

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
CURSO PSICOLOGIA**

GUILHERME ANDRIGHETTI

**INVESTIGAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS NOS PROFISSIONAIS QUE
ATUAM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DO HOSPITAL MAICE EM
CAÇADOR – SC.**

**CAÇADOR
2019**

GUILHERME ANDRIGHETTI

**INVESTIGAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS NOS PROFISSIONAIS QUE
ATUAM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DO HOSPITAL MAICE EM
CAÇADOR – SC.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência para
obtenção do título de Psicólogo, do Curso
de Psicologia, da Universidade Alto Vale do
Rio do Peixe - UNIARP

Orientador: Madaline Ficagna Roveda

CAÇADOR

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
(Organizada bibliotecária da instituição)

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE (a critério do Curso)

Declaro para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, a coordenação do Curso de Psicologia, a Banca Examinadora e o Orientador de toda e qualquer responsabilidade acerca do mesmo.

Caçador, ____/____/____

Acadêmico: _____

Assinatura

GUILHERME ANDRIGHETTI

**INVESTIGAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS NOS PROFISSIONAIS QUE
ATUAM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DO HOSPITAL MAÍCE EM
CAÇADOR – SC.**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova com nota _____ este
Trabalho de Conclusão de Curso** apresentado no Curso Psicologia da Universidade
Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, como requisito final para obtenção do título de:

Psicólogo

Prof. Ms. Ana Claudia Lawles
Coordenadora do Curso de Psicologia

BANCA EXAMINADORA

(Prof.Orientadora.Especialista Madaline Ficagna Roveda) - UNIARP

(Membro da banca) - UNIARP

(Membro da banca) - UNIARP

Caçador, SC, ____ de _____ de 20__.

**Dedico este trabalho primeiramente a
Deus que sempre esteve comigo,
a meus familiares que
estiveram sempre presentes,
incentivando e colaborando
para a realização de meus ideais.**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que sempre esteve comigo nos momentos mais difíceis da minha vida, nos momentos em que pensei em desistir, e que por mais difícil que fosse nunca me abandonou e sempre me deu forças para continuar.

A minha família, especialmente a meu pai Valter Andrighetti, a minha mãe Adelaide E. Andrighetti, que nunca mediram esforços para que eu pudesse realizar meus sonhos, conquistar meus objetivos, superar meus desafios e que sempre estiveram comigo desde o meu primeiro passo até hoje me apoiando e incentivando. Aos meus avós Alsina S. Eischstaedt, Semildo Eischstaedt e Maria Andrighetti que sempre estiveram me apoiando em todos os momentos.

A minha namorada Kesselin P. Guimarães que esteve comigo durante esta jornada me apoiando, colaborando com meus trabalhos, e ao meu filho Valentim G. Andrighetti que logo estará conosco trazendo muitas felicidades.

Agradeço ainda de uma maneira especial a minha madrinha Suzana Ap. Andrighetti *in – memoriam* que sempre torceu e apoiou esta minha caminhada, porém tristemente não está mais presente para partilhar desta conquista.

A minha mestre, supervisora e orientadora, Madaline Ficagna Roveda, que contribuiu incansavelmente para a realização desta pesquisa, pelas sugestões apresentadas, e ensinamentos no decorrer dos meus estágios, e a todos os professores que durante todo o curso proporcionaram mais do que o conhecimento científico.

E por fim, a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram com a realização deste trabalho.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é investigar as habilidades sociais nos profissionais que atuam na unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital Maicé em Caçador – SC., As investigações das habilidades sociais tornam-se de valia no campo da saúde, é por meio dela que dá-se as relações interpessoais ou até mesmo as relações de trabalho. Diversos autores apontam habilidades sociais como um contexto cultural determinado onde o padrão de comunicação pode variar de forma ampla entre culturas e possivelmente dentro da mesma cultura. Participaram da pesquisa 20 colaboradores sendo do sexo masculino e feminino. A pesquisa foi encaminhada ao comitê de ética, sendo aprovado com termo consubstanciado de nº: 3.713.571; . Os dados da pesquisa foram coletados através de um questionário com perguntas diretivas, sendo elas de assinalar contendo até três alternativas por questão, e também diário de campo que foi realizado por meio de observações e anotações diárias, já que o local pesquisado proporcionou ao pesquisador a possibilidade da constância e permanência no local. Tem-se como resultado um bom desenvolvimento das habilidades sociais para os que atuam diretamente no centro de terapia intensiva do hospital Maice, apontando as habilidades empáticas e de assertividade como as principais; sendo que conclui-se esta pesquisa afirmando que as habilidades sociais são treinadas para melhoria de atuação ou seja elas podem ser desenvolvidas no decorrer da vida de um indivíduo, sugerindo pesquisas futuras nesta área dos profissionais de saúde que apresentam constate stress e dificuldades de adaptação no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: habilidades sociais, profissionais da saúde, empatia e assertividade ou relações interpessoais

ABSTRACT

The aim of this research is to investigate the social skills of professionals working in the intensive care unit (ICU) of the Hospital Maicé in Caçador - SC., Investigations of social skills become valuable in health, it is through it that interpersonal relationships or even work relationships occur. Several authors point to social skills as a given cultural context where the pattern of communication can vary widely across cultures and possibly within the same culture. Twenty people participated in the research, being male and female. The research was forwarded to the ethics committee and approved with a consubstantiated term No. 3,713,571; The research data were collected through a questionnaire with guiding questions, which should be noted containing up to three alternatives per question, and also a field diary that was conducted through observations and daily notes, as the researched place provided the researcher with possibility of constancy and permanence in the place. The result is a good development of social skills for those who work directly at the intensive care center of the Maice hospital, with empathic and assertiveness skills as the main ones; This research concludes by stating that social skills are trained to improve performance, that is, they can be developed over the life of an individual, suggesting future research in this area of health professionals who present stress and difficulties in adapting to the work. workplace.

Keywords: social skills, health professionals, empathy and assertiveness or interpersonal relationships.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Qual é o setor em que você atua?

Gráfico 2 - Você gosta da área em que atua?

Gráfico 3- Há quanto tempo atua na UTI?

Gráfico 4 – Por quanto tempo pretende atuar na área da UTI?

Gráfico 5 - Qual a maior dificuldade encontrada pelos profissionais que atuam na UTI?

Gráfico 6- Como é para você atuar em um ambiente onde o sofrimento e a morte são eminentes?

Gráfico 7- Existe um relacionamento de cooperação entre os colaboradores da UTI?

Gráfico 8- No seu ponto de vista, há humanização e valorização por parte de seus líderes?

Gráfico 9- Você se sente respeitado pela direção do hospital?

Gráfico 10- Você se sente valorizado pela instituição em que trabalha?

Gráfico 11- As pessoas são bem tratadas independentes da sua idade, cor, etnia e orientação sexual?

Gráfico 12- Já fez ou faz terapia com um Psicólogo?

Gráfico 13- Faz uso de medicação controlada (ansiolíticos ou outros)?

Gráfico 14- Já enfrentou alguma doença relacionada ao seu trabalho?

Gráfico 15 – Em poucas palavras como você descreve o setor em que trabalha?

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Quadro de Habilidades Sociais, proposto por Del – Prette e Del Prette (2002) adaptada por Ficagna.Madaline,2004.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
1.1 CONCEITO HABILIDADES SOCIAIS	16
1.1.1 Relações Interpessoais	19
1.1.1.1 Profissionais e Humanização	26
2 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	30
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
3.1 Graficos e Analise dos Dados	35
CONSIDERAÇÕES	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	54
ANEXOS	57

INTRODUÇÃO

Neste trabalho de conclusão de curso de psicologia abordamos o assunto a respeito das habilidades sociais nos profissionais que atuam na unidade de terapia intensiva (UTI) do hospital Maíce em Caçador – SC. No intuito de aprofundarmos os conceitos e a história de cada item abordado, possibilitando nos trazer uma visão mais ampla de cada assunto e de seus principais autores, possibilitando conhecimento na área científica, de pesquisa, prática e de grande relevância pessoal. De modo mais específico, a pesquisa trouxe uma contribuição acadêmica e científica na psicologia.

Tal contribuição é assegurada pela utilidade do trabalho as demais pessoas, pela contribuição cumulativa (ou seja, pelo que este acrescenta ao conjunto do conhecimento científico do tema), pelo ineditismo do tema ou da abordagem e pela contribuição à superação de lacunas no conhecimento. O tema Habilidades Sociais vem sendo cada vez mais apresentado aos profissionais da área de saúde, visto que nele abordam os temas mais relevantes dos relacionamentos seja interpessoal, intrapessoal ou nas questões de Inteligência Emocional, onde o indivíduo é o centro e a referência para os gestores bem como, as questões de desenvolvimento humano são por sua vez o foco das áreas de desenvolvimento humano.

Na área de saúde percebe-se um desgaste emocional por parte dos profissionais que realizam atividades que exijam dele uma segurança emocional maior, visto que um ambiente hospitalar poderá ocasionar danos à saúde psíquica do indivíduo que nela atua, o que poderá ocasionar o adoecimento emocional do grupo de trabalho. Tendo como questão problema: quais as principais Habilidades Sociais em profissionais que trabalham na unidade de terapia intensiva (UTI) no hospital?

Justifica-se esta pesquisa para a compreensão de nós acadêmicos de psicologia tendo o conhecimento vivenciado e aplicado na prática, para compreensão do mundo em que vivemos ou ainda para desenvolvimento e emancipação de cada um. Mesmo sendo um relatório de tema absolutamente técnico irá trazer uma contribuição para a sociedade. Tem como objetivo geral, pesquisar as principais Habilidades Sociais em profissionais que trabalham na

unidade de terapia intensiva (UTI) no hospital. Sendo que apresenta os seguintes objetivos específicos: apontar o que são as habilidades sociais, seus principais conceitos e definições; Elencar as principais habilidades sociais por meio de pesquisa em referencial teórico, citar os profissionais da saúde em questão a humanização e cuidados envolvidas no trabalho de tratamento intensivo; Aplicar um questionário estruturado para obter as respostas necessárias para se descobrir quais as habilidades sociais que os profissionais da UTI desenvolvem, bem como analisar e discutir os dados apresentados.

A pesquisa foi realizada em forma de questionário composto por perguntas, de 3 alternativas cada, elaborado pelo acadêmico em virtude das demandas observadas, sendo que se necessita de perguntas diretas aos participantes, para podermos assim ter uma melhor interpretação das respostas e chegarmos ao objetivo da pesquisa que é a investigação das habilidades sociais.

A amostragem da pesquisa foi realizada com 20 colaboradores que atuam na (UTI) do hospital e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido para maiores de idade.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O movimento das HS teve uma série de raízes históricas, algumas das quais não foram suficientemente reconhecidas (Phillips, 1985 apud Caballo. E. Vicente). Segundo esse autor, as primeiras tentativas de THS (embora não denominado assim naquele tempo) remontam a diversos trabalhos realizados com crianças por autores como Jack (1934), Murphy, Murphy e Newcomb (1937), Page (1936), Thompson (1952) e Williams (1935 apud Caballo).

Estes autores supracitados estudaram diversos aspectos do comportamento social em crianças, aspectos que hoje poderíamos perfeitamente considerar dentro do campo das HS. Esses primeiros passos do THS foram ignorados durante muito tempo e normalmente não são reconhecidos como antecedentes precoces do movimento das HS (p.ex., Curran, 1985; Fodor, 1980; Hersen e Bellack, 1977 apud Caballo. E. Vicente). Curran (1985) assinala também que diversos escritos teóricos neofreudianos que apresentaram objeções a ênfase de Freud nos instintos biológicos e favoreceram um modelo mais interpessoal de desenvolvimento (p.ex., Sullivan, 1953; White, 1969 apud Caballo. E. Vicente).

Manual de Avaliação e treinamento das H.S estão particularmente relacionados com o tema THS. Não obstante, acreditamos que o estudo científico e sistemático do tema tem, principalmente, três fontes. Uma primeira, frequentemente reconhecida como a única ou, ao menos, a mais importante, apoia-se no trabalho precoce de Sajier (1949 apud apud Caballo. E. Vicente. denominado *Conditioned reflex therapy* [Terapia de reflexos condicionados], influenciado, por sua vez, pelos estudos de Pavlov sobre a atividade nervosa superior. Wolpe (1958), o primeiro autor a empregar o termo “assertivo”, e, mais tarde, Lazarus (1966) e Wolpe e Lazarus (1966 apud apud Caballo. E. Vicente).

Alberti e Emmons (1970), Lazarus (1971) e Wolpe (1969 apud Caballo. E. Vicente) deram novos impulsos a pesquisa das HS, sendo o livro de Alberti e Emmons, *Yoiir perfect right* [Seu perfeito direito], o primeiro dedicado exclusivamente ao tema da “assertividade” (ou HS). Outros autores, como R. Eisler, M. Hersen, R. M. Mcfall e A. Goldstein apud Caballo. E. Vicente., contribuíram, no início dos anos 1970, com o desenvolvimento do campo das HS e elaboraram programas de treinamento para reduzir déficits em habilidades sociais.

Uma segunda fonte é constituída pelos trabalhos de Zigler e Phillips (1960, 1961 apud Caballo.) Sobre a “competência social”. Essa área de pesquisa com adultos internados em instituições mostrou que quanto maior a competência social previa dos pacientes, menor e a duração de sua internação e mais baixa a taxa de recaídas. O nível de “competência social anterior a hospitalização” demonstrou ser um fator determinante do “ajuste posterior a hospitalização”, melhor que o diagnóstico psiquiátrico ou o tipo de tratamento recebido no hospital.

O movimento das HS teve, também, parte de suas raízes históricas no conceito de “habilidade” aplicado as interações homem-máquina, em que a analogia com esses sistemas implicava características perceptivas, decisórias, moioras e outras relativas ao processamento da informação. A aplicação do conceito de “habilidade” aos sistemas homem-homem deu base a numerosos trabalhos sobre as HS na Inglaterra (p. ex., Argyle, 1967, 1969; Argylee cols., 1974c/, 1974b; Argyle e Kendon, 1967; Welford, 1966 apud apud Caballo.1999).

Pode-se dizer, por conseguinte, que a pesquisa sobre as HS teve origem diferente nos Estados Unidos (as duas primeiras fontes) e na Inglaterra (a terceira fonte), e também ênfase diferente, embora tenha havido uma grande convergência nos temas, métodos e conclusões de ambos os países. Nos Estados Unidos, deu-se a evolução de diversos termos, até chegar a “habilidades sociais”. Em um primeiro momento, Salter (1949 apud Caballo. 1999) empregou a expressão “personalidade excitatória”, que mais tarde Wolpe (1958) substituiu por “comportamento assertivo”. Posteriormente, alguns autores propuseram trocar o termo de Salter por outros novos, como, por exemplo, “liberdade emocional”, “efetividade pessoal” (Lieberman e cols., 1975 apud apud Caballo.1999), “competência pessoal” etc.

