

COMPETÊNCIA INTERPESSOAL

Introdução

Para serem bem sucedidos em sua atuação profissional, os indivíduos necessitam adquirir uma adequada *competência técnica*, a qual envolve conhecimentos, habilidades e atitudes específicos da profissão. No entanto, não basta apenas tal tipo de competência, sendo importante também o desenvolvimento da *competência interpessoal*. Na definição de Moscovici¹, esta consiste na “habilidade de lidar eficazmente com relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma e às exigências da situação”.

Cada um dos tipos de competência depende da outra. Assim, por exemplo, o médico, diante de um paciente, precisa formular as perguntas adequadas (competência técnica), mas a forma como ele as faz, estabelecendo um clima psicológico favorável (competência interpessoal), influencia as informações que recebe. Do mesmo modo, as orientações sobre o tratamento do paciente, mesmo corretas, serão ou não postas em prática a depender do tipo de relação desenvolvida durante a consulta.

Observa-se que o homem contemporâneo vem deixando para trás os sentimentos, a emoção, a espiritualidade. As pessoas mostram-se menos capazes de se mostrarem solidárias, dialogarem, exprimirem afeto, tornando-se estranhas umas às outras, mais reservadas, mais defensivas. Cria-se assim um individualismo exacerbado, que prejudica as relações sociais. A sociedade tecnológica privilegia a intelectualidade e a racionalidade, valorizando os aspectos técnicos e intelectuais correlatos, e relegando a segundo plano emoções e sentimentos. Nesse contexto, o desenvolvimento da competência interpessoal adquire importância fundamental no espaço do trabalho²) No área da saúde, particularmente, em que os profissionais precisam lidar não só com elementos subjetivos presentes nos pacientes como em si mesmos, a sua formação deve incluir aspectos relacionados com a competência interpessoal.

Há algumas décadas, no campo de saúde, a comunicação adquiriu uma posição de destaque, tornando-se uma das áreas mais importantes de pesquisa e ação da relação entre os profissionais da área e os pacientes³. A comunicação permeia todas as ações dos seres humanos, envolve a competência interpessoal, e constitui a base dos relacionamentos entre as pessoas⁴. A sua importância está comprovada nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina⁵, onde se descrevem competências e habilidades necessárias na formação do médico, sendo uma delas: “comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares”.

Em 2004, o Ministério da Saúde, reconhecendo graves lacunas no SUS, entre elas, a “falta de preparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe”, criou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS. Esta representa uma política transversal, em toda rede do SUS, que valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores⁶.

Segundo Teixeira⁷, a competência no exercício da medicina se relaciona com um processo evolutivo fundamentado em experiência, princípios éticos e eficiência. Esta última depende da cultura médica, de habilidades técnicas e relacionamento interpessoal com o paciente. As habilidades comunicacionais efetivas, portanto, constituem parte da competência clínica de um bom médico, motivo pelo qual têm sido incluídas nos programas das escolas de medicina na maioria das universidades⁸. A comunicação representa uma habilidade que pode e deve ser conquistada na formação do estudante de medicina.⁹

Os estudos demonstram que a utilização efetiva das habilidades comunicacionais no âmbito clínico não só beneficia o médico como seus pacientes. Os médicos identificam com maior precisão os problemas dos clientes, e diminuem queixas e litígios contra os profissionais. Os pacientes apresentam melhor adesão aos tratamentos prescritos, tanto farmacológicos como mudanças de estilos de vida⁸. As atitudes positivas do médico, destacando-se sua capacidade de

escutar e se comunicar, favorecem que o doente fique mais à vontade, seja melhor informado, e se sinta seguro, confiante e disposto a aderir ao tratamento¹⁰. Pesquisas mostram que, ao aprimorar a comunicação em aspectos específicos, também há resultados fisiológicos positivos, como, por exemplo, melhora das glicemias de diabéticos ou da cefaleia crônica¹¹. Além de aumentar a satisfação do paciente em relação ao atendimento médico, o profissional também obtém maior prazer com a sua atividade, diminuindo o risco da síndrome de *born out*⁸ (estresse originado por excesso de trabalho).

