

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS
Marayra Inês França Coury

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM ESTUDANTES DE
MEDICINA DE DIFERENTES PERÍODOS DA GRADUAÇÃO. ESTUDO
TRANSVERSAL, BELO HORIZONTE, 2017-2018**

Belo Horizonte
2019

Marayra Inês França Coury

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM ESTUDANTES DE
MEDICINA DE DIFERENTES PERÍODOS DA GRADUAÇÃO. ESTUDO
TRANSVERSAL, BELO HORIZONTE, 2017-2018**

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

2019

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

61-057

C866a

Coury, Marayra Inês França.

Avaliação do nível de Inteligência Emocional em estudantes de Medicina de diferentes períodos da graduação. Estudo transversal, Belo Horizonte, 2017-2018. [manuscrito] / . -- Marayra Inês França Coury. Belo Horizonte, 2019.

66f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2019.

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

1. Inteligência Emocional. 2. Educação Médica. 3. Medicina.
I. Toledo Júnior, Antonio Carlos de Castro. II. Título.

Bibliotecária responsável: Kely A. Alves CRB6/2401



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.

Certificado de Aprovação

“Avaliação do nível de inteligência emocional em estudantes de medicina de diferentes períodos da graduação. Estudo transversal, Belo Horizonte, 2017-2018”.

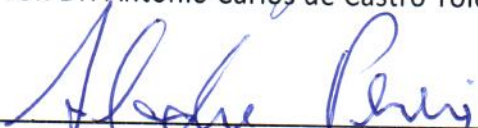
AUTOR: Marayra Inês França Coury

ORIENTADOR: 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




Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira



Profa. Dra. Taciana de Figueiredo Soares

Belo Horizonte, 15 de fevereiro de 2019.



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

Dedico esse trabalho ao meu marido Pedro que faz meus dias mais felizes e leves...

E a minha mãe por sempre estar ao meu lado...

Meu amor e minha base!

AGRADECIMENTOS

Agradeço sempre e em primeiro lugar a Deus e a São Judas Tadeu pela condução do meu caminho.

Agradeço à minha família pela confiança e motivação, em especial aos meus pais, que sempre acreditaram em meu potencial e por terem me presenteado com amadas irmãs, que me completam.

Ao Pedro, pelo apoio singular, você me traz sorte, meu amor!

Luisa e Julia, por alegrarem meus dias!

Aos meus colegas e professores do mestrado, doutores, mestres, pessoas maravilhosas, que adorei reencontrar, compartilhando momentos únicos e inesquecíveis, além de valiosas trocas de experiências. Ao acadêmico João Gabriel Menezes Duca, pela amizade desprendida e auxílio constante.

E finalmente agradeço ao meu brilhante orientador, Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Júnior, que, de forma íntegra e amável, sabidamente conduziu meus passos. Admirável em sua sabedoria e extremamente generoso na transmissão do conhecimento... A você, minha eterna gratidão!

"Qualquer um pode ficar com raiva ... é fácil. Mas estar zangado com a pessoa certa, com a intensidade certa, na hora certa, pelo motivo certo e no caminho certo ... isso não é fácil. "

Aristóteles

RESUMO

Estudos recentes demonstram a influência direta da inteligência emocional (IE) na prática médica e, mais especificamente, no estabelecimento e manutenção de uma boa relação médico-paciente. **Objetivos:** comparar os níveis de IE em estudantes de diferentes anos do curso de Medicina e avaliar outros fatores que influenciam os níveis de IE. **Materiais e métodos:** estudo transversal em estudantes de medicina do 1º, 3º e 6º anos de uma instituição privada de Belo Horizonte. A amostra foi calculada em 195 voluntários (65 de cada ano). Utilizou-se amostra não probabilística de conveniência. Os níveis de IE foram avaliados por meio do *Schutte Self Report EI Test*, e os dados sociodemográficos e pessoais foram coletados por meio de questionário específico autopreenchido. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da inclusão no estudo. Utilizou-se o teste ANOVA para comparar os escores de IE entre os anos do curso e o teste t *Student* para comparação dos escores entre as variáveis dicotômicas. O teste de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar a associação entre variáveis contínuas. Realizou-se análise de regressão múltipla com as variáveis que apresentaram $p < 0,10$. Foi considerado o nível de significância de 0,05. **Resultados:** entre outubro/2017 a abril/2018, 225 voluntários foram recrutados, sendo que 16 (7,1%) foram excluídos por preenchimento incompleto do questionário. A amostra final foi de 209 participantes (71 do 1º ano, 69 do 3º ano e 69 do 6º ano). A maioria era de mulheres (66,0%), 95,2% eram solteiros, 10,0% possuíam graduação prévia e 16,3% relataram diagnóstico prévio de distúrbio mental. A média de idade foi de 23,2 ($\pm 3,9$) anos. Não se observaram diferenças do escore geral e dos diferentes domínios de IE entre os três anos do curso. O teste de Pearson mostrou relação positiva fraca entre idade e escore total ($r=0,172$; $p=0,013$) e percepção das emoções ($r=0,236$; $p=0,001$). A regressão múltipla mostrou associação positiva significativa entre idade e escore total ($p=0,040$) e todos os domínios de IE, exceto para utilização das emoções. Observou-se redução significativa do escore total ($p=0,033$), da capacidade de gerenciamento das próprias emoções ($p<0,001$) e das emoções dos outros ($p=0,025$) em voluntários com relato de distúrbio mental prévio. **Conclusões:** não se observou relação entre os diferentes escores de IE e o ano do curso médico. Observou-se correlação positiva entre a idade e o escore total de IE, percepção das emoções, gerenciamento das próprias emoções e das dos outros. A presença de distúrbio mental reduziu o escore total, o gerenciamento das próprias emoções e das emoções dos outros.

Palavras chave: Inteligência Emocional. Educação Médica. Medicina.

ABSTRACT

Recent studies show a direct influence of emotional intelligence (EI) on medical practice and, more specifically, on the development and maintenance of a good patient-physician relationship. **Objectives:** Comparing EI levels among medicine students in different years of study and analyzing other factors influencing EI levels. **Materials and methods:** Cross-sectional study including students from the first, third and sixth years of a private medical school in Belo Horizonte. The sample consisted of 195 volunteers (65 from each year level), and non-probabilistic convenience sampling was used. EI levels were assessed by using the Schutte Self Report EI Test, and sociodemographic as well as personal data were collected by using a specific self-administered questionnaire. All volunteers signed the Free and Informed Consent Form prior to enrollment. The ANOVA test was used for comparison of EI scores between the different study levels, and the Student t test for comparison of scores between the dichotomous variables. The association between continuous variables was evaluated by using the Pearson correlation test. A multiple regression analysis was performed with the variables presenting $p < 0.10$. The significance level was 0.05. **Results:** Between October/2017 and April/2018, 225 volunteers were recruited, of which 16 (7.1%) were excluded for not filling up the questionnaire properly. The final sample consisted of 209 participants (71 from the first year, 69 from the third and 69 from the sixth). Most were women (66.0%), 95.2% were single, 10.0% had a previous college/university degree, and 16.3% reported a previous mental disorder diagnosis. The average age was 23.2 (± 3.9) years. There were no differences in the overall EI scores and the different EI domains among the various course years. The Pearson test showed a weak positive relation between age and total score ($r = 0.172$, $p = 0.013$) and perception of emotion ($r = 0.236$, $p = 0.001$). Multiple regression showed a significant positive association between age and total score ($p = 0.040$) in all EI domains, except for the use of emotions. There was a significant reduction in the total score ($p = 0.033$), the ability to manage one's own emotions ($p < 0.001$) and others' emotions ($p = 0.025$) in volunteers reporting previous mental disorders. **Conclusions:** No association was observed between the different IE scores and the years of medical study. There was a positive correlation between age and total IE score, perception of emotion, management of one's own emotions and management of others' emotions. The presence of mental disorder reduced the total score, as well as the management of one's own emotions and of others' emotions.

Keywords: Emotional Intelligence. Medical Education. Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Mediana e quartis do escore geral da inteligência emocional e seus domínios de acordo com o ano do curso..... | 30 |
| Figura 2 - Gráfico de dispersão entre idade e escores de inteligência emocional | 33 |
| Quadro 1 - Estudos realizados com o <i>Schutte Self Report EI Test</i> em estudantes universitários | 15 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------|--|----|
| Tabela 1 - | Características pessoais e sociodemográficas dos 209 voluntários de acordo com ano do curso e total..... | 26 |
| Tabela 2 - | Religiões declaradas pelos 190 voluntários que afirmaram ter religião.. | 27 |
| Tabela 3 - | Cursos de graduação prévios informados por 21 voluntários..... | 27 |
| Tabela 4 - | Atividades extracurriculares informadas por 128 voluntários..... | 28 |
| Tabela 5 - | Distúrbios mentais relatados informados por 34 voluntários..... | 28 |
| Tabela 6 - | Análise da consistência e confiabilidade interna do questionário, considerando a retirada que cada questão indicada e o total do questionário..... | 29 |
| Tabela 7 - | Escore total de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 voluntários de acordo com ano do curso..... | 29 |
| Tabela 8 - | Níveis totais de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 voluntários de acordo com sexo..... | 31 |
| Tabela 9 - | Níveis totais de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 voluntários de acordo com religião..... | 31 |
| Tabela 10 - | Níveis totais de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 voluntários de acordo com atividades extracurriculares..... | 31 |
| Tabela 11 - | Níveis totais de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 voluntários de acordo com graduação prévia..... | 32 |
| Tabela 12 - | Níveis totais de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 voluntários de acordo com relato de distúrbio mental prévio..... | 32 |
| Tabela 13 - | Correlação entre idade e escores de inteligência emocional..... | 32 |
| Tabela 14 - | Análise comparativa entre sexo e diagnóstico prévio de doença mental entre 209 estudantes..... | 34 |
| Tabela 15 - | Distúrbios mentais relatados por 34 voluntários de acordo com sexo..... | 34 |
| Tabela 16 - | Regressão múltipla de idade, sexo, graduação prévia, sexo e diagnóstico prévio de doença mental por escore total de inteligência emocional e seus diferentes domínios..... | 35 |

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| BH | Belo Horizonte |
| CONEP | Comissão Nacional de Ética em Pesquisa |
| D.P | desvio padrão |
| EI | <i>emotional intelligence</i> |
| IC | intervalo de confiança |
| IE | Inteligência Emocional |
| MSCEIT | <i>Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test</i> |
| S.I | sem informação |
| SSEIT | <i>Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test</i> |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNIFENAS | Universidade José do Rosário Vellano |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1.1 | Avaliação da inteligência emocional..... | 14 |
| 1.2 | Fatores que influenciam a inteligência emocional..... | 15 |
| 1.3 | Inteligência emocional e medicina..... | 18 |
| 2 | JUSTIFICATIVA..... | 21 |
| 3 | OBJETIVOS..... | 22 |
| 3.1 | Objetivo geral..... | 22 |
| 3.2 | Objetivos específicos..... | 22 |
| 4 | MATERIAIS E MÉTODOS..... | 23 |
| 4.1 | Amostra, amostragem e recrutamento..... | 23 |
| 4.2 | Coleta de dados..... | 24 |
| 4.3 | Plano de análise estatística..... | 24 |
| 4.4 | Aspectos éticos..... | 25 |
| 5 | RESULTADOS..... | 26 |
| 5.1 | Análise descritiva..... | 26 |
| 5.2 | Análise comparativa..... | 29 |
| 5.3 | Análise exploratória..... | 33 |
| 6 | DISCUSSÃO..... | 36 |
| 7 | CONCLUSÕES..... | 42 |
| 8 | APLICABILIDADE..... | 43 |
| | REFERÊNCIAS..... | 44 |
| | APÊNDICE..... | 50 |
| | ANEXO..... | 62 |

1 INTRODUÇÃO

A inteligência emocional (IE) pode ser considerada um dos temas mais debatidos e investigados atualmente em relação às capacidades ou competências intelectuais e sociais de um indivíduo, seja em no ambiente de trabalho, de estudo ou até entretenimento. De acordo com Mayer, Roberts e Barsades (2008), as primeiras referências científicas que introduziram o termo “inteligência emocional” datam de 1960 e eram textos que faziam menção a tratamentos psicoterápicos. Já, na década de 1980, com a introdução da ideia de múltiplas formas ou facetas da inteligência de forma geral, a investigação das emoções e como elas se relacionavam com a cognição tiveram ascensão significativa, atingindo o pico na década de 1990, com a popularização do tema e grande crescimento no número de publicações que tentavam conceituar e explorar a importância dessa competência em diferentes situações (MAYER; ROBERTS; BARSADES, 2008).