Embora nenhum deles tenha prosperado, em meados dos anos 1970 o termo “habilidades sociais” (já usado na Inglaterra, embora a partir de uma perspectiva diferente) começou a ganhar forças como substituto de “comportamento assertivo”. Durante bastante tempo, ambos os termos foram usados (Emmons e Alberti; 1983; McDonsiid e Cohen, 1981; Gambrill, 1977; Phillips, 1978; Phillips, 1985; Slzinger, 1981^a apud Caballo. 1999. Além disso, deve-se ter em conta que, com a expressão “treinamento assertivo” (p. ex., designa-se praticamente o mesmo conjunto de elementos de tratamento e o mesmo grupo de categorias comportamentais a treinar).

Consideramos um terceiro termo, “terapia de aprendizagem estruturada”, equivalente aos anteriores, mas não nos estendemos a respeito dele, já que é usado apenas por A. P. Goldstein e seus colaboradores (Goldstein e cols.1976, apud Caballo,1999). Para nós, os termos “assertividade” ou “habilidades sociais”, por um lado, e “treinamento assertivo” ou “treinamento em habilidades sociais” por outro, são equivalentes, até prova em contrário.

Não obstante, tenderemos a empregar “habilidades sociais” por ser mais difundido e porque muitos autores consideram que o constructo da “asserção” deveria ser eliminado (p. ex., Galassi, et al 1981 apud Caballo.1999,) também tem sido utilizado como sinônimos, com certa frequência, os termos “habilidades sociais” e “competência social”. Porém, parece que ultimamente há a intenção de separa-los para designar aspectos diferentes do campo das HS (McFall, 1982; Trower, 1982 apud Caballo 1999).

1.1 CONCEITO DE HABILIDADE SOCIAL

Definir o que é um comportamento socialmente hábil apresenta grandes problemas, foram dadas inúmeras definições, sem que se tenha chegado a um acordo explícito sobre o que constitui um comportamento socialmente hábil, Meichenbaum, Butler e Grudson (1981; apud Caballo. E. Vicente) afirmam que é impossível desenvolver uma definição consistente de competência social, uma vez que está e parcialmente dependente do contexto mutável.

A habilidade social deve ser considerada dentro de um contexto cultural determinado, e os padrões de comunicação variam de forma ampla entre culturas e dentro de uma mesma cultura, dependendo de fatores como idade, sexo, classe social e educação. Além disso, o grau de eficácia apresentado por uma pessoa dependerá do que deseja conseguir na situação específica em que se encontre (Meichenbaum, Butler e Grudson 1981 apud Caballo. E. Vicente)

O comportamento considerado apropriado em uma situação pode ser, obviamente, improprio em outra. O indivíduo leva a situação, também, suas próprias atitudes, valores, crenças, capacidades cognitivas e um estilo único de interação (Wilkinson e Canter, 1982 apud Caballo. E. Vicente. Manual de Avaliação e treinamento das H.S). Portanto, não pode haver um “critério” absoluto de habilidade social. Porém, “parece que todos sabemos, de maneira intuitiva, o que são habilidades sociais” (Trower, 1984, p. 49 apud Caballo. E. Vicente. Manual de Avaliação e treinamento das H.S).

Embora, em contextos experimentais, seja possível demonstrar que é mais provável que determinados comportamentos conquistem um objetivo concreto, uma resposta competente e, normalmente, aquela que as pessoas consideram apropriada para um indivíduo em uma situação específica. Do mesmo modo, não pode haver *uma* maneira correta de se comportar que seja universal, mas uma série de enfoques diferentes que podem variar de acordo com o indivíduo. Assim, duas pessoas podem comportar-se de maneiras totalmente diferentes em uma mesma situação, ou a mesma pessoa pode agir de maneiras diferentes em duas situações similares, e tais respostas podem representar o mesmo grau de habilidade social.

Por conseguinte, o comportamento socialmente hábil deveria ser definido, para alguns autores, em termos da eficácia de sua função em uma situação, em vez de em termos de sua topografia (p. ex., Argyle, 1981, 1984; Kelly, 1982; Linehan, 1984 apud Caballo. E. Vicente.), embora os problemas de usar as consequências como critério tenham-se feito repetidamente evidentes (Arkowitz, 1981; Schoedcr e Rakos, 1983 apud Caballo. E. Vicente.) comportamentos que são avaliados consensualmente como inábeis (p. ex., dizer bobagens) ou antissociais (p. ex., a agressão física) podem ser, de fato, reforçados. Linehan (1984 apud Caballo. E. Vicente.), assinala que podem ser identificados três tipos básicos de consequências:

1. A eficácia para atingir os objetivos da resposta (*eficácia nos objetivos*).
2. A eficácia para manter ou melhorar a relação com o outro na interação (*eficácia na relação*).
3. A eficácia para manter a autoestima das pessoas socialmente hábeis (*eficácia no respeito próprio*).

“O valor desses objetivos - continua Linehan (1984 apud Caballo. E. Vicente. Manual de Avaliação e treinamento das H.S - varia com o tempo, as situações e os agentes. Quando um cliente tenta devolver uma mercadoria defeituosa a uma loja, a *eficácia no objetivo* (conseguir que a mercadoria seja trocada ou que o dinheiro seja devolvido) pode ser mais importante que a *eficácia na relação* (manter uma relação positiva com o encarregado da loja). Ao tentar fazer com que nosso (a) melhor amigo (a) vá assistir a determinado filme, a *eficácia na relação* (manter a relação íntima) pode ser mais importante que o objetivo (conseguir que o (a) amigo (a) vá ao cinema)” (p. 151).

Não obstante, tanto o conteúdo quanto as consequências dos comportamentos interpessoais deveriam ser levados em conta em qualquer definição de habilidade social (Arkowitz, 1981 apud Caballo. E. Vicente.).

Começando com determinada ideia do que pode constituir o conteúdo do comportamento socialmente hábil e avaliando as consequências desses comportamentos, podemos obter alguma estimativa do grau de habilidade social. Em geral, espera-se que o comportamento social hábil gere mais reforço positivo que castigo. Em termos clínicos, é importante avaliar tanto o que as pessoas fazem quanto as reações que seu comportamento provoca nos demais.

A seguir, expomos uma série de definições de habilidade social/comportamento assertivo que encontramos em nossa revisão da literatura sobre HS. Comportamento Socialmente hábil foi definido como:

A capacidade complexa de emitir comportamentos que são reforçados positiva ou negativamente, e de não emitir comportamentos que são punidos ou extintos pelos demais (Libert e Lewinsohn, 1973, p. 304 apud Caballo. E. Vicente.). O comportamento interpessoal que implica a honesta e relativamente direta expressão de sentimentos (Rimm, 1974, p. 81 apud Caballo. E. Vicente.).

“O comportamento que permite a alguém agir de acordo com seus interesses mais importantes, defender-se sem ansiedade inapropriada, expressar de maneira confortável sentimentos honestos ou exercer os direitos pessoais sem negar os Direitos de outrem” (Alberti e Emmons, 1978, p. 2 apud Caballo. E. Vicente).

A expressão manifesta das preferências (por meio de palavras ou ações) de um modo tal que faça com que os outros as levem em conta (McDonald, 1978. P. 889 apud Caballo. E. Vicente).

O grau em que uma pessoa pode comunicar-se com os demais de modo a satisfazer os próprios direitos, necessidades, prazeres ou obrigações até um nível razoável, sem prejudicar os direitos, necessidades, prazeres ou obrigações similares do outro, e compartilhar esses direitos etc. com os demais, em um intercâmbio livre e aberto” (Phillips, 1978, p. 13 apud Caballo. E. Vicente).

Um conjunto de comportamentos sociais dirigidos a um objetivo, inter-relacionados, que podem ser aprendidos e estão sob o controle do indivíduo” (Hargie, Saunders e Dickson, 1981, p. 13 apud Caballo. E. Vicente).

Um conjunto de comportamentos identificáveis, aprendidos, empregados pelos indivíduos nas situações interpessoais para obter ou manter o reforço de seu ambiente” (Kelly, 1982, p. 3 apud Caballo).

A capacidade complexa para emitir comportamentos ou padrões de resposta que otimizem a influência interpessoal e a resistência a influência social não desejada (eficácia nos objetivos), enquanto, ao mesmo tempo, otimizem os ganhos e minimizem as perdas na relação com o outro (eficácia na relação) e mantenham a própria integridade e sensação de domínio (eficácia no respeito próprio) ” (Linehan, 1984, p. 153 apud Caballo. E. Vicente. Manual de Avaliação e treinamento das H.S).

Por outro lado, Trower, Bryant e Argyle (1978 apud Caballo 1999, p.155), assinalam que “uma pessoa pode ser considerada socialmente inadequada se for incapaz de afetar o comportamento e os sentimentos dos demais do modo como o tenta e a sociedade o aceita”.

Ao longo de todas essas definições, vemos que as primeiras ressaltam o conteúdo; logo, uma série delas considera o conteúdo e as consequências, e, finalmente, há outras que julgam somente as consequências do comportamento.

O conteúdo refere-se, principalmente, a expressão do comportamento (opiniões, sentimentos, desejos etc.), enquanto as consequências fazem alusão, principalmente, ao reforço social.

Do nosso ponto de vista, consideramos que é necessário levar em conta tanto o conteúdo quanto as consequências ao definir o comportamento socialmente hábil. O fim não justifica os meios, propomos uma definição que ressalte o conceito de “expressão” e não esqueça o reforço, mas sem que seja condição *sine qua non*. Consideramos que: “o comportamento socialmente hábil é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado a situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas” (Caballo, 1986).

1.1.1 RELAÇÕES INTERPESSOAIS

A perspectiva ecológica de desenvolvimento, defendida por Bronfenbrenner (1996), enfatiza a sobreposição entre os diferentes sistemas de interação organismo – ambiente que influem sobre as características do indivíduo ao longo de sua vida. Os microsistemas (como a família, a escola, os amigos próximos) representam os contextos mais básicos e nucleares da interação organismo- ambiente, caracterizados por relações interpessoais face a face estáveis e significativas, afetividade e alteração gradual nas relações de poder.

No caso específico do desenvolvimento de habilidades sociais, além dos intercâmbios de comportamentos e de afetividade, as práticas e valores parentais e o background cultural e socioeconômico da família tem sido reconhecidos como importantes fatores da competência social da criança (Del Prette, 1999; p22).

Os pais não apenas se tornam modelos para muitos comportamentos sociais, mas também se organizam como um sistema de regras, punindo ou recompensando, respectivamente, o desvio ou a adequação das crianças aos seus padrões. Os irmãos, por outro lado, são interlocutores que vivenciam diferentes papéis (amigo, opositor, conselheiro, cúmplice e outros), possibilitando a criança experimentar relações e comportamentos diferenciados. No caso de crianças institucionalizadas, os estudos mostram que a qualidade (mais do que a quantidade) das interações com os pares constitui um fator crítico na prevenção de dificuldades sociais (Del Prette, 1999; p23).

Na vida adulta, seja qual for o seu estágio, novas habilidades sociais são requeridas: realização de tarefas em grupo, exercício da liderança em algumas atividades, habilidades sexuais com seu par, demandas sexuais próprias da independência em relação a família ou a constituição de uma nova família e, ainda, aquelas decorrentes do contato com diferentes grupos culturais, tanto no exercício profissional quanto no lazer (Del Prette, 1999; p22).

Na chamada terceira idade, cujas características principais, em relação ao comportamento social, são a diminuição das capacidades sensoriais e redução da prontidão para a resposta, outras habilidades podem ser especialmente importantes, como as de estabelecer e manter contato social e as de lidar com os comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice, geralmente expressos através de evitação de contato, reações agressivas e proteção excessiva (Del Prette, Zilda A.P, 1999; p23).

As demandas próprias de cada ciclo vital e as respostas desenvolvidas mentais apresentadas pelo indivíduo demonstram claramente que a aquisição de comportamentos sociais envolve um processo de aprendizagem durante toda a vida. O exercício crescente de novos papéis e assimilação de normas culturais que definem demandas e expectativas para os desempenhos sociais são decorrentes, numa perspectiva ecológica, da transição para sistemas progressivamente mais abrangentes e complexos (mesossistema, exossistema e macrosistema) que caracterizam o desenvolvimento de um modo geral e que influem decisivamente na aquisição e no desempenho das habilidades sociais (Del Prette, 1999; p22).

Na literatura científica, há um certo consenso de que a atração interpessoal constitui um dos componentes do desenvolvimento das relações entre os indivíduos, incluindo aquelas de natureza fraternal e amorosa (Del Prette, 1999; p23).

Ainda o autor supracitado afirma que a atração interpessoal pode ser definida como uma experiência que leva os indivíduos a relatarem uma conexão especial com os outros), sendo de interesse para diversas áreas do conhecimento. Tomando-se uma perspectiva evolucionária, a atração interpessoal é obviamente vista como um elemento crucial no desenvolvimento de vínculos que possam resultar na geração de descendentes, e assim sendo, na continuação da espécie.

Sob a ótica da psicologia cognitiva, a atração está relacionada aos esquemas cognitivos que são construídos a partir dos ideais de parceiros e relacionamentos amorosos (ILARI, Beatriz,2006, p.191 - 198). Baseados em experiências pessoais, estes ideais são gradativamente construídos no decorrer da vida. Localizados no nicho cognitivo direito, os ideais exercem uma influência considerável sobre o pensamento e o comportamento nas relações interpessoais (ILARI, Beatriz,2006, p.191 - 198). Em outras palavras, a atração interpessoal não ocorre de maneira pueril, mas está diretamente ligada aos esquemas cognitivos que, consciente ou inconscientemente, são mediados por experiências anteriores com colegas e responsáveis (ILARI, Beatriz,2006, p.191 - 198).

Os estudiosos das relações interpessoais já identificaram uma série de fatores que estão associados à atração interpessoal. A atração física constitui um destes fatores (ILARI, Beatriz,2006, p.191 - 198). Alguns estudos sugerem que o sexo masculino valoriza mais a atração física do que o sexo feminino (ILARI, Beatriz,2006, p.191 - 198), embora haja um certo consenso de que os indivíduos com boa aparência são geralmente os mais atraentes (Myers, 1993), mesmo em contextos nos quais a aparência não constitui o elemento preponderante (ILARI, Beatriz,2006, p.191 - 198).