Boa parte do descrédito e do distanciamento do paciente nos tempos atuais se deve a uma insuficiência na formação dos médicos em relação à comunicação interpessoal no exercício profissional.¹² As insatisfações do paciente podem até gerar processos judiciais, não só por questões objetivas (como sobrevida, óbito ou seqüela), mas também subjetivas (sensação de abandono do paciente, desqualificação dos seus pontos de vista ou de sua família, incapacidade de compreender tais perspectivas, etc)¹³.

O reconhecimento da importância das habilidades comunicacionais na medicina tem resultado na incorporação da sua avaliação em diversos países nas últimas décadas. No Brasil, procura-se deixar de restringir as avaliações apenas a aspectos teóricos, e incluir provas práticas onde tais habilidades são observadas. Isso acontece não só nos exames de graduação como de especializações, tal como na residência médica³.

O objetivo do presente texto está em discutir aspectos gerais relacionados com a competência interpessoal, de modo a favorecer a reflexão sobre os mesmos não só na atuação profissional, como em outras áreas das relações interpessoais.

Relações interpessoais

Quando uma pessoa tem um contato inicial com outra, gera-se uma primeira impressão, que se relaciona com diversos elementos. A experiência anterior de cada indivíduo, suas expectativas e motivações no momento, e a própria situação do encontro influenciam a primeira impressão. Esta impressão poderá ser diferente se houver ou não a presença de certos preconceitos, se existir um clima favorável para a aceitação das diferenças no outro, se o contexto for formal ou informal¹. É preciso ter consciência, portanto, de que o impacto do outro sobre nós não depende exclusivamente da outra pessoa, mas que sofre influência de elementos subjetivos nossos e do próprio contexto.

Quando a primeira impressão é positiva para ambos os lados, tende a haver simpatia e aproximação, facilitando o relacionamento interpessoal e as atividades em comum. No entanto, se o impacto positivo ocorrer apenas de um lado, sem reciprocidade, o relacionamento tende a se tornar difícil, tenso, exigindo empenho de ambas as partes para um maior conhecimento que possa mudar aquela primeira impressão.¹ Para facilitar a aproximação entre pessoas desconhecidas entre si, na constituição de grupos de diferentes finalidades, aconselha-se a utilização de estratégias diversas que permitam um clima de maior relaxamento e a possibilidade de troca de informações entre os participantes, de modo a sentirem que passaram a conhecer um pouco sobre as outras pessoas. Identificar pontos em comum, por exemplo, favorece a criação de um vínculo inicial entre os indivíduos.

Em situações de trabalho, onde atuam duas ou mais pessoas, há interações e sentimentos recomendados, tais como: comunicação, cooperação, respeito e amizade. No entanto, nem sempre os sentimentos despertados correspondem ao padrão esperado, e, desse modo, eles influenciarão as interações e as próprias atividades. Se eles forem positivos, haverá aumento de interação e cooperação entre os indivíduos, com uma repercussão favorável nas atividades, mas, se forem negativos, tal como antipatia e rejeição, elas serão provavelmente prejudicadas.¹

Quando alguém começa a participar de um grupo, traz consigo uma base interna de diferenças (conhecimentos, informações, opiniões, preconceitos, atitudes, experiência anterior, gostos, crenças, valores e estilo comportamental). Desse modo, geram-se inevitáveis diferenças de percepções, opiniões e sentimentos em relação a cada situação compartilhada¹. Para que exista uma interação positiva, é necessário que os participantes tenham a capacidade de aceitar e

respeitar as diferenças, encarando-as como uma forma de conhecer mais as pessoas e ampliar seus próprios pontos de vista. Esta habilidade revela-se muito importante, por exemplo, na atuação profissional em saúde, onde, frequentemente, interagem indivíduos de diferentes formações e diversos saberes, mas que podem contribuir para uma melhor abordagem das situações coletivamente enfrentadas, caso possam expressar suas ideias e serem realmente ouvidos.

