necessidades do usuário</i></p> <p>Trabalhar com a ideia de ofertas de algumas possibilidades para que o usuário possa decidir conjuntamente e se corresponsabilizar com os resultados</p> <p><i>Ofertar possibilidades de tratamento de acordo com as condições de saúde e necessidades do usuário</i></p> <p><i>Estimular o usuário a participar da decisão sobre o tratamento</i></p> <p><i>Estimular o usuário a responsabilizar-se pelo tratamento com o profissional</i></p>	<p>é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários</p> <p>Possibilidade de o usuário decidir conjuntamente se corresponsabilizar com os resultados</p> <p><i>Aumento da probabilidade de adesão do usuário ao tratamento</i></p>	<p><i>necessidades do usuário</i></p> <p><i>Apresentar ao usuário possibilidades de tratamento de acordo com as condições de saúde e necessidades dele</i></p> <p><i>Selecionar com o usuário o tratamento mais adequado, de acordo com as condições de saúde e necessidades dele</i></p> <p><i>Corresponsabilizar o usuário pelos resultados do tratamento</i></p>
24	<p>A relação de vínculo terapêutico na atenção básica, que pode se construir no tempo, com o seguimento dos casos, pode facilitar a</p>	<p>objetos de investimento — coisas/situações que dão prazer, estimulam recriação da vida</p> <p><i>Reforçadores existentes</i></p>	<p>Seguimento</p> <p><i>Acompanhar</i> dos casos ao longo do tempo</p> <p><i>Identificar</i></p>	<p>Estabelecimento de vínculo terapêutico</p> <p>Facilitar a identificação de</p>	<p><i>Monitorar as necessidades de saúde dos usuários ao longo do tempo</i></p>

	<p>identificação de objetos de investimento – coisas/situações que dão prazer, estimulam recriação da vida, potencialidades – que cada pessoa tem para além do sofrimento/doença. (p.33)</p>	<p><i>no cotidiano do usuário</i></p> <p>Sofrimento/ doença do usuário</p> <p>Potencialidades do usuário</p>	<p><i>reforçadores no cotidiano do usuário para além do sofrimento/doença</i></p> <p><i>Identificar as potencialidades do usuário</i></p>	<p>objetos de investimento – coisas situações que dão prazer, potencialidades – que cada pessoa tem para além do sofrimento</p> <p><i>Identificação de reforçadores existentes no cotidiano do usuário</i></p>	<p><i>Identificar reforçadores no cotidiano do usuário para além do sofrimento/doença</i></p> <p><i>Identificar as potencialidades do usuário para além do sofrimento/doença</i></p>
25	<p>É produtivo construir com os usuários rodas de conversa onde exercitamos a lateralidade: conversação, trocas entre profissionais e usuários no cotidiano da unidade. Propiciar espaços para ouvir o outro “ao lado”, e não como quem está acima ou abaixo. Saber de suas dificuldades e de sua vida, partilhar com os demais as formas que cada um encontrou para lidar com os problemas - de saúde ou não. Esclarecer dúvidas, lidar com o inesperado das perguntas. Estando ali no limite de cada um, onde as trocas acontecem,</p>	<p><i>Necessidade de diálogo com os usuários</i></p> <p>Rodas de conversa com os usuários (conversação, trocas entre profissionais e usuários no cotidiano da unidade)</p> <p>Ações com as pessoas (e.g. rodas, caminhadas, nas atividades lúdicas)</p> <p>Lidar com o inesperado das perguntas</p> <p><i>Perguntas inesperadas dos usuários</i></p>	<p>Construir com os usuários rodas de conversa <i>Desenvolver rodas de conversa com os usuários</i></p> <p>Propiciar espaços para ouvir o outro “ao lado”, e não como quem está acima ou abaixo <i>Desenvolver diálogos não hierárquicos com os usuários</i></p> <p>Saber sobre suas dificuldades e de sua vida <i>Identificar as dificuldades</i></p>	<p>Exercício da lateralidade: trocas <i>Ampliação do diálogo entre profissionais e usuários no cotidiano da unidade</i></p> <p>Partilhar com os demais as formas que cada um encontrou para lidar com os problemas – de saúde ou não <i>Acesso dos usuários a diferentes estratégias de enfrentamento e</i></p>	<p><i>Viabilizar o desenvolvimento de rodas de conversa entre profissionais e usuários</i></p> <p><i>Organizar ações coletivas de saúde nas quais usuários e profissionais possam dialogar de forma não hierárquica</i></p> <p><i>Identificar as dificuldades enfrentadas na vida dos usuários, nas ações coletivas de saúde</i></p>

<p>incentivando práticas que estimulam o conviver, seja nas rodas, nas caminhadas, nas atividades lúdicas, etc. ações com as pessoas, reconhecendo os problemas e os recursos que ali existem, pode estabelecer conexões que potencializem as redes de solidariedade na própria comunidade. Também amplia as possibilidades de o SUS atuar com outras políticas públicas e com as organizações da comunidade. (p.34)</p>		<p><i>enfrentadas pelos usuários</i></p> <p>Partilhar com os demais as formas que cada um encontrou para lidar com os problemas de saúde ou não Promover a partilha sobre estratégias de enfrentamento e resoluções de problemas entre os usuários</p> <p>Esclarecer as dúvidas dos usuários</p> <p>Incentivar Promover práticas que estimulam o conviver de convivência entre os usuários</p> <p>Reconhecer Identificar os problemas que ali existem na comunidade</p> <p>Reconhecer Identificar os recursos que existem</p>	<p><i>resoluções de problemas</i></p> <p>de saúde ou não Acesso dos usuários a diferentes estratégias de enfrentamento e resoluções de problemas</p> <p>Pode estabelecer conexões que potencializam as redes de solidariedade na própria comunidade Estabelecimento de redes de apoio/ vínculos entre usuários</p> <p>Amplia as possibilidades de o SUS atuar com outras políticas públicas e organizações da comunidade Ampliação da atuação conjunta entre o SUS e</p>	<p><i>Solicitar aos usuários que compartilhem estratégias de enfrentamento e resoluções de problemas com os demais usuários nas ações coletivas de saúde</i></p> <p><i>Esclarecer as dúvidas dos usuários nas ações coletivas de saúde</i></p> <p><i>Manipular variáveis de grupo de forma a promover a criação de vínculos entre usuários nas ações coletivas de saúde (e.g. caminhadas, atividades lúdicas)</i></p> <p><i>Identificar com os usuários os problemas que existem na comunidade</i></p>
--	--	---	---	--

			<i>na comunidade</i>	<i>outras políticas públicas e organizações</i> <i>Produção de informações sobre problemas e recursos do território</i>	<i>Identificar com os usuários os recursos que existem na comunidade</i>
Brasil. (2010). Clínica Ampliada e Compartilhada. Ministério da Saúde, Brasília.					
Nº do trecho	Trecho selecionado dos documentos selecionados como fontes de informação e página do trecho	Classes de estímulos antecedentes	Classes de respostas	Classes de estímulos consequentes	Classes de comportamentos
26	Outro aspecto diz respeito à urgente necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente. Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico. (p. 10)	Diagnósticos e condutas em saúde Seguimento longo do tratamento Necessidade de participação e adesão do sujeito -usuário em seu projeto terapêutico	Necessidade de compartilhamento <i>Compartilhar com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde</i> lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico <i>Incentivar a participação e autonomia do usuário em seu projeto terapêutico</i>	<i>Conhecimento do usuário sobre os diagnósticos e condutas em saúde adotadas</i> <i>buscando sua</i> <i>Aumento da probabilidade de participação e autonomia do usuário em seu projeto terapêutico</i>	<i>Compartilhar com o usuário os diagnósticos e condutas em saúde</i> <i>Conceitualizar o usuário como pessoa</i> <i>Manipular condições para que o usuário participe de seu projeto terapêutico de forma autônoma</i>

	<p>não, se está isolada, se está desempregada, tudo isso interfere no desenvolvimento da doença. O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição em um contexto ideal. Mas, para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular. Inclusive um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. (p.12)</p>		<p>expressam no usuário de forma única</p>		
29	<p>A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um</p>				

	<p>contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não restritas à doença ou ao núcleo profissional. (p.14)</p>				
30	<p>Busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico. Cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade. Na mesma situação, pode-se “enxergar” vários aspectos diferentes: patologias orgânicas, correlações de forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), a situação afetiva, etc., e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar. Ela coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Este eixo traduz-se ao mesmo tempo em um modo diferente de fazer a</p>				

	clínica, numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com necessária inclusão de novos instrumentos (p.14/15)				
31	<p>A complexidade da clínica em alguns momentos provoca sensação de desamparo no profissional, que não sabe como lidar com essa complexidade. O reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersectorial, como no sentido dos usuários. Ou seja, por mais que frequentemente não seja possível, diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, uma solução mágica e unilateral, se aposta que aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma</p>	<p>Complexidade da clínica</p> <p>Sensação de desamparo no-Desamparo do profissional que não sabe lidar com essa complexidade</p> <p>Problemas</p>	<p>Reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução com a equipe de saúde, com os serviços de saúde, e com os usuários</p> <p>Compartilhar diagnósticos de problemas com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários</p> <p>Compartilhar propostas de solução com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários</p> <p>Aprender a fazer algo de forma compartilhada</p> <p>Intervir de forma</p>	<p>Trocas de informações do profissional com as equipes, serviços e usuários</p> <p>Atuação compartilhada</p> <p>Atuação mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual</p>	<p>Compartilhar diagnósticos de problemas de saúde com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários</p> <p>Compartilhar propostas de resolução de problemas de saúde com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários</p> <p>Intervir de forma compartilhada com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários</p>

	abordagem pontual e individual.(p.15)		<i>compartilhada com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários</i>		
32	<p>Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc. A máxima organizacional “cada um faz a sua parte” sanciona definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado. A ausência de resposta para a pergunta “De quem é este paciente?”, tantas vezes feita nas organizações de saúde e na rede assistencial, é um dos resultados desta redução do objeto de trabalho. A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas. A proposta de Equipe de</p>	<p>Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc.</p> <p>A máxima organizacional “cada um faz a sua parte”</p> <p>Fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado.</p> <p>A ausência de resposta para a pergunta “De quem é este paciente?”</p> <p>Redução do objeto de trabalho.</p>	<p>ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas</p> <p><i>Responsabilizar-se pelo cuidado ao usuário de forma integral</i></p> <p>Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados.</p> <p><i>Examinar o usuário como um todo, a partir das interações dele com o meio no qual está inserido</i></p>	<p><i>Aumento da responsabilização do profissional pelo cuidado ao usuário</i></p> <p><i>Compreensão do usuário de forma integral</i></p> <p><i>Ampliação do cuidado em saúde</i></p> <p><i>Possibilidade de mudança nessa na cultura de atuação fragmentada e ausência de responsabilização</i></p>	<p><i>Viabilizar o cuidado integral do usuário no serviço de saúde</i></p> <p><i>Conceitualizar o usuário como pessoa integral, considerando as interações com o meio no qual está inserida</i></p>

	Referência e Apoio Matricial (ver adiante nesta cartilha) contribui muito para a mudança desta cultura. Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados. (p. 16/17)				
33	<p>Os instrumentos de trabalho também se modificam intensamente na Clínica Ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc.(p.17)</p>	<p>Arranjos e dispositivos de gestão que privilegiam uma comunicação transversal na equipe e entre equipes</p> <p>Técnicas relacionais</p> <p>Condutas automatizadas</p> <p>Problemas sociais e subjetivos</p>	<p>A capacidade de escuta do outro Escutar o outro</p> <p>Capacidade de escuta de si mesmo Identificar os próprios sentimentos</p> <p>A capacidade de lidar com Manejar condutas automatizadas de forma crítica</p> <p>Capacidade de lidar com a expressão de Identificar como os problemas sociais e subjetivos se expressam</p> <p>Capacidade de lidar</p>	<p>Estabelecimento de relações interpessoais</p> <p>Identificação de como os problemas sociais e subjetivos se expressam na vida dos usuários</p> <p>Aumento do autoconhecimento</p> <p>Modificação dos instrumentos de trabalho na Clínica Ampliada</p>	<p><i>Escutar os membros da equipe de forma não-hierárquica</i></p> <p><i>Identificar os próprios sentimentos em relação à intervenção em saúde</i></p> <p><i>Identificar como os problemas sociais e subjetivos interferem na vida dos usuários</i></p> <p><i>Intervir de forma crítica perante condutas automatizadas</i></p> <p><i>Estabelecer relações interpessoais que viabilizem o</i></p>

			em Manejar relações com as famílias e com a comunidade		atendimento das famílias e da comunidade
34	<p>A clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora - ainda que falsamente protetora - porque “permite” ao profissional não ouvir uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, tentar não lidar com a própria dor ou medo que o trabalho em saúde pode trazer. É necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação. A principal proposta é que se enfrente primeiro o ideal de “neutralidade” e “não-envolvimento” que muitas vezes coloca um interdito para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade. (p.18)</p>	<p>A clínica com objeto de trabalho reduzido</p> <p>Função protetora: Profissional não ouvir uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, tentar não lidar com a própria dor ou medo que o trabalho em saúde pode trazer</p>	<p>lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação</p> <p>Identificar as próprias dificuldades</p>	<p>Autoconhecimento do profissional</p> <p>A principal proposta é que se enfrente primeiro o ideal de Enfrentamento do ideal de “neutralidade” e “não-envolvimento”</p>	<p>Identificar as próprias dificuldades para lidar com os sofrimentos envolvidos no trabalho em saúde</p> <p>Avaliar as implicações do "ideal de neutralidade e "não-envolvimento" ao intervir sobre as necessidades de saúde do usuário</p>
35	A Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde,	Valores individuais do profissional	Identificar os próprios valores	Compromisso ético do profissional com	Avaliar as implicações dos

<p>portanto, um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, um pouco deste processo de permanente construção social em que todos influenciam e são influenciados. (p.21)</p>	<p>Valores da sociedade</p> <p><i>Valores do usuário</i></p> <p><i>Divergência de valores entre profissionais e usuários - situação em que o que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento do usuário</i></p>	<p>Exame dos Examinar os próprios valores</p> <p><i>Identificar os valores da sociedade</i></p> <p>Exame dos Examinar os valores da sociedade</p> <p><i>Identificar os valores do usuário</i></p> <p>Compromisso ético com o usuário Intervir de forma ética com o usuário</p> <p>ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, um pouco deste processo de permanente construção social em que todos influenciam e são influenciados</p> <p><i>Identificar com o usuário estratégias de enfrentamento frente às situações em que há divergências de valores com os</i></p>	<p>o usuário</p> <p>Aumento da probabilidade de atuação direcionada pelos valores do usuário</p>	<p><i>próprios valores sobre o tratamento do usuário</i></p> <p><i>Intervir de forma ética com o usuário</i></p> <p><i>Identificar com o usuário estratégias de enfrentamento frente a situações em que os valores individuais de profissionais estão interferindo negativamente no tratamento dele</i></p>
--	---	--	--	---

