

FACULDADES INTEGRADAS FAFIBE

CURSO DE PSICOLOGIA

SONIA MARIA PRAISLER PIAN

HABILIDADES SOCIAIS UTILIZADAS POR AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE
DE SAÚDE EM UM NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

BEBEDOURO
2009

SONIA MARIA PRAISLER PIAN

HALIDADES SOCIAIS UTILIZADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
EM UM NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão do Curso
Psicologia apresentado às Faculdades
Integradas Fafibe, sob a orientação da
Professora Mestre Karin Aparecida
Casarini para a obtenção do título de
Psicólogo Clínico

BEBEDOURO
2009

SONIA MARIA PRAISLER PIAN

HABILIDADES SOCIAIS UTILIZADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE EM UM NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão do Curso de
Psicologia apresentado às Faculdades
Integradas Fafibe, para obtenção do
título de Psicólogo Clínico

Banca examinadora

Orientadora: Prof^a Ms.Karin Aparecida Casarini
Faculdades Integradas Fafibe

Examinadora: Prof^a Dra.Andreza Cristine Ribeiro
Faculdades Integradas Fafibe

Bebedouro, ____ de ____ de 2009

Dedico o sucesso de ter concluído este curso a tantos anos almejado ao meu pai que sempre tem algo a me dizer nas horas mais difíceis .

A minha mãe que muitas vezes me trouxe a realidade, mas sempre me impulsionando a não desistir.

A minha irmã querida que sempre alegrou e acreditou no meu sonho me salvando do fracasso.

Ao meu grande amor, meu marido PIAN que nunca desistiu de nossa caminhada juntos, que me amparou afetivamente e financeiramente, minha eterna gratidão e meu amor eterno.

A minha lindinha filha Cecília, que sempre acreditou nos meus sonhos e palavras sem nunca questionar, alegrando cada dia de minha vida e me ensinando a amar incondicionalmente.

Ao meu cunhado Paulo que sem nem mesmo me conhecer direito acreditou em minha honestidade, fiando meu crédito (FIES) junto com minha irmã, e nunca tocar no assunto, quando crescer quero ser uma profissional como você.

AGRADECIMENTO

Agradeço a minha orientadora que esteve ao meu lado caminhando de acordo com minha capacidade, não me ultrapassando, mas sim ao meu lado, deixando que eu produzisse e descobrisse o que tenho de melhor, e às vezes de pior, porém sempre com o objetivo de terminarmos e que a produção deste trabalho fosse extraído do que tenho de melhor. Muito obrigado!

“ Deus nos fez perfeitos, e não escolhe os capacitados, capacita os escolhidos! Fazer ou não fazer algo, só depende de nossa vontade e perseverança”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo aferir, identificar e caracterizar as Habilidades Sociais apresentadas por agentes comunitários de saúde da família em um núcleo de saúde, procurando analisar a competência social dos mesmos para lidar com as diversidades do cotidiano de trabalho. Os programas de saúde da família inseridos no sistema de saúde brasileiro com a finalidade de atender a comunidade de modo contínuo, buscando satisfazer necessidades de saúde pertinentes ao bem estar do cidadão, e tendo como base de trabalho a promoção e prevenção de saúde em seu foco, buscando ações de saúde para a melhoria de qualidade de vida da população, e procura atender a comunidade de forma a abarcar todas as necessidades pertinentes ao bem estar do cidadão. Foi utilizado o Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Dell-Pretti, 1999) que contém 38 itens, descrevendo ações ou sentimento que podem ser apresentados em relação a uma situação dada, com 7 agentes de saúde comunitária de um núcleo de saúde da família. A pesquisa propiciou a coleta de informações que evidenciaram a demanda existente na área, apresentando índices abaixo da média em itens relacionados com comportamentos importantes para a execução das atividades de trabalho dos agentes, na medida que estes comportamentos são necessários para o estabelecimento de contatos com a família, e poderá contribuir em possíveis elaborações de programas de intervenções no campo das relações interpessoais mais especificamente em Habilidades Sociais.