Proximidade, interação e exposição continuada aos outros indivíduos são alguns outros fatores que contribuem para o aumento da atração interpessoal (Myers, 1993). Além disso, uma semelhança real ou percebida entre os indivíduos também aparenta contribuir para o desenvolvimento da atração entre os indivíduos (Ilari Beatriz,2006) Atitudes, crenças e valores comuns são vistos como forças poderosas da atração interpessoal, já que a atração em si é um processo dual que envolve as atitudes, os valores e as crenças pessoais não apenas do indivíduo que se sente atraído, mas também daquele que é o objeto da atração (Myers, 1993). Tais atitudes, crenças e valores são determinados por vários fatores, inclusive o contexto social e a cultura, que são transmitidos através das diferentes relações de uma rede social e exercem

um papel vital no estabelecimento da atração e subsequente desenvolvimento de relações interpessoais (ILARI, Beatriz, 2006, p.191 – 198). Isso sugere que a atração interpessoal depende do contexto social, que forma atitudes, crenças pessoais e valores.

PRINCIPAIS HABILIDADES SOCIAIS

O termo habilidades sociais (HS) remete ao campo teórico-prático do treinamento de habilidades sociais (THS) amplamente caracterizado por Del Prette e Del Prette (1999; 2001), que realizaram extensa revisão da literatura, apresentaram taxonomias e definições, explicitaram influências de abordagens teóricas e implicações para a pesquisa e intervenção na área.

No cenário atual, Caballo (1999) apresenta uma articulação conceitual entre habilidades sociais e expressão de atitudes, sentimentos, opiniões e desejos, enfatizando o respeito a si próprio e aos outros, existindo, em geral, resolução dos problemas imediatos da situação e diminuição da probabilidade de problemas futuros.

Del Prette e Del Prette (1999) concordam que assertividade envolveria a expressão apropriada de sentimentos negativos e a defesa dos próprios direitos, e que uma pessoa socialmente habilidosa também deveria apresentar habilidades de comunicação, de resolução de problemas interpessoais, de cooperação e de desempenhos nas atividades profissionais.

A taxonomia das habilidades sociais é ampliada pelos mesmos autores (2001), que as organizaram em categorias: (a) habilidades sociais de comunicação: fazer e responder a perguntas; gratificar e elogiar; pedir e dar feedback nas relações sociais; iniciar, manter e encerrar conversação; (b) habilidades sociais de civilidade: dizer “por favor”; agradecer; apresentar-se; cumprimentar; despedir-se; (c) habilidades sociais assertivas de enfrentamento: manifestar opinião, concordar, discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar-se e admitir falhas; estabelecer relacionamento afetivo/sexual; encerrar relacionamento; expressar raiva e pedir mudança de comportamento; interagir com autoridades; lidar com críticas; (d) habilidades sociais empáticas: parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio; (e) habilidades sociais de trabalho: coordenar grupo; falar em público; resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos; habilidades sociais educativas; e (f) habilidades sociais de expressão de sentimento positivo: fazer amizade; expressar solidariedade e cultivar o amor.

De todo modo, classificar as HS em categorias não é o mesmo que defini-las, o que não constitui tarefa simples, como se observa pela ausência de consenso na literatura. A título de exemplificação são citados alguns autores no que tange a definições de HS, a qual enfocaria mais o comportamento da pessoa que as consequências positivas da interação. Del Prette e Del Prette (1999; 2001) parecem ter revisado a definição de 1970, atribuindo maior importância às consequências obtidas diante de respostas sociais assertivas, não assertivas e agressivas.

Assim, assertividade seria o processo pelo qual o indivíduo (emissor) expressaria, de forma adequada, sentimentos e pensamentos, ou seja, utilizando entonação, latência e fluência de fala apropriadas, ouvindo o receptor para, então, responder, de forma a atingir seus objetivos sem prejudicar as relações futuras com este (Del Prette e Del Prette (1999; 2001), no caso, a expressão de sentimentos negativos e defesa dos próprios direitos.

Não assertividade ocorreria quando o emissor não expressa seus sentimentos, seus pensamentos ao receptor, emitindo, muitas vezes, comportamentos contra a própria vontade ou deixando de defender-se por medo de prejudicar sua relação futura com o receptor, e, por isso, muitas vezes o emissor é explorado e prejudicado, sem, contudo, atingir seus objetivos. A agressividade, às vezes, permite atingir os objetivos desejados, mas, no processo, magoa os demais, fazendo escolhas por eles, além de desvalorizá-los como pessoas, possibilitando represálias futuras. Por outro lado, o comportamento assertivo permite a expressão honesta de seus sentimentos, geralmente atingindo os objetivos desejados, não prejudicando a si mesmo, nem ao receptor.

Caballo (1999) apresenta uma definição que explicita um maior número de habilidades, afirmando que comportamento socialmente habilidoso ou mais adequado se refere à expressão, pelo indivíduo, de atitudes, sentimentos, opiniões, desejos, respeitando a si próprio e aos outros, existindo, em geral, resolução dos problemas imediatos da situação e diminuição da probabilidade de problemas futuros. Quanto às abordagens teóricas, pode-se afirmar a partir de Del Prette e Del Prette (1999) que houve influência de autores de diferentes orientações teóricas, sendo destacados cinco modelos que permitiram sua estruturação: o cognitivo, o da teoria de papéis, o da assertividade, o da aprendizagem social e o da percepção social.

Bolsoni-Silva (2002) defende que cada um desses modelos possa ser entendido à luz da análise do comportamento: (a) o modelo cognitivo e o de percepção

social são teorias que atentam para a relevância de incluir eventos privados nas análises realizadas; (b) a teoria dos papéis indica o papel plástico do comportamento, em que deve haver flexibilidade em assumir diferentes papéis sociais; (c) o modelo da assertividade descreve comportamentos respondentes e operantes, os quais são claramente conceituados pela análise do comportamento; (d) o modelo de aprendizagem social remete à relevância da observação, que, para Catania (1999/1998), tem, inclusive, influência filogenética. Por outro lado, o autor afirma que quaisquer comportamentos são mantidos sobretudo por suas consequências. A autora acredita que quanto mais socialmente habilidosa, maior a probabilidade de obter reforçadores e, por consequência, ampliar repertório comportamental, favorecendo lidar com situações de conflito que claramente envolvem estimulação aversiva.

Strapasson, e Carrara (2007) acreditam que cabe aos analistas do comportamento, enquanto programa de pesquisa, o esforço de interpretar termos de outras teorias. Bolsoni-Silva (2002) iniciou uma reflexão sobre habilidades sociais e análise do comportamento sem, contudo, aprofundá-la, sobretudo no que se refere ao termo *análise funcional*, sendo que um dos aspectos para essa dificuldade é a falta de consenso entre as definições de habilidades sociais e de competência social.

Del Prette e Del Prette (1999; 2001), o termo empatia foi usado pela primeira vez por Titchener, na década de 20, com o sentido de capacidade para perceber a experiência subjetiva de outra pessoa. Empatia, como a concebemos aqui, refere-se à capacidade de perceber o sentimento da outra pessoa e expressar a compreensão desse sentimento (Del Prette e Del Prette, 1999; 2001).

O processo empático pode ser dividido em: a) escuta ativa (olhar outra pessoa, observar sua expressão facial e corporal, atentar para o que ela diz); b) identificar o problema ou tipo de emoção experimentada pelo interlocutor e c) expressar aceitação e apoio através de mensagens verbais, tais como: aproximar – se, tocar levemente o braço do interlocutor e apresentar expressões congruentes com o sentido identificado. Os estudos observacionais com bebês mostram que desde os nove meses de idade eles já são capazes de manifestar empatia quando vêem outras crianças chorando. (Del Prette, 1999).

Uma característica comum aos diferentes programas de THS (Treinamento Habilidades Sociais), é que constituem um “pacote” de técnicas decorrentes das hipóte-

ses explicativas para as dificuldades interpessoais. Essas hipóteses remetem aos diferentes modelos constituidores desse campo teórico – aplicado, deles derivando as suas principais técnicas (Del Prette, 1999).

Pode – se identificar quatro conjuntos de explicações para os déficits e dificuldades interpessoais: a) o modelo da aprendizagem social e a vertente operante do modelo de assertividade explicam as dificuldades interpessoais em termos dos déficits de habilidades no repertório do indivíduo; b) a vertente do condicionamento respondente propõe a hipótese da inibição pela ansiedade; c) o modelo cognitivo supõe mecanismos de inibição cognitivamente mediada; d) o modelo da percepção social e da teoria de papéis associa as dificuldades interpessoais a falhas no processamento cognitivo de estímulos sociais no ambiente (Del Prette, 1999).

O reforçamento é uma técnica presente em todo o processo de THS. Ele pode ser considerado como uma técnica típica da Terapia Comportamental, embora, é claro, não se possa ignorar seu correlato cognitivo. É o caso, por exemplo das expectativas das pessoas de que seus comportamentos sociais vão ser bem-sucedidos (reforçados) no ambiente natural. (Del Prette, 1999).

O reforço pode ser definido como qualquer consequência que, apresentada em seguida a um comportamento, ou por ele removida, fortalece esse comportamento. Nessa definição ficam expostas duas modalidades de reforçamento, o positivo e o negativo, exemplificados por (Del Prette, 1999), de forma muito simples: “ quando nosso comportamento é reforçado positivamente, obtemos algo; quando reforçado negativamente, removemos, fugimos ou esquivamos de algo”.

Considerando que o reforçamento negativo pode gerar efeitos colaterais nocivos semelhantes aos da punição, o uso de procedimentos envolvendo essa técnica não é recomendada no THS. Ao contrário, o reforçamento positivo é amplamente enfatizado para instalar, desenvolver e fortalecer desempenhos sociais (Del Prette, 1999).

1.1.1.1 PROFISSIONAIS DA SAÚDE HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS

Castro (1990) e Lima (1993) referem-se ao surgimento das UTIs a partir da necessidade de agrupamento de recursos materiais ou humanos e do aprimoramento para o atendimento a pacientes graves e em estados críticos, porém ainda recuperá-

veis, e também da necessidade de uma assistência médica, de uma equipe multidisciplinar contínua e com observação constante, centralizados em um núcleo especializado.

Boemer (1989, p10),

Afirma que a própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor. Pelo fato da UTI ser um lugar que demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante, a humanização torna-se uma tarefa nada fácil, sabendo-se que os profissionais de saúde, que atuam dentro das unidades intensivas esforçam-se para desenvolver ações no sentido de proporcionar uma ação, mas humanizada.

Em exclusivo quando se trata de pessoas que estão completamente dependentes e carentes, onde o emocional fica mais abalado e vulnerável, a humanização é algo eficaz e de grande relevância. Os vários efeitos negativos do ambiente da UTI sobre a equipe multiprofissional, a família e o paciente exige um tratamento humanizado nos serviços desenvolvidos nesse ambiente (Boemer 1989).

Alguns países subdesenvolvidos e com grandes desigualdades socioeconômicas, como é o caso do Brasil, os desafios na saúde ainda são grandes, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e aumento na ampliação do processo de responsabilidade entre os trabalhadores, gestores e usuários, no que diz respeito ao ato de cuidar e gerir. A partir desse cenário vê-se a necessidade de transformações, principalmente no modelo de atenção, e de atuação profissional (Boemer,1989,p10).

Segundo Boemer, 1989,p.11; afirma que:

A humanização é um conjunto de iniciativas que dentro da UTI visa à produção de cuidados ao paciente em estado crítico capaz de conciliar a tecnologia com o acolhimento necessário e o respeito cultural e ético ao paciente, com espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico dos profissionais de saúde e a satisfação dos usuários (Boemer 1989,p.11;).

A regulamentação da humanização foi feita pelo Ministério da Saúde em maio de 2000, onde foi criado o PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Nacional de Saúde. Programa esse que compõe uma política ministerial bastante singular se comparado a outros do setor, pois se destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde (BRASIL, 2000).

AMIB (2004) humanização é:

(...) um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares em que cada um se encontra (AMIB, 2004, p. 01).

A revista *Veja*, da editora Abril, publicou uma reportagem em 10 de maio de 1995, que aborda o sofrimento dos pacientes onde o título “UTI Corredor de vida ou morte”, abalou o meio da saúde, com manifestações dos quatro cantos do país, e todos com intensão de minimizar os exageros ou distorções que as reportagens como esta costumam causar (AMIB, 2004).

Tal reportagem é uma prova de que a humanização vem sendo pensada há muito tempo, e essa em especial foi primordial para todos os intensivistas repensarem a forma de processo de estudo, ações e reflexões voltadas para tornar as UTIs, mais acolhedoras e menos estressantes, com necessidades individualizadas da essência dos valores humanos (AMIB, 2004).

A partir desta publicação e de vários estudos denota-se várias ações que começaram em prol da melhoria do atendimento humanizado dentro das UTIs, e em 2001, foi solicitada ao comitê de humanização a realização de um curso de imersão em humanização pela diretoria da AMIB (associação de Medicina Intensiva Brasileira), e a partir de então o curso vem sendo ministrado por lideranças intensivistas comprometidas com as experiências em humanização, ética e qualidade em várias partes do país, com o intuito de oferecer um curso de imersão de um dia com os fundamentos básicos da humanização (AMIB, 2004)

É observado nos últimos anos um considerável aprimoramento e crescimento de ações destinadas a promover a humanização da assistência hospitalar no âmbito das UTIs, visto que a Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente que concentra pacientes graves, mas recuperáveis e cuidados por profissionais que se empenham em maximizar suas chances de vida, e de uma vida melhor e com uma assistência de qualidade e humanizada (SALICIO; GAIVA, 2006).

Os profissionais de saúde que trabalham diretamente com enfermos, principalmente os que trabalham nas UTIs, precisam ser estimulados a se auto avaliarem diante da conduta profissional nas mais variadas situações pela qual passam no cotidiano. Por meio dessas avaliações o profissional faz reflexões sobre o exercício de sua

prática, em qual suporte está baseada, nas diferentes possibilidades terapêuticas para a atuação mais humanista e na responsabilidade sobre seu comportamento profissional em tratar do ser humano que está sobre seus cuidados (SALICIO; GAIVA, 2006).

O termo humanizar se refere a tornar benévolo, afável, tratável, fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar. De acordo com valores éticos consiste em tornar uma prática bela, por mais que ela lide com o que tem de mais doloroso, triste e degradante na natureza humana. É a possibilidade de assumir uma posição de reconhecimento dos limites e ética de respeito ao semelhante. No trabalho de humanização o ponto chave é o fortalecimento desta posição ética de articulação do cuidado técnico científico conhecido e dominado, ao cuidado que incorpora a exploração, necessidade e o acolhimento do imprevisível, do incontrolável, ao indiferente e singular (MORAIS et al, 2004).