			<i>profissionais</i>		
36	A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. (p.22)	Situação de doença do usuário Outros âmbitos da vida do usuário	Desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na vida <i>Identificar com o usuário quais âmbitos da vida precisa continuar vivendo além da doença</i> <i>Auxiliar o usuário a viver outras coisas na vida além da doença</i>	<i>Ampliação da possibilidade de o usuário continuar vivendo os outros âmbitos de sua vida que vão além da doença</i>	<i>Identificar com o usuário os âmbitos de sua vida além da doença</i> <i>Informar ao usuário sobre a importância de continuar vivenciando outras experiências em sua vida além da doença</i>
37	A escuta significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece	Queixa e relatos do usuário que aparentemente não interessam diretamente ao diagnóstico e tratamento <i>Variáveis que ocasionaram o adoecimento do usuário</i> <i>Sentimentos do usuário</i>	Escutar/ acolher todas as queixas ou relatos do usuário, mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento <i>ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as</i>	Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde <i>Diminuição da probabilidade de que a doença seja apenas um</i>	<i>Escutar as queixas ou relatos do usuário, mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento</i> <i>Identificar com o usuário as variáveis que ocasionaram o</i>

<p>entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma. Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde. Assim o usuário poderá perceber que, senão nas causas, pelo menos nos desdobramentos o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser “resolvido”, na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde. Será mais fácil, então, evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento. Pode não ser possível fazer uma escuta detalhada o tempo todo para todo mundo a depender do tipo de serviço de saúde, mas é possível escolher quem precisa mais e é possível temperar os encontros</p>	<p><i>Sintomas do usuário</i></p> <p>Impossibilidade de escutar de forma detalhada o tempo todo</p> <p><i>Ausência de responsabilização do usuário pelo tratamento</i></p> <p><i>Compreensão da doença como um problema apenas do serviço de saúde</i></p> <p><i>Expectativas de uma "resolução mágica" da doença</i></p>	<p>correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida</p> <p><i>Identificar com o usuário as variáveis que ocasionaram o adoecimento</i></p> <p><i>Incentivar o usuário a respeitar os motivos que ocasionaram o adoecimento</i></p> <p><i>Corresponsabilizar o usuário pelo tratamento</i></p> <p><i>Respeitar as relações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida</i></p> <p>perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma</p> <p><i>Identificar como o usuário compreende o processo de adoecimento</i></p>	<p><i>problema do serviço de saúde</i></p> <p>Assim o usuário poderá perceber que, senão nas causas, pelo menos nos desdobramentos o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser “resolvido”, na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde</p> <p><i>Compreensão do usuário sobre o adoecimento como algo não isolado de sua vida</i></p> <p><i>Responsabilização do usuário pelo tratamento</i></p> <p>Evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento</p>	<p><i>adoecimento</i></p> <p><i>Dialogar com o usuário sobre a importância de respeitar os motivos que ocasionaram o adoecimento</i></p> <p><i>Corresponsabilizar o usuário pelo tratamento</i></p> <p><i>Validar as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida</i></p> <p><i>Identificar como o usuário compreende o processo de adoecimento</i></p> <p><i>Identificar como o usuário se sente quando apresenta os sintomas</i></p>
---	---	--	--	---

	clínicos com estas “frestas de vida”.(p.24/25)		<i>Identificar como o usuário se sente quando apresenta os sintomas</i>	<i>Diminuição da probabilidade de atitudes passivas do usuário frente ao tratamento</i>	
38	Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, percebendo ou não, depositam afetos diversos uns sobre os outros. Um usuário pode associar um profissional com um parente e vice-versa. Um profissional que tem uma experiência ruim com a polícia não vai sentir-se da mesma forma ao cuidar de um sujeito que tem esta profissão. Não significa, de antemão, uma relação melhor ou pior, mas é necessário aprender a prestar atenção a estas sensações às vezes evidentes, mas muitas vezes sutis. Isto ajuda a melhor compreender-se e a compreender o outro, aumentando a chance de ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela. (p.25)	Profissionais e usuários depositam afetos diversos uns sobre os outros (e.g. um usuário associar um profissional com um parente) <i>Sentimentos gerados no profissional no contato com o usuário</i> <i>Sentimentos gerados no usuário no contato com o profissional</i>	é necessário aprender a prestar atenção a estas sensações às vezes evidentes, mas muitas vezes sutis <i>Identificar os sentimentos gerados no contato com o usuário</i>	Isto ajuda a melhor compreender-se e a compreender o outro, aumentando a chance de ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela. <i>Autoconhecimento do profissional</i> <i>Aumento da probabilidade de atender o usuário de forma efetiva</i>	<i>Identificar os próprios sentimentos gerados no contato com o usuário</i>
39	Infelizmente, o mito de que	Mito de que	conversar sobre os	Diminuir	<i>Identificar os</i>

<p>os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. Entretanto, ocorre com relativa frequência o uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício de dinheiro. Os diazepínicos e antidepressivos são um exemplo. Aparentemente, muitas vezes, é mais fácil para os profissionais de saúde e também para os usuários utilizarem esses medicamentos do que conversar sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los. O uso abusivo de antibióticos e a terapia de reposição hormonal são outros exemplos. Quanto aos exames, também existe uma mitificação muito forte. É preciso saber que muitos deles trazem riscos à saúde e limites, principalmente quando são solicitados sem os devidos critérios. A noção de saúde como bem de consumo (“quanto mais, melhor”)</p>	<p>tratamentos e intervenções só fazem bem</p> <p>Uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício de dinheiro (e.g. uso abusivo de diazepínicos, antidepressivos, antibióticos e terapia de reposição hormonal)</p> <p>Maior facilidade de utilizar os medicamentos ao invés de conversar sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los</p> <p>Mitos sobre os exames</p> <p>Exames que trazem riscos à saúde e limites, principalmente quando são solicitados sem os devidos critérios</p>	<p>problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los <i>Identificar os problemas de saúde do usuário</i></p> <p><i>Elaborar estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde com o usuário</i></p> <p>Os motivos e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na Clínica <i>Ampliada</i> <i>Identificar as expectativas dos usuários sobre o tratamento quando procuram o serviço de saúde</i></p> <p><i>Manejar as expectativas dos usuários sobre o tratamento quando procuram o serviço de</i></p>	<p><i>Diminuição dos danos causados pelo uso abusivo de medicamentos e exames</i></p> <p>Diminuir <i>Diminuição do número de doenças causadas por tratamento inadequado</i></p> <p><i>Intervenção direcionada às necessidades do usuário</i></p>	<p><i>problemas de saúde do usuário</i></p> <p><i>Elaborar estratégias de enfrentamento para os problemas de saúde com o usuário</i></p> <p><i>Identificar as expectativas do usuário sobre o tratamento</i></p> <p><i>Alinhar as expectativas sobre o tratamento com o usuário</i></p>
---	---	---	---	---

	<p>precisa ser combatida para que possamos diminuir os danos. Os motivos e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na Clínica Ampliada para diminuir o número de doenças causadas por tratamento inadequado e para não iludir as pessoas. (p.26/27)</p>	<p>Noção de saúde como bem de consumo ("quanto mais melhor")</p>	<p><i>saúde</i></p>		
40	<p>Quando uma equipe acredita que um jeito de viver é o certo, tende a orientar o usuário a ter um tipo de comportamento ou hábito. O usuário pode encontrar dificuldade em seguir “as ordens”, ter outras prioridades ou mesmo discordar das orientações da equipe. Se esta não tiver flexibilidade, quando percebe que o usuário não obedeceu às suas recomendações, é bem possível que se irrite com ele, fazendo cobranças que só fazem com que o usuário também se irrite com a equipe, num círculo vicioso que não é bom para ninguém.</p>	<p>Quando uma equipe acredita que um jeito de viver é o certo, tende a orientar o usuário a ter um tipo de comportamento ou hábito <i>Valores da equipe sobre o que é certo ou errado</i></p> <p><i>Orientação da equipe de saúde ao usuário, de acordo com os valores individuais do profissional</i></p> <p>Usuário com dificuldade de seguir ordens, com outras</p>	<p>É mais produtivo tentar construir uma proposta terapêutica pactuada com o usuário e com a qual ele se corresponsabilize <i>Elaborar com o usuário uma proposta terapêutica</i></p> <p><i>Corresponsabilizar o usuário pela proposta terapêutica</i></p> <p>A proposta poderá ser mudada sempre que necessário <i>Modificar a proposta terapêutica com o usuário sempre que</i></p>	<p><i>Responsabilização do usuário pela proposta terapêutica</i></p> <p><i>Aumento da probabilidade de engajamento do usuário no tratamento</i></p> <p><i>Aumento da probabilidade de efetividade no tratamento</i></p>	<p><i>Elaborar com o usuário as propostas terapêuticas</i></p> <p><i>Corresponsabilizar o usuário pela proposta terapêutica dele</i></p> <p><i>Modificar a proposta terapêutica com o usuário sempre que necessário</i></p>

	<p>A culpa paralisa, gera resistência, além de poder humilhar. É mais produtivo tentar construir uma proposta terapêutica pactuada com o usuário e com a qual ele se corresponsabilize. O fracasso e o sucesso, dessa forma, dependerão tanto do usuário quanto da equipe e a proposta poderá ser mudada sempre que necessário. (p.27)</p>	<p>prioridades, ou discordando das orientações da equipe</p> <p>Usuário que não segue as recomendações</p> <p>Cobranças ao usuário</p> <p>Profissionais e usuários irritados uns com os outros</p> <p>Culpabilização do usuário</p>	<p><i>necessário</i></p>		
41	<p>Se o que queremos é ajudar o usuário a viver melhor, e não a torná-lo submisso à nossa proposta, não façamos das perguntas sobre a doença o centro de nossos encontros. Não começar pelas perguntas tão “batidas” (comeu, não comeu, tomou o remédio, etc.) ou infantilizantes (“Comportouse?”) é fundamental para abrir outras possibilidades de diálogo. (p.28)</p>	<p>Histórico de diálogos em saúde iniciados com perguntas "batidas" (e.g. comeu, não comeu, tomou o remédio, etc.) ou infantilizantes (e.g. “Comportouse?”)</p>	<p>não façamos das perguntas sobre a doença o centro de nossos encontros</p> <p>Não começar pelas perguntas tão “batidas” (comeu, não comeu, tomou o remédio, etc.) ou infantilizantes (“Comportouse?”)</p> <p>Abri outras possibilidades de diálogo</p> <p><i>Identificar possibilidades de</i></p>	<p><i>Ajudar Suporte para o usuário a viver melhor</i></p> <p>Não torná-lo submisso à nossa proposta</p> <p><i>Diminuição da submissão do usuário à proposta</i></p> <p>abrir Abertura de outras possibilidades de diálogo</p>	<p><i>Identificar possibilidades de diálogo que produzam a participação ativa do usuário no tratamento</i></p>

			<i>diálogo com o usuário</i>		
42	<p>Outro cuidado é com a linguagem da equipe com o usuário. Habituar-se a perguntar como foi entendido o que dissemos ajuda muito. Também é importante entender sua opinião sobre as causas da doença. É comum que doenças crônicas apareçam após um estresse, como falecimentos, desemprego ou prisão na família. Ao ouvir as associações causais, a equipe poderá lidar melhor com uma piora em situações similares, ajudando o usuário a ampliar sua capacidade de superar a crise. (p.29)</p>	<p><i>Informações fornecidas pelo profissional ao usuário</i></p> <p><i>Variáveis que podem estar relacionadas ao aparecimento de</i> É <i>comum que doenças crônicas apareçam após</i> (e.g. um estresse, falecimentos, desemprego ou prisão na família)</p>	<p>Habituar-se a perguntar como foi entendido o que dissemos ajuda muito</p> <p><i>Investigar como foi compreendida a informação pelo usuário</i></p> <p>Também é importante entender sua opinião sobre as causas da doença</p> <p><i>Investigar as causas da doença com o usuário</i></p>	<p><i>Diminuição da probabilidade de equívocos do usuário em relação à informação</i></p> <p>A equipe poderá lidar melhor com uma piora em situações similares, ajudando o usuário a ampliar sua capacidade de superar a crise</p>	<p><i>Investigar se a informação foi compreendida de forma correta pelo usuário</i></p> <p><i>Investigar as causas da doença com o usuário</i></p>
43	<p>As pessoas não são iguais e reagem diferentemente aos eventos vividos. Além de interesses, existem forças internas, como os desejos (uma comida especial, uma atividade importante) e também forças externas – a cultura, por exemplo – que influenciam sobre o modo de viver. Apresentar os possíveis riscos é necessário,</p>	<p>Indivíduos que reagem de formas diferentes aos eventos vividos</p> <p>forças internas, como os desejos (uma comida especial, uma atividade importante) e também forças externas – a cultura, por exemplo – que influenciam sobre o modo de viver.</p>	<p>Apresentar os possíveis riscos do tratamento é necessário, de modo que o usuário possa discutí-los e negociar com a equipe os caminhos a seguir</p> <p><i>Descrever os possíveis riscos do tratamento para o usuário</i></p>	<p><i>Aumento da responsabilização do usuário pelo tratamento</i></p> <p><i>Autonomia do usuário sobre o tratamento</i></p> <p><i>Respeito ao usuário</i></p>	<p><i>Descrever os possíveis riscos do tratamento para o usuário</i></p> <p><i>Oportunizar que o usuário discuta e decida com a equipe sobre o tratamento</i></p>