O modo como se lida com as diferenças individuais exerce forte influência sobre a interação grupal, sobretudo nos processos de comunicação, no relacionamento interpessoal, no comportamento organizacional e na produtividade. Se as diferenças são aceitas e se lida com elas de forma aberta, a comunicação flui facilmente, as pessoas ouvem umas às outras, falam o que pensam e sentem, e conseguem dar e receber *feedback*. Mas, se forem negadas e suprimidas, a comunicação se torna falha, incompleta, insuficiente, gerando distorções e “fófocas”. Não se fala o que gostaria de falar, não se ouve, captando-se apenas o que reforça sua imagem das outras e da situação¹.

Há uma influência recíproca entre as relações interpessoais e o clima de grupo. Pode haver um ambiente agradável e estimulante, ou, ao contrário, desagradável, neutro ou monótono. Geram-se assim satisfações ou insatisfações pessoais e grupais¹.

O adequado funcionamento de um grupo depende essencialmente da competência interpessoal do líder e dos membros. Apenas quando esta se desenvolve o grupo se transformará verdadeiramente em uma equipe, atuando de forma sinérgica¹. Lembre-se em relação a isso que a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem nos cursos de graduação implica, muitas vezes, na constituição de pequenos grupos, cuja produtividade está fundamentalmente relacionada com o desenvolvimento de um adequado espírito de grupo. Ou seja, para aprender melhor, é preciso também desenvolver a competência interpessoal.

Inteligências interpessoais

Para ampliarmos o entendimento acerca da competência interpessoal, é útil abordarmos as inteligências pessoais descritas por Gardner¹⁴. Elas fazem parte das inteligências múltiplas conceituadas pelo referido autor (lingüística, musical, lógico-matemática, espacial, corporal-cinestésica, intrapessoal, interpessoal, tendo, posteriormente, sido incluídas a naturalista e a existencial). Cada indivíduo apresenta níveis diferentes de tais inteligências, sendo algumas delas particularmente desenvolvidas, e outras se manifestam com menor força. No entanto, Gardner¹⁴ afirma que o desenvolvimento do senso de eu, um elemento chave na esfera das inteligências pessoais (intra e interpessoal), "aparece como a mais elevada conquista dos seres humanos, uma capacidade corolária que suplanta e preside sobre outras formas mais mundanas e parciais de inteligência."

"A inteligência intrapessoal [está] envolvida principalmente no exame e no conhecimento que o indivíduo faz de seus próprios sentimentos, enquanto a inteligência interpessoal olha para fora, em direção ao comportamento, sentimentos e motivações dos outros." ¹⁴ Através da primeira, podemos ter acesso à nossa vida sentimental, nossos afetos e emoções, distingui-los uns dos outros, dar nome a eles, e utilizá-los como um meio de compreender e orientar nosso comportamento. A capacidade central da inteligência interpessoal está em "observar e fazer distinções entre outros indivíduos, e, em particular, entre seus humores, temperamentos, motivações e intenções"¹⁴.

Gardner¹⁴ assinala que, provavelmente, algumas inteligências, como as pessoais, continuam a se desenvolver naturalmente durante toda a vida. Assim, os indivíduos podem ser estimulados a desenvolver atitudes e condutas que o auxiliem a ampliar sua inteligência interpessoal.

As inteligências pessoais de Gardner foram incluídas na definição de Salovey de inteligência emocional, a qual inclui cinco domínios principais. O elemento mais importante da inteligência emocional é a capacidade de reconhecer as próprias emoções. Os outros aspectos constituem saber lidar com emoções de modo que sejam adequadas, capacidade de colocá-las a serviço de uma meta, ou seja, motivar-se, reconhecer emoções nos outros (empatia), e lidar com

relacionamentos. Pessoas empáticas, capazes de reconhecer sinais sutis do que os outros querem ou precisam, mostram-se mais eficientes em profissões assistenciais, ensino, vendas e administração¹⁵. “A empatia alimenta-se da autoconsciência; quanto mais abertos estamos para nossas emoções, mais hábeis seremos na leitura de sentimentos¹⁵.”

Para Grewal e Davidson¹⁶, a teoria da inteligência emocional pode ajudar a conceituar as habilidades específicas e os complexos processos que constituem a base da competência interpessoal, e, assim, conduzir a um melhor entendimento de como integrar de forma bem sucedida o desenvolvimento dessa habilidade no treinamento de estudantes de medicina.