O primeiro grande desafio na área de processos cognitivo-emocionais é chegar à melhor definição ou conceito de IE. Percebe-se que, com o passar do tempo e com o desenvolvimento de ferramentas que ajudaram na compreensão e mensuração dessa competência específica, a ampliação e subdivisão do conceito foram cada vez mais exploradas, levando autores, como Tett, Fox e Wang (2005, p. 860), a definirem, sob diferentes pontos de vista, simplificando o conceito em sua conclusão:

[...] um conjunto de características comportamentais e autopercepção relacionado à capacidade pessoal de reconhecer, processar e utilizar informações carregadas de emoção. Estão incluídos neste conjunto traços de personalidade emocionalmente relevantes, como empatia, perseverança e habilidades sociais autopercebidas, levando ao conceito de autoeficácia emocional.

Outros autores como Mayer, Roberts e Barsade (2008, p. 511) também se empenharam em criar um conceito que seria mais abrangente e que ao mesmo tempo delimitasse melhor quais habilidades estariam relacionadas com essa função mental, postulando: “A inteligência emocional está relacionada à capacidade de raciocinar de forma precisa sobre as emoções e à capacidade de utilizar as emoções e o conhecimento sobre emoções para melhorar o raciocínio.”

O tema inteligência sempre chama atenção de todos por estar muito atrelado ao sucesso profissional, pessoal, afetivo e econômico. Muita discussão a respeito de quantas e quais são estas inteligências, qual a mais importante, como desenvolvê-las e amplificá-las povoa as

mentes de muitos estudiosos. Em uma única base de dados, foram indexados quase 81 mil artigos que citam inteligência emocional, 18.000 só nos últimos 5 anos. Isso mostra a relevância e o interesse pelo tema.

1.1 Avaliação da inteligência emocional

O desenvolvimento de modelos teóricos da IE tem sido acompanhado pelo desenvolvimento de medidas que testam os diferentes construtos (MAYER; CARUSO; SALOVEY, 1999). Desde o surgimento da primeira avaliação da IE, por meio da percepção de emoções em estímulos visuais (MAYER; DIPAOLO; SALOVEY, 1990), vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliação dessa habilidade. De modo geral, esses instrumentos se dividem em dois tipos: (a) os de desempenho, que medem a performance de determinado sujeito em tarefas específicas, e (b) os de autorrelato, constituídos por questionários nos quais o sujeito relata as habilidades que acredita possuir (BRACKETT; MAYER, 2003; WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009). Apesar de os instrumentos de autorrelato possuírem menor validade psicométrica, alguns autores defendem que os dois tipos de instrumentos medem constructos diferentes e não são formas diferentes de avaliar o mesmo constructo. Os instrumentos de desempenho avaliam habilidades propriamente ditas, que devem ser medidas por meio de instrumentos objetivos, ou quaisquer objetivos que requeiram a observação do sujeito em determinadas situações, simuladas ou reais. Já os questionários de autorrelato avaliam disposições comportamentais e a autopercepção de habilidades (O'CONNOR; LITTLE, 2003; WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009).

O questionário *Schutte Self Report EI Test* (SSEIT) foi desenvolvido por Schutte et al. (1998) com base no modelo de inteligência emocional de Salovey e Mayer (1990). Estudos realizados em adolescentes e adultos mostraram boa consistência interna e validade do questionário (QUADRO 1). Ele avalia, por meio de 33 itens, o nível global de inteligência emocional e os quatro diferentes domínios: percepção de emoções, gerenciamento das próprias emoções, gerenciamento das emoções dos outros e utilização de emoções. O SSEIT é de uso público e foi validado para o português do Brasil por Toledo, Duca e Coury (2018) (APÊNDICE C).

Quadro 1 - Estudos realizados com o *Schutte Self Report EI Test* em estudantes universitários

| Autoria | N | Alfa de Cronbach | Média (D.P.) | País e População |
|---------------------------------------|-------|------------------|----------------------|---|
| Bastian, Burns e Nettelbeck (2005) | 246 | 0,89 | 123,8 ($\pm 12,5$) | Austrália, estudantes do primeiro ano ensino superior |
| Brackett e Mayer (2003) | 207 | 0,93 | 123,4 ($\pm 14,5$) | Estados Unidos, acadêmicos de psicologia |
| Brown e Schutte (2006) | 177 | 0,85 | 126,5 ($\pm 11,6$) | Austrália, acadêmicos de psicologia |
| Depape et al. (2006) | 125 | 0,85 | 127,8 ($\pm 12,4$) | Canadá, acadêmicos de psicologia |
| Guastello e Guastello (2003) | 566 | 0,78 | 122,3 (S.I.) | Estados Unidos, estudantes universitários |
| Holman et al. (2015) | 42 | 0,88 | 140,3 ($\pm 9,9$) | Estados Unidos, estudantes de medicina |
| Pau e Croucher (2003) | 213 | 0,90 | 117,5 ($\pm 14,9$) | Estados Unidos, acadêmicos de odontologia |
| Saklofske et al. (2007) | 258* | 0,90 | 124,0 ($\pm 14,4$) | Canadá, estudantes universitários |
| | 104** | | 119,3 ($\pm 12,7$) | |
| Scott, Ciarrochi e Deane (2004) | 276 | S.I. | 122,1 ($\pm 12,9$) | Austrália, estudantes universitários do primeiro ano |
| Toledo, Duca e Coury (2018) | 41 | 0,79 | 126,6 ($\pm 12,1$) | Brasil, acadêmicos de medicina e médicos residentes |
| Van Rooy, Alonso e Viswesvaran (2005) | 275 | 0,87 | 129,5 ($\pm 14,2$) | Estados Unidos, acadêmicos de psicologia |

D.P. – desvio padrão; S.I. – sem informação; * mulheres; ** homens

1.2 Fatores que influenciam a inteligência emocional

Bar-On (2000) observou que alguns fatores como otimismo, autorrealização, felicidade, independência e responsabilidade social poderiam influenciar positivamente nos níveis de IE, medidos a partir do teste de performance, elaborado por ele e colaboradores. Algumas dessas variáveis também foram alvo de outros estudos, que concluíram que o otimismo, a empatia e diversas habilidades sociais, como automonitoramento perante as situações, poderiam influenciar os escores em testes de IE (SCHUTTE et al., 1998; SCHUTTE et al., 2001).

Bastian, Burns e Nettelbeck (2005) apresentaram resultados que demonstram maiores níveis de inteligência emocional em participantes com maior satisfação com a vida, maior percepção da

capacidade de resolver problemas e capacidade de enfrentamento com menor ansiedade. Os autores ressaltam que, apesar de pequena distinção, as habilidades cognitivas estavam mais relacionadas com os escores em testes de performance do que aqueles obtidos por meio de ferramentas de autorrelato.

As relações entre os níveis de IE e outros fatores como adaptabilidade, capacidade de manejo do estresse, habilidades intra e interpessoais foram estudadas por Malekar e Mohanty (2009), que, após aplicarem um teste de autorrelato em estudantes jovens, demonstraram resultados que sustentam uma correlação positiva dessas variáveis com os escores de IE nesse tipo de população.

Explorando a relação entre os diferentes testes, Brackett e Mayer (2003) investigaram, em estudantes de psicologia da *Yale University*, a validade convergente, discriminante e incremental de ferramentas de avaliação da IE, o Teste de Inteligência Emocional Caruso-Salovey (MSCEIT) e mais duas medidas de autorrelato: o Quociente Emocional Inventário (EQ-i) e o SSEIT. O MSCEIT mostrou relações mínimas com o EQ-i e o SSEIT, enquanto as duas últimas foram moderadamente inter-relacionadas. Entre as medidas, o MSCEIT era discriminável para o bem-estar e personalidade, enquanto o EQ-i e o SSEIT compartilhavam considerável variação com essas medidas. Em geral, os resultados mostraram que as habilidades envolvidas com a IE e os escores em ferramentas de autorrelato se relacionam de forma semelhante, podendo estas últimas ainda serem úteis para a avaliação da IE em seu modelo misto. Além desse, vários outros estudos também confirmam que as medidas de autorrelato realmente podem estar mais relacionadas à personalidade do indivíduo do que com os níveis de IE (BRACKETT; MAYER, 2003; LOPES; SALOVEY; STRAUS, 2003; O'CONNOR; LITTLE, 2003).

Diferentes estudos observaram maiores níveis de IE em mulheres, (MCCLURE, 2000; CIARROCHI; HYNES; CRITTENDEN, 2005; KRET; DE GELDER, 2012; VAN ROOY; ALONSO; VISWESVARAN, 2005). Por outro lado, vários outros confrontam a ideia de que há superioridade intrínseca da mulher em relação a habilidades emocionais, discutindo como o sexo poderia influenciar positiva ou negativamente os níveis de IE em seus diferentes aspectos (PETRIDES; FURNHAM, 2000; DEPAPE et al., 2006; CARR, 2009; JOSEPH; NEWMAN, 2010; FERNÁNDEZ-BERROCAL et al., 2012).

A idade também parece influenciar os níveis de IE. Vários estudos indicam correlação positiva e significativa entre o aumento da idade e maiores níveis de IE (VAN ROOY; ALONSO; VISWESVARAN, 2005; ATKINS; STOUGH, 2005; FARISELLI; GHINI; FREEDMAN, 2008; CABELLO et al., 2016). Por outro lado, alguns estudos também levantam a hipótese adicional de que com o envelhecimento, esses níveis teriam tendência a decair, mais especificamente em relação a habilidades de autocontrole (ATKINS; STOUGH, 2005; CABELLO et al., 2016; MATHER, 2012).

Há uma vasta literatura indicando a existência de estreita correlação negativa entre os níveis de IE medidos por diferentes tipos de testes e a presença ou histórico de distúrbios mentais, como depressão, ansiedade, transtorno de comportamento e personalidade, vício a internet e também ao uso de álcool ou drogas (SHUTTE et al., 1998; BRACKETT; MAYER; WARNER, 2004; DAWDA; HART, 2000; FERNANDEZ-BERROCAL; ALCAIDE; EXTREMERA, 2006; LUKE et al., 2008; HERTEL; SCHÜTZ; LAMMERS, 2009; SODHI, 2016; MANJU, 2016; HANSENNE; BIANCHINI, 2009; JAHGARD et al., 2012; KHOSHAKHLAGH; FARAMARZI, 2012; CIARROCHI; DEANE; ANDERSON, 2002; KOSHUA; BAGHERI; HEYDARZADEH, 2018).

O momento da avaliação, definido como ano ou período do curso da graduação também pode influenciar os níveis de IE. O resultado de um estudo realizado por Rouf et al. (2013) indica que o ano do curso de contabilidade se relaciona de forma positiva com o nível de IE, sendo que os estudantes do último ano apresentaram níveis mais elevados de IE em comparação com os estudantes do segundo e terceiro ano. Nesse sentido, Depape et al. (2006) também apontou o ano da graduação como um preditor significativo de maiores níveis de IE.

O ambiente familiar, a situação econômica dos pais e a boa relação entre os membros do círculo familiar podem representar fatores que também influenciam significativamente os níveis de IE e sua construção ao longo da vida (HARROD; SCHEER, 2005; MAYER; CARUSO; SALOVEY, 1999). Adicionalmente, Brackett, Mayer e Warner (2004) demonstraram que o comportamento desafiador para com os seus familiares e ter relacionamentos pobres com os amigos também podem influenciar negativamente os níveis de IE.

Pau e Croucher (2003) investigaram a relação entre inteligência emocional e estresse percebido entre estudantes de odontologia. Todos os estudantes de odontologia de uma escola do Reino

Unido foram convidados a preencher um questionário sobre idade, sexo, ano de estudo, inteligência emocional e estresse percebido. Duzentos e treze estudantes (48% do sexo masculino) participaram, uma taxa de resposta de 70%. A análise fatorial confirmou quatro fatores previamente identificados na literatura como compreendendo inteligência emocional: otimismo/regulação do humor, utilização de emoções, avaliação de emoções e habilidades sociais. Em conclusão, os estudantes com níveis mais baixos de inteligência emocional relatam mais estresse percebido, confirmando a associação entre eles. Brown e Schutte (2006) estudaram a relação entre IE e depressão, ansiedade, otimismo, controle da saúde interna, quantidade de apoio social e satisfação com o apoio social e observaram que os maiores níveis de IE estavam associados com menores níveis de “fadiga mental” percebida.

