

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS

José Sérgio Tavela Júnior

MANUAL DE TREINAMENTO EM INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Belo Horizonte

2018

José Sérgio Tavela Júnior

MANUAL DE TREINAMENTO EM INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade José do Rosário Vellano para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos C. Toledo Jr.

Belo Horizonte

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

378:159.9

T232m

Tavela Júnior, José Sérgio.

Manual de treinamento em inteligência emocional [manuscrito] /
José Sérgio Tavela Júnior. -- 2018.

38f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano,
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde,
2018.

Orientador : Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Júnior.

1. Educação médica. 2. Inteligência emocional. 3. Capacitação.
4. Competência clínica. 5. I. Toledo Júnior, Antonio Carlos de Castro.
II. Título.

Bibliotecária responsável: Kely A. Alves CRB6/2401

Certificado de Aprovação

“MANUAL DE TREINAMENTO EM INTELIGÊNCIA EMOCIONAL”


AUTOR: José Sérgio Tavela Junior

ORIENTADOR(A): Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr

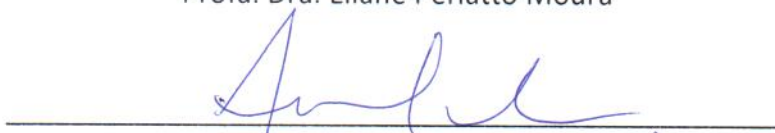
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr



Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura



Prof. Dr. Gabriel Costa Osanan

Belo Horizonte, 17 de agosto de 2018.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano Dozza

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretor de Pesquisa e Pós-graduação

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Vice-diretora de Pesquisa e Pós Graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à UNIFENAS a oportunidade de desenvolver este projeto, que de modo visionário criou um mestrado profissional na área da educação médica, propiciando a quem tem participado dele, desenvolver um olhar mais reflexivo e crítico na arte de ensinar.

Agradeço ao professor Antonio Carlos de Castro Toledo Júnior que acreditou no desenvolvimento deste projeto, mesmo quando eu já havia perdido as esperanças, motivando-me e depositando em mim confiança necessária para o fortalecimento de minhas ações.

Aos meus professores de Mestrado que contribuíram com seu enorme conhecimento sobre o ensino médico, dando-me base sólida para esta caminhada.

Aos meus colegas de mestrado que transformaram estes anos de convivência em momentos prazerosos de trocas de experiências e amizade.

Quero agradecer ao meu pai Sérgio e à minha mãe Carmela que me ensinaram a persistir e a lutar diariamente pelos meus ideais. *Efésio 6:2 “Honra a teu pai e tua mãe, que é o primeiro mandamento com promessa”*.

Por fim, à minha família, pela paciência e compreensão nos momentos de minha ausência na jornada pela busca do conhecimento.

Para minha esposa Denise, que diariamente aplica vários dos conceitos de inteligência emocional, sendo sempre afetuosa, compreensiva, companheira e forte no entendimento de minhas obrigações profissionais, assim como minhas filhas Ana Laura e Ana Luísa, que lidam muitas vezes com a ausência do pai, na batalha diária pela vida de outras pessoas.

“No mundo atual, não basta ser inteligente, esperto e preparado para competir. É preciso ter calma e empatia e persistir diante das frustrações para conseguir viver bem no amor, ser feliz com a família e vencer no mercado de trabalho.”

Daniel Goleman

RESUMO

A inteligência emocional (IE) pode ser compreendida como a capacidade de reconhecer e gerenciar as emoções próprias e de outras pessoas. Estudos mostram que pessoas com níveis mais altos de IE podem ter maior chance de sucesso na vida pessoal e profissional. Especificamente na Medicina, estudantes com maiores níveis de IE podem mostrar melhor desempenho acadêmico em comparação a estudantes com menor treinamento destas habilidades. A IE também pode influenciar a relação médico-paciente e o estresse relacionado à prática profissional. Atualmente, a IE é considerada como conjunto de habilidades, que podem ser ensinadas e aprimoradas. O objetivo desse manual é descrever técnicas de treinamento de IE que possam ser utilizadas em cursos da área de saúde. Foram descritas as seguintes técnicas: mentalização, âncora, experiência referencial, aprendizagem baseada em casos, grupo Balint, portfólio reflexivo e *role-play*.

Palavras-chave: Inteligência emocional. Capacitação. Competência clínica. Educação Médica.

ABSTRACT

Emotional intelligence (EI) can be understood as the ability to recognize and manage one's own and other people's emotions. Studies show that people with higher levels of IE have a higher chance of success in personal and professional life. Specifically in Medicine, students with higher levels of IE can demonstrate better academic performance compared to students with less training of these skills. EI can also influence the physician-patient relationship and the stress related to professional practice. Currently, IE is considered as a set of skills, which may be taught and improved. The objective of this manual is to describe IE training techniques that can be used in undergraduate health sciences courses. The following techniques were described: metallization, anchor, referential experience, case-based learning, Balint group, reflective portfolio and role-play.

Keywords: Emotional intelligence. Training. Clinical competence. Medical education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Representação da estrutura de experiência subjetiva em um momento de ansiedade	20
Figura 2 -	Relação professor e aluno no uso de casos: na metodologia ativa o ensino é compartilhado	27
Quadro 1 -	Modelo de organização de um portfólio reflexivo	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Importância da inteligência emocional na medicina	12
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	17
4	TÉCNICAS DE TREINAMENTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	18
4.1	Técnica de mentalização	21
4.2	Técnica de âncoras	23
4.3	Técnica de experiência referencial	25
4.4	Técnica de aprendizagem baseada em casos	26
4.5	Grupo Balint	28
4.6	Portfólio reflexivo	30
4.7	<i>Role-play</i>	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

Uma série de relatos da literatura na área de gestão de pessoas identificou que a inteligência emocional tem sido associada à liderança eficaz, ao aumento da satisfação no trabalho e à maior satisfação do cliente, que o treinamento desta inteligência resulta melhora da qualidade da liderança, facilita a resolução de conflitos e favorece o reconhecimento das emoções.

Gardner, ao abordar inteligências múltiplas, sugeriu que a inteligência é muito mais ampla do que a área cognitiva, destacando a inteligência intra e interpessoal, que fornece ao ser humano a capacidade de compreender a si mesmo e aos outros (GARDNER, 2011).

Cobêro, Primi e Muniz (2006) fazem menção a tese de doutorado de Payne na década de 90, como sendo a primeira vez que foi estabelecida a relação entre emoção e inteligência. Porém como o modelo utilizado era baseado em dados empíricos e discutido mais sobre o ponto filosófico não teve muito impacto no mundo acadêmico.

Os primeiros a analisarem o termo inteligência emocional foram Mayer, Di Paolo e Salovey, pautados em estudo baseado na teoria empírica da habilidade de perceber conteúdos afetivos, na década de 1990 (COBÊRO; PRIMI; MUNIZ, 2006). Mas foi Goleman, em 1995, quem disseminou o termo inteligência emocional, difundindo-o pela sociedade através de livro lançado com o mesmo título, embora não tenha sido ele, de fato, quem propôs inicialmente este pensamento.

Definir o conceito de inteligência emocional não é tarefa simples. Este conceito foi alvo de várias revisões no decorrer do tempo. Atualmente, ela pode ser definida como (I) a capacidade de perceber acuradamente, de avaliar e de expressar emoções; (II) a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; (III) a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e (IV) a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual (MAYER; SALOVEY, 1997).