Acredita-se que, simultaneamente ao preparo técnico-científico de qualquer profissional da área da saúde, é necessário criar oportunidades para que as questões voltadas ao autoconhecimento, comunicação, relacionamento intra e interpessoal sejam discutidas e experienciadas durante o seu período de formação¹⁷. Dessa forma, contribui-se para o desenvolvimento da competência interpessoal.

Podemos adquirir competência técnica em cursos, seminários, leituras ou pela experiência ou prática, mas, para alcançar competência interpessoal, é preciso treinamento específico em situações ditas de laboratório, ou seja, envolvendo vivências programadas de grupo¹. Os currículos nas faculdades de medicina brasileiras têm incluído disciplinas que buscam atender a essa perspectiva, tal como Psicologia Médica, que, na visão de Jeammet et al representa “... a parte da medicina encarregada de informar o médico para melhor realizar seu trabalho em geral, proporcionando-lhe uma conceitualização ampla do contexto psicobiológico e psicossocial da saúde e da enfermidade e facilitando-lhe o desenvolvimento de suas habilidades de interação interpessoal³”.

Feedback nas relações interpessoais

A habilidade em lidar com situações interpessoais engloba, entre outras habilidades¹:

- Flexibilidade perceptiva e comportamental – capacidade de ver vários ângulos ou aspectos da mesma situação, e atuar de forma diferenciada, não rotineira, experimentando novas alternativas de ação.

- Dar e receber *feed-back* – sem essa habilidade, não se constrói um relacionamento humano autêntico.

Feedback é a comunicação a um indivíduo ou grupo, visando lhe fornecer informações acerca de como seu comportamento está afetando as outras pessoas¹.

Para se tornar útil, o feedback precisa ser^{1, 18, 19}:

- 1) *Descritivo, ao invés de avaliativo*. Ou seja, não conter julgamentos ou interpretações, e sim o relato de um evento. Deve-se também evitar uma linguagem não-verbal (tom de voz, postura, expressão facial, etc) acusatória. Com tais cuidados se reduz o risco de reações defensivas.

- 2) *Específico ao invés de geral*. Isto implica em se evitar rótulos como, por exemplo, “autoritário”, ao invés de se especificar: “você toma decisões sem ouvir a sua equipe”.

- 3) *Compatível com as necessidades e objetivos de ambos* (emissor e receptor). Se, por exemplo, atender apenas ao objetivo de o emissor desabafar, o feedback pode se tornar destrutivo, de acordo com o grau de agressividade envolvido.

- 4) *Direcionado ao que é possível mudar*. Características pessoais, limitações de raciocínio e outros aspectos individuais não podem ser apontados como falhas, mas tolerados como peculiares àquele indivíduo.

- 5) *Solicitado ao invés de imposto*. Quando o receptor manifesta algum tipo de interesse em saber o que pensa o outro, torna-se mais fácil a aceitação do feedback.

- 6) *Oportuno*. Deve-se escolher o momento e o local adequados dar o feedback. Quanto mais próximo temporalmente do comportamento em questão, mais efetivo ele se torna. Feedbacks negativos são melhor aceitos se fornecidos reservadamente.

- 7) *Assertivo*. Implica em ser claro, objetivo e direto, evitando-se linguagem vaga, com afirmações ambíguas, que encobrem a mensagem principal.

8) *Respeitoso*. Parte-se do princípio de que o receptor é uma pessoa cujas ideias e sentimentos devem ser entendidos e respeitados.

9) *Conciso*. Funciona melhor quando se dá feedback em pequenas quantidades, de modo a ser melhor “digerido” por quem o recebe.

10) *Focado em dados objetivos*. O foco do feedback está em decisões e ações, e não nas supostas motivações das mesmas. Caso se utilizem dados subjetivos, isto deve ser claramente assinalado (por exemplo: “passou pela minha cabeça que...”)

Dar e receber feedback podem se tornar tarefas difíceis para as pessoas, embora isso seja muito importante para que, juntas, consigam os melhores resultados. Como, em nossa cultura, o feedback ainda é interpretado como uma crítica, surgem diversas barreiras para a sua utilização¹.