	de modo que o usuário possa discutí-los e negociar com a equipe os caminhos a seguir. (p.29)	<i>Variáveis internas (e.g. desejos) e externas (e.g. cultura) ao sujeito que influenciam sobre o modo de viver</i>	<i>Oportunizar que o usuário discuta e decida com a equipe sobre o tratamento</i>		
44	Muitas doenças têm início em situações difíceis, como processos de luto, desemprego, prisão de parente, etc., e a persistência dessas situações pode agravá-las. É importante, nesses casos, que a equipe tenha uma boa capacidade de escuta e diálogo, já que parte da cura ou da melhora depende de o sujeito aprender novas formas (menos danosas) de lidar com as situações agressivas. A ideia de que todo sofrimento requer uma medicação é extremamente difundida, mas não deve seduzir uma equipe de saúde que aposte na capacidade de cada pessoa experimentar lidar com os revezes da vida de forma mais produtiva. Evitar a dependência de medicamentos é essencial. Aumentar o interesse e o	<i>Doenças que tem início em situações difíceis (e.g. processos de luto, desemprego)</i> <i>Persistência de "situações difíceis"</i> <i>Agravamento da doença</i> <i>Ideia de que todo sofrimento requer uma medicação</i>	<i>a equipe tenha uma boa capacidade de escuta e diálogo, já que parte da cura ou da melhora depende de o sujeito aprender novas formas (menos danosas) de lidar com as situações agressivas</i> <i>Escutar o usuário</i> <i>Identificar com o usuário novas formas menos danosas de lidar com situações difíceis</i> <i>aposte na capacidade de cada pessoa experimentar lidar com os revezes da vida de forma mais produtiva.</i> <i>Incentivar o usuário a lidar com os revezes da vida de forma mais produtiva</i>	<i>Resoluções de problemas de saúde direcionadas pelo manejo de variáveis ambientais, ao invés de apenas na utilização de medicamentos</i> <i>Probabilidade de aumento da efetividade do atendimento em saúde</i> <i>Promoção de autonomia do usuário no processo de tratamento da doença</i>	<i>Escutar o usuário sobre as doenças que tem início em situações difíceis (e.g. processos de luto, desemprego)</i> <i>Identificar com o usuário novas formas de lidar com situações difíceis</i> <i>Identificar quais são as possibilidades de intervenção frente ao adoecimento do usuário associado à vivência de situações difíceis, além da medicação</i> <i>Dialogar com o usuário sobre a importância de se engajar em atividades de seu interesse ou em</i>

	gosto por outras coisas e novos projetos também é. (p.30)		Evitar a dependência de medicamentos Aumentar o interesse e o gosto por outras coisas e novos projetos também é <i>Incentivar o usuário a se engajar em seus interesses e novos projetos, frente às situações difíceis apresentadas em sua vida</i>		<i>novos projetos, como forma de enfrentamento do adoecimento associado à vivência de situações difíceis</i>
45	Estas são, talvez, as principais características de ações de saúde coletiva ampliadas: buscar sujeitos coletivos como parceiros de luta pela saúde, em vez de buscar perpetuar relações de submissão. Este compromisso nos obriga a buscar as potências coletivas, evitar a culpabilização, estar atentos às relações de poder (macro e micropolíticas). (p.31)	Sujeitos coletivos Potências coletivas Relações de poder (macro e micropolíticas)	buscar sujeitos coletivos como parceiros de luta pela saúde, em vez de buscar perpetuar relações de submissão buscar as potências coletivas <i>Intervir junto às potências coletivas</i> estar atentos às <i>Examinar as relações de poder (macro e micropolíticas).</i>	Promoção de ações de saúde coletiva ampliadas <i>Melhoria no relacionamento entre o serviço de saúde e coletivos</i>	<i>Intervir em conjunto com os sujeitos coletivos (usuários, trabalhadores e gestores), evitando relações de poder e submissão</i>
Brasil. (2003). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização - Documento para discussão. Ministério da Saúde, Brasília.					
Nº do trecho	Trecho selecionado dos documentos selecionados	Classes de estímulos antecedentes	Classes de respostas	Classes de estímulos	Classes de comportamentos

	como fontes de informação e página do trecho			consequentes	
46	As equipes devem elaborar projetos terapêuticos individuais e coletivos para usuários e sua rede social considerando as políticas intersetoriais (.p 17)				
47	Os serviços devem ter formas de acolhimento e inclusão da clientela que promovam o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema (p.17)				
48	As práticas terapêuticas devem promover resolução, diminuição de consumo de medicamentos e fortalecer as relações entre equipes e usuários (p.17)	Consumo de medicamentos Relações entre equipes e usuários	<i>Intervir de forma a promover resolução de problemas nas práticas terapêuticas</i> <i>Intervir de forma a promover diminuição de consumo de medicamentos</i> Fortalecer as relações entre equipes e usuários <i>Estabelecer relações com os usuários</i>	Diminuição de consumo de medicamentos Fortalecimento das relações entre equipes e usuários	<i>Intervir de forma a promover resolução de problemas nas práticas terapêuticas</i> <i>Intervir de forma a promover diminuição de consumo de medicamentos</i> <i>Estabelecer relações com os usuários por meio das práticas terapêuticas</i>
49	Os serviços devem ampliar a escuta entre as equipes e a população, proovendo gestão				

	participativa (p.17)				
50	Os serviços devem ser confortáveis, respeitar a privacidade e promover a ambiência acolhedora (p.17)	<i>Usuário em atendimento</i>	Respeitar a privacidade do usuário nos serviços de saúde	Promoção de serviços confortáveis Respeito à privacidade Ambiência acolhedora	<i>Viabilizar a privacidade do usuário nos serviços de saúde</i>
Brasil. (2004). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Brasília.					
Nº do trecho	Trecho selecionado dos documentos selecionados como fontes de informação e página do trecho	Classes de estímulos antecedentes	Classes de respostas	Classes de estímulos consequentes	Classes de comportamentos
51	Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde. (p.13)	Políticas intersetoriais Necessidades de saúde	Elaborar projetos de saúde individuais para usuários e sua rede social Elaborar projetos de saúde coletivos para usuários e sua rede social	<i>Propostas de resolução de necessidades individuais e coletivas de saúde</i>	<i>Elaborar projetos individuais de saúde para usuários e suas redes sociais</i> <i>Elaborar projetos coletivos de saúde para usuários e suas redes sociais</i>
52	Incentivar práticas promocionais de saúde. (p.13)				
53	Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de				

	riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. (p.13)				
54	Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde. (p.13)	Rede de apoio profissional	Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade	Aumento do grau de corresponsabilidade Maior eficácia na atenção em saúde	<i>Corresponsabilizar-se pelo atendimento junto à equipe</i>
Brasil. (2004). Política Nacional de Humanização - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Brasília.					
Nº do trecho	Trecho selecionado dos documentos selecionados como fontes de informação e página do trecho	Classes de estímulos antecedentes	Classes de respostas	Classes de estímulos consequentes	Classes de comportamentos
55	Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; (p.30)				
56	Incentivo às práticas promocionais da saúde; (p.30)				
57	Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e efetivação do acesso aos demais níveis do sistema. (p.30)	Filas para atendimento Riscos em saúde Outros níveis de atenção em saúde	Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e a efetivação do acesso aos demais níveis do sistema	Otimização dos serviços Fim-Diminuição das filas Acesso aos demais níveis do sistema	<i>Hierarquizar riscos à saúde entre usuários no momento do acolhimento</i> <i>Acolher os usuários de forma a reduzir as filas de espera</i>

			<p><i>Acolher o usuário por meio da hierarquização dos riscos</i></p> <p><i>Acolher ao usuário realizando o encaminhamento para os demais níveis de atenção, quando necessário</i></p>		<p><i>Encaminhar os usuários para os demais níveis de atenção no momento do acolhimento, quando necessário</i></p>
Brasil. (2013). Acolhimento à Demanda Espontânea. Cadernos de Atenção Básica - Ministério da Saúde (Vol. 01). Brasília.					
Nº do trecho	Trecho selecionado dos documentos selecionados como fontes de informação e página do trecho	Classes de estímulos antecedentes	Classes de respostas	Classes de estímulos consequentes	Classes de comportamentos
58	<p>As equipes de saúde da atenção básica, seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o</p>	<p>Peculiaridades de cada situação</p> <p>Recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras)</p> <p>Sofrimentos dos usuários</p> <p>Danos à saúde</p> <p>Isolamento e abandono</p>	<p>estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta</p> <p><i>Identificar as peculiaridades de cada situação</i></p> <p>agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir</p>	<p>Alívio do sofrimento do usuário</p> <p>Prolongamento da vida do usuário</p> <p>Danos reduzidos ou evitados</p> <p>Aumento da autonomia do usuário</p> <p>Criação de vínculos</p>	<p><i>Identificar as peculiaridades de cada situação</i></p> <p><i>Propor intervenções que atendam às necessidades do usuário, por meio dos recursos e tecnologias disponíveis (tecnologias leves, leve-duras e duras)</i></p>

	isolamento e abandono. (p.15)		<p>danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono</p> <p><i>Propor intervenções que atendam à necessidade de saúde do usuário (e.g. aliviar o sofrimento, evitar ou reduzir danos, diminuição do isolamento), utilizando dos recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) disponíveis</i></p>	Diminuição do isolamento e abandono do usuário	
59	Em resumo, os exemplos anteriores evidenciam que a atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente	Complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde	<p>Capacidade ampliada de escuta (e análise) <i>Escutar o usuário</i></p> <p>Escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde</p> <p><i>Identificar as</i></p>	Efetivação e legitimação da atenção básica na sociedade	<p><i>Identificar as necessidades de saúde do usuário por meio das informações apresentadas por ele</i></p> <p><i>Propor estratégias de intervenção coerentes com as necessidades de saúde do usuário</i></p>

	expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. (p.15)		<i>necessidades de saúde do usuário, de forma a propor estratégias de intervenção coerentes</i>		
60	Conforme vimos anteriormente, a atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. (p.19)	Situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas) Dimensão orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado	<i>Elaborar intervenções que contemplem as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado</i>	Efetividade das ações de cuidado	<i>Elaborar intervenções que contemplem as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado</i>
61	Além disso, as equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade	Dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios Demandas, necessidades e	capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos	Acolhimento das demandas, necessidades e manifestações dos usuários	<i>Escutar de forma atenta as necessidades de saúde dos usuários no domicílio, nos espaços</i>

	<p>de acolhida e escuta das equipas aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave. (p.19)</p>	<p>manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde</p>	<p>usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde <i>Escutar de forma atenta as necessidades de saúde dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários, e nas unidades de saúde</i></p>		<p><i>comunitários, e nas unidades de saúde</i></p>
62	<p>Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela</p>				

	menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas.(p.19)				
63	<p>(...) a despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se</p>	<p>Formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas</p> <p>Compreensão de que as necessidades de saúde são definidas não somente pela ciência e pelos profissionais de saúde, mas também pelo usuário</p> <p>Necessidades de saúde apresentadas pelo usuário</p> <p>Situações em que não há coincidência entre a demanda do usuário e o olhar técnico-profissional</p>	<p><i>Definir as necessidades de saúde do usuário com base nas demandas apresentadas por ele e nos conhecimentos técnicos prévios sobre o tema</i></p> <p>Quando não há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional, é necessário um esforço de diálogo e compreensão <i>Dialogar com o usuário quando os conhecimentos técnico-profissionais e a demanda apresentada por ele não coincidirem no processo de delimitação das necessidades de saúde</i></p>	<p>Acolhimento das necessidades de saúde apresentadas pelo usuário</p> <p>Diminuição de queixas, reclamações, retornos repetidos e busca por outros serviços</p>	<p><i>Definir as necessidades de saúde do usuário com base nas demandas apresentadas por ele e nos conhecimentos técnicos prévios sobre o tema</i></p> <p><i>Esclarecer ao usuário as informações necessárias quando houver divergência entre a demanda apresentada por ele e as necessidades de saúde identificadas pelo profissional</i></p>

	materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços (p.20)				
64	<p>os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Vejamos alguns exemplos de situações não programadas que podem ser acolhidas na atenção básica: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; alguém que está com insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros. Essas situações revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é</p>				

	<p>fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos (...) Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços. (p.20)</p>				
65	<p>O acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso. O acolhimento aparece, aqui, como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Sendo assim, podem ser cuidados na atenção</p>	<p>não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios <i>Necessidades de saúde de diferentes complexidades</i></p>	<p><i>Acolher o usuário, de forma a viabilizar o cuidado das diferentes necessidades de saúde dos usuários</i></p> <p><i>Acolher o usuário, de forma a viabilizar o cuidado das necessidades de saúde apresentadas pelo usuário no atendimento da demanda espontânea</i></p>	<p>Ampliação/facilitação do acesso ao atendimento em saúde</p> <p>Inclusão dos usuários</p>	<p><i>Viabilizar o atendimento das diferentes necessidades de saúde dos usuários por meio do acolhimento</i></p>

	<p>básica, por exemplo, tanto um portador de hipertensão arterial como alguém com gastrite. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos. (p.21/22)</p>	<p>Agenda programada</p> <p>Demanda espontânea</p>			
66	<p>O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado. Nesse aspecto, o acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de</p>				

	agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. (p.22)				
67	Que usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina, por exemplo) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção; (p.26)				
68	Que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas; (p.26)				
69	Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para	Demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio)	capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade) <i>Identificar riscos e vulnerabilidades no acolhimento das demandas que surgem sem agendamento prévio</i> clareza das ofertas de cuidado existentes na	Acolhimento da demanda espontânea	<i>Identificar riscos e vulnerabilidades no acolhimento da demanda espontânea</i> <i>Ofertar as possibilidades de cuidado existentes na UBS de acordo com as necessidades de saúde do usuário, no acolhimento da demanda espontânea</i>

	acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários. (p.26)		UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários. <i>Ofertar as possibilidades de cuidado existentes na UBS de acordo com as necessidades de saúde do usuário, no acolhimento da demanda espontânea</i>		
70	(...) na atenção básica, os usuários geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adstritos à UBS) e que o efetivo trabalho em equipe (multi e transdisciplinar) produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e ao conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para				

	os usuários. (p. 27)				
71	No que se refere à definição de intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) em “não agudo” (intervenções programadas) e “agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia) , o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade. (p.27)	Necessidades de saúde "não agudas" (intervenções programadas) e "agudas" (atendimento imediato, prioritário ou no dia)	Definição de intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) <i>Definir intervenções de acordo com a avaliação de riscos e vulnerabilidade dos usuários</i>	Materialização do princípio de equidade <i>Intervenções elaboradas de acordo com a estratificação de riscos e vulnerabilidades</i>	<i>Definir intervenções de acordo com a avaliação de riscos e vulnerabilidade dos usuários</i>
72	A fila e a cota de “consultas de dia” (senhas limitadas), além de submeterem as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada. Dessa forma, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda				

	espontânea. (p.32)				
73	<p>Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes graduações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas priorizações. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. (p.32)</p>	Situações de riscos e urgência diferentes entre usuários	<p>Identificar as diferentes graduações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas priorizações. <i>Hierarquizar os casos de maior urgência de acordo com o risco</i></p> <p><i>Priorizar o atendimento dos casos de maior urgência de acordo com o risco</i></p>	<p>Garantia de acesso com equidade</p> <p>Priorização de atendimentos de acordo com o risco e urgência</p>	<p><i>Hierarquizar os casos de maior urgência de acordo com o risco</i></p> <p><i>Priorizar o atendimento dos casos de maior urgência de acordo com o risco</i></p>
74	<p>Mas é importante garantir espaços mais reservados para escuta e identificação de riscos, como o atendimento individual de enfermagem. Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas (nem sempre o risco é facilmente reconhecível), quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários. (p.32)</p>	<p>Limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variáveis entre pessoas</p> <p>Situações de exposição pública do sofrimento que intimidam e desrespeitam os usuários</p>	<p>garantir espaços mais reservados para escuta e identificação de riscos <i>Viabilizar que o usuário seja atendido com privacidade no momento do acolhimento</i></p>	<p><i>Diminuição da probabilidade de exposição do usuário</i></p> <p><i>Diminuição da probabilidade de situações de desrespeito por exposição do usuário</i></p>	<p><i>Viabilizar que o usuário seja atendido com privacidade no momento da identificação dos riscos à saúde</i></p>
75	Na atenção básica,				