Mayer, Salovey e Caruso (2002) defendem inteligência emocional como uma habilidade mental, que pode ser utilizada para obtenção de informações emocionais que melhoram o sucesso pessoal e que utilizam como meio para atingir este objetivo o desenvolvimento da compreensão das emoções de si próprio e de outras pessoas. Esse modelo baseia-se em quatro

domínios para explicar como processar essas informações: (a) percepção acurada das emoções; (b) uso da emoção para facilitar pensamento, resolução de problemas e criatividade; (c) compreensão de emoções; e (d) controle de emoções para crescimento pessoal.

Woyciekoski e Hutz (2009) concluem em seu artigo que a percepção e o gerenciamento das emoções e do comportamento social influenciam sensivelmente a inteligência cognitiva, que não é a única determinante do sucesso pessoal e profissional do indivíduo. A inteligência emocional integra e amplifica a inteligência cognitiva, favorecendo ao indivíduo adaptar-se a vida diária, traçar estratégias e resolver problemas pessoais, interpessoais e profissionais.

Identificar emoções e codificá-las, entender quais os seus significados, como se constituem e se relacionam, utilizando-as para prever e analisar causas e consequências são habilidades que uma pessoa pode necessitar para favorecer o entendimento de situações emocionais e através da utilização de processos de memória e codificação emocional podem gerar reflexos positivos na vida desta pessoa (MAYER; SALOVEY; CARUSO, 2002, 2004).

Regular as emoções na geração de respostas afetivas em consonância com seus objetivos e o meio onde atua pode favorecer a obtenção de resultado positivo em várias situações de conflito pessoal e social. O estresse no ambiente de ensino pode ser diminuído com o controle e regulação das emoções, utilizando-a na solução de problema e segundo Woyciekoski e Hutz (2009) a habilidade de controlar as emoções pode ser utilizada para promover bem estar, crescimento emocional e intelectual.

1.1 Importância da inteligência emocional na medicina

Melhorar as habilidades em inteligência emocional, segundo Shults (2015), significa melhorar tanto as relações profissionais quanto as interpessoais e que a falha em reconhecer ou gerenciar as emoções de uma pessoa podem causar falta de compreensão, conflito ou infelicidade consigo mesmo e com os outros.

Löfler-Stastka et al. (2017) ressaltam que embora abordagens didáticas baseadas num conceito teórico possam formar uma base sólida, habilidades afetivas de comunicação são mais desenvolvidas no ato de agir. Eles recomendam que o treinamento em inteligência

emocional seja incorporado ao currículo médico uma vez que este treinamento ajuda na formação crítica do aluno.

A preocupação no desenvolvimento da inteligência emocional na área médica abrange professores e alunos, e o seu treinamento promove reflexos não só nestes atores, mas também na formação e qualidade do profissional médico facilitando, através do entendimento, gestão e controle de suas emoções e as emoções de outras pessoas, a possibilidade de atendimento mais humanizado. Pode-se traçar paralelo entre o desenvolvimento das habilidades relacionadas à inteligência emocional e as diretrizes curriculares do ensino médico brasileiro. As diretrizes definem que o médico deve ter formação humanística, generalista, crítica e reflexiva, atuando no processo de saúde-doença de maneira ética, na sua integralidade, com responsabilidade, além do compromisso com a cidadania, promovendo a saúde na integralidade, mostrando, assim, preocupação com o desenvolvimento integral do médico e não apenas com sua tecnicidade (BRASIL, 2014).

Shakir et al. (2017) apontam que o aumento das regulamentações destinadas a melhorar a qualidade do cuidado favorece situações complexas e de confronto com administradores, funcionários, colegas e mais importante com pacientes, propiciando desgaste profissional e promovendo dúvidas sobre a sua saúde mental, social e profissional colocando como solução possível para vencerem este dilema a utilização da inteligência emocional.

O ensino de habilidades em inteligência emocional pode proporcionar ao aluno de medicina controle e gerenciamento melhor de suas emoções. Pensar neste aluno como futuro professor ou tutor de medicina é pensar no desenvolvimento da medicina em nosso país. Jennings e Greenberg (2009) reforçam esta visão afirmando que um professor social e emocionalmente competente que faz comunicação adequada com os alunos, com gerenciamento eficaz da sala de aula e que consegue implementar programas de aprendizado social e emocional está criando clima positivo na classe através do controle desses fatores, os quais resultam em melhor desempenho acadêmico e aprendizado de habilidades socioemocionais pelos alunos. Além disso, essa competência ajuda os professores a diminuir seu estresse ocupacional através do autocontrole emocional (JENNINGS; GREENBERG, 2009; YAMANI; SHAHABI; HAGHANI, 2014).

Fletcher et al. (2009) realizaram estudo piloto em estudantes de medicina do Reino Unido do terceiro ano, dividindo-os em dois grupos, o primeiro grupo participou de um treinamento em inteligência emocional por 7 meses, enquanto o segundo grupo não sofreu nenhuma intervenção. Os autores concluíram que os alunos treinados obtiveram maiores escores de inteligência emocional quando comparados ao grupo controle.

No ambiente educacional clínico, Omid, Haghani e Adibi (2018) relatam que o professor socialmente e emocionalmente competente tem a capacidade de gerenciar melhor o relacionamento com os alunos e a desempenhar seu papel como educador, orientador e modelo. Esses professores têm influência significativa sobre as outras pessoas e desempenham liderança eficaz e gestão clínica.

Esses fatores são eficazes para criar ambiente clínico seguro para alunos e pacientes e, conseqüentemente, podem resultar em melhor desempenho acadêmico dos alunos, aprendizado do profissionalismo e de habilidades socioemocionais (XIE et al., 2015).

A importância do treinamento da inteligência emocional como habilidade médica está amparada em estudos que demonstraram que essa habilidade se deteriora ao longo do tempo, à medida que o treinamento médico técnico avança, enquanto profissionais de outras áreas, diversamente, tendem a melhorá-la com a experiência profissional (GORGAS et al., 2015).

Blendon, Benson e Hero (2014) apontam que a confiança do público nos médicos experimentou declínio acentuado, que pode ser explicado pelas mudanças culturais, bem como pelo descontentamento com as respostas às necessidades de saúde, o que exigirá adaptação da nova geração de médicos às novas práticas e regulamentos no atendimento. Nesse contexto, a inteligência emocional surge como novo critério para avaliar o bem-estar das pessoas e competência importante para melhorar o desempenho no trabalho (SPARROW; KNIGHT, 2006).

Em estudo piloto com equipe de médicos e enfermeiros responsável pelo atendimento em pediatria, Bamberger et al. (2017) mostraram que o treinamento em inteligência emocional, utilizando discussões em grupo, simulação e estudo de casos, melhorou a satisfação do paciente em relação ao atendimento, e que poderia reduzir processos judiciais por negligência e melhorar a adesão do paciente às orientações médicas.

O treinamento em inteligência emocional, portanto, pode ser considerado uma das soluções possíveis para amenizar dilemas e confusões gerados pela complexidade das relações que envolvem alunos da educação médica quando relacionados com o ambiente de trabalho, bem como em suas relações intrapessoais e interpessoais. O desenvolvimento da inteligência emocional favorece analisar os conflitos de maneira racional, possibilitando um ambiente social mais controlado e seguro para a tomada de decisão além do desenvolvimento de lideranças. Essa habilidade pode ser ensinada e aprimorada, devendo-se avaliar os impactos de sua inclusão no currículo de cursos de medicina de forma sistemática.