Ao darmos feedback, precisamos ficar atentos para alguns riscos. Um deles é considerá-lo como uma forma de demonstrar nossa inteligência e habilidade, ao invés de encará-lo como algo útil para o receptor e seus objetivos. Além disso, como já ressaltado, ele não deve servir apenas como um desabafo nosso, pois, assim, tenderemos a fazer julgamentos e utilizar uma visão parcial da pessoa. Existe também o risco de o outro ficar chocado ou magoado, ou mesmo interpretar mal o que foi transmitido. Por fim, nem sempre o receptor realmente está preparado para receber o feedback¹.

Uma boa estratégia para dar feedback é a utilização da “técnica do sanduíche”, onde o comentário sobre comportamento inadequado é fornecido entre duas avaliações positivas de ações ou condutas. Esta estratégia é particularmente útil para indivíduos considerados mais resistentes.²⁰

Aceitar feedback implica em sermos capazes de assumirmos nossas falhas e ineficiências. Também precisamos confiar na outra pessoa, acreditar que ela realmente tem boas intenções a nosso respeito. Sentir o feedback como uma crítica pode nos fazer acionar uma série de reações defensivas, tais como não ouvir o interlocutor, negar a validade do feedback, agredir o outro, etc¹. Saber ouvir com atenção tudo o que a outra pessoa tem a dizer, sem retrucar nem interrompê-la, permite que o feedback dado possa ser realmente utilizado para nosso crescimento pessoal.

Para uma comunicação efetiva médico-paciente, não se pode adotar uma estratégia “lançamento de bala”, ou seja, focar apenas em mensagens bem concebidas e bem enviadas. É preciso levar em conta a confirmação: reconhecer, dar-se conta, e apoiar a outra pessoa. Outro ponto importante consiste no entendimento mútuo em terreno comum. Assim, deve-se dar ênfase à interação, ao feedback, à colaboração, ou seja, à relação. É preciso criar oportunidades para intercambiar perguntas e respostas, clarificações, etc¹¹. Saber utilizar feedback, portanto, é aspecto fundamental da efetiva comunicação médico-paciente. Através dele, o profissional torna evidente para o cliente que o percebe, que responde a ele, e que efetivamente está interessado em clarificar as informações transmitidas.

No trabalho, na família, no casal, etc, o desenvolvimento da competência interpessoal implica em aprender formas adequadas de transformar o feedback no realmente ele é - um elemento útil para aprimorar as relações entre as pessoas.

Feedback na educação médica

Para Branch e Paranjape¹⁹, “feedback é o coração da educação médica”. Em tal contexto, ele se relaciona com as informações que descrevem o desempenho dos alunos em certa situação ou atividade no âmbito clínico. Os resultados da aprendizagem melhoram se há habilidade de dar e receber feedback. Este favorece a aprendizagem autodirecionada e a reflexão crítica, reforça comportamentos desejáveis, auxilia os alunos a corrigirem seus erros e a melhorar seu desempenho¹⁸.

Deve-se estimular a utilização do feedback pelos docentes como estratégia regular de ensino-aprendizagem. Assim, o feedback é incorporado naturalmente, tornando o ambiente de ensino seguro, e facilitando que os alunos aceitem críticas e sugestões. Isto favorece que se tornem agentes ativos no seu processo de aprender, pois procurarão sanar suas deficiências. Para

contribuir nesse processo, os estudantes podem ser encorajados e treinados para receber feedback, mas também para dá-lo a si mesmos e aos colegas¹⁸.

O modelo de ensino tradicional está centrado em quem ensina, com predomínio da transmissão de informações do docente ao aluno, e valorização da capacidade de memorização do estudante. A utilização de metodologias mais recentes de ensino-aprendizagem, que se centram no indivíduo que aprende e no desenvolvimento de estratégias de aprender a aprender, implica em que os estudantes sejam mais reflexivos e mais autônomos em seu próprio processo de aprendizagem, tornando-se sujeitos ativos de tal processo. Dessa forma, a utilização regular de feedback na educação médica favorece o papel ativo do aluno, uma vez que torna mais claro para ele como está se processando o seu aprendizado, e o que necessita fazer para conseguir melhores resultados.