	<p>diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico (após acolhimento inicial), a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com os outros membros da equipe). Porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. E a estratificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido. (p.33)</p>				
76	<p>No entanto, não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado. (p.33)</p>	<p>Condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas</p> <p>Situação de acolhimento inicial</p>	<p>É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado.</p> <p><i>Identificar condições que aumentam a vulnerabilidade dos</i></p>	<p>Inclusão das condições que aumentam a vulnerabilidade dos usuários em planos de cuidado</p>	<p><i>Identificar condições que aumentam a vulnerabilidade dos usuários, no momento do acolhimento</i></p>

			<i>usuários, no momento do acolhimento</i>		
77	<p>Em alguns casos, o tato, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando o risco e a vulnerabilidade. No entanto, pode haver dificuldades na estratificação, seja de cunho técnico, seja em termos da aceitação/suporte pelos colegas de trabalho. Por isso é importante que as equipes discutam, que haja troca de conhecimentos, que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado). (p.33)</p>	<p>Dificuldades na estratificação dos riscos (dificuldades técnicas e de aceitação/suporte dos colegas de trabalho)</p>	<p>é importante que as equipes discutam, que haja troca de conhecimentos, que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade (que, muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado). <i>Especificar critérios para a classificação de riscos e vulnerabilidades com a equipe</i></p>	<p><i>Aumento da clareza sobre os critérios para a classificação dos riscos e vulnerabilidades</i></p> <p><i>Diminuição das dificuldades relacionadas à classificação de riscos e vulnerabilidades</i></p>	<p><i>Especificar critérios para a classificação de riscos e vulnerabilidades com a equipe</i></p>
78	<p>Além disso, escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia. Em outras palavras, a avaliação de risco e vulnerabilidade devem ser,</p>	<p>Riscos e vulnerabilidades do usuário</p> <p>Percepção do usuário sobre sua situação de saúde</p>	<p>escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia. Em outras palavras, a avaliação de risco e</p>	<p>Promoção de solidariedade entre os usuários</p> <p>Autonomia do usuário</p>	<p><i>Avaliar os riscos e vulnerabilidades de forma dialogada com o usuário, considerando a avaliação que ele faz de sua própria situação de saúde</i></p>

	preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários. (p.34)		vulnerabilidade devem ser, preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. <i>Avaliar os riscos e vulnerabilidades de forma dialogada com o usuário, considerando a avaliação que ele faz de sua própria situação de saúde</i>		
79	Ao atentar para a vulnerabilidade, é importante também considerar se é um momento oportuno de intervenção (exs.: percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão etc.), problema de magnitude no território, situação importante para criar ou reforçar o vínculo etc. Em outras palavras, o grau de vulnerabilidade pode ser verbalizado ou não, e a sua identificação pode requerer, portanto, escuta ativa e percepção ampliadas. (p.35)	Vulnerabilidades vivenciadas pelo usuário (e.g. situações de violência, negligência, baixa adesão)	considerar se é um momento oportuno de intervenção (exs.: percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão etc.), problema de magnitude no território, situação importante para criar ou reforçar o vínculo etc. <i>Identificar oportunidades de intervenção nas situações de vulnerabilidade vivenciadas pelo usuário (e.g. situações de violência, negligência, baixa</i>	Identificação de vulnerabilidades vivenciadas pelo usuário Intervenção em vulnerabilidades vivenciadas pelo usuário Criação de vínculos com o usuário	<i>Identificar oportunidades de intervenção nas situações de vulnerabilidade vivenciadas pelo usuário (e.g. situações de violência, negligência, baixa adesão), verbalizadas ou não</i>

			<i>adesão), verbalizadas ou não</i>		
80	<p>Com alguma frequência, vê-se o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica se reduzir a uma triagem para o atendimento médico. E, quando a consulta médica é a principal (ou única) oferta de cuidado de uma unidade, esse risco transforma-se praticamente numa certeza. Sendo assim, se um dos efeitos e condições do acolhimento da demanda espontânea é a ampliação da capacidade clínica e de cuidado da equipe, isso tem que ser objeto de traduções concretas no cotidiano da unidade de saúde. A ampliação da capacidade clínica da equipe deve ser perseguida não apenas para estratificar os riscos (o que é fundamental) ou para realizar intervenções imediatas, ou seja, não deve se limitar ao momento do acolhimento inicial nem a respostas do tipo queixa-conduta. É crucial passar da</p>				

	lógica procedimento centrada à lógica usuário centrada. (p.39)				
81	<p>E o que tem a ver acolhimento com medicalização? Ele pode ser uma forma de ampliação da medicalização via ampliação do acesso (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Mas esse risco pode ser diminuído se o conjunto das práticas da unidade (mesmo as tipicamente curativas) estiver articulado e comprometido com a construção de maiores graus de autonomia dos usuários. Por isso é importante que a unidade tenha um “cardápio” diversificado de ofertas de cuidado, e que seja capaz de apoiar e acionar redes sociais significativas e redes de cuidado comunitárias. Grupos variados, oficinas, práticas corporais e de autocuidado, atividades lúdicas e laborais etc. Não para ignorar a necessidade de conhecimentos científicos, medicações, exames, dieta,</p>	<p>Singularidades dos sujeitos e coletivos</p> <p>Histórico de medicalização <i>indiscriminada</i></p> <p>Unidade com um "cardápio" diversificado de ofertas de cuidado (e.g. Grupos variados, oficinas, práticas corporais e de autocuidado, atividades lúdicas e laborais)</p> <p>Conhecimentos científicos, medicações, exames, dieta, atividade física (isso seria ingênuo e até irresponsável).</p>	<p>é preciso aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado da atenção básica (...)</p> <p>considerando as singularidades dos sujeitos e coletivos</p> <p><i>Intervir de forma resolutiva frente às singularidades dos sujeitos e coletivos</i></p>	<p>Construção de maiores graus de autonomia dos usuários</p> <p>Aumento da resolutividade clínica e da capacidade de cuidado da atenção básica</p> <p>Diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários</p> <p>Autonomia dos usuários</p>	<p><i>Intervir de forma resolutiva frente às singularidades dos sujeitos e coletivos, com foco na diminuição do sofrimento e na promoção de autonomia dos usuários</i></p>

	<p>atividade física (isso seria ingênuo e até irresponsável). Esses recursos são fundamentais, porém insuficientes. Em suma, é preciso aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado da atenção básica, tendo como norte a diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários, a (re)construção de graus progressivos de autonomia, a capacidade dos usuários de gerir a própria vida (com apoio e suporte dos profissionais de saúde e das redes sociais). Não de forma abrupta e indiscriminada, mas considerando as singularidades dos sujeitos e coletivos. (p. 39)</p>				
82	<p>A atenção básica deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser</p>	<p>Situações de emergência</p> <p>Atenção básica <i>primária</i> como articuladora da rede de atenção, desenvolvendo-se como porta de entrada e</p>	<p><i>Viabilizar o atendimento à demanda espontânea de pacientes crônicos em episódio de agudização e de urgências de menor gravidade</i></p>	<p>Atendimento de episódios de agudização e de urgências de menor gravidade</p> <p>Diagnóstico de casos graves em situações de</p>	<p><i>Viabilizar o atendimento à demanda espontânea de pacientes crônicos em episódio de agudização e de urgências de menor gravidade</i></p>

	<p>realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento. (p.44)</p>	<p>ordenadora da rede</p> <p>Pacientes crônicos em episódio de agudização e urgências de menor gravidade</p> <p>Casos graves</p>	<p>Diagnosticar Viabilizar o diagnóstico de casos graves</p> <p>Iniciar Executar manobras de suporte básico de vida</p> <p>Acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento</p>	<p>emergência</p> <p>Suporte em situações de emergência</p> <p>Continuidade adequada do atendimento em situações de emergência</p>	<p><i>Viabilizar o diagnóstico de casos graves em situações de emergência</i></p> <p><i>Executar manobras de suporte básico de vida em situações de emergência</i></p> <p><i>Acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento em situações de emergência</i></p>
83	<p>É comum que usuários agendados fiquem irritados com o fato de alguns pacientes de demanda espontânea serem priorizados, assim como acontece de aqueles com risco baixo exigirem atendimento médico imediato. Essas situações evidenciam a necessidade de haver conversas entre trabalhadores e usuários sobre o modo de funcionamento da unidade,</p>	<p>usuários agendados irritados com o fato de alguns pacientes de demanda espontânea serem priorizados</p> <p>Usuários com risco baixo exigindo atendimento médico imediato</p>	<p>necessidade de haver conversas entre trabalhadores e usuários sobre o modo de funcionamento da unidade, em diferentes ocasiões</p> <p><i>Informar para os usuários o modo de funcionamento do acolhimento das necessidades de saúde na unidade</i></p> <p>Acolher a irritação e</p>	<p>Usuários informados sobre o modo de funcionamento do acolhimento na unidade de saúde</p> <p>Construção de consensos e entendimentos sobre o funcionamento da unidade</p>	<p><i>Informar para os usuários o modo de funcionamento do acolhimento das necessidades de saúde na unidade</i></p> <p><i>Validar o relato do usuário sobre o descontentamento em relação ao funcionamento do acolhimento na unidade de saúde</i></p>

<p>em diferentes ocasiões, tais como: nas consultas, na sala de espera, durante as visitas domiciliares, nas atividades coletivas comunitárias, nas reuniões dos conselhos locais de saúde, nos grupos. Acolher a irritação e ansiedade dos usuários, nesses casos (em vez de reagir), escutar o conteúdo expresso nesses ruídos e problematizá-los (sem deslegitimar a manifestação deles) são atitudes que podem facilitar a construção de consensos e entendimentos a esse respeito; (p.47)</p>		<p>ansiedade dos usuários, nesses casos (em vez de reagir), escutar o conteúdo expresso nesses ruídos e problematizá-los (sem deslegitimar a manifestação deles) <i>Dialogar com o usuário, de forma a acolher e problematizar o descontentamento dele frente ao funcionamento do acolhimento na unidade de saúde</i></p>		<p><i>Problematizar as queixas do usuário sobre o descontentamento em relação ao funcionamento do acolhimento da unidade, quando necessário</i></p>
--	--	---	--	---

Apêndice B

Instruções para juízas externas referente à avaliação dos nomes das classes de comportamentos

Olá, Juíza I! Muito obrigada pela participação nesta etapa de avaliação. Sua avaliação será de extrema relevância para o desenvolvimento desta pesquisa.

Contextualização geral sobre a pesquisa e o procedimento:

O objetivo geral desta pesquisa é: Propor classes de comportamentos constituintes da classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde”.

As classes de comportamentos que você irá avaliar foram identificadas e derivadas a partir de trechos selecionados em X fontes de informações relevantes para a pesquisa. Os trechos estão descritos na coluna B, de forma idêntica à fonte de informação.

Na coluna C há a descrição da classe de comportamentos identificada e derivada a partir do trecho. As classes foram identificadas e derivadas com base no conceito de Comportamento para a Análise do Comportamento, e nos pressupostos da Programação de Condições para o Desenvolvimento de Comportamentos (PCDC). Acima das classes de comportamentos há a referência da fonte de informação que foi utilizada.

Instruções para avaliação:

Você deverá avaliar o nome de cada classe de comportamento. Leia as instruções abaixo, e, em caso de dúvidas, solicite esclarecimento à pesquisadora.

1. Leia o trecho;
 2. Leia o nome da classe de comportamentos - para cada trecho pode haver mais de uma classe;
 3. Identifique se há problemas no nome da classe de comportamentos, de acordo com os critérios:
 - Objetividade - a descrição deve fazer referência a variáveis direta ou indiretamente observáveis (deve eliminar impressões pessoais e subjetivas, e evitar fazer referência a variáveis internas);
 - Concisão - a descrição deve ser breve (deve evitar informações excessivas ou desnecessárias)
 - Clareza - a descrição deve ser de fácil compreensão (não deve gerar dúvidas ou múltiplas interpretações)
 - Precisão - a descrição deve representar o fenômeno com exatidão (deve evitar termos amplos, indefinidos ou expressões ambíguas)
 - Gramática/ortografia - a descrição deve atender à norma culta da língua portuguesa (não é necessário um estudo aprofundado sobre a norma culta da língua portuguesa, mas podem ser sinalizados os problemas que forem identificados de acordo com o seu repertório pré-existente)
 - Coerência entre a nomeação da classe de comportamento e o trecho original - este critério tem o objetivo de restringir descrições embasadas em interpretações pessoais da pesquisadora e não nas informações do trecho. Compare as informações contidas nos nomes das classes de comportamentos com as informações apresentadas no trecho. As informações que constam no nome da classe de comportamento devem ser apresentada no trecho de forma direta (com similaridade topográfica na escrita) ou indireta (mesmo com palavras diferentes, as informações do trecho devem compor as informações contidas no nome da classe);
- Na coluna D, responda "SIM" ou "NÃO" para a seguinte pergunta: "Há problemas na nomeação da classe de comportamentos?". Caso você sinalize que não há problemas, a avaliação desta classe está finalizada, e você poderá iniciar a avaliação da classe subsequente. Caso sejam identificados problemas, siga os próximos passos para a avaliação desta classe.
4. Especifique/justifique quais foram os problemas identificados nas colunas E, F, G, H, I e J (preencher somente as colunas em que foram identificados problemas);
 5. Proponha uma sugestão de nomeação mais adequada aos critérios na coluna K.