Palavras chaves: ESF, agentes comunitários, habilidades sociais

Résumé

Cette étude a eu pour objectif étalonner, identifier, et caractériser les Habilités Sociales présentées par des agents communautaires de santé de la famille dans un noyau de santé, cherchant analyser la compétence sociale de ceux-ci à avoir affaire aux adversités du quotidien de leur travail. Les programmes de santé de la famille inclus dans le système de santé brésilien à pour finalité répondre à l'appel de la communauté de manière continue, cherchant satisfaire les besoins de santé en ce qui concerne le bien être du citoyen, ayant pour base de travail la promotion et prévention de la santé dans son centre, cherchant des actions de santé pour améliorer la qualité de vie de la population. Ils cherchent aussi répondre à la communauté de manière à entourer tous les besoins pertinents au bien être du citoyen. On a utilisé le *Inventário de Habilidades Sociais* (IHS - Dell Pretti – 1999) qui contient 38 items, décrivant des actions ou des sentiments qui peuvent être présentés à l'égard d'une situation donnée avec 7 agents de santé communautaire d'un noyau de santé de la famille. La recherche a procuré la collecte d'informations qui a engendré la demande existante dans la surface, et qui présente des indices au-dessous de la moyenne pour les items rapportés aux comportements importants pour l'exécution des activités de travail des agents, dans la mesure où ces comportements sont nécessaires pour l'établissement des contacts avec la famille et peut contribuer à des possibles élaborations de programmes d'intervention dans le champ des relations interpersonnelles, plus spécifiquement dans les Habilités Sociales.

Mots-clés: Stratégie de la santé de la famille (ESF), agents communautaires, habilités sociales.

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 17 |
| 3 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 18 |
| 4 MATERIAIS E MÉTODO..... | 19 |
| 5 RESULTADOS..... | 21 |
| 6 DISCUSSÃO..... | 24 |
| 7 REFERENCIAS..... | 26 |

1 INTRODUÇÃO

Alicerçado em conteúdo teórico-conceitual na área de Habilidades Sociais e visando contribuir para o campo de Saúde Coletiva o presente estudo tem como eixo a avaliação das Habilidades Sociais de Agentes comunitários que trabalham em núcleos de Saúde da Família.

O interesse da sociedade em organizar a assistência em prestação de saúde sempre existiu, e os primeiros sistemas organizados surgiram na Rússia em 1865, com o objetivo de organizar um sistema de atenção médica aos camponeses, e, na Alemanha em 1883, quando foi estabelecido o pagamento obrigatório do seguro social para a atenção aos trabalhadores (DOMINGUES, 1997).

Segundo Buss, em meados de 1920, Winslow referia-se a saúde pública como uma “ciência de evitar doenças”. Assim, evidenciava a organização das comunidades como um meio de sanear o meio ambiente, e realizar o controle das infecções na comunidade, por meio do planejamento dos serviços médicos, do diagnóstico precoce e da prevenção de doenças. A comunidade organizada poderia galgar políticas que melhorassem as condições de saúde da população.(BUSS, 2003)

Em 1946, Sigerist fazia referências ao termo promoção de saúde, e definiu quatro tarefas essenciais para a medicina: a promoção de saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Para ele, o favorecimento de saúde estava voltado para promover condições de vida que se embasassem em “boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso” (BUSS, 2003). Deste modo, ações de saúde para a melhoria de qualidade de vida das populações vem ganhando força no mundo, sendo compreendida como a abertura para um trabalho que privilegie a saúde e não a doença.

A implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) tem se firmado desde os primórdios do Século XX, iniciando-se na Inglaterra por volta de 1920 e consolidando-se nos EUA na segunda metade do século, direcionando a atenção geral ao indivíduo e seus familiares, de forma a atendê-los integralmente, inseridos em sua própria comunidade.

Em 1978, na antiga URSS, em Alma-Atá, uma conferência promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), discutiu e regularizou a Declaração Oficial da Conferência de

Alma-Atá. Esta declaração propunha, que a Atenção Primária a Saúde (APS) embasasse seus fundamentos em assistências sanitárias, que deveria estar ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade com participação plena dos mesmos, além de contar com um orçamento que a comunidade, e o país pudessem suportar, assim inserindo-se no conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade.(ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

Em sua formulação, a declaração enfocava como metas “saúde para todos em 2000”, e tinha como recomendação oito elementos essenciais, que são: 1- educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção; 2- promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; 3- abastecimento de água e saneamento básico apropriados; 4- atenção materno infantil, incluindo o planejamento familiar; 5- imunização contra as principais doenças infecciosas; 6- prevenção e controle de doenças endêmicas; 7- tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; 8- distribuição de medicamentos básicos (BUSS, 2003).