Habilidades de comunicação

Pimenta et al²¹ referem que, para Robbins, dois dos mais importantes elementos para uma comunicação eficaz consistem nas habilidades de ser um ouvinte ativo e de dar feedback.

As pessoas confundem escutar com ouvir. Na verdade, escutar implica apenas em captar vibrações sonoras, enquanto ouvir significa compreender aquilo que escutamos. Dentre os comportamentos citados por Robbins como relacionados com o processo de audição eficaz, estão: manter contato visual, mostrar por meio de sinais não verbais que está interessado no que é dito, evitar ações que sugiram distração, fazer perguntas, não interromper o interlocutor e não falar demais. Além disso, é importante certificar-se de que está realmente compreendendo o que é falado, e concentrar-se nisso, ao invés de ficar pensando no que irá dizer depois²¹.

Para a habilidade de dar feedback, alguns recursos são importantes:

Paráfrase

“Consiste em dizer, com suas próprias palavras, aquilo que o outro disse. Você enuncia a ideia do outro com seu vocabulário usual, dá um exemplo indicando o que você pensa a respeito ou, por qualquer outra forma, mostra ao outro o significado do que você apreendeu do que ele disse. (...) Pode-se também obter esclarecimento perguntando diretamente: “Que você quer dizer com isto?” ou “Não entendi bem o que você disse.”¹

Exemplos:

- 1) A: Estou toda atrapalhada, o trabalho não anda, sei lá!
B: Você se sente confusa, e percebe que o trabalho não flui bem.
- 2) A: Acho que Maria não tem perfil para trabalhar no PSF.
B: Você quer dizer que ela tem dificuldades de interagir em equipe?
- 3) A: Acho que Maria não tem perfil para trabalhar no PSF.
B: O que significa para você não ter perfil para trabalhar no PSF?

A utilização da paráfrase contribui para aumentar a precisão da comunicação, e tem um efeito positivo sobre o outro, que sente o interesse do interlocutor em perceber como ele vê as coisas.

Descrição de comportamento

“Consiste em relatar as ações específicas, observáveis, dos outros, sem fazer julgamentos ou generalizar seus motivos, ou traços de personalidade.” Informa-se ao outro o comportamento específico que ele apresentou, utilizando-se dados facilmente observáveis por qualquer pessoa presente. Nesse processo, evita-se estabelecer julgamentos de valor (certo ou errado, bom ou ruim, etc), acusar a outra pessoa, fazer generalizações, ou interpretar a conduta do outro¹.

Exemplos:

- 1) “Maria, você interrompe as pessoas, não esperando que elas terminem de falar” ao invés de “Maria, você não respeita as pessoas”.
- 2) “Maria, frequentemente hoje você fica olhando para fora da sala, ou mexendo no seu celular”, ao invés de “Maria, você é muito dispersa”.

3) “Maria, quando alguém lhe pergunta uma coisa, você responde com outra” ao invés de “Maria, você não quer tratar desse assunto, porque lhe incomoda”.

Verificação de percepção

“Consiste em dizer sua percepção sobre o que o outro está sentindo, a fim de verificar se você está compreendendo também seus sentimentos, além dos conteúdos das palavras.” Este processo leva a uma compreensão maior das outras pessoas, uma vez que a comunicação utiliza diversos canais concomitantes. Muitas vezes, o emissor não está consciente dos sinais não-verbais que emite, os quais podem concordar ou não com a sua mensagem verbal. A habilidade de verificar a percepção é fundamental no desenvolvimento da capacidade de empatia¹.

Exemplos:

- 1) “Fiquei com a impressão de que você saiu chateada comigo na última reunião, foi mesmo?”
- 2) “Parece que você se sente desconfortável com a ideia de mudarmos nossos objetivos. Minha percepção está correta?”
- 3) “Depois que o médico saiu, você talvez tenha ficado mais à vontade, não é?”

Descrição de sentimentos

Consiste em alguém identificar ou especificar os seus sentimentos. Desse modo, a pessoa se abre ou se expõe, permitindo que os outros compartilhem de seus pensamentos e sentimentos. Isso permite que os outros lhe compreendam melhor como pessoa, ajudando-os a perceber de que forma eles lhe afetam¹.