Apêndice C

Resultados da avaliação dos nomes das classes de comportamentos pelas juízas externas, de acordo com os critérios de objetividade, concisão, precisão e clareza

Resultados Avaliação – Juíza 1			
Classe de comportamentos	Crítérios em discordância	Justificativa/sugestão de modificação	Classe de comportamentos modificada de acordo com as sugestões da juíza
Brasil. (2010). O Humanizadas na atenção básica. Ministério da Saúde (MS), Brasília.			
Identificar com os usuários estratégias de enfrentamento para os seus problemas	Precisão	Adicionar o “seus”, de modo a dar clareza sobre o enfrentamento dos problemas de quem o trecho faz referência	Identificar com os usuários estratégias de enfrentamento para os seus problemas
Destacar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco	Precisão	Destacar pode ter múltiplos significados e não descreve o que o profissional precisa fazer. Modificar por “definir”	Definir, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco
Destacar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade	Precisão	Destacar pode ter múltiplos significados e não descreve o que o profissional precisa fazer. Modificar por “definir”	Definir, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade
Identificar usuários em adoecimento em função de discriminação de gênero e orientação sexual	Precisão	Dividir em duas classes diferentes	Identificar usuários em adoecimento em função de discriminação de gênero Identificar usuários em adoecimento devido à discriminação de sua orientação/identidade sexual
Identificar usuários em adoecimento em função da estigmatização pela doença	Clareza	A expressão “em função da estigmatização pela doença” é confusa	Identificar usuários em adoecimento em função da estigmatização de certas patologias
Identificar os sinais e sintomas individuais apresentados pelo usuário em condição de agravo à saúde	Precisão	O que são sinais? A que essa palavra faz referência? Excluir	Identificar os sintomas individuais apresentados pelo usuário em condição de agravo à saúde
Corresponsabilizar o usuário pelos	Clareza	É necessário deixar claro sobre	Corresponsabilizar o usuário pelos

resultados do tratamento		qual tratamento o usuário deve assumir a responsabilidade conjunta.	resultados de seu tratamento
Identificar reforçadores no cotidiano do usuário para além do sofrimento/doença	Precisão	Os reforçadores não se limitam apenas a situações prazerosas, e incluí-los aqui pode induzir a uma interpretação equivocada.	Identificar aspectos e situação prazerosas do cotidiano do usuário para além do sofrimento/doença
Esclarecer as dúvidas dos usuários nas ações coletivas de saúde	Clareza	O verbo “esclarecer” pode ter mais de um significado	Responder às dúvidas dos usuários nas ações coletivas de saúde
Manipular variáveis de grupo de forma a promover a criação de vínculos entre usuários nas ações coletivas de saúde (e.g. caminhadas, atividades lúdicas)	Clareza	Não fica claro quais são as variáveis e o que o profissional de saúde precisa fazer para promover a criação de vínculo entre os usuários.	Organizar ações coletivas de saúde (e.g., caminhadas, atividades lúdicas) como forma de potencialização das redes de solidariedade na comunidade
Brasil. (2003). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização - Documento para discussão. Ministério da Saúde, Brasília.			
Intervir de forma a promover resolução de problemas nas práticas terapêuticas	Clareza	A classe está confusa, não fica claro qual “resolução” deve ser promovida, e de qual relação está falando.	Intervir de forma a promover a resolução dos problemas de saúde dos usuários durante as práticas terapêuticas.
Intervir de forma a promover diminuição de consumo de medicamentos	Clareza	Não fica claro sobre para quem deve promover a diminuição do consumo de medicamentos	Intervir de forma a promover diminuição de consumo de medicamentos pelos usuários
Brasil. (2004). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Brasília*			
Brasil. (2004). Política Nacional de Humanização - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Brasília*			

*Não houve sugestões de correção para as classes de comportamentos propostas a partir das fontes de informação sinalizadas

Resultados Avaliação – Juíza 2			
Classe de comportamentos	Crítérios em discordância	Justificativa/sugestão de modificação	Classe de comportamentos modificada de acordo com as sugestões da juíza

Brasil. (2010). Clínica Ampliada e Compartilhada. Ministério da Saúde, Brasília.			
Conceitualizar o usuário como pessoa	Clareza; precisão	É mais claro manter a expressão "sujeito" informada pelo trecho	Conceitualizar o usuário como sujeito
Identificar os sintomas que se expressam no usuário de forma única	Clareza	A expressão “de forma única” está confusa, pois não é possível identificar com exatidão ao que se refere	Identificar os sintomas apresentados pelo usuário considerando sua individualidade
Escutar os membros da equipe de forma não-hierárquica	Clareza	Não está claro o comportamento que precisa ser apresentado	Estabelecer comunicação não-hierárquica com os membros da equipe
Elaborar estratégias de enfrentamento para os problemas de saúde com o usuário	Clareza; precisão	Não fica claro que são os problemas de saúde do usuário	Elaborar com o usuário estratégias de enfrentamento para os problemas de saúde dele
Brasil. (2013). Acolhimento à Demanda Espontânea. Cadernos de Atenção Básica - Ministério da Saúde (Vol. 01). Brasília.			
Identificar as peculiaridades de cada situação	Objetividade; clareza	A expressão "peculiaridades de cada situação" não especifica o que deve ser identificado	Identificar as singularidades das necessidades de saúde de cada usuário
Escutar de forma atenta as necessidades de saúde dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários, e nas unidades de saúde	Objetividade; concisão	Retirar a expressão "de forma atenta"	Escutar as necessidades de saúde dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários, e nas unidades de saúde
Viabilizar o atendimento das diferentes necessidades de saúde dos usuários, por meio do atendimento da agenda programada e da demanda espontânea	Precisão	Essa classe de comportamentos se repete com a anterior “Viabilizar o atendimento das diferentes necessidades de saúde dos usuários por meio do processo de acolhimento”. Sugiro exclusão	

Apêndice D

Lista de classes de comportamentos selecionadas no estudo de Marcolini et al. (2022), que constituem a classe geral “intervir de forma humanizada sobre as necessidades de saúde do usuário no contexto da atenção primária à saúde”

1. Apresentar informações ao usuário do serviço de saúde sobre seu processo de cuidado de forma acessível;
2. Assegurar os direitos do usuário do serviço de saúde durante seu processo de cuidado por meio de comunicação efetiva;
3. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação de gravidade do caso realizada;
4. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação de vulnerabilidade do caso realizada;
5. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação dos riscos do caso realizada;
6. Avaliar a gravidade do caso do usuário atendido no serviço de saúde;
7. Avaliar a vulnerabilidade do caso do usuário atendido no serviço de saúde;
8. Avaliar os riscos do caso do usuário atendido no serviço de saúde;
9. Coletar informações a respeito de diferentes dimensões da vida do usuário por meio da comunicação com o mesmo e demais fontes;
10. Comunicar-se de forma acessível com o usuário a fim de garantir compreensão da linguagem utilizada;
11. Dialogar com os profissionais de saúde de diferentes áreas e especialidades a fim de enriquecer o diagnóstico e o cuidado com o usuário;
12. Esclarecer os processos de cuidado realizados no atendimento ao usuário de modo a promover o cuidado em saúde;
13. Escutar atentamente às demandas trazidas pelo usuário a fim de oferecer melhor cuidado;
14. Escutar de forma qualificada as demandas do usuário de modo a promover práticas acolhedoras individualizadas no cuidado em saúde;
15. Escutar de forma qualificada as necessidades do usuário de modo a garantir maior efetividade das práticas de saúde;
16. Garantir ao usuário do serviço de saúde seu direito à autonomia sobre aspectos do seu tratamento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento;
17. Garantir atendimento específico e integral ao usuário do serviço de saúde por meio da atuação de acordo com os regulamentos da Política Nacional de Humanização;
18. Identificar as contribuições das diferentes especialidades de saúde para as necessidades do usuário de modo a promover um tratamento adequado às necessidades do usuário;
19. Identificar possibilidades de atuação alternativas às tradicionais de modo a gerar mudanças no cuidado ao usuário;
20. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos sociais do mesmo;
21. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos fisiológicos do mesmo;
22. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos emocionais do mesmo;
23. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos ontogenéticos do mesmo;
24. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos culturais da sociedade em que este se encontra inserido;

25. Identificar variáveis relevantes sobre o usuário durante seu atendimento por meio da comunicação e escuta qualificada;
26. Informar ao usuário do serviço de saúde seus direitos durante o atendimento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento;
27. Informar ao usuário do serviço de saúde suas condições de saúde durante o tratamento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento;
28. Oferecer ao usuário as tecnologias disponíveis no serviço de saúde adequadas às suas necessidades;
29. Ofertar cuidado interdisciplinar integral ao usuário por meio da comunicação com os demais profissionais do serviço de saúde;
30. Participar ativamente da produção e gestão do cuidado junto aos usuários do serviço de saúde de forma a promover práticas mais acolhedoras às demandas destes no processo de cuidado;
31. Produzir maior autonomia dos usuários de saúde em seu processo de cuidado por meio da comunicação com estes;
32. Promover a participação ativa de usuários no cotidiano das unidades de saúde;
33. Promover cuidado integral e adequado às necessidades específicas de cada usuário por meio de definição de ações coletivas junto a outros profissionais do serviço de saúde;
34. Promover um ambiente de trabalho que acate as demandas dos usuários do serviço de saúde por meio de definição de ações coletivas junto a estes;
35. Realizar um tratamento adequado às necessidades específicas do usuário por meio da comunicação com os outros profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar no serviço de saúde;
36. Tratar o usuário com os recursos tecnológicos disponíveis a partir das demandas do mesmo.

Apêndice E

Lista geral de classes de comportamentos propostas a partir das fontes de informações

-
1. Acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento em situações de emergência (B.13)
 2. Acolher o usuário em relação às necessidades em outros âmbitos de sua vida, além da doença (B.10B)
 3. Acolher os demais profissionais nas reuniões de equipe (B.10B)
 4. Acolher os usuários de forma a reduzir as filas de espera (B.4B)
 5. Alinhar as expectativas sobre o tratamento com o usuário (B.10A)
 6. Apresentar ao usuário possibilidades de tratamento de acordo com as condições de saúde e necessidades dele (B.10B)
 7. Apresentar informações ao usuário do serviço de saúde sobre seu processo de cuidado de forma acessível (M.22)
 8. Assegurar os direitos do usuário do serviço de saúde durante seu processo de cuidado por meio de comunicação efetiva (M.22)
 9. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação de gravidade do caso realizada (M.22)
 10. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação de vulnerabilidade do caso realizada (M.22)
 11. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação dos riscos do caso realizada (M.22)
 12. Avaliar a gravidade do caso do usuário atendido no serviço de saúde (M.22)
 13. Avaliar a vulnerabilidade do caso do usuário atendido no serviço de saúde (M.22)
 14. Avaliar as implicações do "ideal de neutralidade e "não envolvimento" ao intervir sobre as necessidades de saúde do usuário (B.10A)
 15. Avaliar as implicações dos próprios valores sobre o tratamento do usuário (B.10A)
 16. Avaliar os riscos do caso do usuário atendido no serviço de saúde (M.22)
 17. Avaliar os riscos e vulnerabilidades de forma dialogada com o usuário, considerando a avaliação que ele faz de sua própria situação de saúde (B.13)
 18. Coletar informações a respeito de diferentes dimensões da vida do usuário por meio da comunicação com o mesmo e demais fontes (M.22)
 19. Compartilhar com o usuário os diagnósticos e condutas em saúde (B.10A)
 20. Compartilhar diagnósticos de problemas de saúde com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A)
 21. Compartilhar incômodos vivenciados no cotidiano do serviço de saúde com os demais profissionais nas reuniões de equipe (B.10B)
 22. Compartilhar potencialidades identificadas no serviço de saúde com os demais profissionais nas reuniões de equipe (B.10B)
 23. Compartilhar propostas de resolução de problemas de saúde com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A)
 24. Comunicar-se de forma acessível com o usuário a fim de garantir compreensão da linguagem utilizada (M.22)
 25. Conceitualizar o usuário como pessoa integral, considerando as interações com o meio no qual está inserida (B.10A)
 26. Conceitualizar o usuário como sujeito (B.10A)
 27. Corresponsabilizar o usuário pela proposta terapêutica elaborada conjuntamente com ele (B.10A)
 28. Corresponsabilizar o usuário pelo tratamento (B.10A)
 29. Corresponsabilizar o usuário pelos resultados de seu tratamento (B.10B)
 30. Corresponsabilizar-se com os usuários pelos problemas coletivos de saúde (B.10B)
 31. Corresponsabilizar-se pelo atendimento ao usuário junto à equipe (B.4A)
 32. Corresponsabilizar-se pelos problemas individuais de saúde dos usuários (B.10B)
 33. Definir as necessidades de saúde do usuário com base nas demandas apresentadas por ele e nos conhecimentos técnicos prévios sobre o tema (B.13)
 34. Definir intervenções de acordo com a avaliação de riscos e vulnerabilidade dos usuários (B.13)
 35. Definir, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco (B.10B)
-

-
36. Definir, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade (B.10B)
 37. Descrever os possíveis riscos do tratamento para o usuário (B.10A)
 38. Dialogar com o usuário nas ações burocráticas do serviço (e.g., aplicação de questionários, controle de *Aedes aegypti*), de forma a promover proximidade (B.10B)
 39. Dialogar com o usuário sobre a importância de respeitar os motivos que ocasionaram seu adoecimento (B.10A)
 40. Dialogar com o usuário sobre a importância de se engajar em atividades de seu interesse ou em novos projetos, como forma de enfrentamento do adoecimento associado à vivência de situações difíceis (B.10A)
 41. Dialogar com os profissionais de saúde de diferentes áreas e especialidades a fim de enriquecer o diagnóstico e o cuidado com o usuário (M.22)
 42. Elaborar com o usuário as propostas terapêuticas dele (B.10A)
 43. Elaborar com o usuário estratégias de enfrentamento para os problemas de saúde dele (B.10A)
 44. Elaborar intervenções de acordo com as necessidades do usuário (B.10B)
 45. Elaborar intervenções que contemplem as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado (B.13)
 46. Elaborar processos de saúde de forma conjunta, participativa e negociada com a comunidade (B.10A)
 47. Elaborar projetos coletivos de saúde para usuários e suas redes sociais (B.4A)
 48. Elaborar projetos individuais de saúde para usuários e suas redes sociais (B.4A)
 49. Elaborar projetos terapêuticos para a comunidade em conjunto com especialistas de outros níveis de atenção (B.10B)
 50. Elaborar projetos terapêuticos para os usuários em conjunto com especialistas de outros níveis de atenção (B.10B)
 51. Elaborar um projeto terapêutico para cada usuário (B.10B)
 52. Encaminhar os usuários para os demais níveis de atenção no momento do acolhimento, quando necessário (B.4B)
 53. Esclarecer ao usuário as informações necessárias quando houver divergência entre a demanda apresentada por ele e as necessidades de saúde identificadas pelo profissional (B.13)
 54. Esclarecer os processos de cuidado realizados no atendimento ao usuário de modo a promover o cuidado em saúde (M.22)
 55. Escutar as necessidades de saúde dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários, e nas unidades de saúde (B.13)
 56. Escutar as queixas ou relatos do usuário, mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento (B.10A)
 57. Escutar atentamente às demandas trazidas pelo usuário a fim de oferecer melhor cuidado (M.22)
 58. Escutar de forma qualificada as demandas do usuário de modo a promover práticas acolhedoras individualizadas no cuidado em saúde (M.22)
 59. Escutar de forma qualificada as necessidades do usuário de modo a garantir maior efetividade das práticas de saúde (M.22)
 60. Escutar o usuário sobre as doenças que tem início em situações difíceis (e.g. processos de luto, desemprego) (B.10A)
 61. Especificar critérios para a classificação de riscos e vulnerabilidades com a equipe (B.13)
 62. Estabelecer comunicação não-hierárquica com os membros da equipe (B.10A)
 63. Estabelecer relações com os usuários por meio das práticas terapêuticas (B.3)
 64. Estabelecer relações interpessoais que viabilizem o atendimento das famílias e da comunidade (B.10A)
 65. Examinar com os usuários os problemas enfrentados por eles (B.10B)
 66. Executar manobras de suporte básico de vida em situações de emergência (B.13)
 67. Garantir ao usuário do serviço de saúde seu direito à autonomia sobre aspectos do seu tratamento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento (M.22)
-