A partir de então, a (APS) passou a ser discutida em outros países, de modo a firmar-se como a chave que impulsionaria um futuro com um nível aceitável de saúde mundial, adequando-se aos países de acordo com sua condição de desenvolvimento político e econômico, centralizando e considerando suas necessidades específicas. (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006)

Nesta mesma época, diversos acontecimentos políticos e econômicos acometeram a sociedade brasileira, levando o país a repensar e modificar diversas instituições. Reflexos políticos residuais da ditadura moveram o país a repensar o regime político, e movimentos sociais de várias áreas partiram em busca de melhores condições de vida.

Na década de 80 o planejamento de saúde surgiu com um enfoque denominado de Planejamento Estratégico modificando os parâmetros já existentes que, até então, focavam a saúde de modo geral com ,não havendo interesse pela realidade local. Para a elaboração do Planejamento o responsável deveria estar diretamente ligado a realidade do local e com todos envolvidos na área de saúde e com a população geral da área (DOMINGUES,1997).

O movimento sanitário se deu de forma a mobilizar a sociedade brasileira para elaborar e propor, políticas e práticas em saúde, gerar a inserção da saúde no texto constitucional, como direito de cidadania e dever do Estado, o que impulsionou e

fortaleceu juridicamente as ações e serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Com a regulamentação da reforma sanitária em 1990, e a proposta do Sistema Único de Saúde homologada através da Lei Orgânica, da Saúde, iniciou-se todo um trabalho voltado para junção de atendimentos em saúde em âmbito nacional (BORGES; CAMARGO, 2005).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição de 1988 em seu texto constitucional legalmente explicitado e regulamentado pelas leis federais nº 8080e nº 8142, a inferência da saúde como direito de cidadania e dever do estado, se estrutura politicamente (BRASIL,2000).

A integração de três campos de governo, estaduais, regionais e municipais, se organizam em articular temas de vigilância e de assistência a saúde, para atender de forma funcional as necessidades de atenção a saúde, no âmbito federal pela constituição, no estadual pelas constituições estaduais e nos município a lei orgânica que detalham e organizam o sistema(VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A lei 8.142 destaca a participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde , por meio dos conselhos municipais de saúde e as conferencias de saúde , que são representados por diversos setores da sociedade e seus segmentos (BRASIL,2000).

A legitimidade do sistema de saúde publico brasileiro, se embasa em princípios norteadores que são: universalidade no atendimento, equidade, integralidade nas ações em saúde, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços, fortalecimento dos municípios, descentralização da gestão administrativa, resolutividade e participação popular.

Muitos foram os países que investiram em reformas de seus serviços de saúde , utilizando ações de promoção e prevenção, e Cuba em 1984 , trouxe grandes contribuições na área de Saúde Publica através do projeto Saúde da Família , comprovando a possibilidade da implantação e sucesso do programa em países subdesenvolvidos.(DOMINGUES,1997).

Assim, uma das primeiras estratégias criadas pelo Ministério da Saúde para mudar o modelo de assistência à saúde foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) , formado apenas por agentes comunitárias. Este programa tinha como objetivo adentrar as casas das famílias e cadastrá-las de modo a identificar os seus principais problemas de saúde , contribuindo assim para melhorar hábitos

de vida e identificar fatores de risco e diferentes causas dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2000).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), se institucionalizou em 1991-1994 nas regiões norte, nordeste e centro oeste e sua base filosófica era a contribuição na redução de problemas nos serviços de saúde , e nesta modalidade a equipe poderia funcionar com 30 agentes sob a coordenação de um enfermeiro supervisionado pela direção da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de promover e proteger a saúde da população (DOMINGUES, 1997).

Acoplado a essa idéia de unificar a atenção à saúde de forma que chegasse a todos como direito garantido pela constituição, o Programa de Agentes Comunitários foi gradualmente sendo transformado e, surge, em 1994 o Programa de Saúde da Família –(PSF), com o objetivo de ampliar a atenção à saúde de todos de forma integral e efetiva. Sob a forma de consolidação do processo de descentralização, o município passa a ter autonomia na gestão do serviço de saúde para manter a integralidade de assistência e promoção à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O PSF conta com uma equipe multidisciplinar, sendo composta de cinco agentes a seis agentes de saúde de saúde, um técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico, um dentista e um auxiliar de dentista que atendem de oitocentas a mil famílias. A multiplicidade de atendimentos que esta mesma equipe realiza, contribui para uma continuidade no acompanhamento dos usuários desencadeando uma globalidade de atenção à saúde, nunca vista antes nesta modalidade de atendimento.