Em 2006, na *University of Windsor*, Depape et al. realizaram estudo com objetivo de examinar a autofala, o ano do estudo universitário e o sexo como preditores de inteligência emocional em amostra diversificada de 126 estudantes de graduação de psicologia (42 homens, 84 mulheres). Os resultados indicaram que a “conversa interna” foi preditor significativo da inteligência emocional sendo associados à inteligência emocional em uma direção positiva. A fala interna tem sido discutida na literatura como um meio de aumentar a autoconsciência e a autorregulação, pontos importantes no construto da inteligência emocional. Em concordância com esses achados, Mitra et al. (2018) também encontraram relações estatisticamente significativas entre o a síndrome *burnout* e baixos níveis de inteligência emocional em residentes de medicina.

1.3 Inteligência emocional e medicina

Lidar com suas próprias emoções, assim como as emoções de seus pacientes, familiares e colegas, faz parte do cotidiano do médico. De acordo com Hernandez-Vargas e Dickinson-Bannack (2014), a inteligência emocional pode ser uma habilidade essencial no exercício da profissão. Ela auxilia na relação médico-paciente; influencia positivamente a qualidade do atendimento e a satisfação do paciente; e melhora o desempenho, o nível de envolvimento e a satisfação profissional dos médicos e o treinamento, além de favorecer o desenvolvimento de habilidades de comunicação (BIRKS; WATT, 2007; HERNANDEZ-VARGAS; DICKINSON-BANNACK, 2014).

Vários estudos demonstram a influência direta da IE na prática médica e, mais especificamente, no estabelecimento e manutenção de uma boa relação médico-paciente (BIRKS; WATT, 2007). Canales e Cleveland (2015) discutiram a importância da capacidade de compreender e gerenciar emoções, sentimentos e comportamentos para os profissionais da área médica. Em sua análise, essa capacidade seria desenvolvida automaticamente pelo trabalho e atendimento contínuo de pacientes. Apesar disso, eles concluíram que modificações curriculares nos cursos de medicina proporcionariam maior aptidão relacionada a habilidades que envolvam a IE de médicos em processo de formação.

Arora et al. (2010), em revisão sistemática sobre o tema, analisaram 16 artigos publicados nos últimos 30 anos. Onze estudos concentraram-se em pós-graduandos, quatro em estudantes de graduação e um em candidatos a escolas médicas. Eles concluíram que maior nível de inteligência emocional contribui positivamente para a relação médico-paciente, aumenta a empatia, melhora o trabalho em equipe e as habilidades de comunicação, o controle do estresse, o comprometimento organizacional e a liderança.

Cherry et al. (2014) afirmam que a aplicabilidade e estudo desses conceitos não são úteis apenas na prática médica, mas também na própria área da educação médica. Nessa revisão crítica da literatura, os autores demonstraram que a educação baseada na IE pode ser capaz de contribuir para o aprendizado sobre o profissionalismo e habilidades de comunicação, além de enfatizar a relevância de técnicas que desenvolvam essa habilidade para a formação de médico com perfil mais adaptável às diferentes circunstâncias, adversidades e dificuldades que fazem parte da prática profissional.

Estudo recente que avaliou a influência da IE, no desempenho de estudantes de medicina em atividades cirúrgicas, demonstrou que a capacidade de suportar e responder bem ao estresse laboral e ocupacional está ligada à IE do estudante ou médico, sugerindo que o grupo de habilidades que englobam essa área cognitiva seja treinado para que os estudantes tenham melhores mecanismos de enfrentamento do estresse relacionado ao trabalho (JOSEPH, 2016). Colaborando com a ideia de que os estudantes de medicina deveriam ter um melhor treinamento de habilidades, envolvendo o espectro da IE, Abdollahpour et al. (2016) compararam grupos de estudantes que cursam Medicina com que não cursam e verificou que os estudantes de medicina apresentavam menor pontuação no teste de IE, sugerindo que é necessário prestar

maior atenção não apenas na seleção, mas também no treinamento dos estudantes de medicina, com objetivo de melhorar e ampliar tais habilidades.

Além disso, no que tange à importância da IE para a educação e formação médica, Johnson (2015) discutiu em sua revisão a importância, para o médico, da capacidade de avaliar as emoções do paciente para melhor coleta de história e diagnóstico mais preciso. Nesse mesmo estudo, o autor ressalta as estratégias para treinar, desenvolver, testar e avaliar as habilidades emocionais dos estudantes de medicina, que devem necessariamente ser abordadas de forma longitudinal e integral ao longo do curso médico, não apenas para fixação, mas também favorecer a incorporação desses conceitos e habilidades.

Ranasinghe et al. (2017) confirmam, através de revisão da literatura, que níveis mais elevados de IE em estudantes de medicina estão associados a desempenho acadêmico melhor em relação às habilidades clínicas e no trabalho no decorrer da formação. Embora as emoções sejam conhecidas como fenômenos universais, fatores culturais podem influenciar fortemente nos sentimentos que estão sendo experimentados, percebidos e transmitidos no decorrer da vida acadêmica.

A busca pela progressão da inteligência emocional, portanto, pode ser considerada uma solução possível para atenuar os efeitos deletérios causados pela complexidade das relações do profissional médico com o ambiente de trabalho, bem como em suas relações intra e interpessoais. Essa habilidade pode ser ensinada e aprimorada, devendo-se avaliar os impactos de sua inclusão no currículo de cursos de medicina de forma sistemática (BIRKS; WATT, 2007; HERNANDEZ-VARGAS; DICKINSON-BANNACK, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

A IE não é uma característica intrínseca do indivíduo, mas um conjunto de habilidades que pode ser treinado ao longo do curso de Medicina. Estudos sugerem que a IE influencia o desempenho de estudantes de Medicina e de médicos, podendo ser um fator determinante na boa relação médico-paciente e no desempenho profissional. Não foram identificados estudos que avaliaram a IE em estudantes de medicina no Brasil. O conhecimento sobre o comportamento da IE em estudante de medicina pode determinar a necessidade de treinamento das habilidades relacionadas a ela durante o curso e também o momento ideal de o realizar.

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-os para o melhor resultado na atenção à saúde, além de melhorar a relação interprofissional, favorecendo o trabalho em equipe com reflexo direto sobre o cuidado integral e reflexivo à população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- O objetivo geral foi comparar o nível de IE em estudantes de diferentes períodos do curso de Medicina.

3.2 Objetivos específicos

- avaliar o nível de inteligência emocional em estudantes de medicina do primeiro, terceiro e sexto anos do curso de Medicina;
- avaliar outros fatores que podem influenciar no nível de inteligência emocional, como sexo, idade, estado civil, religião, atividades extracurriculares e graduação prévia.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal que avaliou estudantes do 1º, 3º e 6º anos do Curso de Medicina da UNIFENAS do Campus Belo Horizonte dos anos 2017 e 2018. Foram incluídos no estudo os alunos:

- regularmente matriculados e que cursavam 1º, 3º e 6º anos de medicina;
- assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A).

Foram excluídos do estudo os alunos:

- com situação acadêmica irregular/repetentes;
- que participaram do projeto de validação do SSEIT;
- que não assinaram o TCLE.

4.1 Amostra, amostragem e recrutamento

A amostra foi calculada em 177 estudantes, 59 de cada ano, de acordo com StatCalc Epi Info® para estudos transversais, com base nos seguintes parâmetros:

- população total: 450 estudantes (150 por ano x 3 anos);
- frequência esperada de altos níveis de IE: 25%;
- margem de erro: 5%;
- intervalo de confiança: 95%.

Considerando eventuais perdas e falhas no preenchimento do questionário, a amostra calculada foi aumentada em 10%, totalizando 195 estudantes, 65 de cada ano em estudo.

O recrutamento foi feito por conveniência. Todos os estudantes de cada um dos anos em estudo foram convidados a participar deste estudo. Isso ocorreu em diferentes ambientes do curso, como sala de aula, biblioteca, lanchonete e áreas de convivência e em diferentes horários, para otimizar o processo de recrutamento. Em todas as situações, os aplicadores supervisionaram o preenchimento do questionário, sem interferir, porém. Para melhorar a adesão dos estudantes, foi oferecida a caneta e bombons no dia da aplicação do questionário.

4.2 Coleta de dados

Para avaliação do nível de inteligência emocional, foi utilizado o questionário SSEIT (SCHUTTE, 1998; TOLEDO, DUCA, COURRY, 2018 - ANEXO A), composto por 33 perguntas e que se utiliza de uma escala de Likert com cinco opções de resposta: (1) discordo totalmente, (2) discordo parcialmente, (3) não discordo nem concordo, (4) concordo parcialmente e (5) concordo totalmente. O escore total varia de 33 a 165. As pontuações mais altas indicam nível de inteligência emocional mais elevado. Para o cálculo do escore final, os valores das respostas das questões 5, 28 e 33 são invertidos e, depois, soma-se o valor de cada questão. Pode-se calcular também o escore específico para quatro domínios relacionados à inteligência emocional: percepção de emoções (itens 5, 9, 15, 18, 19, 22, 25, 29, 32, 33), gerenciamento das próprias emoções (itens 2, 3, 10, 12, 14, 21, 23, 28, 31), gerenciamento de emoções dos outros (itens 1, 4, 11, 13, 16, 24, 26, 30) e utilização de emoções (itens 6, 7, 8, 17, 20, 27) (SCHUTTE; MALOUFF; BHULLAR, 2009).

Também foram coletadas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, se possui filhos, religião, graduação anterior, participação de atividades extracurriculares (monitoria, iniciação científica, atividades de extensão ligadas ou não ao curso de medicina), diagnóstico prévio de doença mental autorrelatada e ano do curso (APÊNDICE B).

4.3 Plano de análise estatística

O desfecho principal foi o nível de inteligência emocional, e os desfechos secundários, os diferentes domínios da IE medidos pelo SSEIT. A principal variável de exposição foi o ano do curso de medicina, dividido em três grupos: primeiro ano, terceiro ano e sexto ano. O banco de dados foi construído no Microsoft® Excel® (Microsoft, USA) e a análise estatística feita pelo software IBM® SPSS® Statistics v. 19 (IBM, USA). Antes da análise estatística, foi feita conferência manual do banco de dados e conferência por amplitude e lógica, para garantir a integridade dos dados. O escore total e os escores dos domínios foram calculados no Excel® antes da importação do banco de dados para o SPSS®.

Na análise descritiva foram utilizadas as medidas de tendência central para variáveis contínuas e distribuição de frequência para variáveis categóricas. A consistência interna e a validade do

SSEIT foram avaliadas pelo teste de Cronbach alfa. Utilizou-se o teste de ANOVA para comparar os escores de IE entre os anos do curso e o teste t de *Student* para comparação dos escores de IE e sexo, estado civil (solteiro ou não), religião, graduação prévia, participação em atividades extracurriculares e diagnóstico prévio de doença mental. O teste exato de Fisher bicaudal foi utilizado na comparação entre sexo e relato de distúrbio mental prévio. O teste de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar a associação idade e os escores de IE. Realizou-se análise de regressão múltipla entre escore total de IE e seus domínios e as variáveis que apresentaram $p < 0,10$. Foi considerado o nível de significância de 0,05.

4.4 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS (Parecer nº 2.048.558 - ANEXO B) e está em concordância com a versão atual da Declaração de Helsinque e a Resolução 466/2012 do CONEP e suas atualizações. Todos os voluntários receberam esclarecimento sobre os objetivos do estudo e assinaram o TCLE antes de sua inclusão.

Nenhum dos estudantes recebeu pagamento ou benefício pessoal por sua participação no estudo. As avaliações foram aplicadas em dias de aula habitual dos estudantes, sua participação também não implicou nenhuma despesa adicional.

5 RESULTADOS

No período de outubro de 2017 a abril de 2018, 225 estudantes concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE. Desses, 16 (7,1%) foram excluídos por preenchimento incompleto do questionário. A mostra final foi de 209 estudantes, sendo 71 do primeiro ano, 69 do terceiro ano e 69 do sexto ano.

5.1 Análise descritiva

A TAB.1 apresenta as características sociodemográficas e pessoais dos 209 estudantes de acordo com o ano. Observa-se predomínio de pessoas do sexo feminino (138 - 66,0%) e de solteiros (199 - 95,2%). Apenas quatro deles (1,9%) tinham filhos e 19 (9,1%) declararam não possuir religião. Vinte e um (10,0%) possuíam graduação prévia e 128 (61,2%), relataram participação em atividades extracurriculares. A frequência de diagnóstico prévio de depressão ou outro distúrbio mental foi de 16,3% (34 voluntários). A média de idade geral foi de 23,2 ($\pm 3,9$) anos.