2 JUSTIFICATIVA

Embora existam na literatura controvérsias sobre qual a melhor maneira de quantificar o coeficiente de inteligência emocional, entendê-la como uma habilidade indica que ela pode ser de alguma maneira medida e desenvolvida, podendo seu treinamento ser aplicado em qualquer idade, individualmente ou em grupo, gerando possíveis reflexos positivos sobre o desempenho profissional.

O treinamento em inteligência emocional melhora o entendimento e controle das próprias emoções, melhora o foco na resolução de problemas, gera maior confiança e relaxamento emocional, proporciona pensamento mais positivo em situações estressantes e na exaustão emocional.

Desenvolver inteligência emocional na prática do ensino em saúde poderá disponibilizar para o mercado de trabalho profissionais que entendam melhor a relação médico paciente e seu ambiente de trabalho, que possam analisar e compreender melhor seu comportamento e suas emoções, gerenciando-as para o melhor resultado na atenção a saúde, além de melhorar a relação interprofissional favorecendo o trabalho em equipe com reflexo direto sobre o cuidado integral e reflexivo à população.

Propor e disponibilizar técnicas que possam favorecer o desenvolvimento, controle e utilização da inteligência emocional, pode ajudar a educação médica no grande desafio do desenvolvimento de competências e habilidades emocionais do aluno de medicina.

Abordar o tema inteligência emocional é trazer a discussão uma nova possibilidade de construir um currículo que forme com qualidade o profissional de saúde, tornando-o mais hábil para entender, gerenciar e utilizar os sentimentos na transformação de um ambiente que melhore a saúde das pessoas.

3 OBJETIVO

Descrever técnicas de treinamento em inteligência emocional que possam ser utilizadas em cursos de graduação da área de saúde.

4 TÉCNICAS DE TREINAMENTO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Cada pessoa desenvolve diferentes habilidades e competências de acordo com suas experiências de vida. Algumas pessoas têm maior aptidão em determinada área, enquanto outras se sentem mais a vontade diante de outras situações. Apesar das eventuais dificuldades de relacionamento interpessoal e de autoconhecimento que determinada pessoa possa ter, é possível treinar e aprimorar suas habilidades relacionadas a inteligência emocional, através da melhoria da compreensão e manejo das emoções próprias e de outras pessoas.

Na tentativa de potencializar o desenvolvimento da inteligência emocional a literatura nacional e internacional descreve várias técnicas que, de alguma forma, se baseiam em um ou mais domínios apontados por Mayer, Salovey e Caruso (2002).

Vários cursos são propostos no mundo todo com o objetivo de desenvolver a inteligência emocional e cada um deles tem características próprias como tempo de duração, ambiência, complexidade e tipo de técnica de treinamento utilizado além do público alvo.

As técnicas de treinamento em inteligência emocional apresentadas nesse Manual, foram selecionadas aleatoriamente, com base na facilidade de sua execução e implementação no âmbito de cursos de graduação na área de saúde, ancorados aos 4 domínios propostos por Mayer, Salovey e Caruso (2002) podendo ser aplicadas a qualquer período educacional desde que sejam respeitados os objetivos de ensino relacionados a cada período.

Técnicas como mentalização, âncoras e experiência referencial podem ser aplicadas a períodos acadêmicos iniciais onde o contato com o paciente e ambiente clínico ainda são incipientes enquanto que o treinamento com a utilização de encenação como o role-play onde alunos na função de atores simulando situações de atendimento médico, aprendizado baseado em casos, grupo Balint e portfólio reflexivo possam necessitar de maior contato com a ambiência que norteia o curso de saúde.

As técnicas de treinamento podem transpor com facilidade o domínio a que se propõe treinar, podendo causar reflexos diretos ou indiretos sobre os outros domínios, visto que estes se inter-relacionam sendo em determinados momentos muito difícil definir qual domínio está sendo treinado por uma determinada técnica, porém com a finalidade de facilitar a

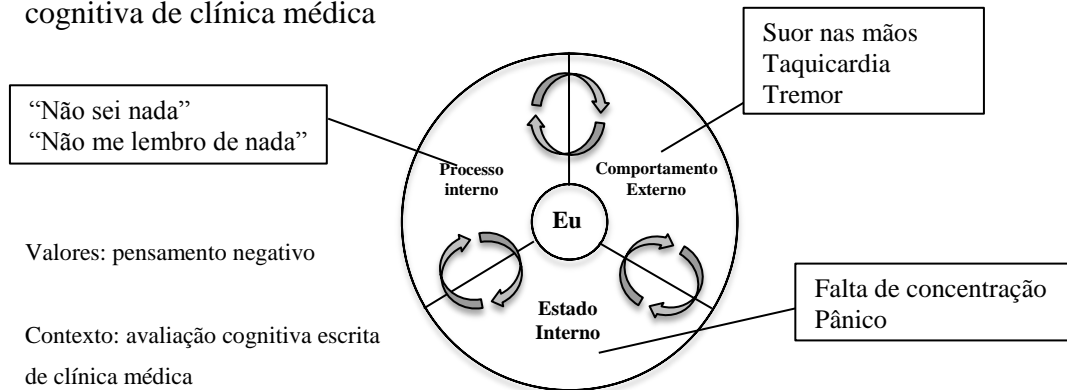
compreensão do domínio a ser treinado e relacioná-lo a técnica de treinamento, esse manual utiliza as técnicas de mentalização, âncoras e experiência referencial no treinamento do gerenciamento das próprias emoções; aprendizado baseado em casos, grupo Balint e portfólio reflexivo na identificação das próprias emoções e das emoções de outras pessoas e o role-play na identificação e gerenciamento de emoções próprias e dos outros.

Antes de iniciar o treinamento de habilidades em inteligência emocional é preciso reconhecer e distinguir conceitualmente as emoções, sentimentos e estados de humor. Eles são chamados de estados internos e que quando estão associados à interpretação de sua experiência e ao comportamento específico formam o que se chama de experiência.

As emoções são formas reconhecíveis, como raiva, medo, tristeza, solidão, dor, entre outros. Já os sentimentos são as manifestações físicas das emoções. E o estado de humor é a sensação menos intensa, mais vaga de uma emoção, como sentir-se relaxado ou sentir-se forte. Geralmente, trata-se todas estas definições como uma só, chamando todos estes estados internos de emoções, sem distinção. (BRIDOUX; MERLEVEDE; VANDAMME, 2004).

A FIG. 1 representa a estrutura de uma experiência subjetiva. O comportamento externo é o que pode ser observado por outras pessoas (linguagem corporal). O processo interno é o que você imagina (vozes internas: pensamentos, crenças, estratégias, decisões). E o estado interno é o que você sente internamente (sentimentos, emoções e estados de humor). O entendimento desta estrutura, assim como seus componentes facilita a compreensão, reconhecimento e identificação de um estado emocional, favorecendo a utilização das emoções para resolução de problemas ou na utilização de determinados estados emocionais em benefício próprio em uma determinada situação.

Figura 1 - Representação do estrutura de uma experiência subjetiva executar avaliação cognitiva de clínica médica



Fonte: BRIDOUX; MERLEVEDE; VANDAMME, 2004.