Buscando a agilidade do serviço e a garantia de um vínculo real com a comunidade, os agentes contratados teriam que ser da comunidade. São eles que adentram a casa dos usuários em um primeiro contato, fazem o cadastro das famílias da microárea onde trabalham , organizando uma agenda de trabalho, que viabilizam visitas periódicas de pelo menos uma vez por mês . Estas visitas mensais indicam ações com prestação de cuidados primários, auxiliam os usuários a cuidar da própria saúde através de ações individuais ou coletivas, como: controle de vacinação, exames de rotina, controle de medicação de pacientes com doença crônica, e campanhas de prevenção e promoção de saúde (BRASIL,2000).

Como parte da equipe do PSF, os agentes comunitários desenvolvem tarefas de real importância na relação que se estabelece entre a comunidade e a equipe de

saúde, adentrando as casas em visitas mensais agregando funções, estabelecendo vínculos que são fortalecidos pelos agentes. (BORGES; CAMARGO, 2005).

O elo entre a comunidade e os serviços de saúde é efetivado pelos agentes , assim eles ajudam as pessoas a encontrarem soluções mais eficazes para suas demandas de saúde, através de ações como: identificando áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhando as pessoas doentes as unidades de saúde; orientando a promoção e proteção de saúde ;acompanhando o tratamento e reabilitação das pessoas doentes orientadas pelas Unidades de Saúde; mobilizando a comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis a saúde ; notificando aos serviços de saúde as doenças que necessitam de vigilância. Assim o Agente Comunitário de Saúde se torna um agente de mudanças (BRASIL, 2000).

Com o passar dos anos com a implementação dos PSFs os agentes foram expandindo suas ações pautadas em quatro pilares , que são

Identificar: é uma ação que denota muita atenção do agente, pois requer que ele esteja treinado para ouvir e reconhecer sinais de riscos e de alerta a determinadas doenças e identificando qualquer problema de saúde, com isso, ele precisa conversar com o cliente e seus familiares.

Encaminhar: tal ação é pautada em muito cuidado, pois o momento do encaminhamento é muito delicado, é necessário que se garanta não somente o encaminhamento, mas conduzir e muitas vezes ir com a pessoa ate a Unidade de Saúde.

Orientar: a orientação ocorre quase que diariamente com o objetivo de encontrar a melhor solução com o cliente e a família a fim de que juntos possa refletir sobre os momentos de tratamento caso haja, ou mesmo de promoção de saúde.

Acompanhar : esta ação é pautada em dar assistência às pessoas da comunidade que estão em situação de risco , como exemplos as gestantes, puerperais, recém nascidos crianças, adolescentes, idosos, hipertensos, diabéticos e outros (BRASIL,2000).

Os grupos humanos são concebidos de diferentes formas e suas relações internas e externas se dão muito especialmente nas famílias , e sua dinâmica e classificação esta diretamente ligada a fundamentação da sociedade , sendo a família um mediador entre o homem e a sociedade.(DOMINGUES, 1997).

A família é um micro núcleo social que reflete e reproduz a comunidade em que está inserida, e o agente comunitário desenvolve o papel de um membro que entra em contato freqüente com essas famílias assistidas (DOMINGUES,1997).

Vários critérios são definidos para que o agente tenha um bom contato e atinja seus objetivos, como por ex. o estabelecimento de uma relação de troca e valorização das experiências da família para que haja condições para uma intervenção satisfatória em relação a família que esta atendendo, dentre eles boas condições físicas e emocionais, auto conhecimento e personalidade estruturada são imprescindíveis(DOMINGUES,1997).

Em vários contextos, as agentes se deparam com demandas sociais diversificadas, e identificá-las denota ampla capacidade de decisão e de reação ou não, e para isso o desempenho interpessoal depende da leitura do ambiente social, que se faz presente através de alguns aspectos como : atenção aos sinais sociais do ambiente (observação e escuta), controle das emoções nas situações de maior complexidade, controle da impulsividade para responder de imediato análise da relação entre os desempenhos impróprios e de outros e as conseqüências que elas acarretam . De forma geral, nenhum trabalho ocorre isoladamente sem haver relação com o outro, mediado por intenções sociais (DELL PRETTE& DELL PRETTE 2008).