Tabela 1 - Características pessoais e sociodemográficas dos 209 estudantes de acordo com ano do curso e total

| Variável | | 1º ano | | 3º ano | | 6º ano | | Total | |
|------------------------------|-----------|--------|------|--------|------|--------|------|-------|------|
| | | N | % | n | % | n | % | n | % |
| Sexo | Feminino | 46 | 64,8 | 45 | 65,2 | 47 | 68,1 | 138 | 66,0 |
| | Masculino | 25 | 35,2 | 24 | 34,8 | 22 | 31,9 | 71 | 34,0 |
| Estado civil | Solteiro | 67 | 94,4 | 66 | 95,7 | 66 | 95,7 | 199 | 95,2 |
| | Casado | 4 | 5,6 | 2 | 2,9 | 2 | 2,9 | 8 | 3,8 |
| | Outros | 0 | 0,0 | 1 | 1,4 | 1 | 1,4 | 2 | 1,0 |
| Filhos | Sim | 1 | 1,4 | 2 | 2,9 | 1 | 1,4 | 4 | 1,9 |
| | Não | 69 | 98,6 | 67 | 97,1 | 68 | 98,6 | 204 | 98,1 |
| Religião | Sim | 64 | 90,1 | 62 | 89,9 | 64 | 92,8 | 190 | 90,9 |
| | Não | 7 | 9,9 | 7 | 10,1 | 5 | 7,2 | 19 | 9,1 |
| Graduação prévia | Sim | 6 | 8,5 | 6 | 8,7 | 9 | 13,0 | 21 | 10,0 |
| | Não | 65 | 91,5 | 63 | 91,3 | 60 | 87,0 | 188 | 90,0 |
| Atividades extracurriculares | Sim | 17 | 23,9 | 62 | 89,9 | 49 | 71,0 | 128 | 61,2 |
| | Não | 54 | 76,1 | 7 | 10,1 | 20 | 29,0 | 81 | 38,8 |
| Distúrbio mental prévio | Sim | 13 | 18,3 | 8 | 11,6 | 13 | 18,8 | 34 | 16,3 |
| | Não | 58 | 81,7 | 61 | 88,4 | 56 | 81,2 | 175 | 83,7 |
| Idade | Média | 21,0 | | 23,0 | | 25,8 | | 23,2 | |
| | D.P. | 3,76 | | 3,21 | | 3,11 | | 3,90 | |

D.P. – desvio padrão

Em relação à Religião, a maioria dos 195 estudantes que declararam possuir alguma religião eram católicos (150 - 76,9%), 16 (8,2%) evangélicos, 17 (8,7%) espíritas e 12 (6,2%) afirmaram seguir alguma outra religião (TAB. 2).

Tabela 2 - Religiões declaradas pelos 190 estudantes que afirmaram ter religião

| Religião | N | % |
|-----------------|------------|--------------|
| Católica | 150 | 76,9 |
| Evangélica | 16 | 8,2 |
| Espírita | 17 | 8,7 |
| Outra | 12 | 6,2 |
| Total* | 195 | 100,0 |

* alguns respondedores indicaram mais de uma religião

Como observado na TAB. 3, dos 20 estudantes que declararam possuir graduação previamente, nota-se que 17 (85%) eram graduados em curso da área de saúde, sendo enfermagem o curso mais frequente (7 - 35,0%), seguido de fisioterapia e farmácia, ambos com três estudantes (15%).

Tabela 3 - Cursos de graduação prévios informados por 21 estudantes

| Cursos | N | % |
|-------------------------|-----------|--------------|
| Enfermagem | 7 | 35,0 |
| Fisioterapia | 3 | 15,0 |
| Farmácia | 3 | 15,0 |
| Veterinária | 1 | 5,0 |
| Relações internacionais | 1 | 5,0 |
| Nutrição | 1 | 5,0 |
| Engenharia de produção | 1 | 5,0 |
| Educação física | 1 | 5,0 |
| Biomedicina | 1 | 5,0 |
| Administração | 1 | 5,0 |
| Total* | 20 | 100,0 |

* um voluntário não informou o curso de graduação prévio

Entre 128 estudantes que declararam ter realizado atividades extracurriculares, 51,9% (95) participaram de atividades de extensão, 23,0% (42), de monitorias e 4,4% (8), de atividades de iniciação científica (TAB. 4). Ressalta-se que alguns deles indicaram mais de uma atividade

extracurricular, logo o total da tabela é maior que o número de estudantes que declararam realizar atividades extracurriculares.

Tabela 4 - Atividades extracurriculares informadas por 128 estudantes

| Cursos | N | % |
|------------------------|------------|--------------|
| Atividades de extensão | 95 | 51,9 |
| Monitoria | 42 | 23,0 |
| Iniciação científica | 8 | 4,4 |
| Outras atividades | 38 | 20,8 |
| Total* | 183 | 100,0 |

* alguns respondedores indicaram mais de uma atividade extracurricular

A TAB. 5 demonstra os distúrbios mentais relatados por 34 (16,3%) estudantes. Alguns deles relataram o diagnóstico de mais de um distúrbio mental. A depressão foi o distúrbio mais frequente (21 – 51,2%), seguida pela ansiedade (9 - 22,0%), síndrome do pânico (4 - 9,8%), transtorno de ansiedade generalizado (3 - 7,3%) e transtorno obsessivo compulsivo (2 - 4,9%).

Tabela 5 - Distúrbios mentais relatados por informados por 34 estudantes

| Cursos | N | % |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| Depressão | 21 | 51,2 |
| Ansiedade | 9 | 22,0 |
| Síndrome do pânico | 4 | 9,8 |
| Transtorno de ansiedade generalizada | 3 | 7,3 |
| Transtorno obsessivo compulsivo | 2 | 4,9 |
| Não informado | 2 | 4,9 |
| Total* | 41 | 100,0 |

* alguns respondedores indicaram mais de um distúrbio mental

A consistência interna e a confiabilidade do SSEIT foi avaliada por meio do teste Cronbach alfa. Foi calculado o valor do questionário total e o valor após a retirada de cada uma das questões individualmente (TAB. 6). O Cronbach alfa do questionário total foi 0,842, e os valores referentes à retirada individual de cada questão variaram de 0,825 a 0,839, indicando boa consistência interna e confiabilidade.

Tabela 6 - Análise da consistência e confiabilidade interna do questionário, considerando a retirada de cada questão indicada e o total do questionário

| Questão | Cronbach alfa | Questão | Cronbach alfa | Questão | Cronbach alfa | Questão | Cronbach alfa |
|------------------------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|
| 1 | 0,827 | 9 | 0,828 | 17 | 0,830 | 25 | 0,826 |
| 2 | 0,830 | 10 | 0,832 | 18 | 0,827 | 26 | 0,831 |
| 3 | 0,836 | 11 | 0,832 | 19 | 0,830 | 27 | 0,830 |
| 4 | 0,836 | 12 | 0,825 | 20 | 0,829 | 28 | 0,835 |
| 5 | 0,835 | 13 | 0,831 | 21 | 0,831 | 29 | 0,833 |
| 6 | 0,835 | 14 | 0,828 | 22 | 0,829 | 30 | 0,833 |
| 7 | 0,834 | 15 | 0,825 | 23 | 0,830 | 31 | 0,827 |
| 8 | 0,830 | 16 | 0,829 | 24 | 0,833 | 32 | 0,831 |
| | | | | | | 33 | 0,839 |
| Total do questionário | | | | | | | 0,842 |

5.2 Análise comparativa

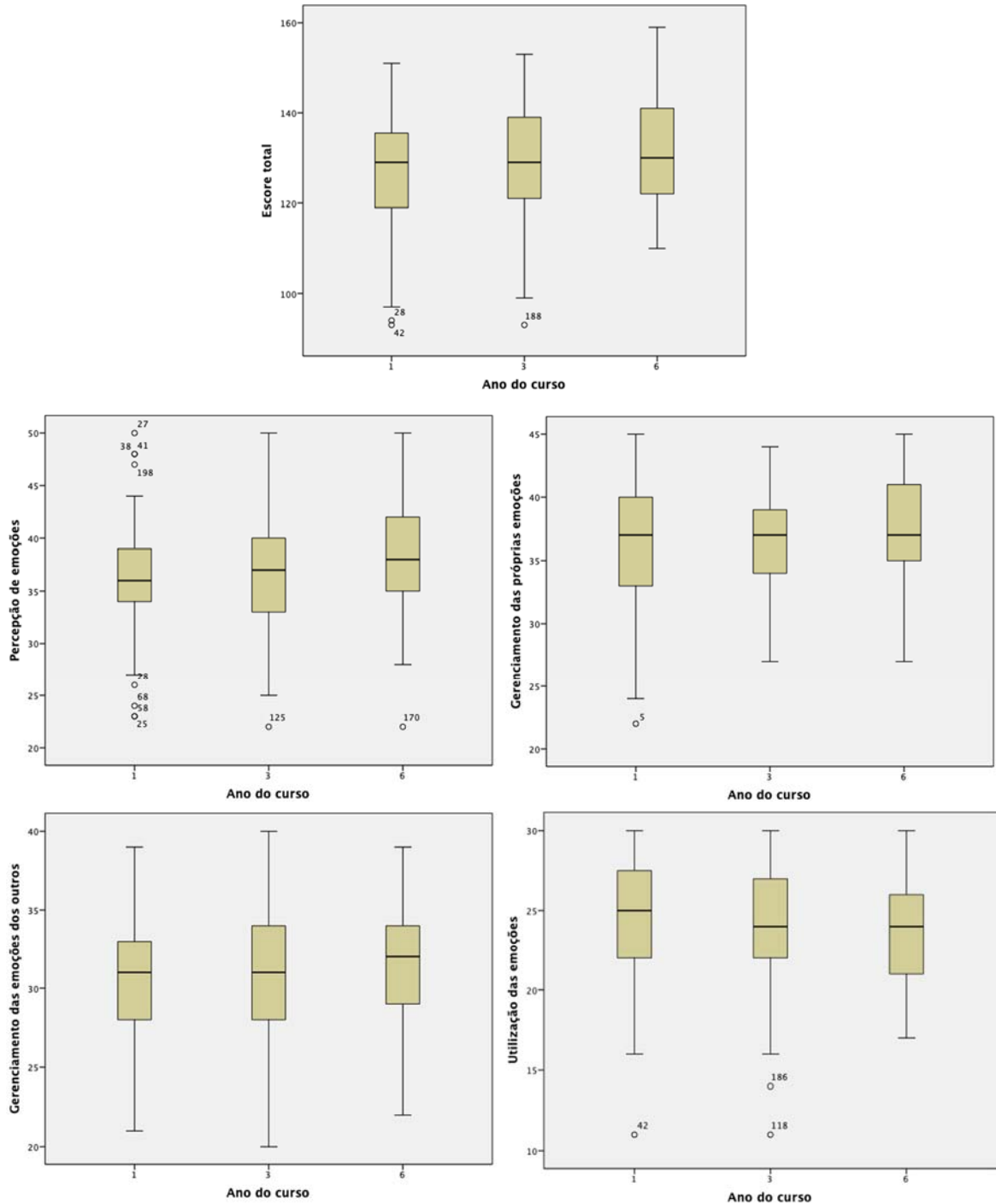
A TAB. 7 ilustra o escore geral e por domínios da IE de acordo com o ano do curso. De modo geral, observa-se que os escores do sexto ano são maiores que os dos outros anos e que os escores do primeiro e terceiro anos são próximos. No entanto, nenhuma dessas diferenças foi estatisticamente significativa. Comparando-se os escores observados com o total de pontos possíveis para o escore total e para o diferentes domínios, observa-se que a pontuação observada foi elevada, acima de 75% dos pontos possíveis para a maior parte dos escores (TAB. 8) .

Tabela 7 - Escore total de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 estudantes de acordo com ano do curso

| Variável | 1º ano | | 3º ano | | 6º ano | | Total | | p* |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | Média | D.P. | Média | D.P. | Média | D.P. | Média | D.P. | |
| Escore total | 127,86 | 13,694 | 127,62 | 13,114 | 131,16 | 12,382 | 128,87 | 13,117 | 0,208 |
| Percepção de emoções | 36,45 | 5,267 | 36,33 | 5,329 | 38,03 | 5,391 | 36,93 | 5,359 | 0,115 |
| Gerenciamento das próprias emoções | 36,30 | 5,325 | 36,70 | 4,030 | 37,62 | 4,148 | 36,87 | 4,560 | 0,212 |
| Gerenciamento das emoções dos outros | 30,49 | 4,091 | 30,67 | 4,269 | 31,62 | 4,011 | 30,92 | 4,135 | 0,223 |
| Utilização das emoções | 24,62 | 3,591 | 23,93 | 3,882 | 23,88 | 3,521 | 24,15 | 3,665 | 0,412 |

D.P. – desvio padrão; *ANOVA

Figura 1 – Mediana e quartis do escore geral da inteligência emocional e seus domínios de acordo com o ano do curso



Os homens apresentaram escore estatisticamente superior ($p=0,013$) que as mulheres no domínio gerenciamento das próprias emoções, $37,96 (\pm 4,314)$ versus $36,30 (\pm 4,595)$ respectivamente (TAB. 8).