Considerando-se que toda experiência é organizada e tem uma estrutura, é possível deduzir e prever a experiência quando se reconhece cada componente desta estrutura. O reconhecimento da estrutura organizada através da detecção de cada componente da experiência vivenciada torna factível o seu treinamento, capacitando o indivíduo a reconhecer e gerenciar suas emoções. Como exemplo na FIG. 1: estar ansioso é uma experiência. Quando você consegue decompor e organizar os componentes de uma experiência subjetiva, por exemplo, antes de uma prova, suas mãos ficaram úmidas ou seu coração está acelerado (comportamento externo) e que este componente você identifica como parte de um estado de ansiedade, o reconhecimento precoce deste estado emocional poderá alertá-lo que se permanecer assim você poderá ter dificuldade de resolver o seu problema, se com este reconhecimento você mudar sua postura, respirar fundo, fechar os olhos e mentalizar algo que o tranquilize você poderá controlar o estado de ansiedade, se tranquilizar e solucionar seu problema, com mais eficiência, mudando seu estado emocional a partir do reconhecimento dos componentes de suas emoções, você poderá antecipar estas experiências e utilizar a mentalização para buscar estados emocionais necessários ou mudá-los favorecendo o gerenciamento das emoções.

O sistema da experiência subjetiva se inter-relaciona e forma quatro descrições parciais de uma experiência, que podem ser traduzidas das seguintes formas (BRIDOUX; MERLEVEDE; VANDAMME, 2004):

- os pensamentos são sistematicamente associados às emoções (se você pensar coisas negativas, poderá se sentir deprimido);

- as emoções como habilidade (indivíduo ter que executar uma cirurgia com precisão para salvar a vida de um paciente, se este profissional gerencia suas emoções ao ponto de conseguir ficar tranquilo, sentir menos pressão durante o ato operatório, seus movimentos poderão ser executados com mais delicadeza e presteza, resultando na maior probabilidade de sucesso);
- as emoções são decisões (seu estado determina o resultado que você alcança: lograr êxito, atingir um objetivo parcial ou integralmente e sentir-se confiante);
- o comportamento é emoção (falar olhando nos olhos de outra pessoa pode passar confiança).

A inter-relação entre o contexto, as emoções e sensações, os pensamentos e o comportamento é um ponto de partida para trabalhar as emoções. Corpo e mente são um componente único, indivisível, que pode acessar qualquer estado emocional. O acesso poderá ser iniciado pelo corpo ou pela mente (BRIDOUX; MERLEVEDE; VANDAMME, 2004).

4.1 Técnica de Mentalização

A mentalização se refere à capacidade do indivíduo de perceber e interpretar seu comportamento e o de outras pessoas em termos de estados mentais. São considerados estados mentais os pensamentos, os sentimentos, as expectativas e as intenções. Quando o indivíduo é capaz de identificar e atribuir estados mentais, ele pode atribuir sentido a seus próprios atos, bem como aos das pessoas que o cercam. A mentalização permite que ele torne seu comportamento, o de outrem e suas relações interpessoais compreensíveis, previsíveis e portadoras de sentido. A mentalização também ajuda o indivíduo a melhor compreender e regular suas emoções e assim, regular seu comportamento (ALLEN; FONAGY; BATEMAN, 2008).

Período do curso

Pode ser utilizado em períodos acadêmicos iniciais e o treinamento pode ser individual ou em grupo.

Técnica

Para iniciar a mentalização é preciso ativar crenças, valores e representações internas (situações nas quais você experimentou emoções intensas e o que aconteceu). O exercício

deve ser feito preferencialmente em pé e com os olhos fechados. Você pode criar estados emocionais (portais emocionais) utilizando a mente ou o corpo. Você não precisa ter experimentado a emoção ou ter vivenciado a situação para criar os estados e emocionais (BRIDOUX; MERLEVEDE; VANDAMME, 2004).

Iniciar a criação dos portais pela mente é mais fácil. Pense em alguma pessoa, próxima ou não, ou numa situação em você agiu de maneira confiante (imaginar como esta pessoa, ou você experienciaram este estado interiormente, gestos, tom de voz, postura, dentre outros). Por exemplo, tente imaginar como seria expressar o estado confiante no atendimento a um paciente, com parada cardiorrespiratória numa sala de emergência:

- a) procure um contexto: sala de emergência de um hospital. Imagine uma sala de emergência que você tenha feito um atendimento;
- b) ative o comportamento externo: faça uma revisão mental da sua postura corporal, gestos, atitudes, entonação da voz, odores na ambiente sala de emergência, quando a pessoa observada fez aquele atendimento;
- c) ative a sensações internas: sinta como estava sua respiração (mais rápida), sua tensão (estado de alerta), olhos bem abertos. Revivendo este momento você pode entender suas emoções e avalia-las com o objetivo de entender aquele momento e o reflexo dele sobre suas emoções e atitudes, facilitando o gerenciamento destes estados sobre seu comportamento e a tomada de decisão (BRIDOUX; MERLEVEDE; VANDAMME, 2004).

Quando a ativação se inicia pelo corpo, você poderá estar ou não familiarizado com o estado emocional que você quer evocar. Quando você estiver familiarizado, isto é, já tiver experimentado aquele estado emocional você deverá recorrer a sua memória corporal para trazê-lo de volta. Mesmo quando você não tiver experimentado o estado que deseja, você poderá acessá-lo, como se fossem os sapatos de outra pessoa, ou mesmo como você estivesse se permitindo acessar a sabedoria natural do seu corpo. A expressão das emoções é inata, diferentes culturas expressam de maneira similar suas emoções. Se você optar por iniciar pelo corpo faça uso da linguagem corporal, toda informação visual (não verbal) que indica como seu interlocutor acessa alguma informação externa, observe:

- postura (como ele se senta?, posiciona os ombros?, com se equilibra?);
- mobilidade (como ele anda?);
- gestos (como movimenta as mãos?, como se movimenta?);

- respiração (a respiração é profunda ou superficial?);
- expressões faciais.

Siga-se os seguintes passos (o aluno deverá apresentar linguagem corporal de uma pessoa ansiosa) (BRIDOUX; MERLEVEDE; VANDAMME, 2004):

- a) demonstre postura de ansiedade;
- b) demonstre atitude ansiosa;
- c) demonstre como estão suas pernas quando está ansioso;
- d) demonstre como está sua cabeça quando está ansioso;
- e) demonstre como está sua face quando está ansioso;
- f) demonstre como estão seus olhos quando está ansioso.

4.2 Técnica de Âncoras

Uma âncora é um ativador que desencadeia uma ação ou estado emocional. A utilização de âncoras também é uma técnica de treinamento em inteligência emocional que visa favorecer o desenvolvimento do gerenciamento de emoções. Âncoras são sinais concretos que evocam um estado emocional. Quando se fecha o punho com força (âncora) pode-se experimentar um estado emocional de força. Quando se respira profundamente pode-se experimentar um estado de relaxamento. Prestar atenção nestas âncoras e tentar aplicá-las como rituais em determinadas situações pode favorecer o gerenciamento de emoções. Observe as visões, os sons, os cheiros, as sensações e os gostos que lhe fazem sentir bem ou mal imediatamente.

Período do curso

Pode ser utilizado em períodos acadêmicos iniciais e o treinamento pode ser individual ou em grupo.