Em qualquer atuação profissional as interações com outras pessoas envolve variadas habilidades sociais que são parte integrante da competência técnica e interpessoal. Na competência técnica os objetivos focalizam a área educacional dos cursos e treinamentos, no entanto a competência interpessoal, e ela contém o que se pode chamar de habilidade social, raramente esta relacionada com o objetivo da formação educacional (DELL PRETTE&DELL PRETTE, 2008).

Seu surgimento se embasou nos estudos de Salter(-1949) , considerado um dos pais da terapia comportamental , e algumas de suas técnicas foram incorporadas no treino de habilidades sociais com algumas modificações, como por exemplo expressão facial das emoções, a expressão de desacordo. Wolpe em 1952 fez uso da expressão comportamento assertivo, como foco de sua teoria e tal comportamento não significava somente não ser agressivo, porem, estava envolto numa expressão de amizade e carinho aos outros, que posteriormente foi substituída por habilidade social.. (CABALLO, 2008).

Lazarus (1956), em suas técnicas de terapia comportamental inseriu o treinamento assertivo em sua prática clínica, dando assim um grande impulso às pesquisas sobre comportamento assertivo. O termo habilidades tem como significado, um comportamento interpessoal que se aplica num conjunto de capacidades de atuação aprendidas, pautadas pelo modelo comportamental, onde o respectivo modelo se faz através de um conjunto de capacidades específicas e de respostas adquiridas.(CABALLO, 2008).

Assim o termo habilidades sociais se refere à classes de comportamentos sociais instalados no repertório do indivíduo, utilizada para lidar de maneira adequada com as situações interpessoais (DELL PRETTE& DELL PRETTE 2008).

A conceitualização do comportamento socialmente habilidoso se faz através de três aspectos que compõe a habilidade social: uma dimensão comportamental (tipo de habilidades), uma dimensão pessoal(as variáveis cognitivas) e uma dimensão situacional (o contexto ambiental) (CABALLO, 2008).

Em diferentes situações, os comportamentos se diferenciam, seja na conversação ou em situações mais íntimas, e portanto , diferentes elementos comportamentais são necessários.

Com base em tais situações podemos, discorrer que habilidade social é uma característica do comportamento e não da pessoa; que é específica à pessoa e à situação , e não universal.Esta inserida no contexto cultural do indivíduo, tendo assim variáveis situacionais; tem como base a capacidades do indivíduo para escolher livremente sua atuação e é socialmente efetivo não trazendo danos.

Caballo (2008), traz em conteúdo teórico, algumas dimensões comportamentais que permeiam o constructos das habilidades sociais, que são:- iniciar e manter conversação, -falar em público, -expressar amor agrado e afeto, -defender os próprios direitos, - pedir favores, - recusar pedidos, - fazer obrigações, -aceitar elogios, -expressar opiniões pessoais, inclusive discordantes, -expressar justificada de incomodo, desagrado ou enfado, -desculpar-se ou admitir ignorância, -pedir mudança no comportamento do outro e enfrentar as criticas.Tais dimensões comportamentais ocorrem com determinadas pessoas em múltiplas situações não existindo uma classificação para tais ocorrências. (CABALLO, 2008).

Pesquisas existentes na área de treinamento de habilidades sociais mostram que pessoas socialmente competentes denotam relações pessoais e profissionais

com maior produção , satisfatórias e estáveis, apresentando melhor saúde física e mental. (DELL PRETTE& DELL PRETE, 2008).

O trabalho dos agentes comunitário diariamente e perpassado pos situações, que demandam habilidades sociais, dentre elas, falar com pessoas estranhas, iniciar e manter conversação, recusar pedidos, entre outras, não somente em relação aos clientes, mas também, nas relações diárias de trabalho com a própria equipe multidisciplinar, assim um repertorio com comportamentos adequados viabilizaria o trabalho de forma a torná-lo mas efetivo e competente.