Tabela 8 - Níveis totais de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 estudantes de acordo com sexo

| Variável | Feminino | | Masculino | | p* |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Média | D.P. | Média | D.P. | |
| Escore total | 128,04 | 12,856 | 130,49 | 13,555 | 0,200 |
| Percepção de emoções | 36,73 | 5,152 | 37,32 | 5,756 | 0,451 |
| Gerenciamento das próprias emoções | 36,30 | 4,595 | 37,96 | 4,314 | 0,013 |
| Gerenciamento das emoções dos outros | 31,03 | 3,993 | 30,72 | 4,421 | 0,608 |
| Utilização das emoções | 23,97 | 3,798 | 24,49 | 3,393 | 0,331 |

D.P. – desvio padrão; * teste t de *Student*

Não houve diferenças significativas entre os escores de IE e ter religião ou desenvolver atividades extracurriculares (TAB. 9 e 10).

Tabela 9 - Níveis totais de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 estudantes de acordo com religião

| Variável | Não tem religião | | Tem religião | | p* |
|--------------------------------------|------------------|--------|--------------|--------|-------|
| | Média | D.P. | Média | D.P. | |
| Escore total | 128,47 | 11,340 | 128,91 | 13,307 | 0,890 |
| Percepção de emoções | 37,37 | 5,814 | 36,89 | 5,326 | 0,711 |
| Gerenciamento das próprias emoções | 36,63 | 3,947 | 36,89 | 4,625 | 0,815 |
| Gerenciamento das emoções dos outros | 30,53 | 4,427 | 30,96 | 4,115 | 0,662 |
| Utilização das emoções | 23,95 | 3,274 | 24,17 | 3,709 | 0,803 |

D.P. – desvio padrão; * teste t de *Student*

Tabela 10 - Níveis totais de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 estudantes de acordo com atividades extracurriculares

| Variável | Não | | Sim | | p* |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | Média | D.P. | Média | D.P. | |
| Escore total | 128,07 | 13,266 | 129,38 | 13,049 | 0,486 |
| Percepção de emoções | 36,89 | 5,249 | 36,96 | 5,448 | 0,925 |
| Gerenciamento das próprias emoções | 36,67 | 4,845 | 36,99 | 4,384 | 0,616 |
| Gerenciamento das emoções dos outros | 30,31 | 3,958 | 31,31 | 4,212 | 0,087 |
| Utilização das emoções | 24,21 | 3,680 | 24,11 | 3,670 | 0,847 |

D.P. – desvio padrão; * teste t de *Student*

Estudantes com graduação prévia apresentaram escores significativamente maiores ($p=0,021$) que os sem graduação prévia no domínio percepção das emoções, $39,48(\pm 4,654)$ versus $36,65(\pm 5,368)$, respectivamente (TAB.11).

Tabela 11 - Níveis totais de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 estudantes de acordo com graduação prévia

| Variável | Sem graduação prévia | | Com graduação prévia | | p* |
|--------------------------------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|--------------|
| | Média | D.P. | Média | D.P. | |
| Escore total | 128,40 | 13,315 | 133,10 | 10,526 | 0,120 |
| Percepção de emoções | 36,65 | 5,368 | 39,48 | 4,654 | 0,021 |
| Gerenciamento das próprias emoções | 36,75 | 4,675 | 37,90 | 3,254 | 0,272 |
| Gerenciamento das emoções dos outros | 30,91 | 4,173 | 31,00 | 3,873 | 0,929 |
| Utilização das emoções | 24,09 | 3,721 | 24,71 | 3,149 | 0,457 |

D.P. – desvio padrão; * teste t de *Student*

A TAB. 12 compara os escores de IE em relação ao diagnóstico prévio de distúrbio mental. Os estudantes com relato de distúrbio mental apresentaram escore total de IE menor ($124,56 \pm 13,223$ versus $129,71 \pm 12,968$, $p=0,036$) e também escore menor no domínio gerenciamento das próprias emoções ($33,71 \pm 4,096$ versus $37,48 \pm 5,502$, $p < 0,001$).

Tabela 12 - Níveis totais de inteligência emocional e seus diferentes domínios entre 209 estudantes de acordo com relato de distúrbio mental prévio

| Variável | Não | | Sim | | p* |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|
| | Média | D.P. | Média | D.P. | |
| Escore total | 129,71 | 12,968 | 124,56 | 13,223 | 0,036 |
| Percepção de emoções | 36,85 | 5,271 | 37,38 | 5,852 | 0,594 |
| Gerenciamento das próprias emoções | 37,48 | 4,096 | 33,71 | 5,502 | < 0,001 |
| Gerenciamento das emoções dos outros | 31,17 | 4,192 | 29,68 | 3,633 | 0,054 |
| Utilização das emoções | 24,22 | 3,729 | 23,79 | 3,346 | 0,539 |

D.P. – desvio padrão; * teste t de *Student*

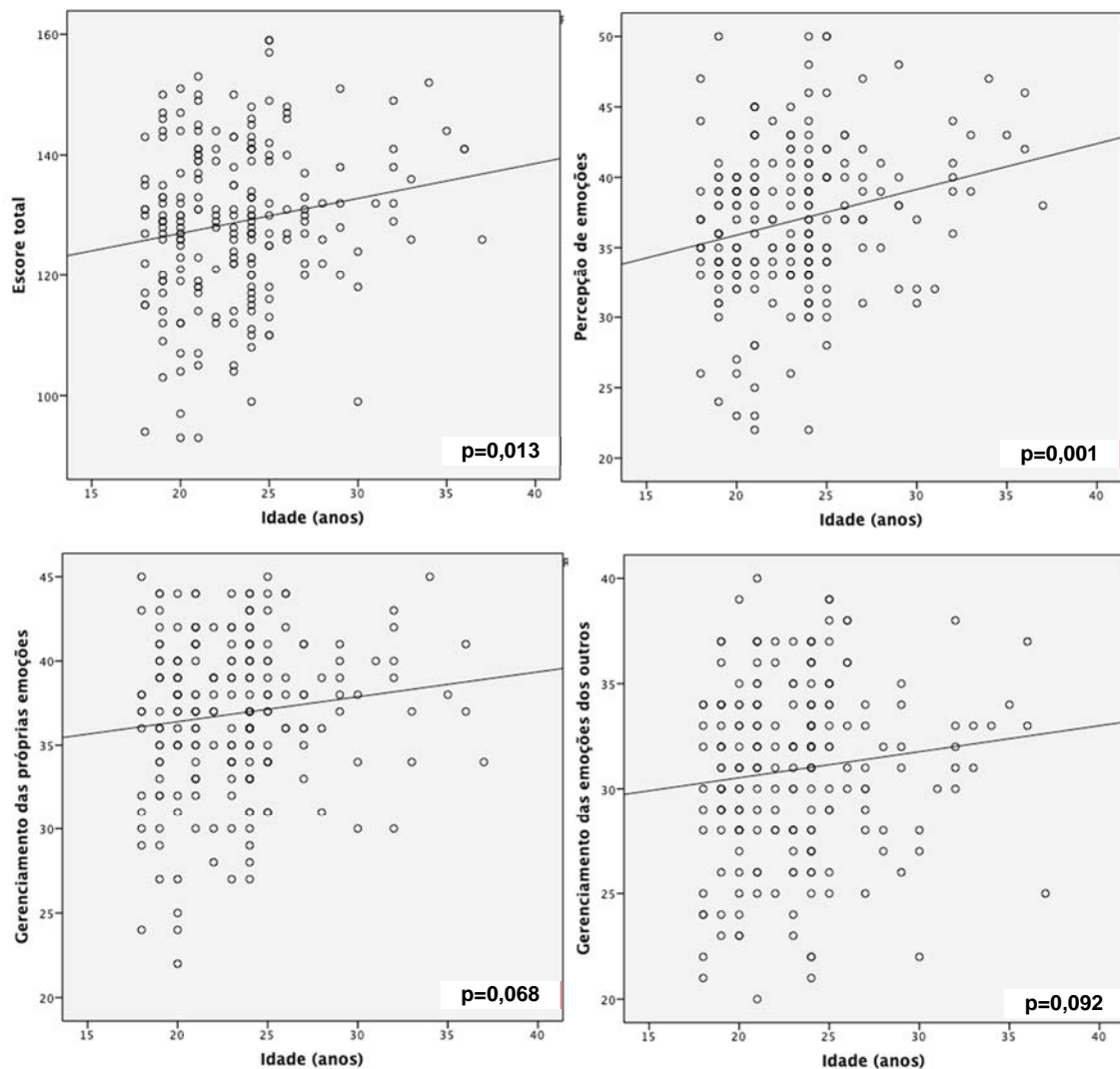
A correlação de Pearson mostrou associação positiva fraca, mas estatisticamente significativa entre a idade o escore total de IE e o domínio percepção de emoções. Os demais domínios não apresentaram significância estatística (TAB. 13 e FIG. 2).

Tabela 13 - Correlação entre idade e escores de inteligência emocional

| Variável | R | p* |
|--------------------------------------|--------------|--------------|
| Escore total | 0,172 | 0,013 |
| Percepção de emoções | 0,236 | 0,001 |
| Gerenciamento das próprias emoções | 0,126 | 0,068 |
| Gerenciamento das emoções dos outros | 0,117 | 0,092 |
| Utilização das emoções | -0,18 | 0,795 |

* teste de correlação de Pearson

Figura 2 - Gráfico de dispersão de idade e escores de inteligência emocional



5.3 Análise exploratória

Com objetivo de avaliar melhor as possíveis relações entre idade e graduação prévia e entre doença mental e sexo, foram feitas análises comparativas adicionais. Os estudantes com curso superior prévio apresentavam idade média maior ($30,8 \pm 5,1$ anos) que os estudantes sem graduação prévia ($22,3 \pm 2,8$ anos), $p < 0,001$. Como pode ser observado na Tabela 14, o relato de distúrbio mental prévio foi significativamente maior entre mulheres do que entre homens ($p=0,003$; RR=1,43 - IC95% 1,21-1,70). Não foram observadas diferenças significativas entre a idade média e relato de distúrbio mental prévio e entre idade e sexo (dados não apresentados). Os 30 estudantes que relataram distúrbio mental prévio citaram 37 diagnósticos, sendo a depressão e a ansiedade os diagnósticos mais frequentes (TAB. 15).

Tabela 14 - Análise comparativa entre sexo e diagnóstico prévio de doença mental entre 209 estudantes

| Variável | Feminino | | Masculino | | p** |
|-------------------------------------|----------|------|-----------|------|-------|
| | N | % | N | % | |
| Presença de distúrbio mental prévio | 30 | 21,7 | 4 | 5,6 | 0,003 |
| Ausência de distúrbio mental prévio | 108 | 78,3 | 67 | 94,4 | |

D.P. – desvio padrão; * teste t de *Student*; ** teste exato de Fisher; RR 1,43 (IC95% 1,21-1,70)

Tabela 15 - Distúrbios mentais relatados por 34 estudantes de acordo com sexo

| Doença mental | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Depressão | 18 | 48,6 | 3 | 75,0 | 21 | 51,2 |
| Ansiedade | 9 | 24,3 | 0 | --- | 9 | 22,0 |
| Síndrome do pânico | 3 | 8,1 | 1 | 25,0 | 4 | 9,8 |
| Transtorno de ansiedade generalizada | 3 | 8,1 | 0 | --- | 3 | 7,3 |
| Transtorno obsessivo compulsivo | 2 | 5,4 | 0 | --- | 2 | 4,9 |
| Não informado | 2 | 5,4 | 0 | --- | 2 | 4,9 |
| Total* | 37 | 100 | 4 | 100 | 41 | 100,0 |

* alguns respondedores indicaram mais de um distúrbio mental

Foi realizada então regressão múltipla para avaliar as interações entre essas quatro variáveis e o escore total de IE e seus diferentes domínios (TAB. 16). Observa-se que a idade influenciou de modo positivo (aumento da idade aumenta o nível de IE) no escore total e todos os domínios, exceto utilização das emoções. Já o relato de distúrbio mental prévio influenciou negativamente o escore total de inteligência emocional, o gerenciamento das próprias emoções e o gerenciamento da emoção dos outros. No modelo de regressão múltipla, não se observou relação entre sexo e graduação prévia e os níveis de IE medidos pelo escore total e seus diferentes domínios.