Técnica

Imagine uma situação na qual você está muito ansioso. Por exemplo, você recebeu a informação que chegará ao pronto socorro uma vítima de acidente automobilístico em estado grave e sua ansiedade não lhe permite lembrar da sequência de atendimento de maneira clara. Você percebe que quando respira tranquilamente e de olho fechado por alguns segundos vivencia situação de relaxamento com diminuição da ansiedade, facilitando que lembre dos passos no atendimento do trauma. Transformando esta âncora (respiração profunda e fechar

os olhos) num ritual e aplicando todas as vezes que estiver ansioso, você poderá experimentar a mesma sensação de relaxamento fazendo com que você execute sua tarefa com mais tranquilidade e lhe proporcionando melhor tomada de decisão.

Você pode iniciar o seu treinamento definindo quais são suas âncoras no seu cotidiano. Faça anotações sobre (READY; BURTON, 2016):

- âncoras que me trazem bem-estar;
- âncoras que me trazem mal-estar;
- quais delas desejo manter.

A seguir, crie um círculo de excelência. Círculo de excelência é uma técnica clássica de ancoragem para estimular sua confiança durante uma crise ou para proporcionar um melhor desempenho em público. Você utilizará um círculo imaginário acompanhado de um gesto para acessar um estado emocional positivo quando estiver sob pressão. Comece solicitando a ajuda para um colega que lerá para você as etapas e poderá anotar suas ideias.

Coloque-se em pé e desenhe um círculo imaginário no chão, à sua frente. Imagine-o grande o bastante para você entrar nele (READY; BURTON, 2016):

- 1) antes de “entrar” no círculo, identifique o estado mental que deseja ancorar e relate-o com suas próprias palavras para seu colega (exemplo: você deseja estado de confiança, você poderia descrever assim “ter controle da situação”);
- 2) entre no círculo e lembre-se de um momento quando se viu neste estado em particular. Reviva essa experiência vividamente, como se estivesse lá. Observe as visões, os sons, os cheiros e seus sentimentos (esta experiência pode estar em um contexto diferente do que seja seu problema a ser enfrentado no momento);
- 3) quando a experiência estiver na sua cabeça com força total, mantenha-a na mente e então a ancore com algum outro movimento de mão distinto dos que usa normalmente ao longo do seu dia (exemplo, junte o polegar com o indicador, formando um círculo);
- 4) saia do círculo e repita o segundo e o terceiro passos, trazendo a sua mente uma experiência de quando estava no mesmo bom estado. Saia do círculo novamente;
- 5) pense numa situação futura no qual esse estado será útil a você;
- 6) entre no círculo imaginando o sucesso dessa situação no futuro ao mesmo tempo em que utiliza a âncora do movimento de mão característico criado por você.

Observe o quão mais fácil essa situação pode ser para você e a intensidade da experiência. O que você poderá observar à medida que domina a técnica de ancoragem é que ela faz uso das suas boas memórias para aqueles momentos em que você precisa manter o autocontrole quando está sob pressão.

4.3 Técnica da experiência referencial

Utilizar a experiência referencial significa recorrer a uma experiência específica que ocorreu num momento específico no tempo e num lugar específico da sua vida, para o qual você se remete quando pensa em determinada emoção. A experiência referencial está sempre relacionada com uma forte experiência sensorial, ou seja, o que estava vendo ou ouvindo. Estas experiências normalmente retornam espontaneamente, são experiências fortes, que marcaram você num determinado momento da sua vida.

A experiência referencial pode se tornar ferramenta de autocontrole quando você a utiliza para compreender suas emoções ou utilizá-la como ferramenta para mudar um estado emocional.

Período do curso

Pode ser utilizado em períodos acadêmicos iniciais e o treinamento individual.

Técnica

Pense numa experiência passada, por exemplo, atendimento a paciente grave em determinado hospital aonde você é o plantonista. Local específico: sala de emergência. Tempo específico: domingo à noite. Relembre o que você estava ouvindo, vendo, sentindo (as vezes estas emoções são tão intensas é possível vivenciá-las novamente). Você precisou ficar alerta, seguro, confiante para poder dar assistência ao paciente (BRIDOUX; MERLEVEDE; VANDAMME, 2004).

Voltando ao tempo presente, você acabou de acordar, está sonolento e terá reunião muito importante em poucos minutos. Acessando a experiência passada (atendimento na urgência) você poderá reviver os estados de alerta, segurança e confiança, os quais serão importantes na sua reunião (BRIDOUX; MERLEVEDE; VANDAMME, 2004).

4.4 Aprendizagem baseada em casos

A aprendizagem baseada em casos, também conhecida como ensino de estudo de caso ou aprendizagem de método de caso, é método pedagógico estabelecido há algum tempo, que é definido de várias maneiras, dependendo da disciplina e do tipo de “caso” empregado (THISTULETHWAITE et al., 2012).

A metodologia de estudos de caso é uma maneira de realizar abordagem holística e interativa para o ensino e a aprendizagem. Sua principal vantagem é adotar abordagem orientada para perguntas e não baseada em soluções. O caso apresenta a pergunta em contexto específico que frequentemente envolve conflito ou a necessidade de reconciliar ou equilibrar muitas variáveis (GRAHAM, 2012).

Os estudantes são preparados, por esta ferramenta de ensino-aprendizagem, para a prática clínica. São utilizados para o treinamento casos clínicos autênticos que estimulam a investigação. Sua aplicação poderá ser orientada para tentar desenvolver um olhar mais aprimorado no sentido de compreender sentimentos e emoções de outras pessoas e se colocar de maneira racional e objetiva no lugar destas pessoas (empatia). Esta ferramenta didática é agradável, motivadora e eficaz em associar o conhecimento cognitivo ao saber fazer (THISTLETHWAITE et al., 2012).

Löfler-Stastka et al. (2017) sugerem a utilização desta ferramenta associada a utilização de pacientes reais, que possam fornecer *feedback*, sobre a situação-problema e que demonstrem os desafios na vida clínica do médico, os quais devem estar ancorados em conceitos sofisticados de empatia e ferramentas de treinamento em inteligência emocional. Os professores podem ajudar os alunos a transportar a empatia autenticamente para a prática, chamando a atenção para os componentes afetivos da interação do paciente clínico como recursos valiosos.

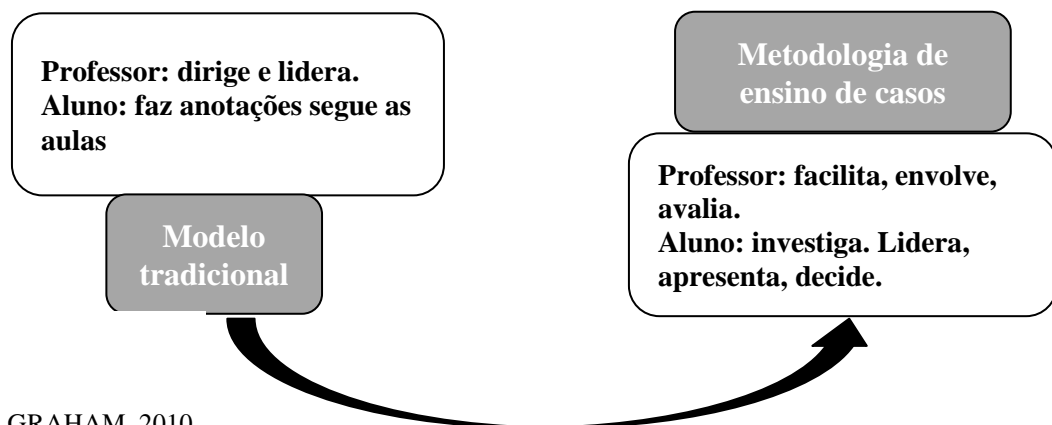
Período do curso

Pode ser utilizado em períodos acadêmicos onde a ambiência em saúde está mais presente e o treinamento em pequenos grupos. Também podem ser *on-line* e, menos comumente, individual ou em grandes grupos.