-
68. Garantir atendimento específico e integral ao usuário do serviço de saúde por meio da atuação de acordo com os regulamentos da Política Nacional de Humanização (M.22)
 69. Gerir os casos que demandam tecnologias de outros níveis de atenção de forma compartilhada com os profissionais dos outros níveis de atenção (B.10B)
 70. Gerir os recursos de saúde existentes no território de forma compartilhada com a equipe de saúde (B.10B)
 71. Hierarquizar os casos de maior urgência de acordo com o risco (B.13)
 72. Hierarquizar riscos à saúde entre usuários no momento do acolhimento (B.4B)
 73. Identificar as contribuições das diferentes especialidades de saúde para as necessidades do usuário de modo a promover um tratamento adequado às necessidades do usuário (M.22)
 74. Identificar as dificuldades enfrentadas na vida dos usuários, nas ações coletivas de saúde (B.10B)
 75. Identificar as expectativas do usuário sobre o tratamento (B.10A)
 76. Identificar as necessidades de saúde do usuário por meio das informações apresentadas por ele (B.13)
 77. Identificar as potencialidades do usuário para além do sofrimento/doença (B.10B)
 78. Identificar as próprias dificuldades para lidar com os sofrimentos envolvidos no trabalho em saúde (B.10A)
 79. Identificar as singularidades das necessidades de saúde de cada usuário (B.13)
 80. Identificar aspectos e situações prazerosas do cotidiano do usuário para além do sofrimento/doença (B.10B)
 81. Identificar com o usuário as variáveis que dificultam ou facilitam a vivência cotidiana dele (B.10B)
 82. Identificar com o usuário as variáveis que ocasionaram seu adoecimento (B.10A)
 83. Identificar com o usuário estratégias de enfrentamento frente a situações em que os valores individuais de profissionais estão interferindo negativamente no tratamento dele (B.10A)
 84. Identificar com o usuário estratégias para ficar sob controle dos outros âmbitos de sua vida, além da doença (B.10B)
 85. Identificar com o usuário novas formas de lidar com situações difíceis (e.g. processos de luto, desemprego) (B.10A)
 86. Identificar com o usuário os âmbitos de sua vida além da doença (B.10A)
 87. Identificar com o usuário os outros âmbitos de sua vida além da doença (B.10B)
 88. Identificar com os usuários estratégias de enfrentamento para os seus problemas (B.10B)
 89. Identificar com os usuários os problemas que existem na comunidade (B.10B)
 90. Identificar com os usuários os recursos que existem na comunidade (B.10B)
 91. Identificar como o usuário compreende o processo de adoecimento (B.10A)
 92. Identificar como o usuário se sente quando apresenta os sintomas (B.10A)
 93. Identificar como os problemas sociais e subjetivos interferem na vida dos usuários (B.10A)
 94. Identificar condições que aumentam a vulnerabilidade dos usuários, no momento do acolhimento (B.13)
 95. Identificar especificidades culturais das populações (e.g. quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários) (B.10B)
 96. Identificar estratégias de intervenção além da doença, considerando o sofrimento e necessidades do usuário (B.10B)
 97. Identificar estratégias de intervenção para as necessidades da comunidade, considerando os interesses dos trabalhadores e usuários (B.10B)
 98. Identificar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco (B.10B)
 99. Identificar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade (B.10B)
 100. Identificar oportunidades de intervenção nas situações de vulnerabilidade vivenciadas pelo usuário (e.g. situações de violência, negligência, baixa adesão), verbalizadas ou não (B.13)
 101. Identificar os problemas complexos do cotidiano dos usuários (e.g., modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) (B.10B)
 102. Identificar os problemas de saúde do usuário (B.10A)
-

-
103. Identificar os próprios sentimentos em relação à intervenção em saúde (B.10A)
 104. Identificar os próprios sentimentos gerados no contato com o usuário (B.10A)
 105. Identificar os sintomas apresentados pelo usuário considerando sua individualidade (B.10A)
 106. Identificar os sintomas individuais apresentados pelo usuário em condição de agravo à saúde (B.10B)
 107. Identificar possibilidades de atuação alternativas às tradicionais de modo a gerar mudanças no cuidado ao usuário (M.22)
 108. Identificar possibilidades de diálogo que produzam a participação ativa do usuário no tratamento (B.10A)
 109. Identificar quais são as possibilidades de intervenção frente ao adoecimento do usuário associado à vivência de situações difíceis, além da medicação (B.10A)
 110. Identificar riscos e vulnerabilidades no acolhimento da demanda espontânea (B.13)
 111. Identificar usuários em adoecimento devido à discriminação de sua orientação/identidade sexual (B.10B)
 112. Identificar usuários em adoecimento em função da estigmatização de certas patologias (B.10B)
 113. Identificar usuários em adoecimento em função da discriminação de gênero (B.10B)
 114. Identificar usuários em adoecimento em função de discriminação racial (B.10B)
 115. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos sociais do mesmo (M.22)
 116. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos fisiológicos do mesmo (M.22)
 117. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos emocionais do mesmo (M.22)
 118. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos ontogenéticos do mesmo (M.22)
 119. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos culturais da sociedade em que este se encontra inserido (M.22)
 120. Identificar variáveis que influenciam na produção de doenças (B.10B)
 121. Identificar variáveis relevantes sobre o usuário durante seu atendimento por meio da comunicação e escuta qualificada (M.22)
 122. Informar ao usuário do serviço de saúde seus direitos durante o atendimento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento (M.22)
 123. Informar ao usuário do serviço de saúde suas condições de saúde durante o tratamento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento (M.22)
 124. Informar o usuário sobre a importância de continuar vivenciando outras experiências em sua vida além da doença (B.10A)
 125. Informar para os usuários o modo de funcionamento do acolhimento das necessidades de saúde na unidade de saúde (B.13)
 126. Intervir de forma a promover a resolução dos problemas de saúde dos usuários durante as práticas terapêuticas (B.3)
 127. Intervir de forma a promover diminuição de consumo de medicamentos pelos usuários (B.3)
 128. Intervir de forma compartilhada com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A)
 129. Intervir de forma crítica perante condutas automatizadas (B.10A)
 130. Intervir de forma ética com o usuário (B.10A)
 131. Intervir de forma intersetorial com as outras políticas públicas (B.10B)
 132. Intervir de forma intersetorial com os movimentos sociais (B.10B)
 133. Intervir de forma intersetorial com outros níveis de atenção (B.10B)
 134. Intervir de forma resolutiva frente às singularidades dos sujeitos e coletivos, com foco na diminuição do sofrimento e na promoção de autonomia dos usuários (B.13)
 135. Intervir em conjunto com os sujeitos coletivos (usuários, trabalhadores e gestores), evitando relações de poder e submissão (B.10A)
-

-
136. Intervir em problemas complexos do cotidiano (e.g., modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) por meio do diálogo, convivência e interação com os usuários (B.10B)
 137. Intervir em problemas complexos do cotidiano dos usuários (e.g., modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) com poucos equipamentos (B.10B)
 138. Intervir sobre as variáveis que influenciam a produção de doenças (B.10B)
 139. Investigar as causas da doença com o usuário (B.10A)
 140. Investigar informações sobre a pessoa/família durante o atendimento domiciliar (B.10B)
 141. Investigar se a informação foi compreendida de forma correta pelo usuário (B.10A)
 142. Manipular condições para que o usuário participe de seu projeto terapêutico de forma autônoma (B.10A)
 143. Modificar a proposta terapêutica com o usuário sempre que necessário (B.10A)
 144. Monitorar as necessidades de saúde do usuário ao longo do tempo (B.10B)
 145. Monitorar as necessidades de saúde dos casos que demandam tecnologias de outros níveis de atenção ao longo do tempo (B.10B)
 146. Oferecer ao usuário as tecnologias disponíveis no serviço de saúde adequadas às suas necessidades (M.22)
 147. Ofertar as possibilidades de cuidado existentes na unidade de saúde de acordo com as necessidades de saúde do usuário, no acolhimento da demanda espontânea (B.13)
 148. Ofertar cuidado interdisciplinar integral ao usuário por meio da comunicação com os demais profissionais do serviço de saúde (M.22)
 149. Oportunizar que o usuário discuta e decida com a equipe sobre o tratamento (B.10A)
 150. Organizar ações coletivas de saúde (e.g., caminhadas, atividades lúdicas) como forma de potencialização das redes de solidariedade na comunidade (B.10B)
 151. Organizar ações coletivas de saúde, nas quais usuários e profissionais possam dialogar de forma não hierárquica (B.10B)
 152. Organizar espaços coletivos de interação entre gestores, trabalhadores e usuários (B.10B)
 153. Participar ativamente da produção e gestão do cuidado junto aos usuários do serviço de saúde de forma a promover práticas mais acolhedoras às demandas destes no processo de cuidado (M.22)
 154. Priorizar o atendimento dos casos de maior urgência de acordo com o risco (B.13)
 155. Priorizar o atendimento dos casos singulares na organização da agenda da equipe (B.10B)
 156. Problematicar as queixas do usuário sobre o descontentamento em relação ao funcionamento do acolhimento da unidade, quando necessário (B.13)
 157. Produzir maior autonomia dos usuários de saúde em seu processo de cuidado por meio da comunicação com estes (M.22)
 158. Promover a participação ativa de usuários no cotidiano das unidades de saúde (M.22)
 159. Promover cuidado integral e adequado às necessidades específicas de cada usuário por meio de definição de ações coletivas junto a outros profissionais do serviço de saúde (M.22)
 160. Promover um ambiente de trabalho que acate as demandas dos usuários do serviço de saúde por meio de definição de ações coletivas junto a estes (M.22)
 161. Propor estratégias de acompanhamento do projeto terapêutico do usuário (e.g., agendamento de retornos periódicos e visitas domiciliares) (B.10B)
 162. Propor estratégias de intervenção coerentes com as necessidades de saúde do usuário (B.13)
 163. Propor intervenções que atendam às necessidades do usuário, por meio dos recursos e tecnologias disponíveis (tecnologias leves, leve-duras e duras) (B.13)
 164. Realizar um tratamento adequado às necessidades específicas do usuário por meio da comunicação com os outros profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar no serviço de saúde (M.22)
 165. Responder às dúvidas dos usuários nas ações coletivas de saúde (B.10B)
 166. Selecionar, com o usuário, o tratamento mais adequado, de acordo com as condições de saúde e necessidades dele (B.10B)
 167. Solicitar aos usuários que compartilhem estratégias de enfrentamento e resoluções de problemas com os demais usuários nas ações coletivas de saúde (B.10B)
 168. Tratar o usuário com os recursos tecnológicos disponíveis a partir das demandas do mesmo
-

(M.22)

169. Validar as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida (B.10A)
 170. Validar o relato do usuário sobre o descontentamento em relação ao funcionamento do acolhimento na unidade de saúde (B.13)
 171. Viabilizar a privacidade do usuário nos serviços de saúde (B.3)
 172. Viabilizar o acesso aos programas estruturados (e.g. diabetes, hipertensão, pré-natal) para os usuários com maior vulnerabilidade em função de condições de vida (B.10B)
 173. Viabilizar o acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados compatíveis com o nível de atenção (B.10B)
 174. Viabilizar o atendimento à demanda espontânea de pacientes crônicos em episódio de agudização e de urgências de menor gravidade (B.13)
 175. Viabilizar o atendimento das diferentes necessidades de saúde dos usuários por meio do processo de acolhimento (B.13)
 176. Viabilizar o cuidado dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados compatíveis com o nível de atenção (B.10B)
 177. Viabilizar o cuidado integral do usuário no serviço de saúde (B.10A)
 178. Viabilizar o desenvolvimento de rodas de conversa entre profissionais e usuários (B.10B)
 179. Viabilizar o diagnóstico de casos graves em situações de emergência (B.13)
 180. Viabilizar que o usuário seja atendido com privacidade no momento da identificação dos riscos à saúde (B.13)
 181. Viabilizar um ambiente confortável e acolhedor ao usuário nos serviços de saúde (B.3)
 182. Vincular-se ao usuário por meio do monitoramento de suas necessidades de saúde ao longo do tempo (B.10B)
 183. Vincular-se aos usuários por meio da corresponsabilização pelos cuidados atendimento à saúde deles (B.10B)
-