Tabela 16 – Regressão múltipla de idade, sexo, graduação prévia, sexo e diagnóstico prévio de doença mental por escore total de inteligência emocional e seus diferentes domínios

| Variável | Coeficientes não padronizados | | Sig |
|---|-------------------------------|--------------|------------------|
| | Beta | Erro padrão | |
| Escore total | | | |
| Idade | 0,626 | 0,302 | 0,040 |
| Sexo | 1,595 | 1,921 | 0,407 |
| Graduação prévia | -0,069 | 3,912 | 0,986 |
| Distúrbio mental prévio | -5,306 | 2,472 | 0,033 |
| Percepção de emoções | | | |
| Idade | 0,311 | 0,124 | 0,013 |
| Sexo | 0,660 | 0,784 | 0,401 |
| Graduação prévia | 0,200 | 1,598 | 0,901 |
| Distúrbio mental prévio | 0,411 | 1,009 | 0,684 |
| Gerenciamento das próprias emoções | | | |
| Idade | 0,177 | 0,101 | 0,082 |
| Sexo | 1,063 | 0,642 | 0,099 |
| Graduação prévia | 0,029 | 1,308 | 0,983 |
| Distúrbio mental prévio | -3,658 | 0,826 | <0,001 |
| Gerenciamento das emoções dos outros | | | |
| Idade | 0,225 | 0,096 | 0,020 |
| Sexo | -0,640 | 0,609 | 0,295 |
| Graduação prévia | -1,708 | 1,241 | 0,170 |
| Distúrbio mental prévio | -1,773 | 0,784 | 0,025 |
| Utilização das emoções | | | |
| Idade | -0,086 | 0,087 | 0,322 |
| Sexo | 0,511 | 0,550 | 0,354 |
| Graduação prévia | 1,411 | 1,119 | 0,209 |
| Distúrbio mental prévio | -0,286 | 0,707 | 0,686 |

6 DISCUSSÃO

O principal objetivo desse estudo é comparar o nível de inteligência emocional em estudantes do primeiro, terceiro e sexto anos de um curso de Medicina. Foram avaliados também outros fatores que podem influenciar o nível de IE, como sexo, idade, estado civil, religião e diagnóstico prévio de doença mental (autorrelatado), entre outros. Não se observou diferença entre o escore total de IE e seus domínios entre os três grupos avaliados. Os escores apresentados pelos três grupos foram elevados, com o sexto ano apresentando valores um pouco maiores que os outros dois, mas sem diferença estatística. Os escores do primeiro ano foram maiores que o esperado, dessa forma, a amostra possivelmente não tinha poder estatístico suficiente para indicar se realmente existia diferença entre os grupos.

Os resultados também não indicaram diferenças entre os níveis de IE e o sexo, exceto pelo domínio gerenciamento das próprias emoções, no qual os homens apresentaram escores mais elevados que as mulheres ($37,96 \pm 4,3$ versus $36,30 \pm 4,6$; $p=0,013$). Esse achado confronta grande parte dos dados da literatura, que demonstram maiores níveis de IE em mulheres de uma forma geral a partir da aplicação de diferentes tipos de testes (MCCLURE, 2000; CIARROCHI; HYNES; CRITTENDEN, 2005; KRET; DE GELDER, 2012). Outro estudo, realizado em estudantes de cursos da área de saúde, indicam que talvez o sexo não influencie diretamente os níveis de IE, podendo ser menores em mulheres quando analisados na forma de habilidades (MIRI et al., 2013). A influência do gênero nos níveis de IE vem sendo alvo de intensa discussão nos últimos anos, uma vez que diferentes estudos suportam a hipótese de que mulheres possuem tendência a apresentarem maiores níveis de IE em comparação aos homens e outros refutam tal hipótese, demonstrando que essa relação pode ser resultado de viés metodológico (PETRIDES; FURNHAM, 2000; CARR, 2009; JOSEPH; NEWMAN, 2010; FERNÁNDEZ-BERROCAL et al., 2012).

Nesse sentido, Vasefi, Dehghani e Mirzaaghapoor (2018) realizaram estudo transversal também com estudantes de Medicina em diferentes anos da graduação e não encontraram diferença estatística significativa nos escores por sexo e chegou à conclusão de que, mesmo que as mulheres realmente tenham maiores níveis de IE, elas estariam mais susceptíveis a um maior “esgotamento emocional” por dificuldades do dia a dia, o que levaria à diminuição nos escores em testes de avaliação da IE e conseqüente diminuição da significância na comparação entre os escores nos dois gêneros. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado

por Miri et al. (2013) em uma universidade do Irã, onde se concluiu que a percepção de estresse não teria relação com os níveis de IE em estudantes de ciências da saúde, mas os dados obtidos indicam que essa percepção de estresse é particularmente superior nos participantes do sexo feminino. Neste estudo, uma possível explicação para esta associação é a menor frequência de relato de distúrbio mental prévio entre homens (5,6% *versus* 21,7%, $p=0,003$ – dados não apresentados), uma vez que também se observou relação entre níveis mais baixos de IE (escore total e gerenciamento das próprias emoções) e o diagnóstico prévio de distúrbio mental.

Os resultados relacionados à graduação prévia, como possível fator de influência nos níveis de IE de estudantes de Medicina, revelam que aqueles estudantes que já cursaram outros tipos de graduação possuem maior capacidade na percepção das emoções comparados àqueles que não cursaram ($p=0,0126$). Estes resultados sustentam a ideia de que experiências em outros cursos de nível superior poderiam afetar positivamente os níveis de IE de indivíduos. Um possível fator de confusão, na análise comparativa dessa variável no tocante a este estudo, foi a idade dos estudantes que declararam ter cursado outra graduação em relação aos que não cursaram ($30,8\pm 5,1$ *versus* $22,3\pm 2,8$, $p<0,001$). Como demonstrado na Figura 1, observou-se correlação positiva entre a idade e escore total de IE ($p=0,013$) e o domínio percepção das emoções ($p=0,001$), indicando que os níveis de IE parecem aumentar com a idade.

Fariselli, Ghini e Freedman (2006) não só reforçaram a hipótese de que a IE é um conjunto de habilidades que pode ser treinada como também concluem que a maioria das pessoas melhorarão essas habilidades com o decorrer do tempo e através de experiências durante a vida. Mais especificamente sobre a idade, Cabello et al. (2016) encontraram o padrão de “U” invertido no gráfico que relaciona a idade e os níveis de IE medidos por meio de dois diferentes testes, demonstrando que indivíduos mais jovens (< 31 anos) e mais velhos (>45) podem apresentar menores níveis de inteligência emocional que adultos em média idade (32-44).

Explorando ainda mais essa relação com a idade, Atkins e Stough (2005) encontraram resultados que suportam a ideia de que a capacidade de usar as emoções para resolução de problemas aumenta com a idade, enquanto a capacidade de controlar emoções fortes poderia diminuir com a idade. Mather (2012) afirmou tal hipótese ao concluir que, mesmo com o aumento dos níveis de IE ao longo do tempo, devido à agregação de experiências vividas, doenças cardiovasculares poderiam causar danos adicionais à substância branca pré-frontal do

córtex cerebral, afetando o controle cognitivo e mecanismos disponíveis para regular suas emoções.

Os resultados de um estudo realizado por Parker et al. (2006), que acompanharam dois grupos de estudantes de uma universidade em Ontario (EUA), durante 1 ano, demonstraram que aqueles que persistem em estudos após a graduação ou que possuem maior tempo de graduação apresentam escores na avaliação da IE significativamente maiores do que aqueles que se retiraram do curso antes ou que não continuaram os estudos após a graduação. Em uma outra perspectiva, Jones (2008) concluiu, em sua revisão, que um dos fatores que podem influenciar positivamente no desenvolvimento de habilidades ligadas à inteligência emocional seria a exposição do estudante a situações do mundo real, além de levantar a hipótese de que indivíduos que possuem experiências laborais, em diferentes áreas, poderiam atingir maiores escores em testes que avaliam a IE.

Para elucidar ainda mais a relação entre a idade e a presença de graduação prévia com os escores totais e por domínio da IE, foi aplicado o método de regressão múltipla, que demonstrou influência positiva da idade nos escores totais e em todos domínios, com exceção ao domínio de utilização das emoções. Isso demonstra que a presença de graduação prévia atuou como variável de confusão, mascarando o efeito da idade nas comparações anteriores.

Apesar da frequência de distúrbios mentais prévios observada nesse estudo ser quase metade da frequência dos relatos recentes da literatura internacional e nacional, 16,3% em comparação com 27,2% (ROTENSTEIN et al., 2016) e 31,4% (PACHECO et al., 2017), houve a observação de menores níveis gerais de IE ($p < 0,001$) e menor capacidade de gerenciamento das próprias emoções ($p = 0,036$) nos estudantes com relato de distúrbio mental prévio. Tais achados são congruentes com vários dados da literatura, que indicam menores níveis de IE em estudantes com distúrbios mentais (HERTEL; SHÜTZ; LAMMERS, 2009; SODHI, 2016; MANJU, 2016; HANSENNE; BIANCHINI, 2009; CIARROCHI; DEANE; ANDERSON, 2002; KOSUSHA; BAGHERI; HEYDARZADEH, 2018).

Nesse sentido, Hertel, Schütz e Lammers (2009) concluíram que indivíduos com transtorno depressivo maior, transtorno de personalidade *borderline* e transtorno de abuso de substâncias possuem déficits significativos em escores de testes de avaliação da IE, quando comparados a indivíduos normais. Além disso, os autores também indicam que essa diferença foi mais

significativa ainda ao se avaliar habilidades envolvidas com a percepção das emoções dos outros e manejo das próprias emoções. Especialmente sobre a depressão, distúrbio mental mais frequente na população estudada, Jahangard et al. (2012) demonstraram, em estudo tipo caso-controle, que indivíduos com depressão maior poderiam não apenas aumentar seus escores em testes de avaliação de IE, mas também apresentar menos sintomas depressivos após passar por um protocolo de treinamento de habilidades emocionais por 4 semanas. Adicionalmente, Luke et al. (2008) concluíram que os níveis de IE mensurada por meio de testes podem ter um valor preditivo em termos de identificação precoce de indivíduos com risco de desenvolver depressão maior.

Fernandez-Berrocal, Alcaide e Extremera (2006) também demonstraram que a ansiedade e a depressão se relacionam negativamente com os níveis de IE, que, nesse caso, foi avaliada por meio de instrumentos como testes de autorrelato. Além disso, esse estudo também constatou que a capacidade de discriminar os sentimentos e a capacidade de gerenciamento das próprias emoções são habilidades associadas ao melhor ajuste psicológico, independentemente dos efeitos da autoestima e da supressão de pensamento nos escores desses testes. Holt e Jones (2005) descrevem como a incapacidade de regular a ansiedade pode interferir na performance de indivíduos em testes de avaliação da IE, o que levaria a menores escores nesses testes devido à maior distração desses indivíduos em tarefas nos quais são envolvidos.

Não apenas a depressão e a ansiedade, mas diferentes transtornos mentais e comportamentais estão fortemente relacionados com menores níveis de IE mensurados a partir tanto de testes de autorrelato, quanto de performance. Khoshakhlagh e Faramarzi (2012) relatam haver associação estatisticamente significativa entre a IE, distúrbios mentais e o vício à internet. Eles concluíram que distúrbios mentais como ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, agressividade, fobia e hipocondria são bons preditores do vício em internet e estão intimamente relacionados com menores níveis de IE medidos em testes. É coerente pensar que esse grupo de indivíduos tenha dificuldades em expressar suas emoções em diferentes situações, incluindo interações sociais e familiares, compreensão correta dos pensamentos e sentimentos dos outros.

Para explorar ainda mais a relação das variáveis sexo e o diagnóstico prévio autorrelatado de distúrbio mental, também foi aplicado o método de regressão múltipla, que demonstrou influência negativa nos escores totais de IE, no domínio gerenciamento das próprias emoções e no domínio gerenciamento da emoção dos outros. Ou seja, assim como a presença de

graduação prévia, o sexo atuou como variável de confusão, mascarando a presença de distúrbio mental prévio autorrelatado na análise comparativa com os escores totais e por domínios da IE.