Exemplos:

- 1) Estou confusa em relação ao que vamos fazer.
- 2) Tenho vontade, às vezes, de gritar.
- 3) Eu me sinto como se fosse um cachorrinho abandonado.

A descrição de sentimentos pode ser combinada com uma descrição de comportamento:

- 4) Fico chateada quando você fala comigo sem tirar os olhos do computador.

*Texto organizado para fins específicos da disciplina Psicologia Médica – EBMS/2008
Revisto em janeiro de 2013*

REFERÊNCIAS

1. MOSCOVICI, F. *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. 10ª. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.
2. FERNANDES, J. D. et al. Competência interpessoal como instrumento do trabalho em saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 18, n. 1/2, p. 57-66, 2003.
3. DE MARCO et al. – *Psicologia Médica*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
4. MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 323-327, 2009.
5. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38.
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
7. TEIXEIRA, H. Competência em medicina. *Revista Electrónica de Biomedicina*, n. 1: p. 22-31, 2005. Disponível em: <http://biomed.uninet.edu/2005/n1/teixeira-e.html> Acesso em 20 ago 2008.
8. CLIVE, P. M.; DEL RÍO, G. G. Comunicarse efetivamente em medicina. ¿Cómo adquirir habilidades comunicacionales durante la carrera de medicina? *Ars Medica: Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, v. 15, n. 15, p. 171-181, 2007.

9. ROSSI, O. S., BATISTA NA. O ensino da comunicação na graduação em Medicina – uma abordagem. *Comunicação, Saúde e Educação*, v. 10, n. 19, p. 93-102, 2006.
10. FERREIRA, E. C.; RIBEIRO, M. M. F.; LEAL, S. S. *Clínica médica: relação médico – paciente*, v.2. n. 1. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 2002.
11. MOORE, P. et al . La comunicaci3n m3dico paciente: ¿Cu3les son las habilidades efectivas?. *Revista M3dica do Chile.*, Santiago, v. 138, n. 8, p. 1047 – 1054, 2010.
12. NASSAR, M. R. F. Comunica3o e humaniza3o: a reconstru3o do relacionamento m3dico-paciente como crit3rio de qualidade na presta3o de Servi3o. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CI3NCIAS DA COMUNICA3O, 28, 2005. Rio de Janeiro. *Anais...* S3o Paulo: Intercom, 2005. 1 CD.
13. BECKMAN, H. B. et al. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, v. 154, n. 12, p. 1365-1370, 1994.
14. GARDNER, H. *Estruturas da mente: a teoria das intelig3ncias m3ltiplas*. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes M3dicas Sul, 1994 (reimpress3o 2002).
15. GOLEMAN, D. *Intelig3ncia Emocional*. Trad. Marcos Sanritta. Objetiva: Rio de Janeiro, 1995.
16. GREWAL, D.; DAVIDSON, H. A. Emotional Intelligence and Graduate Medical Education. *JAMA*, v. 300, n. 10, p. 1200-1202, 2008.
17. ESPERIDI3O E. ; MUNARI D. B. A forma3o integral dos profissionais de sa3de: possibilidades para a humaniza3o da assist3ncia. Forma3o profissional: possibilidades para a humaniza3o da assist3ncia. *Cuidado e Sa3de*. Maring3, v. 4, n. 2, p. 163-170, 2005.
18. ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L; AMARAL, E. Feedback como estrat3gia de aprendizado no ensino m3dico. *Revista Brasileira de Educa3o M3dica*, v. 31, n. 2, p. 176-179, 2007.
19. BRANCH, W. T.; PARANJAPE, A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Academic Medicine*, v. 77, n. 12, p. 1185–1188, 2002.
20. LUCAS, J. H.; STALLWORTH, J. R. Providing difficult feedback: TIPS for the problem learner. *Family Medicine*, v. 35, n. 8, p. 544-546, 2003.
21. PIMENTA, R. B., LIMA, I. A.; DERGINT, D. E. A. Comunica3o eficaz: compet3ncia gerencial estrat3gica na condu3o de equipes de projetos. *Revista Gest3o Industrial* , v. 1, n. 3, p. 49-58, 2005.