A estruturação na área do trabalho que enfatiza a qualidade das relações interpessoais , reconhecendo como base a qualidade de vida, denota a inovação constante para o desenvolvimento organizacional e melhora nas relações no trabalho, em pequenos grupos, que tem como demanda o desenvolvimento das habilidades sociais. A pesquisa tem como foco principal mensurar qualitativamente através do Inventario de Habilidades Sociais (IHS - Dell Prette), como as agentes comunitárias lidam com as relações interpessoais, e quais as demandas de habilidades são necessárias desenvolver, para que haja competência social no trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

O enfoque desta pesquisa perpassa o trabalho das agentes comunitárias, buscando entender como esses profissionais lidam com o cotidiano desta função, pois a continuidade destes atendimentos levam-nas a entrar em contato com o sofrimento humano. Lidar com a biografia dessas famílias gera angústias e ansiedades, impotência e entusiasmo (LANCETTI; AMARANTE 2006). O que pode impedir ou exigir que as agentes lancem mão de habilidades específicas para lidar com este sofrimento.

A realização deste estudo pode contribuir para a ampliação deste conhecimento, e permitirá conhecer como as agentes se apresentam em relação repertórios já instalados dinamizando a competência social e permeando as relações interpessoais através do pensar, sentir, agir.

3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

O presente estudo tem como objetivo investigar e descrever as habilidades sociais utilizadas pelas agentes de saúde em suas atribuições de trabalho em um Núcleo de Saúde da Família.

Busca a compreensão sobre as características psicológicas das agentes fornecendo indicações para a elaboração de intervenções que as auxiliem em seu trabalho cotidiano.

4 MATERIAIS E METODO

O presente estudo foi realizado em um núcleo de Saúde da Família de uma cidade do interior paulista. Este núcleo é o único da cidade e realiza suas atividades através de uma equipe multiprofissional, sendo a equipe mínima formada por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e sete agentes comunitários, sendo seis do sexo feminino e um do sexo masculino.

Para a realização do estudo foram convidados o sete agente comunitários, e o critério de inclusão foi o de trabalhar como agente de saúde em ESF e ser maior de 18 anos e trabalhar a seis meses no programa.

Os participantes assinaram consentimento por escrito e participaram da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, de acordo com a resolução 196/96, ressaltando que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa das Faculdades Integradas Fafibe.

Foi utilizado o Inventário de Habilidades Sociais (IHS- Dell Prette & Dell Prette). O Instrumento foi validado em 1999, e tem sido utilizado em varias pesquisas na área da saúde e educação. Ele permite avaliar o repertorio de habilidades sociais. O Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Dell-Prette), contém 38 itens, descrevendo uma ação ou um sentimento que podem ser apresentados em relação a uma situação dada. Tem como objetivo avaliar a utilização de determinada ação ou a presença de determinados sentimentos, caracterizando o repertório de habilidades sociais do sujeito para lidar com situações específicas.

O IHS- DellPrette objetiva mensurar o repertorio de habilidades sociais tendo como base na estimativa que o sujeito faz sobre a freqüência com que reage na forma indicada de cada item.

É um instrumento de avaliação projetado para realidade brasileira, com características psicométricas avaliados em população de jovens no final da adolescência e adultos (CABALLO, 2008).

Solicita-se, nas instruções, que o participante faça uma estimativa da frequência, com base em uma escala likert de cinco pontos, como reage da forma descrita em cada item, levando em consideração o total de vezes em que se encontrou naquela situação.

Local: A coleta de dados foi realizada nas dependências da unidade de funcionamento dos ESF, sendo necessário para a aplicação dos inventários uma sala, iluminada e arejada, contendo mesas e cadeiras, de modo que fossem assegurados privacidade e tranquilidade.

Procedimento: Foi realizado um contato com o Prefeito Municipal da cidade onde a respectiva unidade fica, sendo autorizado pelo mesmo, após o contato foi realizado com o coordenador dos ESF, para a apresentação do projeto de pesquisa e obtenção de sua autorização para a realização do mesmo. Após a autorização da coordenadora do núcleo, o pesquisador foi até a unidade e efetuou o convite às agentes para a coleta do material de pesquisa, sendo esclarecido coletivamente os objetivos e procedimentos exigidos para a pesquisa, com ênfase na descrição dos cuidados éticos da pesquisa. Assim foi solicitado o consentimento de tais participantes, firmado com a assinatura do consentimento livre e esclarecido. Diante de tais procedimentos os participantes ficaram com uma cópia do termo de consentimento. Diante de tais procedimentos, a aplicação foi realizada em dois dias, sendo aplicado no primeiro dia em cinco agentes e no segundo dia em dois agentes. Após a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido, procedeu-se à aplicação.