Técnica

A metodologia de estudos de caso envolve nova relação entre professor e estudante. Nela, o estudante é desafiado a assumir a condução analítica e decisória. A teoria e o entendimento provêm da resolução de problemas ou da análise de diversas medidas a serem tomadas e não o contrário. Tanto o professor quanto os estudantes assumem a responsabilidade pela aprendizagem: os conhecimentos e as ideias são passados do professor para o estudante, do estudante para o professor e de um estudante para outro. O professor se torna o guia do processo e não é fonte da solução. Para alguns, isso constitui um desafio. Para qualquer pessoa que trabalha com a metodologia, envolve mudança de abordagem (FIG. 2).

Figura 2 - Relação professor e aluno no uso de casos: na metodologia ativa o ensino é compartilhado



Fonte: GRAHAM, 2010

A qualidade do caso é ponto crucial nessa técnica. Os casos podem ser reais ou adaptados para realçar determinado aspecto do atendimento, de acordo com os objetivos de aprendizagem da atividade. Um bom caso deve ter as seguintes características (HERREID, 1997/98):

- ser autêntico (histórias reais e relacionadas à pacientes);
- envolver cenários comuns da prática profissional;
- contar uma história (relato da voz do paciente e/ou anamnese);
- incluir citações na voz do paciente para adicionar drama e realismo;
- estar alinhado com os objetivos de aprendizagem definidos;
- ser desafiante;

- permitir ao aluno colocar-se no lugar dos outros e experimentar as emoções vivenciadas pelas personagens;
- promover a tomada de decisão;
- ter aplicabilidade em outras situações.

Considerando o treinamento de inteligência emocional, alguns aspectos devem receber atenção por parte do professor. O caso deve contemplar decisões difíceis, emoções, inseguranças, frustrações do paciente e do médico e de outras personagens envolvidas, como familiares e outros membros da equipe de atendimento. O caso também deve permitir aos participantes da discussão se identificarem com as personagens, permitindo que os alunos se sintam ou se coloquem no lugar das personagens. De modo alternativo, você pode utilizar filmagens ou encenações com pacientes simulados para representar o caso.

A dinâmica da discussão pode ser feita com professor em pequenos grupos de alunos ou no caso de turmas maiores, vários pequenos grupos com a supervisão do professor. Inicie pela leitura do caso e esclarecimento de eventuais dúvidas sobre termos ou procedimento técnicos. Proponha um roteiro inicial de discussão para o grupo:

- qual a impressão geral sobre o caso?
- você já viveu ou presenciou situação semelhante a essa?
- quais as emoções das pessoas envolvidas?
- o que você sentiu?
- o que você faria diferente?

4.5 Grupo Balint

O Grupo Balint é um grupo de médicos que se reúne para discussão de casos de seus pacientes abordando vários aspectos da relação médico paciente, com objetivo de compreender melhor a linguagem e as emoções do paciente e aprimorar a relação médico paciente e a atenção a saúde (FERNANDES; FONSECA, 2017).

No cenário da educação, o grupo Balint pode permitir que estudantes de medicina lidem melhor com situações clínicas difíceis, como aquelas apresentadas por pacientes com personalidades limítrofes e casos de difícil relacionamento interpessoal. O grupo pode

funcionar como treinamento para auxiliar estudantes de medicina a valorizar a percepção da doença na perspectiva do paciente e a lidar melhor com as emoções do paciente e dele próprio (AIRAGNES et al., 2014).

Período do curso

Períodos em que o contato com o paciente e anamnese estejam presentes e o treinamento em pequenos grupos.

Técnica

O grupo Balint deve ser composto por sete a 10 membros fixos, com dois líderes e um tutor (professor ou médico mais experiente). O ambiente do grupo deve ser de confiança e respeito entre os membros. O objetivo das discussões deve ser a relação médico paciente e a perspectiva do paciente em relação a sua doença. Deve estar claro para o grupo que objetivo não é a discussão clínica do caso (diagnósticos, propedêutica e terapêutica) e a conduta assumida pelo médico assistente. Cabe aos líderes do grupo manter o foco da discussão em caso de desvios. Os membros do grupo, inclusive os líderes, podem trazer casos clínicos para a discussão, preferencialmente que tenham sido atendidos ou acompanhados por eles.

No início do encontro, um dos líderes pergunta se algum dos membros tem algum caso a apresentar. O participante deve relatar o caso clínico de forma espontânea, sem recorrer a nenhuma anotação, em associação livre de palavras, trazendo ao grupo a necessária riqueza de detalhes para esclarecer a situação, contexto, doença, transferência manifestada pelo paciente, envolvimento dos familiares e participações dos outros profissionais especialistas eventualmente consultados. Finalmente, deve expor ao grupo seus sentimentos, reações e reflexões envolvendo esse atendimento, incluindo a contratransferência. O caso deve envolver um paciente com o qual o médico tem dificuldades para lidar, seja devido às características da doença, seja devido às peculiaridades subjetivas do paciente ou de sua família. Podem ser incluídos no relato eventuais aspectos institucionais que possam estar interferindo de modo negativo no trabalho do médico e na relação entre o médico paciente. Após o relato, os membros do grupo colocam interrogações e afirmações, propõem questionamentos, solicitam esclarecimentos, apresentam relatos de situações semelhantes vivenciadas por eles e debatem. São consideradas funções dos membros do Grupo explorar a relação médico paciente compartilhando pensamentos, imagens, fantasias, associações e hipóteses, diferenciando a experiência própria da do apresentador, sempre buscando o entendimento dos sentimentos (BRANDT, 2009).

O tutor do grupo, por exemplo, o professor, deve tomar o cuidado de se colocar como qualquer outro membro, não definindo nenhum padrão ou modelo de comportamento, estimulando a discussão e pesquisas para compreensão das emoções que cercam o caso exposto. O líder deverá proteger o apresentador e os membros do grupo, deverá estruturar e manter o grupo dentro do tempo e finalmente fazer uma reflexão final com o colíder após cada discussão (BALINT, 1988).

4.6 Portfólio reflexivo

Os rigores cotidianos da educação médica muitas vezes impedem os alunos de obter uma perspectiva longitudinal sobre quem estão se tornando. Além disso, o foco atual nas competências, juntamente com as taxas relativas ao esgotamento de formandos e declínio na empatia, indica a necessidade de ferramentas pedagógicas para promover a capacidade de reflexão dos alunos (CUNNINGHAM et al., 2018).

O portfólio reflexivo é estratégia de ensino, aprendizagem e avaliação formativa, que tem como marcas características o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva e da autonomia do estudante, a participação ativa deste na definição dos objetivos de aprendizagem e o estímulo à criatividade. O portfólio, é oriundo das artes, passou pela educação e chegou as ciências da saúde. Ele tem o potencial de oferecer ao estudante uma visão longitudinal de sua formação, além de fomentar a autorreflexão, permitindo ampliar a visão crítica do estudante quanto à sua formação (CESÁRIO et al., 2016). Além do autoconhecimento, o portfólio reflexivo parece permitir que estudantes contem suas histórias e as mesclam com as histórias contadas pelos pacientes. Um dos objetivos de estimular narrativas por meio dos portfólios é conseguir mobilizar o educando para a responsabilidade sobre seu processo de aprendizagem, favorecendo a análise de singularidades e peculiaridades do desenvolvimento de cada um (STELET et al., 2017).