Apêndice F

Procedimento de padronização da linguagem

Nº	Classes de comportamentos	Sugestão de padronização	Classes de comportamentos alteradas de acordo com a padronização
184.	Apresentar informações ao usuário do serviço de saúde sobre seu processo de cuidado de forma acessível (M.22)	Modificar “cuidado” por “atendimento”	Apresentar informações ao usuário do serviço de saúde sobre seu processo de atendimento de forma acessível (M.22)
185.	Assegurar os direitos do usuário do serviço de saúde durante seu processo de cuidado por meio de comunicação efetiva (M.22)	Modificar “cuidado” por “atendimento”	Assegurar os direitos do usuário do serviço de saúde durante seu processo de atendimento por meio de comunicação efetiva (M.22)
186.	Coletar informações a respeito de diferentes dimensões da vida do usuário por meio da comunicação com o mesmo e demais fontes (M.22)	Modificar “com o mesmo” por “com ele”	Coletar informações a respeito de diferentes dimensões da vida do usuário por meio da comunicação com ele e demais fontes (M.22)
187.	Corresponsabilizar-se pelos problemas individuais de saúde dos usuários (B.10B)	Modificar plural “dos usuários” para singular “do usuário”	Corresponsabilizar-se pelos problemas individuais de saúde do usuário (B.10B)
188.	Dialogar com o usuário nas ações burocráticas do serviço (e.g., aplicação de questionários, controle de <i>Aedes aegypti</i>), de forma a promover proximidade (B.10B)	Modificar “dialogar com o usuário” por “estabelecer relações de diálogo com o usuário”	Estabelecer relações de diálogo que promovam proximidade com o usuário nas ações burocráticas do serviço (e.g. aplicação de questionários, controle de <i>Aedes aegypti</i>) (B.10B)
189.	Elaborar processos de saúde de forma conjunta, participativa e negociada com a comunidade (B.10A)	Modificar “processos de saúde” por “projetos terapêuticos”	Elaborar projetos terapêuticos de forma conjunta, participativa e negociada com a comunidade (B.10A)
190.	Escutar as necessidades de saúde dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários, e nas unidades de saúde (B.13)	Modificar plural “dos usuários” por singular “do usuário”	Escutar as necessidades de saúde do usuário no domicílio, nos espaços comunitários, e nas unidades de saúde (B.13)
191.	Escutar atentamente às demandas trazidas pelo usuário a fim de oferecer melhor cuidado (M.22)	Modificar “cuidado” por “atendimento”	Escutar atentamente às demandas trazidas pelo usuário a fim de oferecer melhor atendimento (M.22)
192.	Examinar com os usuários os problemas enfrentados por eles (B.10B)	Modificar plural “com os usuários” por singular “com o usuário”	Examinar com o usuário os problemas enfrentados por ele (B.10B)

193. Identificar com o usuário as variáveis que dificultam ou facilitam a vivência cotidiana dele (B.10B)	Modificar “variáveis” por “aspectos”	Identificar com o usuário os aspectos que dificultam ou facilitam a vivência cotidiana dele (B.10B)
194. Identificar com os usuários estratégias de enfrentamento para os seus problemas (B.10B)	Modificar plural “com os usuários” por singular “com o usuário”	Identificar com o usuário estratégias de enfrentamento para os seus problemas (B.10B)
195. Identificar possibilidades de atuação alternativas às tradicionais de modo a gerar mudanças no cuidado ao usuário (M.22)	Modificar “cuidado” por “atendimento”	Identificar possibilidades de atuação alternativas às tradicionais de modo a gerar mudanças no atendimento ao usuário (M.22)
196. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos sociais do mesmo (M.22)	Modificar “variáveis” por “aspectos” e adequar a linguagem	Identificar aspectos sociais do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22)
197. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos fisiológicos do mesmo (M.22)	Modificar “variáveis” por “aspectos” e adequar a linguagem	Identificar aspectos fisiológicos do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22)
198. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos emocionais do mesmo (M.22)	Modificar “variáveis” por “aspectos” e adequar a linguagem	Identificar aspectos emocionais do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22)
199. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos ontogenéticos do mesmo (M.22)	Modificar “variáveis” por “aspectos” e adequar a linguagem Modificar “aspectos ontogenéticos” por “história de vida”	Identificar aspectos da história de vida do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22)
200. Identificar variáveis acerca da condição do usuário relativas a aspectos culturais da sociedade em que este se encontra inserido (M.22)	Modificar “variáveis” por “aspectos” e adequar a linguagem	Identificar aspectos culturais da sociedade na qual o usuário está inserido, que podem influenciar na condição de saúde dele (M.22)
201. Identificar variáveis que influenciam na produção de doenças (B.10B)	Modificar “variáveis” por “aspectos”	Identificar aspectos que influenciam na produção de doenças (B.10B)
202. Identificar variáveis relevantes sobre o	Modificar “variáveis” por	Identificar aspectos relevantes sobre o usuário

	usuário durante seu atendimento por meio da comunicação e escuta qualificada (M.22)	“aspectos”	durante seu atendimento por meio da comunicação e escuta qualificada (M.22)
203.	Informar para os usuários o modo de funcionamento do acolhimento das necessidades de saúde na unidade de saúde (B.13)	Modificar plural “os usuários” por singular “o usuário”	Informar para o usuário o modo de funcionamento do acolhimento das necessidades de saúde na unidade de saúde (B.13)
204.	Intervir de forma compartilhada com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A)	Modificar “intervir de forma compartilhada” por “intervir de forma intersetorial”	Intervir de forma intersetorial com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A)
205.	Intervir sobre as variáveis que influenciam a produção de doenças (B.10B)	Modificar “variáveis” por “aspectos”	Intervir sobre os aspectos que influenciam a produção de doenças (B.10B)
206.	Ofertar as possibilidades de cuidado existentes na unidade de saúde de acordo com as necessidades de saúde do usuário, no acolhimento da demanda espontânea (B.13)	Modificar “ofertar” por “apresentar”; Modificar “cuidado” por “atendimento”	Apresentar as possibilidades de atendimento existentes na unidade de saúde de acordo com as necessidades de saúde do usuário, no acolhimento da demanda espontânea (B.13)
207.	Ofertar cuidado interdisciplinar integral ao usuário por meio da comunicação com os demais profissionais do serviço de saúde (M.22)	Modificar “cuidado” por “atendimento”	Ofertar atendimento interdisciplinar integral ao usuário por meio da comunicação com os demais profissionais do serviço de saúde (M.22)
208.	Participar ativamente da produção e gestão do cuidado junto aos usuários do serviço de saúde de forma a promover práticas mais acolhedoras às demandas destes no processo de cuidado (M.22)	Modificar “cuidado” por “atendimento”	Participar ativamente da produção e gestão do cuidado junto aos usuários do serviço de saúde de forma a promover práticas mais acolhedoras às demandas destes no processo de atendimento (M.22)
209.	Priorizar o atendimento dos casos singulares na organização da agenda da equipe (B.10B)	Modificar “casos singulares” por “casos de maior urgência”	Priorizar o atendimento dos casos de maior urgência na organização da agenda da equipe (B.10B)
210.	Produzir maior autonomia dos usuários de saúde em seu processo de cuidado por meio da comunicação com estes (M.22)	Modificar plural “dos usuários” por singular “do usuário” Modificar “com estes” por “com ele”	Produzir maior autonomia do usuário de saúde em seu processo de cuidado por meio da comunicação com ele (M.22)

211. Promover cuidado integral e adequado às necessidades específicas de cada usuário por meio de definição de ações coletivas junto a outros profissionais do serviço de saúde (M.22)	Modificar “cuidado” por “atendimento”	Promover atendimento integral e adequado às necessidades específicas de cada usuário por meio de definição de ações coletivas junto a outros profissionais do serviço de saúde (M.22)
212. Promover um ambiente de trabalho que acate as demandas dos usuários do serviço de saúde por meio de definição de ações coletivas junto a estes (M.22)	Modificar “a estes” por “a eles”	Promover um ambiente de trabalho que acate as demandas dos usuários do serviço de saúde por meio de definição de ações coletivas junto a eles (M.22)
213. Tratar o usuário com os recursos tecnológicos disponíveis a partir das demandas do mesmo (M.22)	Modificar “do mesmo” por “dele”	Tratar o usuário com os recursos tecnológicos disponíveis a partir das demandas apresentadas por ele (M.22)
214. Viabilizar o atendimento das diferentes necessidades de saúde dos usuários por meio do processo de acolhimento (B.13)	Modificar plural “dos usuários” por singular “do usuário”	Viabilizar o atendimento das diferentes necessidades de saúde do usuário por meio do processo de acolhimento (B.13)
215. Viabilizar o cuidado dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados compatíveis com o nível de atenção (B.10B)	Modificar “cuidado” por “atendimento”	Viabilizar o atendimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados compatíveis com o nível de atenção (B.10B)
216. Viabilizar o cuidado integral do usuário no serviço de saúde (B.10A)	Modificar “cuidado” por “atendimento”	Viabilizar o atendimento integral do usuário no serviço de saúde (B.10A)
217. Vincular-se aos usuários por meio da responsabilização pelos cuidados atendimento à saúde deles (B.10B)	Modificar plural “aos usuários” por singular “ao usuário”; Modificar “pelos cuidados” por “pelo atendimento”	Vincular-se ao usuário por meio da responsabilização pelo atendimento à saúde dele (B.10B)

Apêndice G

Lista de classes de comportamentos classificadas em subclasses gerais de comportamentos, e procedimento de exclusão de classes de comportamentos repetidas

Identificar as necessidades de saúde individuais do usuário, considerando as condições que influenciam a saúde dele

1. Coletar informações a respeito de diferentes dimensões da vida do usuário por meio da comunicação com ele e demais fontes (M.22);
2. Escutar as necessidades de saúde do usuário no domicílio, nos espaços comunitários, e nas unidades de saúde (B.13);
3. Escutar as queixas ou relatos do usuário, mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento (B.10A);
4. ~~Escutar atentamente às demandas trazidas pelo usuário a fim de oferecer melhor atendimento (M.22);~~
5. Escutar de forma qualificada as demandas do usuário de modo a promover práticas acolhedoras individualizadas no cuidado em saúde (M.22);
6. Escutar de forma qualificada as necessidades do usuário de modo a garantir maior efetividade das práticas de saúde (M.22);
7. Escutar o usuário sobre as doenças que tem início em situações difíceis (e.g. processos de luto, desemprego) (B.10A);
8. ~~Identificar com o usuário os âmbitos de sua vida além da doença (B.10A);~~
9. Examinar com o usuário os problemas enfrentados por ele (B.10A);
10. Identificar as dificuldades enfrentadas na vida dos usuários, nas ações coletivas de saúde (B.10B);
11. Identificar as necessidades de saúde do usuário por meio das informações apresentadas por ele (B.13);
12. Identificar as singularidades das necessidades de saúde de cada usuário (B.13);
13. Identificar aspectos culturais da sociedade na qual o usuário está inserido, que podem influenciar na condição de saúde dele (M.22);
14. Identificar aspectos da história de vida do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22);
15. Identificar aspectos emocionais do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22);
16. Identificar aspectos fisiológicos do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22);
17. Identificar aspectos que influenciam na produção de doenças (B.10B);
18. Identificar aspectos relevantes sobre o usuário durante seu atendimento por meio da comunicação e escuta qualificada (M.22);
19. Identificar aspectos sociais do usuário que influenciam em sua condição de saúde (M.22);
20. Identificar com o usuário os aspectos que dificultam ou facilitam a vivência cotidiana dele (B.10B);
21. Identificar com o usuário os aspectos que ocasionaram seu adoecimento (B.10A);
22. Identificar com o usuário os outros âmbitos de sua vida além da doença (B.10B);
23. Identificar como o usuário compreende o processo de adoecimento (B.10A);
24. Identificar como o usuário se sente quando apresenta os sintomas (B.10A);
25. Identificar como os problemas sociais e subjetivos interferem na vida dos usuários (B.10A);
26. Identificar condições que aumentam a vulnerabilidade dos usuários, no momento do acolhimento (B.13);
27. Identificar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco (B.10B);
28. Identificar no atendimento cotidiano da demanda as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade (B.10B);

29. Identificar oportunidades de intervenção nas situações de vulnerabilidade vivenciadas pelo usuário (e.g. situações de violência, negligência, baixa adesão), verbalizadas ou não (B.13);
30. Identificar os problemas complexos do cotidiano dos usuários (e.g., modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) (B.10B);
- ~~31. Identificar os problemas de saúde do usuário (B.10A);~~
32. Identificar os sintomas apresentados pelo usuário, considerando sua individualidade (B.10A);
- ~~33. Identificar os sintomas individuais apresentados pelo usuário em condição de agravo à saúde (B.10B);~~
34. Identificar riscos e vulnerabilidades no acolhimento da demanda espontânea (B.13);
35. Identificar usuários em adoecimento devido à discriminação de sua orientação/identidade sexual (B.10B);
36. Identificar usuários em adoecimento em função da estigmatização de certas patologias (B.10B);
37. Identificar usuários em adoecimento em função de discriminação de gênero e orientação sexual (B.10B);
38. Identificar usuários em adoecimento em função de discriminação racial (B.10B);
- ~~39. Investigar as causas da doença com o usuário (B.10A).~~
40. Investigar informações sobre a pessoa/família durante o atendimento domiciliar (B.10B).

Ordenar prioridades de atendimento, com base nos critérios de risco e vulnerabilidade

41. Avaliar a gravidade do caso do usuário atendido no serviço de saúde (M.22);
42. Avaliar a vulnerabilidade do caso do usuário atendido no serviço de saúde (M.22);
43. Avaliar os riscos do caso do usuário atendido no serviço de saúde (M.22);
44. Avaliar os riscos e vulnerabilidades de forma dialogada com o usuário, considerando a avaliação que ele faz de sua própria situação de saúde (B.13);
45. Definir, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir do risco (B.13);
46. Definir, no atendimento cotidiano da demanda, as pessoas e famílias que requerem atenção especial a partir da vulnerabilidade (B.13);
47. Hierarquizar os casos de maior urgência de acordo com o risco (B.13);
48. Hierarquizar riscos à saúde entre usuários no momento do acolhimento (B.4B);
49. Priorizar o atendimento dos casos de maior urgência de acordo com o risco, *na organização da agenda da equipe* (B.13);
- ~~50. Priorizar o atendimento dos casos de maior urgência na organização da agenda da equipe (B.10B);~~

Viabilizar que o usuário tenha acesso ao atendimento adequado às necessidades de saúde identificadas, de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade

51. Acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento em situações de emergência (B.13);
52. Acolher os usuários de forma a reduzir as filas de espera (B.4B);
53. Encaminhar os usuários para os demais níveis de atenção no momento do acolhimento, quando necessário (B.4B);
54. Oferecer ao usuário as tecnologias disponíveis no serviço de saúde adequadas às suas necessidades (M.22);
55. Viabilizar o acesso aos programas estruturados (e.g. diabetes, hipertensão, pré-natal) para os usuários com maior vulnerabilidade em função de condições de vida (B.10B);

- ~~56. Viabilizar o acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados compatíveis com o nível de atenção (B.10B);~~
- ~~57. Viabilizar o atendimento à demanda espontânea de pacientes crônicos em episódio de agudização e de urgências de menor gravidade (B.13);~~
- 58. Viabilizar o atendimento das diferentes necessidades de saúde do usuário por meio do processo de acolhimento (B.13);
- 59. Viabilizar o atendimento dos usuários com quadros agudos, crônicos agudizados, *ou urgências de menor gravidade*, compatíveis com o nível de atenção (B.10B);
- 60. Viabilizar o atendimento integral do usuário no serviço de saúde (B.10A);
- 61. Viabilizar o diagnóstico de casos graves em situações de emergência (B.13).