Humanização é entendida como uma medida que busca resgatar o respeito à vida humana em ocasiões éticas, psíquicas e sociais, dentro do relacionamento humano, que aceita a necessidade de resgate dos aspectos biológicos, fisiológicos e subjetivos. É essencial adotar uma prática na qual o cliente e o profissional considerem como parte da sua assistência humanizada o conjunto desses aspectos, permitindo assumir uma posição ética de respeito mútuo (MORAIS, GARCIA, FONSECA, 2004).

Para Moraes, Garcia e Fonseca (2004) p.07)

é inadmissível pensar que a humanização dentro de um hospital está apenas na questão de aquisição de materiais, equipamentos e local adequado, moderno e suficiente, a humanização é, sobretudo um problema que envolve as atividades das pessoas que ali trabalham, procurando oferecer ao paciente desde o momento de sua internação um tratamento que o respeite como ser humano, em que a alteração do ambiente, suas rotinas, a dependência e o medo do desconhecido não acarretem comprometimento psicoemocional (Moraes, Garcia e Fonseca (2004) p.07).

É necessário que haja uma interação entre quem cuida e quem é cuidado, e que nessa interação aconteçam trocas de informações e sentimentos. Segundo AMIB (2004) a humanização é um conjunto que engloba: o ambiente físico, o cuidado dos

pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde. As interações dentro da UTI visam tornar efetiva a assistência ao indivíduo doente, considerando-o como um todo bio-psico-socio-espiritual.

A comunicação também enquadrada dentro das habilidades sociais é uma necessidade básica humana, sem a qual a existência do ser humano seria no mínimo impossível, portanto é pela comunicação verbal e não verbal, que está intimamente ligada a humanização, estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em sua visão de mundo, seu todo, ou seja, seu modo de agir, pensar e sentir (STEFANELLI, 2000).

O autor SILVA (2000) faz referências aos estudos com pacientes internados em UTI demonstram que o simples toque nas mãos, que é uma demonstração de afeto que ocorre entre os familiares e membros da equipe de saúde com o paciente pode alterar os ritmos cardíacos do mesmo, que diminui quando ocorre essa manifestação de carinho.

AMIB (2004), refere a comunicação como meio de transmitir informações, e qualquer mensagem produzida por esse meio, ou ainda a um objeto específico a utilizar –se esse meio. Quando se fala, em comunicação, refere-se a dois ou mais agentes de diálogo. Quando a comunicação é feita por meio da emoção transforma-se com emoção transforma-se o ato do tratar o verdadeiro cuidar. Por conseguinte, abre caminho para vários estudos referentes a profissionais de saúde e humanização em centro de tratamento intensivo de hospitais pelo.

2 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

2.2.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

A referida pesquisa foi de caráter descritivo, quantitativo e qualitativo. Será realizada por meio de questionário e pesquisa bibliográfica descritiva utilizando acervos bibliográficos, por meio de artigos científicos e livros que abordem o tema habilidades sociais, de modo a coletar dados e informações necessárias para resolver ao problema de pesquisa.

Para Gil (2002, p.42) “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

2.2.2 TIPO DE AMOSTRAGEM

A amostra desta pesquisa foi realizada com 20 colaboradores de um hospital da região meio oeste, maiores de idade, do sexo masculino e feminino, sendo que a instituição conta com aproximadamente 383 colaboradores. O que se espera é aplicar o questionário para investigação do grau de habilidades sociais dos colaboradores da (UTI), a amostragem será de forma aleatória simples determinada por Fachin (2006, p.50) como “[...] uma seleção ao acaso, desde que todos os elementos tenham a mesma possibilidade de ser selecionado”.

Segundo Fachin (2006, p.50) “a amostragem é o ato de selecionar unidades, elementos de uma população e as amostras dela extraídas, e tem por objetivo estimar valores desconhecidos: média, mediana, moda, variância e desvio-padrão”.

O tempo de aplicação do questionário será variável, não se tendo um tempo estimado para responder as perguntas.

2.2.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para a presente pesquisa são: ser colaborador da instituição concedente da pesquisa, ser maior de idade e aceitar ser respondente voluntário para pesquisa.

2.2.2.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão para referida pesquisa são: não ser colaborador com registro na Instituição concedente da pesquisa, ser menor de idade e não aceitar ser respondente voluntário para pesquisa.

2.2.3 INSTALAÇÕES E INFRA-ESTRUTURA

O Acadêmico entrou em contato com a instituição concedente da pesquisa para assinatura da declaração de instituição coparticipante. Foi agendado junto ao departamento de direção da instituição concedente o horário para aplicação do questionário para conhecimento do grau de habilidades sociais dos colaboradores da instituição. A aplicação do questionário para os respondentes que se disponibilizaram participar da pesquisa, esses podem ser do sexo masculino ou feminino, maiores de idade, somente se submeterão da pesquisa após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para maiores de 18 anos. O Acadêmico irá levar a campo o questionário impresso para o preenchimento pelos respondentes.

A aplicação será realizada em sala de treinamento da instituição, sendo essa confortável, com iluminação adequada para aplicação de questionário, contendo mesas, cadeiras, ar condicionado, água, banheiro, canetas disponíveis para todos os voluntários, ambiente higienizado, com pouco ruído para evitar interferências, de fácil acesso possibilitando a entrada e saída de todos os respondentes. O questionário será aplicado por setor distribuídos dentro da UTI, às pessoas de cada setor se dirigirão para sala de treinamento, será explicado sobre a pesquisa, o que é a pesquisa, sobre o que se trata, qual a participação deles na mesma, deixando claro

que não serão obrigados a participar, mas que aceitando participar não precisam se identificar, pois é preservado o anonimato dos respondentes. Após terem aceitado participar da pesquisa os mesmos assinam o termo de consentimento livre e esclarecido para maiores de 18 anos e se submetem ao questionário.

2.2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foram de fontes primárias e secundárias, através da aplicação de questionário para investigar o grau de habilidades sociais.

Para Fachin (2006, p.158) no questionário “a informação coletada pelo estudioso limita-se tão somente as respostas escritas e preenchidas pelo próprio pesquisador”.

Será utilizada a técnica de pesquisa de campo para coletar e analisar os dados, através de questionário que conta com vinte questões assertivas segundo Gil (2002, p.53) “o planejamento do estudo de campo apresenta muito maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos sejam reformulados ao longo da pesquisa”. Ainda o autor ressalta as vantagens do estudo de campo:

O estudo de campo apresenta algumas vantagens em relação principalmente aos levantamentos. Como é desenvolvido no próprio local em que ocorrem os fenômenos, seus resultados costumam ser mais fidedignos. Como não requer equipamentos especiais para a coleta de dados, tende a ser bem mais econômico. E como o pesquisador apresenta nível maior de participação, torna-se maior a probabilidade de os sujeitos oferecerem respostas mais confiáveis (GIL, 2002, p.53).

Os dados serão usados de forma a proteger integralmente o anonimato dos respondentes. O acadêmico se certificou para que não houvesse constrangimentos pelos respondentes, pois o constrangimento pode alterar de alguma forma a pesquisa, por algum dado poder ser alterado e não responder de acordo com realidade.

Para a coleta de dados foi utilizado o diário de campo onde o acadêmico fazia anotações em suas observações.

2.2.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados será aplicado questionário com quinze perguntas assertivas nos dando a possibilidade para o respondente optar por uma entre duas ou

três respostas.

Após a coleta dos dados serão criados gráficos para apresentação dos resultados, juntamente com esses resultados serão realizadas citações bibliográficas para elaboração de fundamentação teórica.

É necessário que o pesquisador ultrapasse a mera descrição, buscando acrescentar algo ao questionamento existente sobre o assunto. Para tanto, ele terá que fazer um esforço de abstração, ultrapassando os dados, tentando possíveis explicações, configurações e fluxos de causa e efeito. Isso irá exigir constantes retomadas às anotações de campo e ao campo e à literatura e até mesmo à coleta de dados adicionais (GIL 2002, p. 134).

Sendo assim, serão apresentados gráficos, discussões dos gráficos e fundamentações teóricas para cada resultado atingido na pesquisa de campo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O termo habilidades sociais (HS) remete ao campo teórico-prático do treinamento de habilidades sociais (THS) já amplamente caracterizado por Del Prette e Del Prette (1999; 2001), que realizaram extensa revisão da literatura, apresentaram taxonomias e definições, explicitaram influências de abordagens teóricas e implicações para a pesquisa e intervenção na área.

	HS DE COMUNICAÇÃO	HS ASSERTIVAS, DIREITO E CIDADANIA	HS DE TRABALHO
A U T O	Pedir feedback/ gratificar/ elogiar dar feedback, iniciar manter e encerrar uma conversaço.	Manifestar opinião, concordar, discordar fazer e aceitar e recusar pedidos Desculpar-se, admitir falhas	Coordenar grupo Falar em público Resolver problemas, tomar decisões e meir conflitos
M O N I T O R A	HS DE CIVILIDADE Dizer por favor Agradecer Apresentar-se Cumprimentar-se Despedir-se	Interagir com autoridade Estabelecer relacionamento afetivo e/ou sexual Encerrar relacionamento	HS DE EXPRESSÃO DE SENTIMENTO POSITIVO Habilidades sociais e educativas Fazer amizade
M E N T O	HS EMPATICAS Parafrasear –se Refletir sentimentos Expressar apoio	Expressar raiva/desagrado e pedir mudança de comportamento Lidar com críticas	Expressar s solidariedade Cultivar o amor
O	HS DE EXPRESSÃO DE SENTIMENTO Fazer amizade/ expressar a solidariedade Cultivar o amor		

Figura 1: Quadro de Habilidades Sociais, proposto por Del – Prette e Del Prette (2002) adaptada por Ficagna.Madaline,2004.

De 30 pesquisados, conseguimos 20 respondentes.

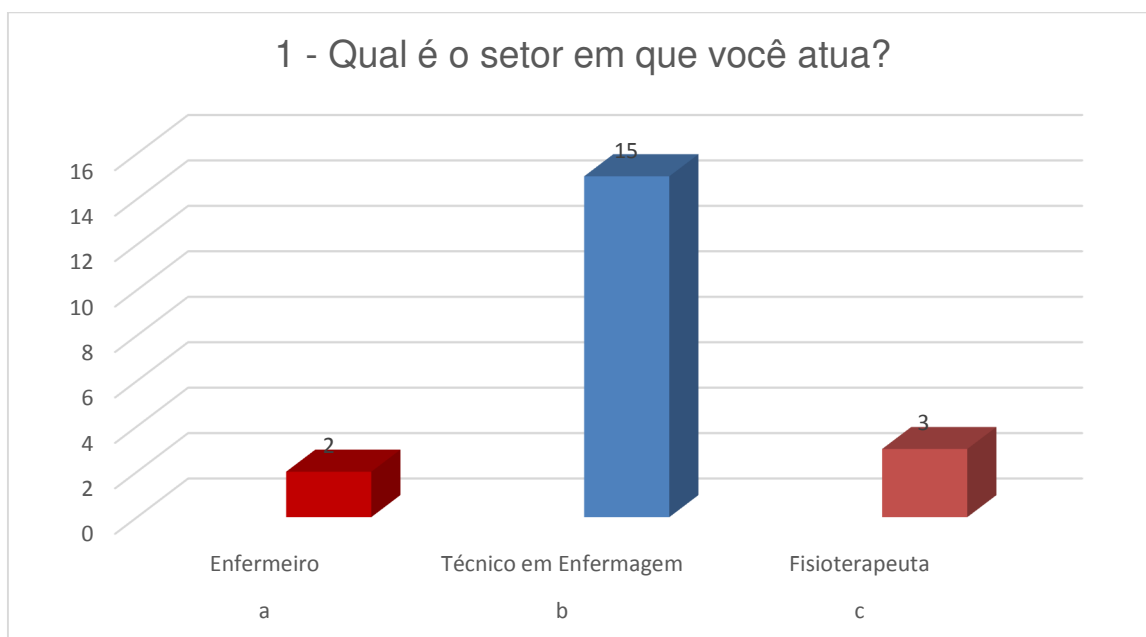


Gráfico 1 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

Este primeiro gráfico é a demonstração de uma parte da equipe que atua na UTI, onde são divididos em dois turnos, diurno e noturno.

A equipe é dividida em dois enfermeiros que cada um é chefe de uma UTI (São Miguel e São Rafael), os técnicos que são a maioria pois geralmente são 2 pacientes por técnico de enfermagem, e os fisioterapeutas que são três que se revezam entre as UTI's.

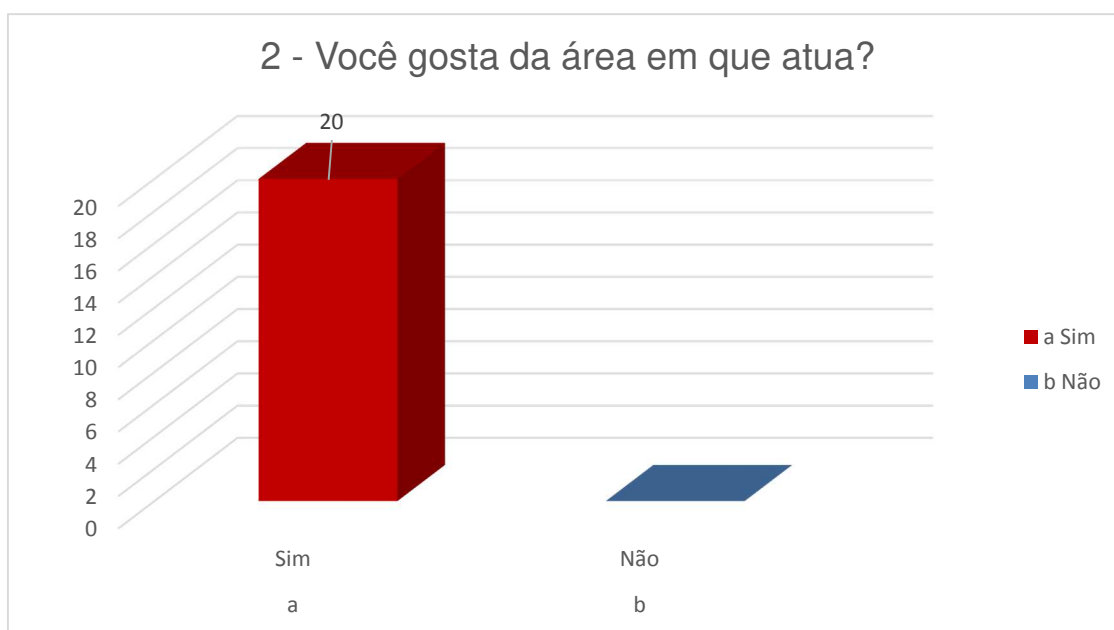


Gráfico 2 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No segundo gráfico trata-se da pergunta se o profissional gosta ou não da área em que atua. Em sua totalidade dos respondentes assinalaram gostar da profissão que exercem, apesar de ser cansativa e exigir muito de cada um.