Período do curso

Pode ser aplicado em qualquer período e o treinamento individual.

Técnica

O portfólio pode ter estrutura bastante flexível, mas recomenda-se que seja definido um modelo a ser seguido pelo aluno. O Quadro 1 detalha um modelo de portfólio reflexivo.

A avaliação do portfólio pelo professor é etapa obrigatória do processo. Preferencialmente, deve-se fazer avaliações periódicas ao longo da disciplina ou do semestre e deve-se estabelecer uma nota para o trabalho (COTTA; COSTA; MENDONÇA, 2013; COTTA; COSTA, 2016; COTTA; MENDONÇA; COSTA, 2011).

Quadro 1 - Modelo de organização de um portfólio reflexivo

Seção	Conteúdo
1 Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Autoapresentação • Quem é você? • Quando ingressou no curso de farmácia? Por que escolheu esse curso? • Como foi a sua trajetória durante o curso? • O que o(a) motivou a cursar essa disciplina?
2 Diário da disciplina	<ul style="list-style-type: none"> • Falar sobre as aulas e atividades desenvolvidas durante a disciplina) • Quais foram as aulas e outras atividades que ocorreram durante a disciplina? • O que eu aprendi em cada uma delas elas? • Essa disciplina é aplicável em quais áreas?
3 Diário de pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> • Falar sobre leituras complementares • A disciplina me motivou a buscar leituras complementares? • Quais? • Como agregaram para a sua aprendizagem?
4 Autoavaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer reflexão crítica sobre o seu aprendizado, objetivos alcançados, pontos a serem melhorados • Essa disciplina alterou o modo como encaro meu futuro profissional? O que aprendi com essa experiência? • O que podia ter feito melhor? • Que importância teve essa disciplina na minha formação no plano pessoal e profissional?
5 Avaliação construtiva	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer críticas e comentários sobre o período letivo, indicando pontos positivos e a melhorar, e como melhorar • Quais os pontos fortes (fortalezas) e fracos (fragilidades) dessa disciplina? • Como superar as dificuldades encontradas? • Você indicaria essa disciplina para seus colegas cursarem?
6 Espaço criativo (livre)	<ul style="list-style-type: none"> • Sugestões: uso de charges, poemas, músicas, fotos, desenhos... • Fazer uma reflexão crítica.
7 Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer o fechamento do portfólio com suas impressões sobre o mesmo • O que você pensa a respeito do portfólio? • Quais as vantagens ou desvantagens desse recurso didático? • Como o processo de construção do portfólio alterou a sua formação profissional?

A ferramenta portfólio reflexivo propiciar e estimula o aluno a falar mais sobre suas emoções e sentimentos, auxiliando na identificação dos seus estados emocionais e de outras pessoas que participam do seu convívio pessoal.

4.7 Role-play

O *role-play* é ferramenta de ensino utilizada para desenvolver e treinar habilidades de comunicação que devem ser entendidas como a capacidade de expressar ideias com clareza e precisão e a possibilidade para o indivíduo avaliar o impacto desta comunicação sobre as pessoas. A comunicação não utiliza apenas a linguagem verbal. O silêncio, um olhar, emoções e sentimentos são formas de linguagem não verbal que também devem ser desenvolvidas e treinadas como formas de comunicação. Para comunicar-se adequadamente o estudante muitas vezes deverá saber controlar preocupação, medo, insatisfação ou cansaço. O desenvolvimento de autoconfiança, segurança e de pensar antes de agir diante de situações complexas também são treinados por esta ferramenta.

A utilização desta ferramenta propicia aos estudantes que desempenhem um papel, simulando situações reais sem a necessidade de cenário especial. O resultado da encenação propõe que todos os alunos envolvidos na atividade devem aprender algo sobre a situação, o contexto proposto e/ou os personagens (NESTEL; TIERNEY, 2007; RABELO; GARCIA, 2015).

O *role-play* permite também o *feedback* dos pares, que representa parte importante da aprendizagem e reflexão e do desenvolvimento de um estudante de medicina. Quando os alunos compõem as duas partes do cenário, médico e paciente, eles podem analisar várias técnicas e estilos de comunicação demonstrados pelos colegas. A experiência pessoal, tanto na entrega como no recebimento de declarações empáticas feitas por colegas estudantes, potencializa a compreensão de como melhorar o ao paciente. O aluno não apenas treina competências clínicas, mais também aprimora seu próprio conhecimento médico, combinando elementos-chave das apresentações clínicas com aquelas situações em que a empatia é vital (RASASINGAM et al., 2017).

O uso do *role-play* possui vantagens, como:

- desenvolver a capacidade de relacionamento com outras pessoas através da compreensão da natureza do comportamento humano;

- fornecer dados de relações humanas que podem ser utilizados para análise e discussão.
- facilitar a comunicação, “mostrando” e não “falando”;
- criar oportunidade para que os indivíduos “representem” seus problemas pessoais. Os que na vida real não puderam reconhecê-los, compreendê-los, quando viverem em cena, irão reconhecer sua falta de habilidade para lidar com os outros, podendo aprender a enfrentar o seu problema ao vê-lo retratado no grupo;
- criar no grupo uma atmosfera de experimentação e de possível criatividade;
- despersonalizar o problema dentro do grupo. Quando apresentado em cena, abstraídas as personalidades dos executantes reais, há maior liberdade de discussão.

Período do curso

Pode ser utilizado em períodos acadêmicos onde a ambiência em saúde está mais presente e o treinamento em pequenos grupos.

Técnica

O *role-play* inicia-se pela preparação do material. O professor deve definir os objetivos de aprendizagem e elaborar *script* que seja real, desafiador e compatível com o tempo disponível para a atividade. Pode-se fazer *script* para duplas, um aluno faz o papel de médico (ou outro profissional de saúde) e o outro de paciente, ou pode-se trabalhar com trios, sendo o terceiro aluno um observador. Nesse último caso, pode-se elaborar um *checklist* para que o observador avalie o aluno que faz o papel de médico. Pode-se também propor que uma dupla de alunos faça o *role-play* e que os demais observem a atividade.

Caso os alunos não tenham conhecimento prévio sobre o assunto, por exemplo, comunicação de má notícia, eles devem ser instruídos a estudar o tema previamente ou pode ser dada uma miniaula sobre o assunto. Antes de iniciar a atividade, o professor deve explicar os objetivos aos alunos e estimulá-los a participar. Após receberem os *scripts*, deve-se permitir que os alunos o estudem e se preparem para a atividade.

Durante o desenvolvimento do *role-play* não deve haver interrupção por parte dos observadores ou do professor. Pode-se trabalhar com *scripts* diferentes na mesma aula, todos sobre o mesmo tema, para dar oportunidade de todos os alunos representarem todos os papéis.

Ao final a encenação o professor pode propor algumas reflexões para os alunos, de acordo com os *scripts* utilizados:

- como você se sentiu no papel de paciente?
- você se sentiu acolhido pelo médico?
- o que você faria diferente?

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema inteligência chama atenção de todos por estar muito atrelado à possibilidade de sucesso profissional, pessoal, afetivo e econômico.