Uma das limitações desse estudo é inerente ao instrumento utilizado para a avaliação dos níveis de inteligência emocional. Os instrumentos de autorrelato para avaliação de IE apresentam tendência a superestimar os níveis de IE, uma vez que os respondedores podem indicar a resposta que consideram socialmente aceitável e não necessariamente a avaliação sincera de sua situação (GOLDENBERG; MATHESON; MANTLER, 2006; HUNSLEY; MEYER, 2003; BRACKETT; MAYER, 2003; WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009). Holman et al. (2015) também utilizaram o SSEIT, em 42 estudantes de medicina no Estados Unidos da América, e observaram valores elevados em IE ($140,3 \pm 9,9$), acima dos valores observados em outros estudos realizados em estudantes universitários. Os valores observados nesse estudo ($128,9 \pm 13,1$) são semelhantes a outros estudos universitários realizados em outros países (BASTIAN; BURNS; NETTELBECK, 2005; BRACKETT; MAYER, 2003; BROWN; SCHUTTE, 2006; DEPAPE et al., 2006; GUASTELLO; GUASTELLO, 2003; PAU; CROUCHER, 2003; SAKLOFSKE et al., 2007; SCOTT; CIARROCHI; DEANE, 2004; TOLEDO; DUCA; COURRY, 2018; VAN ROOY; ALONSO; VISWESVARAN, 2005). Apesar da limitação inerente ao instrumento de autorrelato, a utilização de instrumentos de desempenho em estudos de larga escala apresenta limitações operacionais importantes, pois seria necessário realizar simulações sob supervisão com todos os participantes (O'CONNOR; LITTLE, 2003; WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009).

Outra limitação desse estudo está relacionada ao desenho transversal, no qual são comparadas populações diferentes, o que reduz a capacidade de generalização dos achados. Além disso, como os níveis de IE nos estudantes do primeiro ano foi maior que o esperado, a amostra final acabou sendo pequena para se medir o efeito esperado.

Apesar dessas limitações, até onde se sabe, esse é o primeiro estudo que avaliou os níveis de inteligência emocional entre estudantes de medicina no Brasil, o que lhe confere um caráter inédito. Além disso, apresenta bom número de voluntários e as associações observadas apresentam alta significância.

Como demonstrado, trata-se de tema relevante e pouco estudado no Brasil, sendo necessários novos estudos para confirmarem os resultados do estudo inicial. Estudos de coorte seriam mais

adequados para avaliar a evolução da IE ao longo do curso num mesmo grupo de voluntários. Considerando que a IE representa conjunto de habilidades que podem ser treinadas, deve-se considerar a possibilidade de realizar estudos experimentais, que avaliem o impacto do treinamento dessas habilidades sobre os níveis de IE em estudantes de medicina.

7 CONCLUSÕES

Os níveis de inteligência emocional (escore geral e diferentes domínios) observados neste estudo foram elevados, acima de 75,0% do total possível para todas as variáveis, exceto gerenciamento das próprias emoções, que foi superior a 70,0% do total possível. Não se observou relação entre escore total de inteligência emocional e seus diferentes domínios e o ano do curso médico. As variáveis sexo e graduação prévia não tiveram influência direta sobre os níveis de inteligência emocional nesse estudo. O escore total de inteligência emocional e os domínios percepção das emoções, gerenciamento das próprias emoções e gerenciamento das emoções dos outros aumentaram com a idade. Enquanto isso, aqueles estudantes com relato de distúrbio mental prévio apresentaram menor escore total de IE, menor capacidade de gerenciamento das próprias emoções e das emoções dos outros.

8 APLICABILIDADE

Desconhecendo outro, esse é o primeiro estudo brasileiro sobre inteligência emocional em estudantes de Medicina e servirá como parâmetro de referência para estudos futuros. Além disso, a realização desse estudo possibilitou a implantação de estudo de coorte, que permitirá avaliar melhor o comportamento da inteligência emocional ao longo do curso de medicina.

REFERÊNCIAS

- ABDOLLAHPUOR, I. et al. Emotional Intelligence: A Comparison between Medical and Non-Medical Students. **Iranian Journal of Public Health**, [S.l.], v. 45, n. 2, p. 214-222, 2016.
- ARORA, S. et al. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. **Medical Education**, [S.l.], v. 44, n. 8, p. 749-764, 2010.
- ATKINS, P. W. B.; STOUGH, C. K. Does Emotional Intelligence change with age? **The Society for Research in Adult Development Annual Conference**, 2005.
- BAR-ON, R. Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In BAR-ON, R.; PARKER, J. D. A. **The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace**. San Francisco: Jossey-Bass, 2000, p. 363-388.
- BASTIAN, A. V.; BURNS, N. R.; NETTELBECK, T. Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. **Personality and Individual Differences**, [S.l.], v. 39, p. 1135-1145, 2005.
- BIRKS, Y. F.; WATT, I. S. Emotional intelligence and patient-centred care. **Journal of the Royal Society of Medicine**, [S.l.], v. 100, n. 8, p. 368–374, 2007.
- BRACKETT, A. M.; MAYER, D. J. Convergent, Discriminant, and Incremental Validity of Competing Measures of Emotional Intelligence. **Personality and Social Psychology**, [S.l.], v. 29, p. 1147-1158, 2003.
- BRACKETT, M. A.; MAYER, J. D.; WARNER, R. M. Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. **Personality and Individual Differences**, [S.l.], v. 36, p. 1387-1402, 2004.
- BROWN, R. F.; SCHUTTE, S. N. Direct and indirect relationships between emotional intelligence and subjective fatigue in university students. **Journal of Psychosomatic Research**, [S.l.], v. 60, p. 585-93, 2006.
- CABELLO, R. et al. Age and gender differences in ability emotional intelligence in adults: A cross-sectional study. **Developmental Psychology**, [S.l.], v. 52, n. 9, p. 1486–1492, 2016.
- CANALES, R.; CLEVELAND, T. Emotional Intelligence: one Component in the HeART of Medicine. **Journal of Physician Assistant Education**. [S.l.], v. 26, n. 4, p. 200-203, 2015.
- CARR, S. E. Emotional intelligence in medical students: does it correlate with selection measures? **Medical Education**, [S.l.], v. 43, p. 1069–1077, 2009.
- CHERRY, M. G. et al. Emotional intelligence in medical education: a critical review. **Medical Education**, [S.l.], v. 48, n. 5, p. 468-478, 2014.

CIARROCHI, J.; DEANE, F. P.; ANDERSON, S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. **Personality and Individual Differences**, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 197–209, 2002.

CIARROCHI, J.; HYNES, K.; CRITTENDEN, N. Can men do better if they try harder? Sex and motivational effects on emotional awareness. **Cognition and Emotion**, [S.l.], v. 19, p. 133–141, 2005.

DAWDA, D.; HART, S. D. Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I) in university students. **Personality and Individual Differences**, v. 28, n. 4, p. 797-812, 2000.

DEPAPE, R. A. et al. Self-Talk and Emotional Intelligence in Univeristy Students. **Journal of Behavioural Science**, [S.l.], v. 38, n. 3, p. 250-260, 2006.

FARISELLI, L.; GHINI, M.; FREEDMAN, J. Age and emotional intelligence. **Six Seconds Organization**, 2008. Disponível em:
https://prodimages.6seconds.org/media/WP_EQ_and_Age.pdf. Acesado em 04/11/2018.

FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. et al. Gender differences in emotional intelligence: The mediating effect of age. **Behavioral Psychology/Psicologia Conductual**, [S.l.], v. 20, p.77-89, 2012.

FERNANDEZ-BERROCAL, P., ALCAIDE, R.; EXTREMERA, N. The Role of Emotional Intelligence in Anxiety and Depression among Adolescents. **Individual Differences Research**, [S.l.], v. 4, p. 1, 2006.

GOLDENBERG, I.; MATHESON, K.; MANTLER, J. The Assessment of Emotional Intelligence: A Comparison of Performance-Based and Self-Report Methodologies. **Journal of Personality Assessment**, [S.l.], v. 86, n. 1, p. 33–45, 2006.

GUASTELLO, D. D.; GUASTELLO, S. J. Androgyny, Gender Role Behavior, and Emotional Intelligence Among College Students and Their Parents. **Sex Roles: A Journal of Research**, v. 49, n. 11-12, p. 663-673, 2003.

HANSENNE, M.; BIANCHI, J. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. **Psychiatry Research**, [S.l.], v. 166, n. 1, p. 63–68, 2009.

HARROD, N. R.; SCHEER, S. D. “An Exploration of Adolescent Emotional Intelligence in Relation to Demographic Characteristic”. **Adolescence**, [S.l.], v. 40, n. 159, p. 503-512, 2005.

HERNANDEZ-VARGAS, C. I.; DICKINSON-BANNACK, M. E. Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. **Investigación en Educación Médica**, México, v. 3, n. 11, p. 155-160, 2014.

HERTEL, J.; SCHÜTZ, A.; LAMMERS, C. H. Emotional intelligence and mental disorder. **Journal of Clinical Psychology**, [S.l.], v. 65, n. 9, p. 942–954, 2009.

HOLMAN, M. A. et al. Does emotional intelligence change during medical school gross anatomy course? Correlations with students' performance and team cohesion. **Anatomical Sciences Education**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 143–149, 2015.

HOLT, S.; JONES, S. Emotional intelligence and organizational performance: Implications for performance consultants and educators. **Performance Improvement**, [S.l.], v. 44, n. 10, p. 15–21, 2005.

HUNSLEY, J.; MEYER, G. J. The incremental validity of psychological testing and assessment: conceptual, methodological, and statistical issues. **Psychological Assessment**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 446-55, 2003.

JAHANGARD, L. et al. Training emotional intelligence improves both emotional intelligence and depressive symptoms in inpatients with borderline personality disorder and depression. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 197-204, 2012.

JOHNSON, D. R. Emotional intelligence as a crucial component to medical education. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 6, p. 170-183, 2015.

JONES, G. E. **The link between emotional intelligence and graduate qualities: implications for accounting education**. Dissertação (Master of Accountancy - Research) - University of Wollongong, Wollongong, 2008.

JOSEPH, D. L.; NEWMAN, D. A. Emotional Intelligence: An Integrative Meta-Analysis and Cascading Model. **The Journal of Applied Psychology**, [S.l.], v. 95, p. 54-78, 2010.

JOSEPH, N. Emotional intelligence and stress in medical students performing surgical tasks. **Indian Journal Public Health**, [S.l.], v. 60, n. 2, p. 166, 2016.

KHOSHAKHLAGH, H.; FARAMARZI, S. The relationship of emotional intelligence and mental disorders with internet addiction in internet users university students. **Addiction & Health**, [S.l.], v. 4, n. 3-4, p. 133-41, 2012.

KOSUSHA, M.; BAGHERI, H. A.; HEYDARZADEH, A. Emotional intelligence and anxiety, stress, and depression in Iranian resident physicians. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 420-424, 2018.

KRET, M. E.; DE GELDER, B. A review on sex differences in processing emotional signals. **Neuropsychologia**, [S.l.], v. 50, n. 7, p. 1211–1221, 2012.

LOPES, P. N.; SALOVEY, P.; STRAUS, R. Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. **Personality and Individual Differences**, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 641–658, 2003.

LUKE, A. D. et al. The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. **European Journal of Psychiatry**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 93-98, 2008.

MALEKAR, S.; MOHANTY, R. Factors affecting emotional intelligence: an empirical study for some school students in India. **International Journal of Management in Education**, [S.l.] v. 3, n. 1, p. 23-44, 2009.

MANJU. Emotional Intelligence as Predictor of Mental Health among Chronic Disease Group. **International Journal of Indian Psychology**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 43-49, 2016.

MATHER, M. The emotion paradox in the aging brain. **Annals of the New York Academy of Sciences**, [S.l.], v. 1251, n. 1, p. 33-49, 2012.

MAYER, J. D.; CARUSO, D. R.; SALOVEY, P. Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence. **Intelligence**, [S.l.], v. 27, p. 267-298, 1999.

MAYER, J. D.; DIPAOLLO, M. T.; SALOVEY, P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. **Journal of Personality Assessment**, [S.l.], v. 54, p. 772-781, 1990.

MAYER, J. D.; ROBERTS, R. D.; BARSADE, S. G. Human Abilities: Emotional Intelligence. **Annual Review of Psychology**, [S.l.], v. 59, v. 1, p. 507-536, 2008.

MCCLURE, E. B. A meta-analytic review of sex differences in facial expression processing and their development in infants, children, and adolescents. **Psychological Bulletin**, [S.l.], v. 126, p. 424-453, 2000.