Inserir o usuário nos processos de elaboração e implementação da intervenção em saúde

- 62. Apresentar ao usuário *as* possibilidades de tratamento *existentes na unidade de saúde*, de acordo com as condições de saúde e necessidades dele (B.10B);
- ~~63. Apresentar as possibilidades de intervenção existentes na unidade de saúde de acordo com as necessidades de saúde do usuário, no acolhimento da demanda espontânea (B.10B);~~
- 64. Corresponsabilizar o usuário pela proposta terapêutica elaborada conjuntamente com ele (B.10A);
- 65. Corresponsabilizar o usuário pelo tratamento (B.10A);
- 66. Corresponsabilizar o usuário pelos resultados de seu tratamento (B.10B);
- 67. Elaborar com o usuário as propostas terapêuticas dele (B.10A);
- 68. Elaborar com o usuário estratégias de enfrentamento para os problemas de saúde dele (B.10A);
- 69. Garantir ao usuário do serviço de saúde seu direito à autonomia sobre aspectos do seu tratamento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento (M.22);
- 70. Identificar com o usuário estratégias de enfrentamento frente a situações em que os valores individuais de profissionais estão interferindo negativamente no tratamento dele (B.10A);
- 71. Identificar com o usuário estratégias de enfrentamento para os seus problemas (B.10B);
- 72. Identificar com o usuário estratégias para ficar sob controle dos outros âmbitos de sua vida, além da doença (B.10B);
- 73. Identificar com o usuário novas formas de lidar com situações difíceis (e.g. processos de luto, desemprego) (B.10A);
- 74. Manipular condições para que o usuário participe de seu projeto terapêutico de forma autônoma (B.10A);
- 75. Modificar a proposta terapêutica com o usuário sempre que necessário (B.10A);
- 76. Oportunizar que o usuário discuta e decida com a equipe sobre o tratamento (B.10A);
- 77. Participar ativamente da produção e gestão do cuidado junto aos usuários do serviço de saúde de forma a promover práticas mais acolhedoras às demandas destes no processo de atendimento (M.22);
- 78. Promover a participação ativa de usuários no cotidiano das unidades de saúde (M.22);
- 79. Promover um ambiente de trabalho que acate as demandas dos usuários do serviço de saúde por meio de definição de ações coletivas junto a eles (M.22);
- 80. Selecionar, com o usuário, o tratamento mais adequado, de acordo com as condições de saúde e necessidades dele (B.10B).

Comunicar-se com o usuário de forma clara, acessível, acolhedora e informativa, sobre o atendimento às necessidades de saúde dele

81. Acolher o usuário em relação às necessidades em outros âmbitos de sua vida, além da doença (B.10B);
82. Alinhar as expectativas sobre o tratamento com o usuário (B.10A);
83. Assegurar os direitos do usuário do serviço de saúde durante seu processo de atendimento por meio de comunicação efetiva (M.22);
84. Comunicar-se de forma acessível com o usuário a fim de garantir compreensão da linguagem utilizada (M.22);
85. Apresentar informações ao usuário do serviço de saúde sobre seu processo de atendimento de forma acessível (M.22);
86. Produzir maior autonomia do usuário de saúde em seu processo de cuidado por meio da comunicação com ele (M.22);
87. Compartilhar com o usuário os diagnósticos e condutas em saúde (B.10A);
88. Descrever os possíveis riscos do tratamento para o usuário (B.10A);
89. Dialogar com o usuário sobre a importância de respeitar os motivos que ocasionaram seu adoecimento (B.10A);
90. Dialogar com o usuário sobre a importância de se engajar em atividades de seu interesse ou em novos projetos, como forma de enfrentamento do adoecimento associado à vivência de situações difíceis (B.10A);
91. Esclarecer ao usuário as informações necessárias quando houver divergência entre a demanda apresentada por ele e as necessidades de saúde identificadas pelo profissional (B.13);
92. ~~Esclarecer os processos de cuidado realizados no atendimento ao usuário de modo a promover o cuidado em saúde (M.22);~~
93. Informar ao usuário do serviço de saúde seus direitos durante o atendimento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento (M.22);
94. Informar ao usuário do serviço de saúde suas condições de saúde durante o tratamento de modo a aumentar seu engajamento no tratamento (M.22);
95. Estabelecer relações *de diálogo* com os usuários ~~por meio das~~ nas práticas terapêuticas e ações burocráticas do serviço (e.g. aplicação de questionários, controle de *Aedes aegypti*) (B.3);
96. ~~Estabelecer relações de diálogo que promovam proximidade com o usuário nas ações burocráticas do serviço (e.g. aplicação de questionários, controle de *Aedes aegypti*) (B.10B);~~
97. Estabelecer relações interpessoais com os usuários que viabilizem o atendimento das famílias e da comunidade (B.10A);
98. Identificar possibilidades de diálogo que produzam a participação ativa do usuário no tratamento (B.10A);
99. Informar o usuário sobre a importância de continuar vivenciando outras experiências em sua vida além da doença (B.10A);
100. Informar para o usuário o modo de funcionamento do acolhimento das necessidades de saúde na unidade de saúde (B.13);
101. Investigar se a informação foi compreendida de forma correta pelo usuário (B.10A);
102. Problematizar as queixas do usuário sobre o descontentamento em relação ao funcionamento do acolhimento da unidade, quando necessário (B.13);
103. Responder às dúvidas dos usuários nas ações coletivas de saúde (B.10B);
104. Validar as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida (B.10A).
105. Validar o relato do usuário sobre o descontentamento em relação ao funcionamento do acolhimento na unidade de saúde (B.13).

Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde do usuário, considerando os aspectos individuais que influenciam sua saúde e suas condições de vida

106. Conceitualizar o usuário como pessoa integral, considerando as interações com o meio no qual está inserida (B.10A);
- ~~107. Conceitualizar o usuário como sujeito (B.10A);~~
- ~~108.~~ Definir as necessidades de saúde do usuário com base nas demandas apresentadas por ele e nos conhecimentos técnicos prévios sobre o tema (B.13);
109. Definir intervenções de acordo com a avaliação de riscos e vulnerabilidades dos usuários (B.13);
- ~~110. Elaborar intervenções de acordo com as necessidades do usuário (B.10B);~~
- ~~111. Elaborar intervenções que contemplem as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado (B.13);~~
112. Elaborar projetos coletivos de saúde para usuários e suas redes sociais (B.4A);
113. Elaborar projetos individuais de saúde para usuários e suas redes sociais (B.4A);
114. Elaborar projetos terapêuticos para os usuários em conjunto com especialistas de outros níveis de atenção (B.10B);
115. Elaborar um projeto terapêutico para cada usuário (B.10B);
116. Identificar as expectativas do usuário sobre o tratamento (B.10A);
117. Identificar as potencialidades do usuário para além do sofrimento/doença (B.10B);
118. Identificar aspectos e situações prazerosas do cotidiano do usuário para além do sofrimento/doença (B.10B);
119. Identificar estratégias de intervenção além da doença, considerando o sofrimento e necessidades do usuário (B.10B);
120. Identificar possibilidades de atuação alternativas às tradicionais, de modo a gerar mudanças no atendimento ao usuário (M.22);
121. Identificar quais são as possibilidades de intervenção frente ao adoecimento do usuário associado à vivência de situações difíceis, além da medicação (B.10A);
122. Propor estratégias de acompanhamento do projeto terapêutico do usuário (e.g., agendamento de retornos periódicos e visitas domiciliares) (B.10B);
- ~~123. Propor estratégias de intervenção coerentes com as necessidades de saúde do usuário (B.13);~~
- ~~124. Propor estratégias de intervenção coerentes com as necessidades de saúde do usuário (B.13);~~
125. Propor *estratégias de* intervenção que atendam às necessidades do usuário, por meio dos recursos e tecnologias disponíveis (tecnologias leves, leve-duras e duras) (B.13);

Intervir sobre as necessidades de saúde do usuário de forma resolutiva e intersetorial, adequando o processo de intervenção às singularidades do indivíduo

126. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação de gravidade do caso realizada (M.22);
127. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação de vulnerabilidade do caso realizada (M.22);
128. Atender com prioridade o usuário a partir da avaliação dos riscos do caso realizada (M.22);
129. Compartilhar diagnósticos de problemas de saúde com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A);
130. Compartilhar propostas de resolução de problemas de saúde com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A);
131. Corresponsabilizar-se pelo atendimento ao usuário junto à equipe (B.4A);
132. Corresponsabilizar-se pelos problemas individuais de saúde do usuário (B.10B);

133. Executar manobras de suporte básico de vida em situações de emergência (B.13);
134. Garantir atendimento específico e integral ao usuário do serviço de saúde por meio da atuação de acordo com os regulamentos da Política Nacional de Humanização (M.22);
135. Gerir os casos que demandam tecnologias de outros níveis de atenção de forma compartilhada com os profissionais dos outros níveis de atenção (B.10B);
136. Intervir de forma a promover a resolução dos problemas de saúde dos usuários durante as práticas terapêuticas (B.3);
137. Intervir de forma a promover diminuição de consumo de medicamentos pelos usuários (B.3);
138. Intervir de forma crítica perante condutas automatizadas (B.10A);
139. Intervir de forma ética com o usuário (B.10A);
140. Intervir de forma intersetorial com a equipe de saúde, com os serviços de saúde e com os usuários (B.10A);
141. Intervir de forma intersetorial com as outras políticas públicas (B.10B);
142. Intervir de forma intersetorial com os movimentos sociais (B.10B);
143. Intervir de forma intersetorial com outros níveis de atenção (B.10B);
144. Intervir de forma resolutiva frente às singularidades dos sujeitos e coletivos, com foco na diminuição do sofrimento e na promoção de autonomia dos usuários (B.13);
145. Intervir em conjunto com os sujeitos coletivos (usuários, trabalhadores e gestores), evitando relações de poder e submissão (B.10A);
146. Intervir em problemas complexos do cotidiano (e.g., modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) por meio do diálogo, convivência e interação com os usuários (B.10B);
147. Intervir em problemas complexos do cotidiano dos usuários (e.g., modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) com poucos equipamentos (B.10B);
148. Intervir sobre os aspectos que influenciam a produção de doenças (B.10B);
149. Monitorar as necessidades de saúde do usuário ao longo do tempo (B.10B);
150. Monitorar as necessidades de saúde dos casos que demandam tecnologias de outros níveis de atenção ao longo do tempo (B.10B);
151. Tratar o usuário com os recursos tecnológicos disponíveis a partir das demandas apresentadas por ele (M.22);
- ~~152. Viabilizar a privacidade do usuário nos serviços de saúde (B.3)~~
153. Viabilizar que o usuário seja atendido com privacidade no momento da identificação dos ~~riscos à saúde~~ *serviço de saúde* (B.13);
- ~~154. Viabilizar um ambiente confortável e acolhedor ao usuário no serviço de saúde (B.3).~~
155. Vincular-se ao usuário por meio da corresponsabilização pelo atendimento à saúde dele (B.10B);
156. Vincular-se ao usuário por meio do monitoramento de suas necessidades de saúde ao longo do tempo (B.10B).

Identificar as necessidades de saúde da comunidade

157. Identificar com os usuários os problemas que existem na comunidade (B.10B);
158. Identificar com os usuários os recursos que existem na comunidade (B.10B).

Viabilizar o desenvolvimento de intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade

159. Viabilizar o desenvolvimento de rodas de conversa entre profissionais e usuários (B.10B).

Propor intervenções que atendam às necessidades de saúde da comunidade

160. Elaborar projetos terapêuticos de forma conjunta, participativa e negociada com a comunidade (B.10A);
161. Elaborar projetos terapêuticos para a comunidade em conjunto com especialistas de outros níveis de atenção (B.10B);
162. Identificar estratégias de intervenção para as necessidades da comunidade, considerando os interesses dos trabalhadores e usuários (B.10B);
163. Organizar ações coletivas de saúde (e.g., caminhadas, atividades lúdicas) como forma de potencialização das redes de solidariedade na comunidade (B.10B);
164. Organizar ações coletivas de saúde, nas quais usuários e profissionais possam dialogar de forma não hierárquica (B.10B);
165. Organizar espaços coletivos de interação entre gestores, trabalhadores e usuários (B.10B).

Intervir sobre as necessidades de saúde da comunidade

166. Corresponsabilizar-se com os usuários pelos problemas coletivos de saúde (B.10B);
167. Gerir os recursos de saúde existentes no território de forma compartilhada com a equipe de saúde (B.10B);
168. Solicitar aos usuários que compartilhem estratégias de enfrentamento e resoluções de problemas com os demais usuários nas ações coletivas de saúde (B.10B).

Avaliar aspectos sobre si mesmo que podem interferir no atendimento em saúde aos usuários

169. Avaliar as implicações do "ideal de neutralidade e "não envolvimento" ao intervir sobre as necessidades de saúde do usuário (B.10A);
170. Avaliar as implicações dos próprios valores sobre o tratamento do usuário (B.10A);
171. Identificar as próprias dificuldades para lidar com os sofrimentos envolvidos no trabalho em saúde (B.10A);
172. Identificar os próprios sentimentos em relação à intervenção em saúde (B.10A);
173. Identificar os próprios sentimentos gerados no contato com o usuário (B.10A).

Comunicar-se de forma interdisciplinar com os outros profissionais da equipe de saúde

174. Acolher os demais profissionais nas reuniões de equipe (B.10B);
175. Compartilhar incômodos vivenciados no cotidiano do serviço de saúde com os demais profissionais nas reuniões de equipe (B.10B);
176. Compartilhar potencialidades identificadas no serviço de saúde com os demais profissionais nas reuniões de equipe (B.10B);
177. Dialogar com os profissionais de saúde de diferentes áreas e especialidades a fim de enriquecer o diagnóstico e o cuidado com o usuário (M.22);
178. Especificar critérios para a classificação de riscos e vulnerabilidades com a equipe (B.13);
179. Estabelecer comunicação não-hierárquica com os membros da equipe (B.10A);
180. Identificar as contribuições das diferentes especialidades de saúde para as necessidades do usuário de modo a promover um tratamento adequado às necessidades do usuário (M.22);
181. Ofertar atendimento interdisciplinar integral ao usuário por meio da comunicação com os demais profissionais do serviço de saúde (M.22);
182. Promover atendimento integral e adequado às necessidades específicas de cada usuário por meio de definição de ações coletivas junto a outros profissionais do serviço de saúde (M.22);

183. Realizar um tratamento adequado às necessidades específicas do usuário por meio da comunicação com os outros profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar no serviço de saúde (M.22).