Questionamentos a respeito de quantas e quais são estas inteligências, suas relevâncias, suas correlações, como podemos desenvolvê-las e amplificá-las são terreno fértil a formulação de conjecturas de vários pesquisadores que buscam na formulação de hipóteses tentativa de compreender e propor formas de treinamento para o desenvolvimento das habilidades específicas relacionadas à inteligência.

O tema inteligência emocional mostra sua relevância quando em uma única base de dados pesquisada foram indexados quase 81 mil artigos que citam inteligência emocional, 18.000 só nos últimos 5 anos.

O ensino médico tendo como único alicerce o conhecimento cognitivo já se mostrou insuficiente para a formação de um profissional que atenda a população de forma holística e que esteja preocupado com os efeitos que seu atendimento possa trazer ao meio em que ele atua.

Utilizar o manual para treinamento de inteligência emocional pode fornecer ao usuário uma nova forma de compreender, identificar e utilizar as experiências emocionais, possibilitando seu autoconhecimento e podendo gerar reflexos positivos na resolução de situações complexas.

Portanto este manual não tem a pretensão de ser uma fórmula mágica, nem tão pouco ser tornar a chave para o sucesso. Este material vislumbra a possibilidade de abrir novas perspectivas para a formação do médico e de profissionais de saúde. Perceber emoções, sentimentos, tentar compreendê-los e utilizá-los a favor de uma boa prática profissional, resultando em atendimento mais holístico, melhora a relação do médico com o paciente, favorecendo adesão ao tratamento, melhora da vida social, familiar e pessoal do profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

- AIRAGNES, G. et al. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study. **Journal of Psychosomatic Research**, [S.l.], v. 76, n. 5, p. 426-9, 2014.
- ALLEN, J. G.; FONAGY, P.; BATEMAN, A. W. **Mentalizing in clinical practice**. Washington: American Psychiatric Publishing, 2008. 433 p.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998. 291 p.
- BAMBERGER, E. et al. A pilot study of an emotional intelligence training intervention for a paediatric team. **Archives of Disease in Childhood**, [S.l.], v. 102, p. 159–164, 2017.
- BLENDON, R. J.; BENSON, J. M.; HERO, J. O. Public trust in physicians- U.S. medicine in international perspective. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 371, n. 17, p. 1570-2, 2014.
- BRANDT, J. A. Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. **Vínculo**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 199-210, 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2014.
- BRIDOUX, D; MERLEVEDE, P. E.; VANDAMME, R. **Manual de Inteligência Emocional**: curso intensivo com exercícios práticos. São Paulo: Madras, 2004. 382 p.
- CESÁRIO, J. B. et al. Portfólio Reflexivo como estratégia de avaliação formativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 356-364, 2016.
- COBÊRO, C.; PRIMI, R.; MUNIZ, M. Inteligência emocional e desempenho no trabalho: um estudo com MSCEIT, BPR-5 E 16PF. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 36, p. 337-348, 2006.
- COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D. Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 171-83, 2016.
- COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D.; MENDONÇA, E. T. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. **Ciências & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1847-56, 2013.
- COTTA, R. M. M.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G.D. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Revista Pan-americana de Salud Pública**, [S.l.], v. 30, n. 5, p. 415-21, 2011.

CUNNINGHAM, H. et al. Looking Back to Move Forward: First-Year Medical Students' Meta-Reflections on their Narrative Portfolio Writings. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 93, n. 6, p. 888-894, 2018.

FERNANDES, V.; FONSECA, R. C. V. A prática de grupos Balint e a percepção do paciente internado em hospital geral. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 18, n. 2, 55-76, 2017.

FLETCHER, I. et al. A pilot study assessing emotional intelligence training and communication skills with 3rd year medical students. **Patient Education and Counseling**, [S.l.], v. 76, n. 3, p. 376-379, 2009.

GARDNER, H. **Frames of mind: the theory of multiple intelligences**. 3rd ed. New York: Basic Books, 2011. 528 p.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**. 7. ed. São Paulo: Objetivo, 1995. 375 p.

GORGAS, D. L. *et al.* Teaching Emotional Intelligence: A Control Group Study of a Brief Educational Intervention for Emergency Medicine Residents. **West Journal of Emergency Medicine**, [S.l.], v. 16, n. 6, p. 899-906, 2015.

GRAHAM, A. **Como escrever e usar estudos de caso para ensino e aprendizagem no setor público**. Brasília: ENAP, 2010. 214p.

HERREID, C. F. What makes a good case? **Journal of College Science Teaching**, [S.l.], vol. 27, n. 3, p. 163-165, 1997/98.

JENNINGS, P. A.; GREENBERG, M. T. The prosocial classroom: social and emotional competence of the teacher in relation to the results of the student and the classroom. **Review of Educational Research**, [S.l.], v. 79, p. 491-525, 2009.

LÖFLER-STASTKA, H. et al. Empathy in psychoanalysis and medical education - what can we learn from each other? **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 74, 2017.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P. **What is emotional intelligence?** In: SALOVEY, P. E SLUYTER, D. J. (Ed.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Harper Collins, 1997, p. 3-34.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P.; CARUSO, D. R. A further consideration of the issues of emotional intelligence. **Psychological Inquiry**, [S.l.], v. 15, p. 249-255, 2004.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P.; CARUSO, D. R. **Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual**. Toronto, Canada: MHS, 2002.

NESTEL, D.; TIERNEY, T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximizing benefits. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 7, p. 3, 2007.

OMID, A.; HAGHANI, F.; ADIBI, P. Emotional Intelligence: An Old Issue and a New Look in Clinical Teaching. **Advanced Biomedical Research**, [S.l.], v. 7, p. 32, 2018.

RABELO, L.; GARCIA, V. L. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 39, n. 4, p. 586-596, 2015.

RASASINGAM, D. et al. Being a patient: a medical student's perspective. **Advances in Medical Education and Practice**, [S.l.], v. 15, n. 8, p. 163-165, 2017.

READY, R.; BURTON, K. **Exercícios de programação neurolinguística para leigos**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2016. 396 p.

SHAKIR, H. J. et al. The need for incorporating emotional intelligence and mindfulness training in modern medical education. **Postgraduate Medical Journal**, [S.l.], v. 93, n. 1103, p. 509-511, 2017.

SHULTS, A. **Learning Emotional Intelligence: Training & Assessment**. 2015. 52f. Dissertação (Master of Arts, Communication and Leadership) - Park University, Parkville (USA), 2015.

SPARROW, T.; KNIGHT, A. **Applied Emotional Intelligence: The Importance of Attitudes in Developing Emotional Intelligence**. West Sussex: John Wiley & Sons, 2006. 330p.

STELET, B. P. et al. Portfólio Reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 165-176, 2017.

THISTLETHWAITE, J. E. et al. The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 34, n. 6, p. e421-44, 2012.

WOYCIEKOSKI, C.; HUTZ, C. S. Inteligência Emocional: Teoria, Pesquisa, Medida, Aplicações e Controvérsias. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.l.], v. 22, n.1, p. 1-11, 2009.

XIE, H. et al. The effectiveness of using non-traditional teaching methods to prepare student health care professionals for the delivery of mental state examination: a systematic review. **JBI Database System Reviews and Implementation Reports**, [S.l.], v. 13, n. 7, p. 177-212, 2015.

YAMANI, N.; SHAHABI, M.; HAGHANI, F. The relationship between emotional intelligence and job stress in the faculty of medicine in Isfahan University of Medical Sciences. **Journal of Advances in Medical Education & Professionalism**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 20-6, 2014.