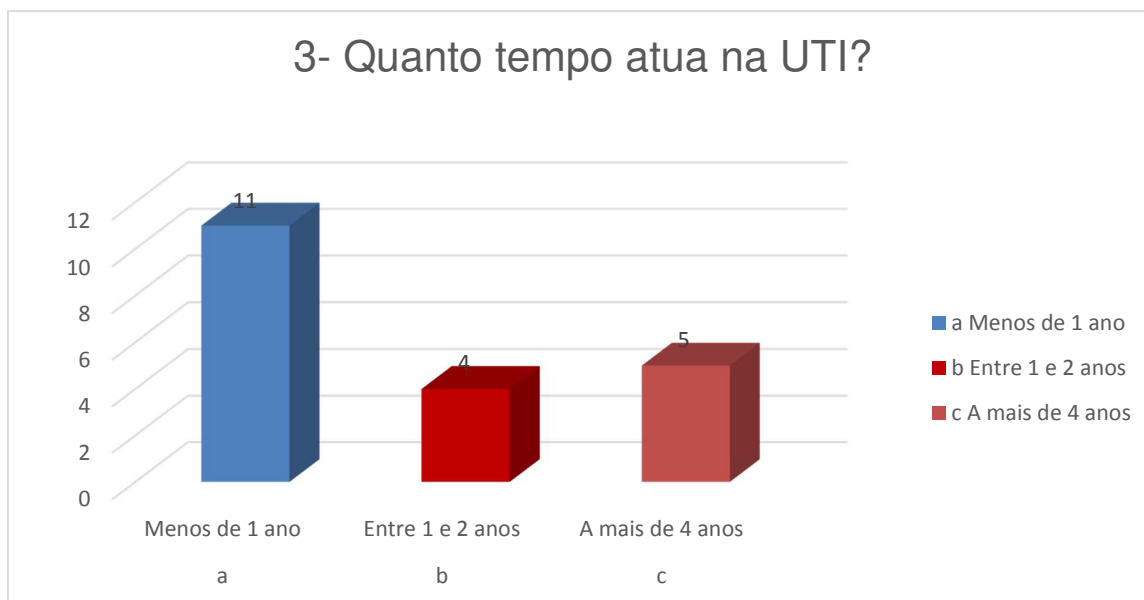


Grafico 3 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No terceiro gráfico se tem a amostra de quanto tempo cada respondente da pesquisa que atua em sua área. Sendo que se pode notar que a maioria tem menos de um ano de atuação, pois a rotatividade de profissionais é bem significativa nos últimos tempos.

Segundo Fátima, Thais L. Oliveira 2005, a rotatividade de pessoal, também conhecida por turnover, está relacionada com a saída de funcionários de uma organização. As razões para o desligamento podem ser diversas; os indivíduos podem solicitar a sua demissão por descontentamento com alguma política da empresa, falta de motivação, ou busca de uma melhor colocação profissional.

Assim como, a empresa também se coloca neste direito e busca por profissionais mais capacitados para integrar o seu quadro funcional ou ainda procura pela inovação em seus sistemas. Atualmente com o maior investimento das organizações em áreas de recursos humanos e gestão de pessoas, têm sido freqüente a avaliação das principais causas que levam os funcionários a saírem de uma empresa e também quais os fatores que levam a instituição a demiti-lo (Oliveira 2005,p2)

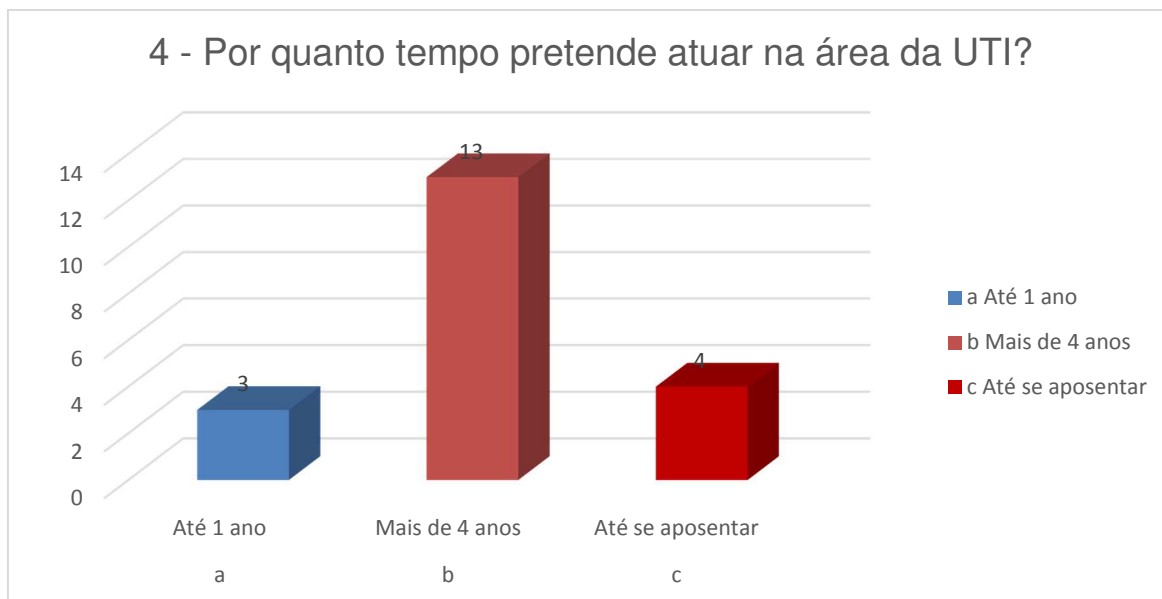


Gráfico 4 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No quarto gráfico temos a amostra de quanto tempo os profissionais respondentes das perguntas, pretendem trabalhar na área da UTI, tendo como base como eles estão se sentindo hoje.

A maioria dos profissionais pretendem trabalhar por mais de quatro anos, levando em consideração a sua saúde, a responsabilidade do trabalho desenvolvido por eles, e apenas quatro relataram ter interesse em trabalhar até uma aposentadoria.

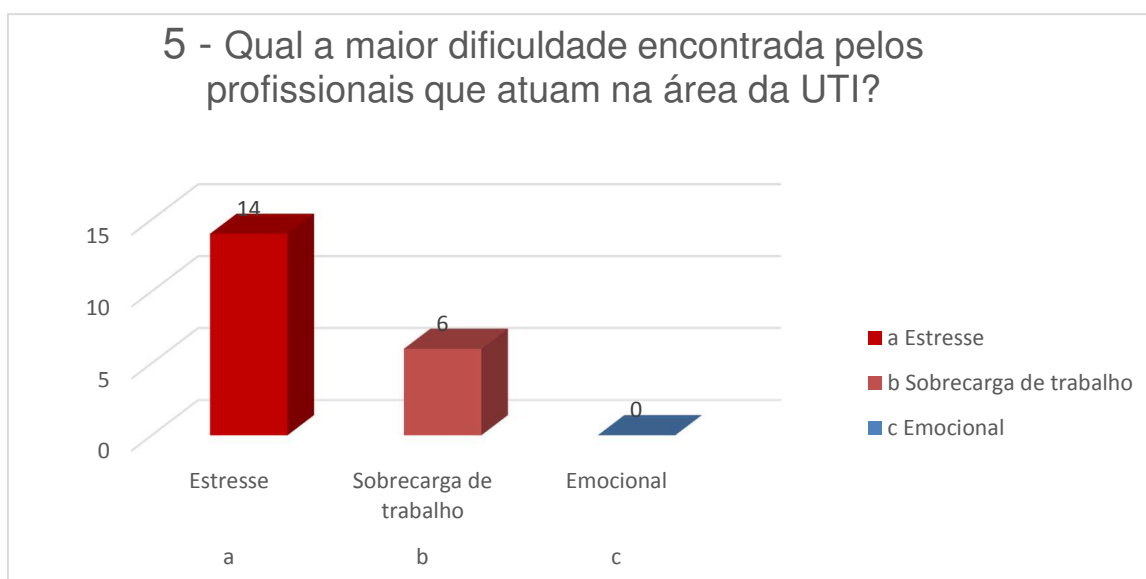


Gráfico 5 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No quinto gráfico temos a amostra de quais as maiores dificuldades encontradas pelos respondentes da pesquisa na área da UTI hoje em dia. A maioria dos participantes respondentes da pesquisa relataram ser a maior dificuldade o estresse, seguido por sobrecarga de trabalho.

A síndrome do *burnout* acomete principalmente profissionais assistenciais, notadamente profissionais de saúde, professores e policiais militares (MALAGRIS, 2004). Segundo Benevides-Pereira (2002), a diferença fundamental entre o *stress* ocupacional e o *burnout* é que neste é dada mais importância à relação interpessoal entre o profissional e o usuário do serviço, levando a um total prejuízo de seu trabalho. Dessa forma, profissionais de quaisquer atividades laborais podem sofrer de *stress* ocupacional, ao passo que somente os profissionais voltados primariamente ao cuidado do outro estão propensos ao desenvolvimento do *burnout*. Fatores como desatenção, negligência, cinismo, falta de empatia e hostilidade são característicos deste quadro, evidenciando a dificuldade do trabalhador em desempenhar de forma satisfatória suas responsabilidades. Como citam (Borges, Argolo, Pereira, Machado e Silva, 2002).

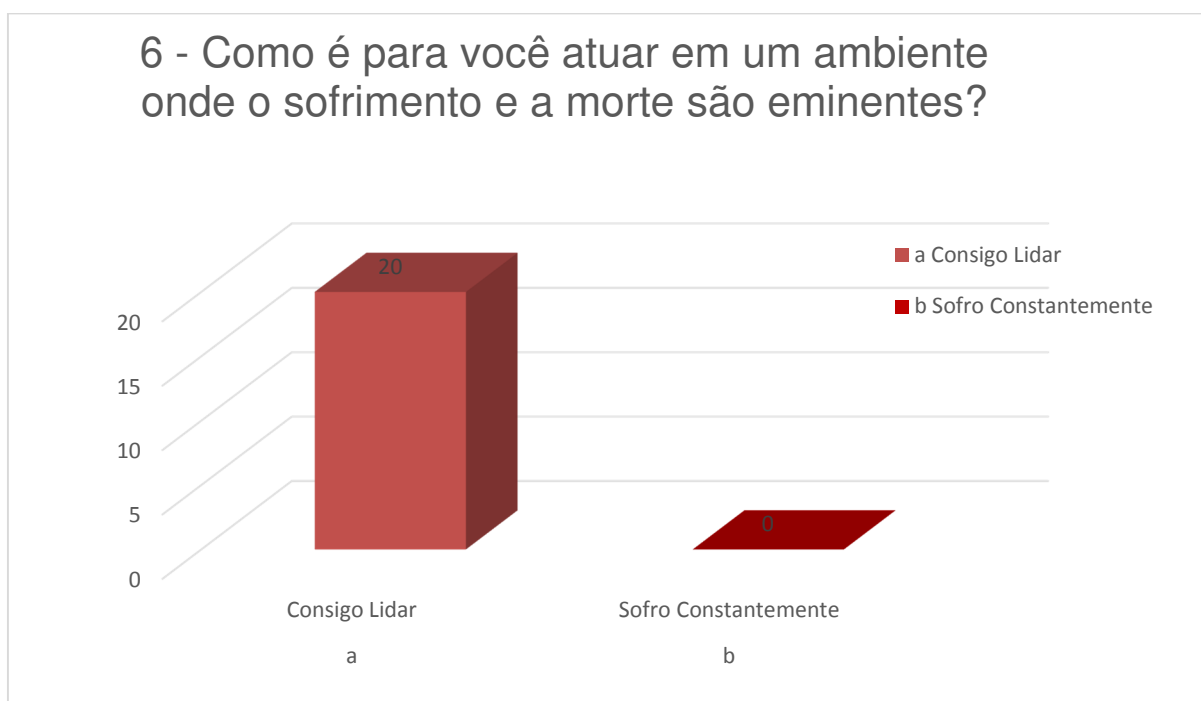


Gráfico 6 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No sexto gráfico foi explanado sobre como é para cada um trabalhar onde o sofrimento e a morte são naturais no dia – a dia. Na totalidade dos respondentes da pesquisa relataram conseguir lidar com os sofrimentos diários, tendo que muitas vezes presenciar o óbito de um paciente e continuar trabalhando e manter o mesmo nível de cuidado com os outros.

Segundo Kóvacs, (2010) os profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos ao cuidarem de pacientes na iminência da morte, realizam suas atividades rotineiras de forma técnica, objetivando salvar vidas sem constituir vínculos a fim de evitar o sofrimento e o vivenciar do luto, que não está autorizado, pela ausência de preparo na formação em detrimento da deficiência de disciplinas que abarquem fatores cognitivos e afetivos referentes ao processo da morte e do morrer e que os habilitaria a tratar a temática de forma natural e empática.

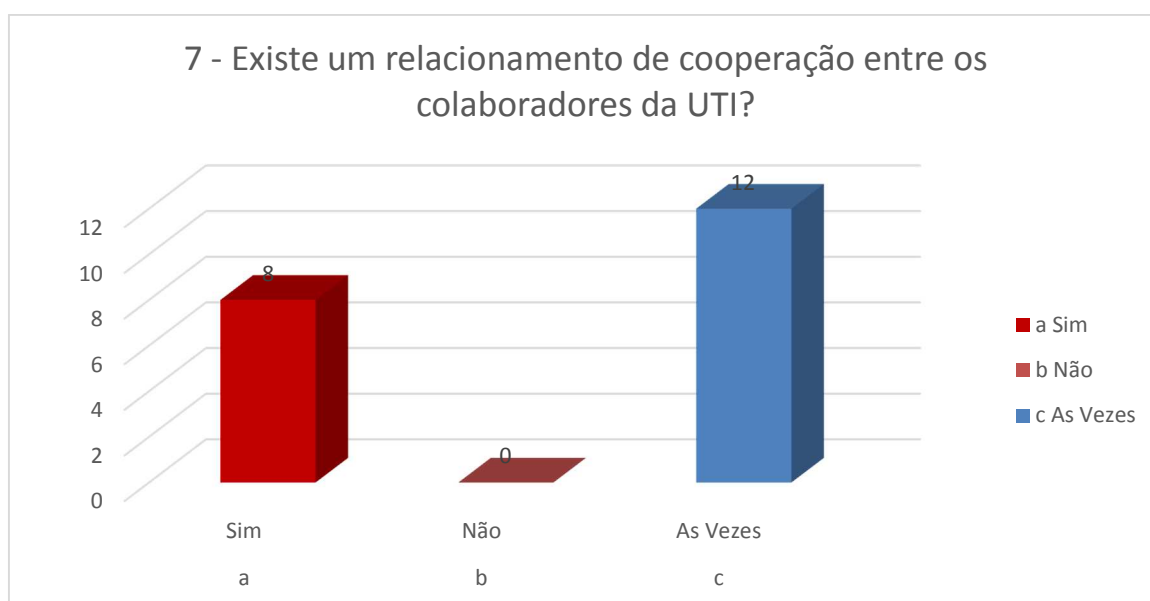


Gráfico 7 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No sétimo gráfico foi perguntado aos respondentes da pesquisa em relação se há cooperação entre os colaboradores que hoje estão na UTI. Em sua maioria disse ter cooperação as vezes por parte de seus colegas de trabalho, principalmente se tratando de seus chefes e líderes.