6 RESULTADOS

Participaram deste estudo 7 agentes comunitários com idade entre 25 e 50 anos, sendo 6 do sexo feminino e 1 do sexo masculino todos com o 2º grau completo, atuando há mais de seis meses na unidade.

Os resultados do Inventário de Habilidades Sociais (IHS) indicam que de modo geral as agentes apresentam déficit de Habilidades Sociais sendo que, 4 agentes apresentam repertório abaixo da média e três com repertório acima da média esperada. A análise dos dados segundo os fatores do Instrumento considerando particularmente cada item que corresponde a uma situação de interação social, indica índices abaixo da média em todos os fatores.

Cada fator é composto por um determinado número de itens que corresponde a uma situação de interação social

Examinando as respostas verifica-se maior comprometimento (abaixo da média) nas habilidades:

Fator 1 – enfrentamento e auto afirmação com risco, que é um indicador de assertividade e controle da ansiedade em situação como as que foram reunidas. Neste fator seis agentes apresentaram respostas abaixo da média no item específico 12 (abordar para relação sexual), cinco agentes no item 7 (apresentar-se a outra pessoa), quatro agentes no item 5 (cobrar dívidas de amigos) e três agentes no item 2 (declarar sentimentos amorosos), item 11 (discordar de autoridade), item 01 (manter conversa com desconhecido), item 16 (discordar de amigos), item 15 (lidar com críticas injustas) e item 14 (falar a público conhecido).

Observa-se que neste fator alguns itens estão relacionados diretamente com trabalho, tornando-se efetivos nas relações dos agentes com os usuários, sendo estes comportamentos necessários para o primeiro contato com as famílias.

Fator 2 - que identifica o repertório em habilidades de auto afirmação na expressão de afeto positivo, cinco agentes no item 10 (expressar sentimentos positivos), e três no item 35 (expressar sentimentos positivos) apresentaram nível abaixo da média. As famílias visitadas muitas vezes se encontram em situação de vulnerabilidade sendo os agentes a entrar em contato com essa realidade muitas vezes num primeiro momento, estar em condições de acolher e

orientar este usuário a olhar possíveis soluções para questões que para eles pode ser definitivas , exige do agente expressar sentimento que possam ajudá-los a procurar recursos para dar o primeiro passo solucionar seu problema.

Fator 3 , que reúne habilidades de conversação e desenvoltura social , onde retratam situações neutras , demandando conhecimento de normas de relacionamento cotidiano, quatro agentes , apresentaram no item 17 (encerrar conversação, item 37 (pedir favores a colegas, item 24 (encerrar conversa ao telefone) índices abaixo da media, e três agentes nos itens 36 (manter conversação), item 19 (abordar autoridade) item 13 (reagir a elogios) e item 22 (recusar pedidos abusivos) , apresentaram índices também abaixo da media.

No conjunto de fatores que contem itens que reúne habilidades de conversação e desenvoltura, o agente necessita estar apto para que suas visitas se tornem agradáveis porém atendendo todas as necessidades do usuário assim recorrendo a equipe multidisciplinar para a possível resolução do caso da família atendida.

Fator 4 que é um indicador de habilidades de auto exposição a desconhecidos ou a situações novas , quatro agentes apresentaram índice abaixo da media no item 09 (falar a publico desconhecido) e três agentes nos itens 23 (fazer pergunta a desconhecido, 14 (falar a publico conhecido).

Os itens acima analisados, perpassa o trabalho das agentes cotidianamente, assim se destaca a necessidade de um trabalho constante em aprimorar tais habilidades, assim contribuindo para promoção de trabalhos voltados para informação e prevenção.

Fator 5 que avalia as habilidades de auto controle da agressividade em situações aversivas o índice apresentado ficou na media, porem acrescentaria a necessita de treinamentos também enfatizando este fator devido o estresse permanente em que as agentes se encontram no dia a dia de trabalho.

Em muitas situações o agente se depara com demandas que são de auto envolvimento emocional, onde a relação agente e usuario se tornam conflituosa e manter a estabilidade de humor demandam um equilíbrio e controle das reações agressivas do agente.