É absolutamente primordial, nos dias atuais, trabalhar em equipe para que a empresa funcione da melhor maneira possível. E a palavra-chave de toda e qualquer

empresa que se preze é cooperação entre seus membros (Sales Eugênio Queiroz,2011).

Cooperar é interagir, é conseguir que os resultados almejados sejam trabalhados em equipe. Mas lidar com seres humanos nem sempre é fácil, pois como sabemos, cada um pensa de um modo diferente e as idéias nem sempre são compartilhadas por todos; daí nasce um impasse que, muitas vezes, coloca um trabalho que vinha sendo elaborado com muito esforço, num fracasso total (Sales Eugênio Queiroz,2011).

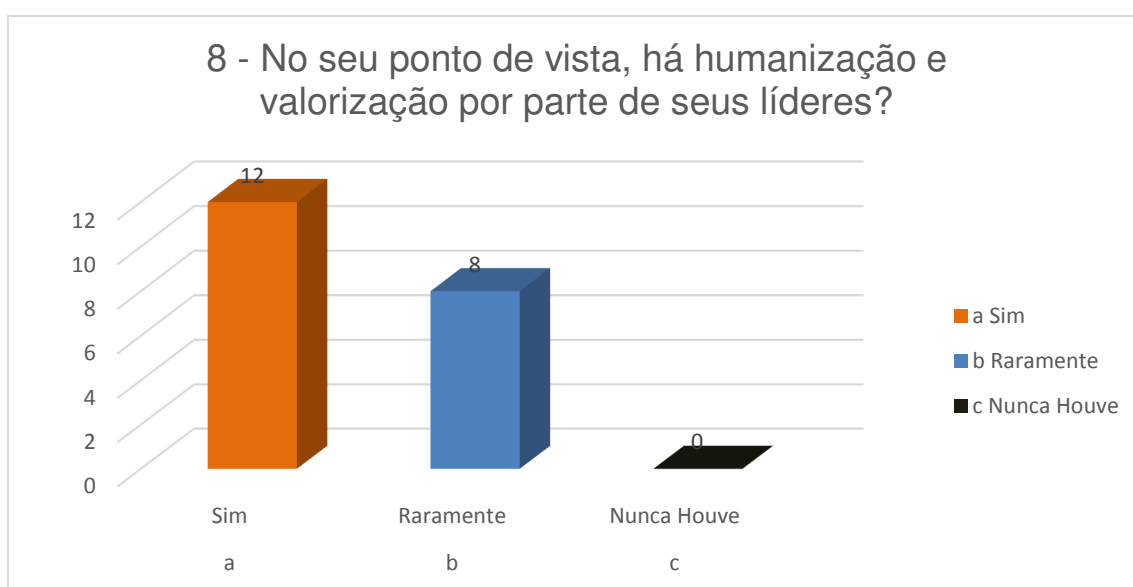


Gráfico 8 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No oitavo gráfico foi perguntado aos respondentes da pesquisa em relação se há humanização e valorização por parte de seus líderes. Na sua maioria responderam a pesquisa que sim, há humanização, e oito respondentes relataram ter raramente por parte de seus líderes.

Para Moraes, Garcia e Fonseca (2004) é inadmissível pensar que a humanização dentro de um hospital está apenas na questão de aquisição de materiais, equipamentos e local adequado, moderno e suficiente, a humanização é, sobretudo um problema que envolve as atividades das pessoas que ali trabalham, procurando oferecer ao paciente desde o momento de sua internação um tratamento que o respeite como ser humano, em que a alteração do ambiente, suas rotinas, a

dependência e o medo do desconhecido não acarretem comprometimento psicoemocional.

É necessário que haja uma interação entre quem cuida e quem é cuidado, e que nessa interação aconteçam trocas de informações e sentimentos (Moraes, Garcia e Fonseca (2004). Segundo AMIB (2004) a humanização é um conjunto que engloba: o ambiente físico, o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde. As interações dentro da UTI visam tornar efetiva a assistência ao indivíduo doente, considerando-o como um todo bio-psico-socio-espiritual.

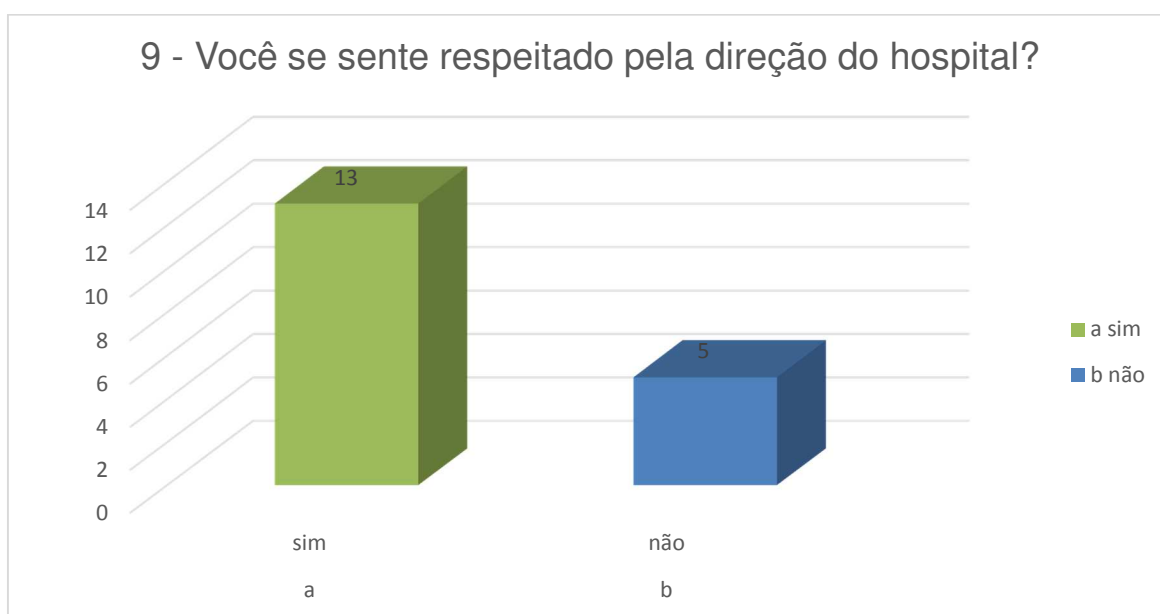


Gráfico 9 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No nono gráfico foi perguntado aos respondentes se os mesmos se sentem respeitado pela direção do hospital, em sua maioria relataram se sentir respeitados, apenas cinco respondentes assinalaram que não se sentem respeitados pela direção.

Muitas vezes os profissionais relatam não ter abertura para chegarem a uma direção, sendo que muitas vezes os mesmo se colocam superiores e até mesmo os ignoram, levando assim aos profissionais se submeterem a condições de trabalho estressantes.

Assim, assertividade seria o processo pelo qual o indivíduo (emissor) expressaria, de forma adequada, sentimentos e pensamentos, ou seja, utilizando entonação, latência e fluência de fala apropriadas, ouvindo o receptor para, então, responder, de forma a atingir seus objetivos sem prejudicar as relações futuras com

este (Alberti & Emmons, (1978); Caballo, (1987), no caso, a expressão de sentimentos negativos e defesa dos próprios direitos.

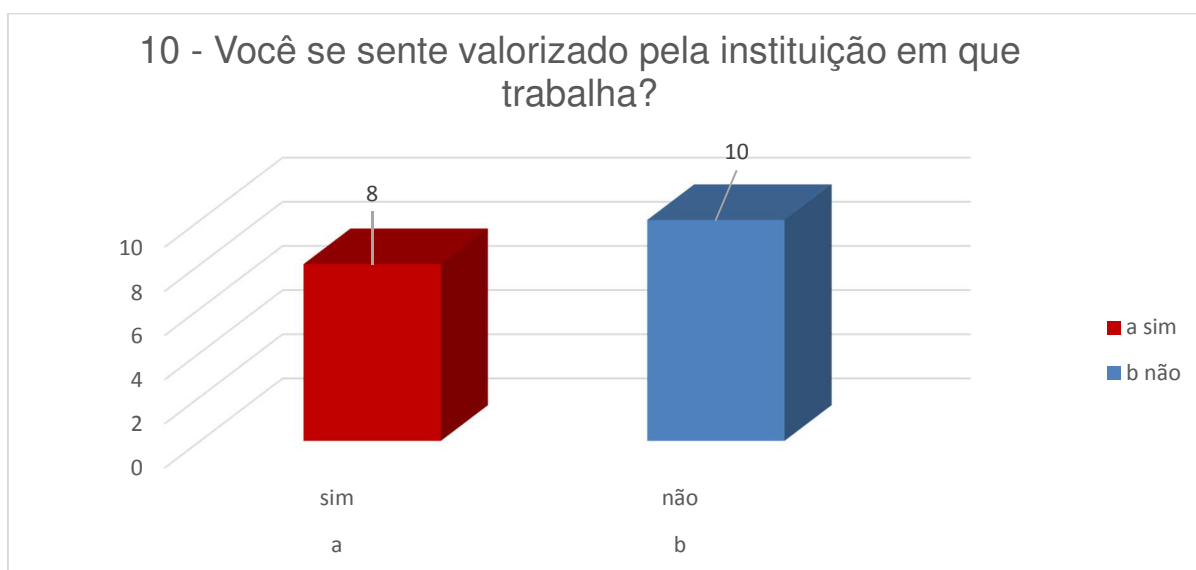


Gráfico 10 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No décimo gráfico foi perguntado aos respondentes em relação a valorização por meio da instituição, se na visão dos mesmos há valorização pela instituição e se os mesmos percebem.

A maioria dos respondentes relataram não se sentir valorizado pela instituição, creem que pelo trabalho que realizam não são valorizados o quanto deveriam. Muitas vezes os profissionais da saúde necessitam de reforço no incentivo e valorização de seu trabalho, devido a estarem em um ambiente onde a baixa autoestima é presente sempre o profissional requer uma atenção maior.

O reforço pode ser definido como qualquer consequência que, apresentada em seguida a um comportamento, ou por ele removida, fortalece esse comportamento (Sidman,1995, p.56). Nessa definição ficam expostas duas modalidades de reforçamento, o positivo e o negativo, exemplificados por Sidman (1995, p.56) de forma muito simples: “ quando nosso comportamento é reforçado positivamente, obtemos algo; quando reforçado negativamente, removemos, fugimos ou esquivamos de algo”. Considerando que o reforçamento negativo pode gerar efeitos colaterais nocivos semelhantes aos da punição (Sidman,1995, p.56), o uso de procedimentos envolvendo essa técnica não é recomendada no THS. Ao contrário, o reforçamento positivo é amplamente enfatizado para instalar, desenvolver e fortalecer desempenhos sociais.



Gráfico 11 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No decimo primeiro gráfico, foi perguntado aos respondentes se eles sentem que tem um bom tratamento por parte de seu líderes e colegas de trabalho, independente da sua idade, cor, etnia ou orientação sexual. A maioria dos respondentes relataram sentir-se respeitados pelos seus colegas e líderes, apenas um relatou não se sentir respeitado, o respeito em ambientes de trabalho começa pela questão da empatia, colocar-se no lugar do outro primeiramente antes de julgar – ló.

Segundo Goleman (1995), o termo empatia foi usado pela primeira vez por Titchener, na década de 20, com o sentido de capacidade para perceber a experiência subjetiva de outra pessoa. Empatia, como a concebemos aqui, refere-se à capacidade de perceber o sentimento da outra pessoa e expressar a compreensão desse sentimento (Roberts & Stryer,1996).

Pode – se dividir o processo empático em: a) escuta ativa (olhar outra pessoa, observar sua expressão facial e corporal, atentar para o que ela diz); b) identificar o problema ou tipo de emoção experimentada pelo interlocutor e c) expressar aceitação e apoio através de mensagens verbais, tais como: aproximar – se, tocar levemente o braço do interlocutor e apresentar expressões congruentes com o sentido identificado(Del Prette, 1999).

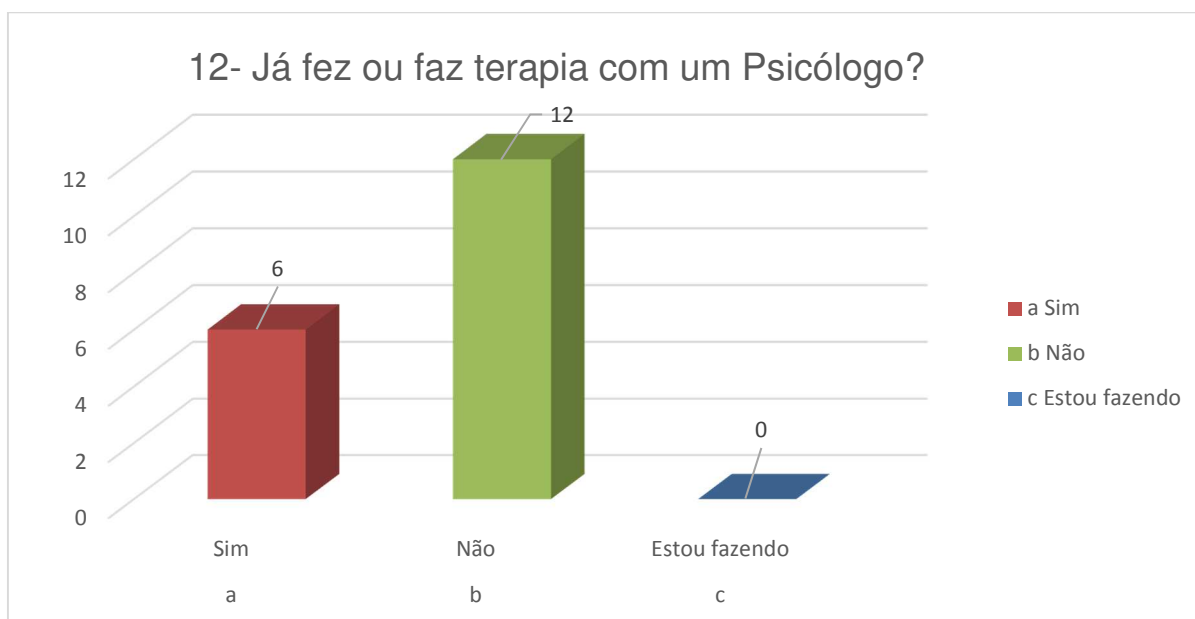


Grafico 12 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No decimo segundo gráfico foi explanado a pergunta se os respondentes da pesquisa já fizeram ou fazem terapia com um Psicólogo, em sua maioria relatou não ter feito ainda, e seis respondentes relataram ter feito há um tempo já. A maioria dos profissionais da saúde por estarem neste meio, pensam não necessitar muitas vezes de um profissional capacitado para o ajudar com seus conflitos, porém as vezes se deparam em momentos da sua vida que não sabem mais o que fazer.

Segundo BERNI,(2008) o efeito benéfico do comportamento de relatar quer oralmente quer por escrito os acontecimentos de vida perturbadores e as experiências emocionais associadas tem sido atribuído a diferentes fatores. Por um lado, o relato repetido das experiências favorece a percepção gradual de diferentes partes da experiência, bem como a habituação a expressão e vivência emocional. Um outro efeito é permitir o reconhecimento público do impacto dos acontecimentos, o que impede a continuidade do comportamento de inibição. Deste modo os acontecimentos traumáticos assumem outro significado e enquadramento na narrativa pessoal.

A psicoterapia é um catalizador do desenvolvimento do suporte social e dessa forma favorece a diminuição dos comportamentos de inibição ou repressão emocional, conduzindo à organização e assimilação da experiência, e a melhorar a compreensão e construção de significado (BERNI,2008).

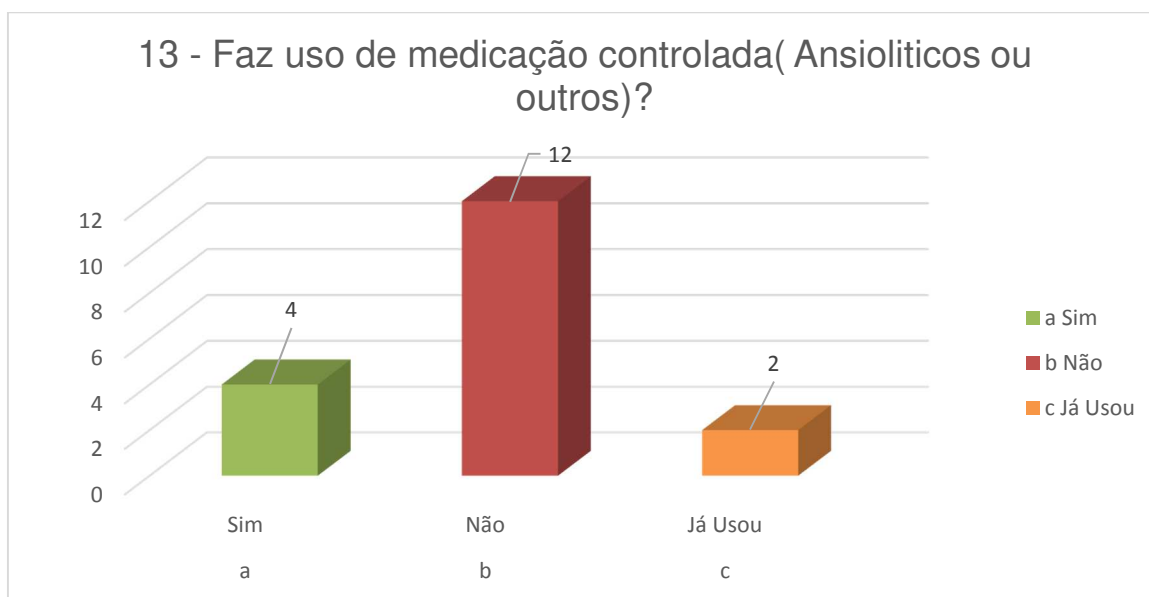


Grafico 13 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No decimo terceiro gráfico foi perguntado aos respondentes da pesquisa se os mesmos fazem ou fizeram o uso de medicação controlada como por exemplo: Ansiolíticos. A maioria respondeu que não fazem ou fizeram uso de medicação durante o período que atuam na UTI, quatro respondentes relataram estar usando algum tipo de medicação como por exemplo: citalopram, fluoxetina e rivotril, e apenas dois respondentes relataram já terem usado.

Pesquisas apontam que o uso dessas substâncias é um pouco mais alto na classe médica quando comparado à população geral (JUNGEMAN et al, 2012). A dependência química entre médicos e profissionais de saúde já se transformou em séria preocupação das autoridades sanitárias de vários países do mundo, principalmente Estados Unidos e Inglaterra. No Brasil, a discussão é pouco explorada, mas pesquisas já demonstram a gravidade da questão (MARTINS & CORRÊA, 2004).

Sendo assim, os profissionais de saúde estão sob pressão constante relacionada ao trabalho, além de estarem num ambiente insalubre, vivenciando situações de estresse relacionado às situações emergenciais e plantões noturnos. Adicionalmente, há também o acesso facilitado à substâncias psicoativas e o hábito da automedicação para lidar com a insônia, ansiedade e dor física (ALVES et al, 2012).

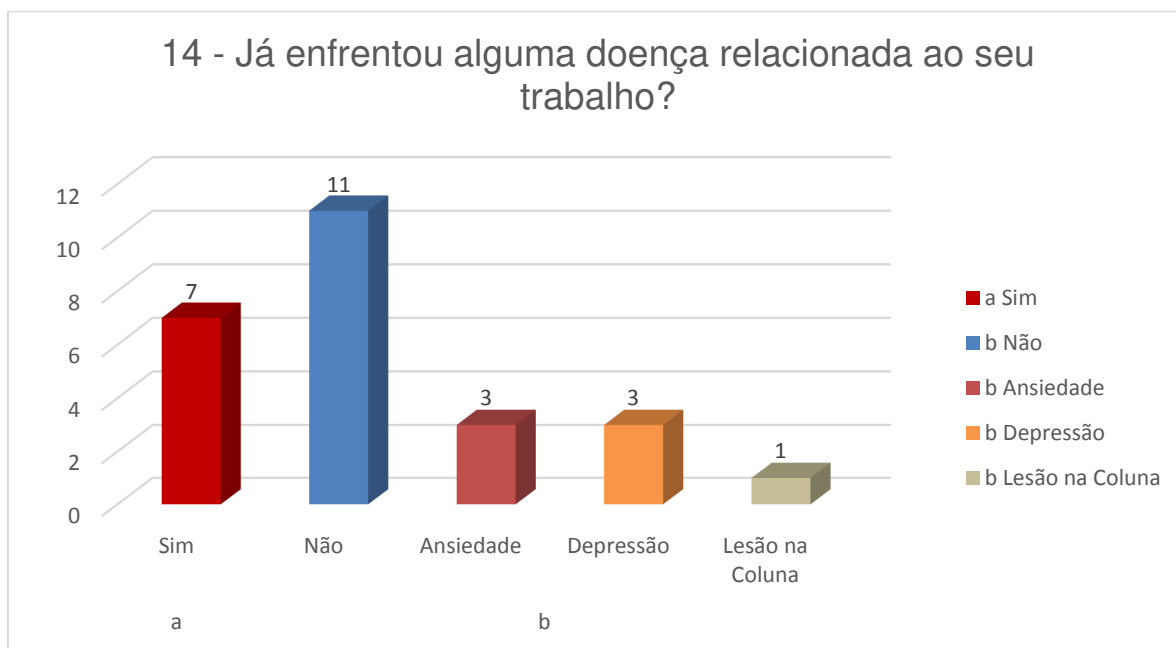


Gráfico 14 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No decimo quarto gráfico foi perguntado aos respondentes da pesquisa se os mesmos já enfrentaram alguma doença relacionada ao seu serviço. A maioria dos respondentes relataram não ter passado por nenhuma doença correlacionada ao seu trabalho, porém sete pessoas relataram ter sido vítimas de doenças relacionadas a vivencias em seu trabalho.

Em sua maioria os respondentes relataram ter a ansiedade e a depressão como a principal inimiga em seus serviços diários.

O transtorno da ansiedade generalizada (TAG), segundo o manual de classificação de doenças mentais (DSM.IV), é um distúrbio caracterizado pela “preocupação excessiva ou expectativa apreensiva”, persistente e de difícil controle, que perdura por seis meses no mínimo e vem acompanhado por três ou mais dos seguintes sintomas: inquietação, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbação do sono.

No Brasil, 5,8% da população sofre com a depressão. Ela afeta um total de 11,5 milhões de brasileiros. Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos.

A depressão é uma das doenças que mais afasta pessoas do mercado de trabalho. Em 2016, 75,3 mil trabalhadores brasileiros foram afastados de suas

atividades por causa da depressão, com direito a recebimento de auxílio-doença em casos episódicos ou recorrentes. Eles representaram 37,8% de todas as licenças em 2016 motivadas por transtornos mentais e comportamentais, que incluem não só a depressão, mas também o estresse, ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia e transtornos mentais relacionados ao consumo de álcool e cocaína(Pimenta, Tatiana;2016).

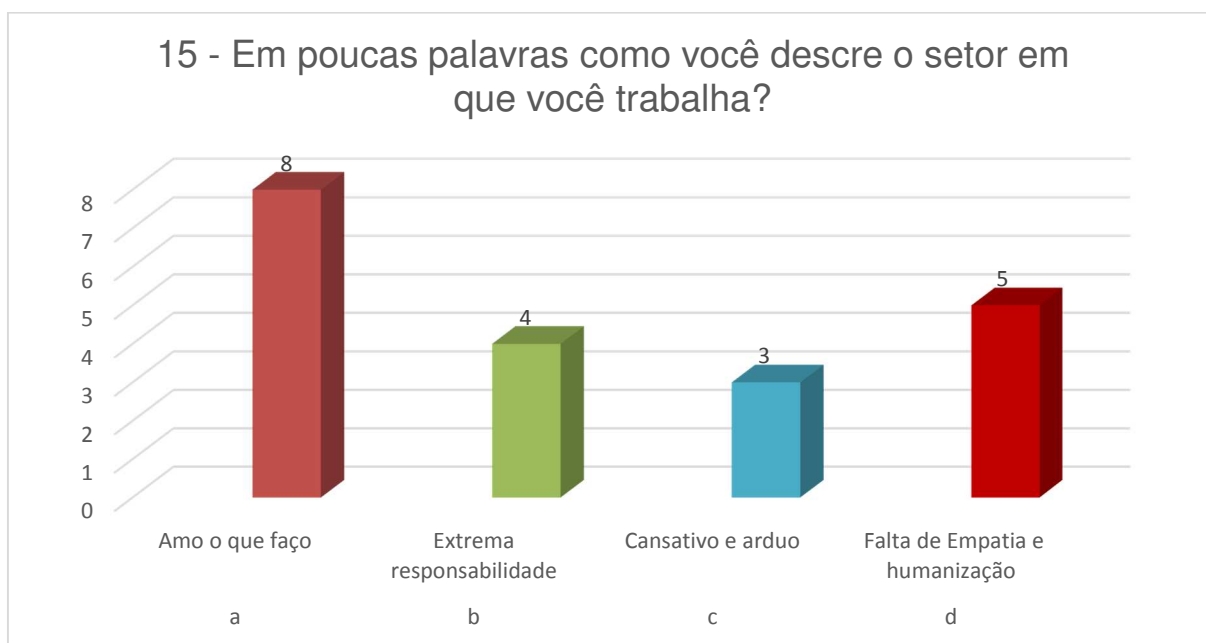


Grafico 15 – Fonte:(Andrighetti,Guilherme,2019).

No decimo quinto grafico foi solicitado ao respondente que ele respondesse em poucas palavras como ele descreve o setor em que trabalha. Em sua maioria relataram amar o que fazem, que estão ali por que gostam e se sentem bem no que fazem.

Em seguida cinco respondentes relataram a falta de empatia e humanização por parte de líderes e direção da instituição, sendo assim os desmotivando muitas vezes para realizarem seu serviço. Também relataram ser de extrema responsabilidade, pois seu trabalho necessita ser de precisão, que muitas vezes um erro compromete a recuperação do paciente e também sua atenção pode salvar um paciente em questão de segundos quando o profissional está atento.

E por fim relataram ser arduo e cansativo, pois lidam com os mais diversos casos, pacientes, situações que exigem calma, pensamento centrado, e estar bem consigo mesmo, para assim conseguir tratar o paciente com total excelencia.

DIÁRIO DE CAMPO

Durante todo o segundo semestre de 2019, foi realizado diversas observações dentro da UTI, vivenciando dois dias por semana durante toda a manhã como é o trabalho dos profissionais que atuam na UTI. Também foi possível observar durante este tempo as inúmeras atividades desenvolvidas por cada profissional, principalmente pelos técnicos de enfermagem e fisioterapeutas.

Existe uma rotina onde os profissionais estão acostumados todos os dias, onde consiste em logo cedo pela manhã dar banho em quase todos os pacientes, fazer a higiene bucal, sentar em poltronas os pacientes que já podem e prepará – lós para a visita multidisciplinar que acontece sempre por volta das 10 horas da manhã.

A visita multidisciplinar é realizada pelo médico que vai fazendo a avaliação do paciente, verificando a evolução ou não do caso, acompanhado pela nutricionista que vai liberando as dietas aos pacientes de acordo com suas evoluções, acompanhada também pela fisioterapeuta que relata como está a mobilidade do paciente.

Também participa a psicóloga, que tem por função anotar o quadro de evolução ou piora do paciente e passa o boletim médico a família todas as manhãs pelo telefone, seguido pelos profissionais de enfermagem que acompanham a mudança de medicação, alterações, e outras mudanças que o médico solicite.

Quase todos os profissionais que atuam na UTI da instituição hoje, trabalham 12 horas seguidas e folgam 36 horas, ou seja, no período diurno trabalham das 07hrs da manhã até as 19hrs, com uma hora de intervalo, e o período noturno das 19hrs até as 07hrs da manhã do outro dia.

Neste período de observação, foi possível ver questão de conflitos entre profissionais devido à grande sobrecarga de tarefas, sendo que cada técnico de enfermagem cuida de 2 pacientes. Sendo que muitas vezes se faz necessário que o mesmo ajude o colega que está com um paciente em um estado mais delicado e precisa de ajuda para conseguir cumprir as tarefas do dia com ele.