Os itens que não entram em nenhum fator, cinco agentes apresentaram nível abaixo da media nos itens 2 (pedir mudança de conduta), 4 (interromper a fala do outro), 27 (Expressar desagrado a amigos) e três agentes nos itens 33 (negociar uso de preservativo, 25(lidar com criticas justas , 32 (pedir ajuda a

amigos), tais itens apresentados estão presentes no cotidiano das agentes e requer um envolvimento constante em se relacionar não somente com as famílias mas também com a equipe multidisciplinar , que é característica do programa. Um trabalho em que as agentes fossem treinadas para desenvolver habilidades sociais , nos itens em que aparece índices deficitários , os resultados positivos não apareceria somente nas relações dos agentes com os usuários mas também uma melhoria com a equipe e no trabalho em um todo.

7 DISCUSSÃO

Enfatizando a importância das relações interpessoais no trabalho dos agentes comunitários de saúde da família, agentes com déficit em habilidades sociais poderá desenvolver seu trabalho com ineficiência, gerando comunicação deficitária, diminuição na produtividade, podendo comprometer seu trabalho com a equipe e as famílias.

A partir dos dados obtidos, o mapeamento de alguns itens poderá contribuir com a ampliação do repertório de habilidades sociais para que haja melhor desempenho das funções dos agentes. Aqui evidenciaremos os que estão mais ligadas as rotinas dos agentes, assim sugerimos que estes itens sejam trabalhados com prioridade, que são: Apresentar-se a outra pessoa, cinco agentes estão abaixo da média, este item está diretamente ligado ao trabalho dos agentes pois, é um dos primeiros passos quando ele visita a família para um primeiro contato, pedir mudança de conduta repercute nas possíveis intervenções relacionadas as prevenções e promoções de saúde, três agentes estão abaixo da média em itens que estão ligados as relações de trabalho, como lidar com criticas, pedir ajuda a amigos, que aqui esta relacionado com o trabalho multidisciplinar da equipe, discordar do grupo, manter conversa com desconhecido, lidar com criticas injustas e falar a publico conhecido e recusar pedidos abusivos. Assim a elaboração de um programa com especificidade em cada item poderá contribuir com o trabalho das agentes.

A estruturação na área do trabalho que ressalta a qualidade das relações interpessoais, reconhecendo como base a qualidade de vida, denota a inovação constante para o desenvolvimento organizacional, e melhora nas relações de trabalho, em pequenos grupos, que tem como demanda o desenvolvimento das habilidades sociais. A pesquisa objetivou conhecer essas demandas que estão presentes no cotidiano dos agentes, através do Inventario de Habilidades sociais procurando mapear como esses profissionais da área da saúde lidam com as relações interpessoais, e quais as demandas de habilidades são necessárias desenvolver, para que haja competência social no trabalho.

Adotando como base os quatro pilares, identificar, encaminhar, orientar e acompanhar, que são ações são pautadas em inter-relações, pleiteando através

de atuações , que sustentam o trabalho dos agentes, podemos arrolar a proposta de intervenções com base nos dados abaixo citados , assim complementando de forma a tornar mais competente , satisfatório e saudável o trabalho das agentes.

Considerando as habilidades sociais necessárias, para que haja um bom desenvolvimento do trabalho, que os agentes comunitários exercem, a mensuração através do inventario poderá contribuir para que programas de treinamentos possam ser desenvolvidos com maior objetividade focando fatores que estão abaixo da media, assim proporcionando maior efetividade na aplicação das ações que permeiam os pilares do Programa , consolidando as estratégias, atingindo com maior eficácia os objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.O. M; BUENO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. Atenção primária á saúde e estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS; G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-562.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2000.
- BORGES, C.C. A; CARDOSO, C. L. Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**, Ribeirão Preto, v.17, n.2, p. 26-32, maio/ago. 2005.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção de Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003. p. 15-37.
- CABALLO, V. E. O treino em habilidades sociais. In: CABALLO, V. E. **Manual de técnicas terapia e modificações do comportamento**. São Paulo: Santos, 2008. p. 361-398.
- DELL PRETTI; Z. A.; DELL PRETT, A. **Psicologia das habilidades sociais**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 24-40.
- _____. **Psicologia das relações interpessoais: vivencias para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- _____. **Inventario de habilidades sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DOMINGUEZ, B. N. R. **Programa de saúde da família: como fazer obra de saúde publica que mostra uma metodologia pratica para implantar e gerenciar o psf em seu município**. São Paulo: Parma, 1997.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615-634.

VASCONCELO, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-562.