O dia a dia na UTI é bem puxado, exaustivo, pois ali o sentimento de sofrer e angústia são presentes a cada momento, em cada paciente com seu determinado problema e grau de gravidade. Muitas vezes é visível a exaustão e o cansaço dos profissionais devido à grande demanda de paciente.

Muitos profissionais esticam seus plantões, muitas vezes para “cobrir” o colega que faltou, e para não desfaltar a equipe o profissional fica por mais sete horas, comprometendo assim seu descanso, desempenho, e sua saúde.

É possível observar também a falta de amparo que esses profissionais têm, a falta de muitas vezes ter alguém para trocar uma palavra, para descarregar um angustia, uma raiva de determinado momento. Onde muitas vezes esses profissionais passam por momentos estressores e guardam isso para si mesmos, ocasionando assim um ambiente muitas vezes de conflitos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa sobre a investigação das habilidades sociais em profissionais da UTI, abordamos alguns dos principais assuntos da Psicologia social e hospitalar, onde nos aprofundamos em seus conceitos e a história de cada item abordado, possibilitando nos trazer uma visão mais ampla de cada assunto e de seus principais autores, podendo assim ter um grande aumento em nosso conhecimento na área científica, de pesquisa, prática e de grande relevância pessoal. A pesquisa teve início em final de julho de 2019 na Associação Franco Brasileira – Hospital Maicé e se estendeu durante todo o semestre até o mês de novembro/2019 fim do segundo semestre.

Esta pesquisa que foi desenvolvida no hospital durante todo o semestre foi de extrema relevância social e pessoal contribuindo de alguma forma, para melhoria da sociedade, para a compreensão de nós acadêmicos de psicologia inseridos no ambiente hospitalar, tendo o conhecimento vivenciado e aplicado na prática, para compreensão do mundo em que vivemos ou ainda para desenvolvimento e emancipação de cada um.

Tal contribuição é assegurada pela utilidade do trabalho aos demais, pela contribuição cumulativa (ou seja, pelo que este acrescenta ao conjunto do conhecimento científico do tema), pelo ineditismo do tema ou da abordagem e pela contribuição à superação de lacunas no conhecimento.

Certos disto, podemos concluir que esta pesquisa veio a somar em nosso conhecimento pessoal e profissional, para nossa formação acadêmica, atuando diretamente em meus conhecimentos adquiridos no hospital durante todo o tempo de estágio, nas atividades desenvolvidas, nas experiências vivenciadas, nas conversas e também para minha compreensão e aprofundamento técnico - científico, permitindo a nós, conhecer melhor e compreender melhor o mundo dos hospitais e entender o que se passa hoje em dia, além de ter-nos ensinado a desenvolver e aperfeiçoar competências de investigação, organização e comunicação da informação.

REFERÊNCIAS

- AMIB – Associação de medicina Intensiva Brasileira. Humanização em cuidados intensivos. Livraria e Editora Revinter Ltda., 2004.
- American Psychiatric Association Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5.^a edição (2013). Acesso em 04/12. Disponível em <https://www.vittude.com/blog/depressao/> Tatiana Pimenta 2016.
- ALVES, H. N. P. et al. Perfil clínico e demográfico de anesthesiologistas usuários de álcool e outras drogas atendidos em um serviço pioneiro do Brasil. *Rev Bras Anesthesiol.* 2012; 62: 3: 356-364. Disponível em <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/582/1/Artigo%20completo%2029.pdf>; acesso em 01/12.
- Alberti, R.E & Emmons, M.I. (1978). Comportamento assertivo: um guia de auto – expressão. Belo Horizonte: interlivros.
- BERNI, Luiz Eduardo V.2018, Psicoterapia como clínica psicológica: um campo em permanente construção. Disponível em:http://www.crpsp.org.br/psicoterapia/pdfs/A_CLINICA_PSICOLOGICA_UM_CAMPO_EM_CONSTRUCA. Acesso em 04/12.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Ed.). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BOEMER, M.R.; ROSSI, L. R.; NASTARI, R. R. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva - análise de depoimentos. *Rev Gaúcha Enfermagem* 1989 julho; 10(2):8-14
- BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T.; PEREIRA, A. L. S.; MACHADO E. A. P.; SILVA, W. S. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, 2002. Disponível em: SciELO (Scientific Electronic Library Online) <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 jan. 2005.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6, 233-242.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Mimeo, 2000.
- Bronfenbrenner,U. (1996). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Medicas.

CASTRO, D. S. Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: análise fenomenológica. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1990.

Caballo, V. E. (1996). O treinamento em habilidades sociais. *In*: V. E. Caballo (org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. (pp. 3-42). São Paulo: Santos Livraria Editora.

Carrara, K. (2008). Bases conceituais revisitadas, implicações éticas permanentes e estratégias recentes em análise aplicada do comportamento. *In*: M. R. Cavalcante (org.). *Avaliação e intervenção em análise do comportamento: aspectos de procedimentos*. (pp. 1-14). São Paulo: Roca.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

Disponível em <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/saude/a-importancia-humanizacao-na-unidade-terapia-intensiva.htm> acesso em 04/12.

Disponível em <https://www.rhportal.com.br/artigos-rh/rotatividade-de-pessoal-turnover/> (Fátima Thais L. Oliveira,2015;p.2) acesso em 04/12.

Disponível em <https://www.catho.com.br/carreira-sucesso/carreira/comportamento-3/a-era-da-cooperacao/> Eugênio Sales Queiroz;2011. Acesso em 04/12.

FACHIN, O. Fundamentos de metodologia. São Paulo: Saraiva, 2006.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1987.

JUNGERMAN, F. S. et al. Abuso de fármacos anestésicos pelos Anestesiologistas.

Rev Bras Anesthesiol. 2012; 62: 3: 375-386.

KOVACS, Maria Julia. *Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional*. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010(1).

LIMA, M. G. Assistência prestada pelo enfermeiro em unidades de terapia intensiva: aspectos afetivos e relacionais. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1993

Livro Caballo. E. Vicente. Manual de Avaliação e treinamento das Habilidades Sociais. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/s0v5nc/2019>;

Livro Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação/ Zilda A.P Del Prette, Almir Del Prette – Petrópolis, RJ: Vozes,1999.

Manual de classificação de doenças mentais (DSM.IV),2010 disponível em <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/ansiedade-transtorno-de-ansiedade-generalizada/> por Maria Helena Varella Bruna. Acesso em 03/12.

MALAGRIS, L. E. N. Burnout: o profissional em chamas. *In*: NUNES SOBRINHO, F.

P.; NASSARALLA, I. (Eds.). *Pedagogia Institucional: fatores humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: ZIT Editores, 2004. p. 196-213.

MARTINS, E. R. C., CORRÊA, A.K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 março-abril; 12 (número especial): 398-405. Disponível em <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/582/1/Artigo%20completo%2029.pdf> acesso em 01/12.

MORAES, J.C.; GARCIA, V. da G.L.; FONSECA, A. da S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. *Revista Nursing*. v.79, n.7, 2004.

SALICIO, Dalva Magali Benine; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2006;8(3):370-376

SILVA, M.J.P. *Humanização em unidade de terapia intensiva*. São Paulo: Atheneu; 2000

STEFANELLI, Maguida Costa. *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. 2ª ed. São Paulo: Robe Editorial; 1993.

Strapasson, B. A.; Carrara, K. & Lopes Júnior, J. (2007). Consequências da interpretação funcional de termos psicológicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9 (2), 153-174.

Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações* (Trad. De Maria Amália Andery e Tereza Pires Sério). São Paulo: Editorial PSI II.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA

Esta pesquisa trata-se de uma parte do trabalho de conclusão de curso (TCC) que tem como tema a INVESTIGAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS NOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DO HOSPITAL MAÍCE EM CAÇADOR – SC realizado pelo acadêmico Guilherme Andrighetti matriculado na Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP no curso de Psicologia onde se encontra na 10ª e última fase do curso. A presente pesquisa é de total sigilo entre o aplicador e o respondente, não sendo necessária a identificação do mesmo

1 - Qual é o setor em que você atua?

Enfermeiro Técnico em Enfermagem Fisioterapeuta

2 - Você gosta da área em que atua?

Sim Não

3- Há quanto tempo atua na UTI?

Menos de 1 ano() entre 1 e 3 anos () a mais de 4 anos ()

4 – Por quanto tempo pretende atuar na área da UTI?

até 1 ano mais de 4 anos até se aposentar

5 - Qual a maior dificuldade encontrada pelos profissionais que atuam na UTI?

Stress Sobrecarga de Tarefas () Emocional ()

6- Como é para você atuar em um ambiente onde o sofrimento e a morte são eminentes?

Consigo Lidar Sofro Constantemente

7- Existe um relacionamento de cooperação entre os colaboradores da UTI?

Sim Não As Vezes

8- No seu ponto de vista, há humanização e valorização por parte de seus líderes?

Sim Raramente Nunca Houve

9- Você se sente respeitado pela direção do hospital?

Sim Não

10- Você se sente valorizado pela instituição em que trabalha?

Sim Não

11- As pessoas são bem tratadas independentes da sua idade, cor, etnia e orientação sexual?

Sim Não

12- Já fez ou faz terapia com um Psicólogo?

Sim Não Estou Fazendo

13- Faz uso de medicação controlada (ansiolíticos ou outros)?

Sim Não Já Usou Qual? _____

14- Já enfrentou alguma doença relacionada ao seu trabalho?

Sim Não

Síndrome de Burnout

Ansiedade

Depressão

Outras

Descreva

15 – Em poucas palavras como você descreve o setor em que trabalha?

Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido para maiores de idade.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO– Maiores de Idade

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Alto vale do Rio do Peixe (CEP-UNIARP) é um colegiado constituído com base na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. O CEP-UNIARP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir com o desenvolvimento das pesquisas dentro de padrões éticos.

1. Identificação do Projeto de Pesquisa	
Título do Projeto: INVESTIGAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS NOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DO HOSPITAL MAICE- CAÇADOR –SC	
Área do Conhecimento: SAUDE	
Curso: PSICOLOGIA	
Número de participantes no centro: 90	Número total de participantes: 30
Patrocinador da pesquisa: NÃO HÁ	
Instituição onde será realizado: UNIARP	
Nome dos pesquisadores e colaboradores: MADALINE FICAGNA ROVEDA	

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

2. Identificação do Participante da Pesquisa	
Nome: Guilherme Andrighetti	Data de nascimento: 16/12/1993
Endereço: Rua Camboriú 183 – Bom Jesus	
Telefone: 99984-5761	E-mail: guipsico@outlook.com

3. Identificação do Pesquisador Responsável	
Nome: Madaline Ficagna Roveda	
Profissão: Psicóloga	N. do Registro no Conselho: 12/04940
Endereço: Rua Victor Baptista Adami 800	
Telefone: 49 35616200	E-mail: madaline@uniarp.edu.br

1. O(s) objetivo(s) desta pesquisa é (são):

- Objetivo Geral:

Pesquisar quais as Habilidades Sociais necessárias para os profissionais que trabalham na unidade de terapia intensiva (UTI) no hospital.

- Objetivos Específicos:

Elencar as principais habilidades sociais por meio de pesquisa em referencial teórico, com pesquisa em artigos científicos, teses e livros;

Descrever as áreas da saúde envolvidas no trabalho de tratamento intensivo;

Aplicar o teste de habilidades sociais nos profissionais envolvidos no trabalho;
Analisar e discutir os resultados obtido;

2. O procedimento para coleta de dados:

A aplicação do questionário para os respondentes que se disponibilizaram participar da pesquisa, esses podem ser do sexo masculino ou feminino, maiores de idade, somente se submeterão da pesquisa após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para maiores de 18 anos. O Acadêmico irá levar a campo o questionário impresso para o preenchimento pelos respondentes.

A aplicação será realizada em sala de treinamento da instituição, sendo essa confortável, com iluminação adequada para aplicação de questionário, contendo mesas, cadeiras, ar condicionado, água, banheiro, canetas disponíveis para todos os voluntários, ambiente higienizado, com pouco ruído para evitar interferências, de fácil acesso possibilitando a entrada e saída de todos os respondentes. O questionário será aplicado por setor, às pessoas de cada setor se dirigirão para sala de treinamento, será explicado sobre a pesquisa, o que é a pesquisa, sobre o que se trata, qual a participação deles na mesma, deixando claro que não serão obrigados a participar, mas que aceitando participar não precisam se identificar, pois é preservado o anonimato dos respondentes. Após terem aceitado participar da pesquisa os mesmos assinam o termo de consentimento livre e esclarecido para maiores de 18 anos e se submetem ao questionário.

3. O(s) benefício(s) esperado(s) é (são): OS BENEFICIOS SÃO ATINGIDOS NA MEDIDA QUE TEREMOS O RETORNO DOS PESQUISADOS E PARA QUE COM O RESULTADOS POSSAMOS APRESENTAR FERRAMENTAS E SOLUÇÕES PARA A MELHORIA DO TRABALHO EM EQUIPE

4. O(s) desconforto(s) e risco(s) esperado(s) para o(s) participante da pesquisa é (são):

SEMPRE HÁ RISCOS E DESCONFORTOS QUANDO SE TRATA DE UMA PESQUISA COM SERES HUMANOS, POREM SERÃO MINIZADOS POR NÃO REVELAR A IDENTIDADE DO PESQUISADO, BEM COMO PROTEGER SUA IMAGEM E INTEGRIDADE, SENDO QUE SERÃO FEITAS PERGUNTAS RELACIONADAS SOMENTE AO AMBITO PROFISSIONAL

5. Descreva os procedimentos que serão adotados em função dos desconfortos e riscos previsíveis.

6. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a participação nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.

7. A participação no estudo não acarretará custos para você. Não será disponibilizado nenhuma compensação financeira adicional. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, o pesquisador ficará como responsável.

8. A desistência não causará nenhum prejuízo à saúde e ao meu bem estar físico. Não virá interferir no atendimento, na assistência, no tratamento médico, etc.

9. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

10. Poderei consultar o **pesquisador responsável** (acima identificado) ou o **CEP-UNIARP**, com endereço na Rua: Victor Baptista Adami, 800 - Centro, telefone (049) 3561-6200, sempre que entender

necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

11. Tenho a garantia de tomar conhecimento, pessoalmente, do(s) resultado(s) parcial (is) e final (is) desta pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

Caçador (SC), _____ de _____ de _____.

Participante da pesquisa

Pesquisador Responsável pelo Projeto

Testemunha:

Nome:

IMPORTANTE: IMPRIMIR O TERMO EM DUAS VEZES, uma via fica em posse do participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável. O representante deverá RUBRICAR todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido termo. O pesquisador responsável deverá proceder da mesma forma, rubricar todas as folhas do TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido termo.