MIRI, M. R. et al. The relationship between emotional intelligence and academic stress in students of medical sciences. **Journal of Education and Health Promotion**, [S.l.], v. 2, p. 40, 2013.

MITRA, S. et al. Correlation among perceived stress, emotional intelligence, and burnout of resident doctors in a medical college of West Bengal: A mediation analysis. **Indian Journal of Public Health**, [S.l.], v. 62, p. 27-31, 2018.

O'CONNOR, R. M.; LITTLE, I. S. Revising the Predictive Validity of Emotional Intelligence: Self-Report versus Ability-Based Measures. **Personality and Individual Differences**, [S.l.], v. 35, n. 8, 1893-1902, 2003.

PACHECO, J. P. et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 369-378, 2017.

PARKER, J. D. A. et al. Emotional intelligence and student retention: Predicting the successful transition from high school to university. **Personality and Individual Differences**, [S.l.], v. 41, n. 7, p. 1329-1336, 2006.

PAU, A. K.; CROUCHER, R. Emotional Intelligence and Perceived Stress in Dental Undergraduates. **Journal of Dental Education**, [S.l.], v. 67, p. 1023-1028, 2003.

PETRIDES, K. V.; FURNHAM, A. Gender Differences in Measured and Self-Estimated Trait Emotional Intelligence. **Sex Roles**, [S.l.] v. 42, n. 4-5, p. 449-461, 2000.

- RANASINGHE, P. et al. Emotional intelligence, perceived stress and academic performance of Sri Lankan medical undergraduates. **BMC Medical Education**, [S.l.], v.17, n.1, p. 41, 2017.
- ROUF, H. A. R. et al. Personal, Family and Academic Factors towards Emotional Intelligence: A Case Study. **International Journal of Applied Psychology**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 1-6, 2013.
- ROTENSTEIN, L. S. et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Medical Association**, [S.l.], v. 316, n. 21, p. 2214-2236, 2016.
- SAKLOFSKE, D. H. et al. Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. **Personality and Individual Differences**, [S.l.], v. 42, p. 491-502, 2007.
- SALOVEY, P.; MAYER, J. D. Emotional intelligence. **Imagination. Cognition and Personality**, [S.l.], v. 9, p. 185-211, 1990.
- SCHUTTE, N. S. et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence. **Personality and Individual Differences**, [S.l.], v. 25, p. 167-177, 1998.
- SCHUTTE, N. S. et al. Emotional intelligence and interpersonal relations. **The Journal of Social Psychology**, v. 141, n. 4, p. 523-536, 2001.
- SCHUTTE, N. S.; MALOUFF, J. M.; BHULLAR, N. The Assessing Emotions Scale, In STOUGH, C.; SAKLOFSKE, D.; PARKER, J. **The Assessment of Emotional Intelligence**, New York: Springer Publishing, 2009.
- SCOTT, G.; CIARROCHI, J.; DEANE, F. P. Disadvantages of being an individualist in an individualistic culture: Idiocentrism, emotional competence, stress, and mental health. **Australian Psychologist**, [S.l.], v. 39, p. 143-153, 2004.
- SODHI, R. Emotional Intelligence as Predictor of Mental Health among Normal and Chronic Disease Group. **International Journal of Indian Psychology**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 129-140, 2016.
- TETT, R. P.; FOX, K. E.; WANG, A. Development and validation of a self-report measure of emotional intelligence as a multidimensional trait domain. **Personality and Social Psychology Bulletin**, [S.l.], v. 31, p. 859-888, 2005.
- TOLEDO Jr, A.; DUCA, J. G. M.; COURY, M. I. F. Tradução e Adaptação Transcultural da Versão Brasileira do *Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test*. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 109-114, 2018.
- VAN ROOY, D. L.; ALONSO, A.; VISWESVARAN, C. Group differences in emotional intelligence scores: theoretical and practical implications. **Personality and Individual Differences**, [S.l.], 38, 689-700, 2003.

VASEFI, A.; DEGHANI, M.; MIRZAAGHAPOOR, M. Emotional intelligence of medical students of Shiraz University of Medical Sciences cross sectional study. **Annals of Medicine and Surgery**, [S.l.] v. 32, p. 26-31, 2018.

WOYCIEKOSKI, C.; HUTZ, C. S. Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medidas, aplicações e controvérsias. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, pp 1-11, 2009.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano, conforme descrito em detalhes a seguir.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará, segundo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1. Identificação do voluntário Matrícula |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome _____

RG _____ Órgão Expedidor: _____ DN: |__|__|__|__|

Endereço:Rua _____

Nº _____ Complemento _____ Bairro _____

Cidade _____ CEP _____ Tel, (____) _____

Celular: (____) _____ E-mail: _____

2. Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE DIFERENTES PERÍODOS DA GRADUAÇÃO

Desenho: Trata-se de um estudo transversal constituído por estudantes do curso de medicina da UNIFENAS-BH.

Instituição: Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – UNIFENAS-BH.

Essa pesquisa não possui patrocinadores.

Pesquisadores responsáveis: Prof. Antonio Carlos de Castro Toledo Júnior (orientador), Marayra Inês França Coury (mestranda) e Acadêmico João Gabriel Menezes Duca.

A inteligência emocional (IE) pode ser considerada um dos temas mais debatidos e investigados

atualmente em relação às capacidades ou competências intelectuais e sociais de um indivíduo, seja em seu meio de trabalho, de estudo ou até entretenimento.

Vários estudos demonstram a influência direta da IE na prática médica e, mais especificamente, no estabelecimento e manutenção de uma boa relação médico-paciente. Outros estudos sugerem que a IE pode influenciar a própria área da educação médica, contribuindo para o aprendizado sobre o profissionalismo e habilidades de comunicação, permitindo a formação de médico que atende melhor às diferentes circunstâncias, adversidades e dificuldades que fazem parte da prática profissional.

3. Objetivo

O objetivo geral desse projeto é comparar o nível de IE em estudantes de diferentes períodos do curso de Medicina.

4. Justificativa

A IE não é uma característica intrínseca do indivíduo, mas um conjunto de habilidades que pode ser treinado ao longo do curso de Medicina. Estudos sugerem que a IE influencia o desempenho de estudantes de medicina e de médicos, podendo ser um fator determinante na boa relação médico-paciente e no desempenho profissional. Não foram identificados estudos que avaliaram a IE em estudantes de medicina no Brasil. O conhecimento sobre o comportamento da IE em estudante de medicina pode determinar a necessidade de treinamento das habilidades relacionadas a ela durante o curso e também o momento ideal de realizá-lo.

5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados

Cento e cinquenta voluntários responderão a um questionário de 33 questões. Cada questão apresenta cinco alternativas que variam de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5). Para cada questão o voluntário deverá registrar também a sua percepção sobre a questão.

6. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa

A participação do aluno neste estudo não implica nenhum risco físico, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo. Pode haver algum constrangimento relacionado à participação por si só. Todo esforço será feito para manutenção do sigilo da identidade dos voluntários e de suas informações. O TCLE será arquivado em espaço fisicamente separado do espaço onde serão arquivados os questionários. Todas as informações relativas aos voluntários serão

identificadas apenas pelo número de registro e apenas a equipe de pesquisadores terá acesso às informações e aos bancos de dados.

7. Descrição dos benefícios da pesquisa

Sua participação não trará nenhum benefício direto para você, mas a avaliação transversal de IE em estudantes de Medicina através de um questionário ajudará o desenvolvimento de novos estudos que podem aprimorar as estratégias de ensino da Medicina.

8. Despesas, compensações e indenizações

Nenhum dos voluntários receberá pagamento ou benefício pessoal por sua participação no projeto. As avaliações serão aplicadas em dias de aula habitual, logo sua participação também não implicará nenhuma despesa adicional.

9. Direito de confidencialidade

Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais, e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.

Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.

Imagens ou fotografias que possam ser realizadas, se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

10. Acesso aos resultados da pesquisa

Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que possam afetar sua vontade de continuar participando da mesma.

11. Liberdade de retirada do consentimento

Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu estudo na instituição.

12. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios (...) através dos contatos abaixo:

Prof. Orientador: Antonio Carlos de Castro Toledo Jr

Tel. (31) 3496-4861

E-mail: antonio.toledo@unifenas.br

Dra. Marayra Inês França Coury

Tel. (31) 3245-3790

E-mail: marayrafc@yahoo.com.br

13. Acesso à instituição responsável pela pesquisa

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS

Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG

Tel: (35) 3299-3137

Email: comitedeetica@unifenas.br

segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

14. Consentimento

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa, e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a realização, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos, quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2017

Assinatura do aluno que quer participar da pesquisa

Nome pesquisador:

Assinatura pesquisador

APÊNDICE B - Questionário de identificação e variáveis pessoais

| Identificação | NÃO PREENCHER |
|---|------------------|
| Número de matrícula: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ | |
| Idade (anos completos) __ __ | |
| Sexo: () Masculino () Feminino | |
| Estado civil: () Solteiro () Separado/divorciado () Amigado/amasiado | |
| Possui filho(s): () Não () Sim | |
| Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Ateu () Outra: _____ | |
| Graduação completa anterior? () Não () Sim | |
| Qual curso: _____ | |
| Realiza alguma atividades extracurricular (marque mais de uma alternativa, se necessário): <input type="checkbox"/> Atividade pesquisa (bolsa de iniciação científica ou atividade voluntária) <input type="checkbox"/> Monitoria <input type="checkbox"/> Atividades de extensão (p.ex, Doutores Sorriso, Ligas Acadêmicas, Diretoria de associações acadêmicas, atividades de associativas, Projeto Rondon) <input type="checkbox"/> Atividades não relacionadas a medicina (grupo de jovens, voluntariado) <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| Já teve diagnóstico confirmado de depressão ou outro distúrbio mental (exceto epilepsia): <input type="checkbox"/> Não () Sim | |
| Qual _____ diagnóstico | |
| Ano do curso que está cursando: () 1º () 3º () 6º | |

APÊNDICE C - Tradução e Adaptação Transcultural da Versão Brasileira do *Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test*

Tradução e Adaptação Transcultural da Versão Brasileira do Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test

Translation and Transcultural Adaptation of the Brazilian Version of the Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test

Antonio Toledo Júnior¹
João Gabriel Menezes Duca¹
Marayra Ines França Coury¹

PALAVRAS-CHAVE

- Ensino.
- Inteligência Emocional.
- Estudos de Validação.
- Tradução.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Estudos recentes demonstram que a inteligência emocional (IE) pode melhorar a educação médica e a prática profissional. Não existem instrumentos de avaliação da IE validados para o português (Brasil). **OBJETIVO:** Realizar tradução e adaptação transcultural do Schutte Self Report Emotional Intelligence Test (SSEIT) do inglês para o português. **MATERIAIS E MÉTODOS:** A tradução e adaptação transcultural foi realizada em seis etapas: tradução, síntese, tradução reversa, revisão por comitê, pré-teste e confecção da versão final. As traduções do inglês para o português foram realizadas por um psicólogo e um professor de inglês brasileiros e fluentes em inglês. A retrotradução foi realizada por duas pessoas nativas de língua inglesa que não conheciam o questionário original. O Comitê de Revisão foi formado pelos autores do estudo. A versão final foi submetida ao teste de Cronbach alfa (C_{α}) para avaliação da consistência e confiabilidade interna. Foram considerados aceitáveis valores $\geq 0,70$. O pré-teste foi realizado em estudantes de Medicina e médicos residentes, que, além de responderem ao questionário, reescreveram as perguntas em suas próprias palavras. **RESULTADOS:** A versão traduzida do SSEIT para o português apresentou 100% de equivalência semântica e idiomática. A comparação das versões retrotraduzidas com o questionário original em inglês apresentou discrepâncias semânticas discretas em quatro questões, que tiveram seus textos ajustados. A versão pré-teste foi aplicada em 41 voluntários, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sete questionários foram eliminados por preenchimento incompleto. A análise da transcrição mostrou pequenas discrepâncias nas mesmas questões da retrotradução, que foram novamente ajustadas. O OC_{α} foi de 0,786 para o questionário completo e variou de 0,763 a 0,798 entre as questões. **CONCLUSÃO:** O SSEIT foi traduzido e adaptado para o português com sucesso e apresentou consistência e validade internas aceitáveis de acordo com o teste de Cronbach alfa.

KEY-WORDS

- Teaching.
- Emotional Intelligence.
- Validation Studies.
- Translating.

ABSTRACT

BACKGROUND: Recent studies showed that emotional intelligence (EI) could improve medical education and professional practice. There were no instruments validated for Brazilian Portuguese to evaluate EI level. **OBJECTIVE:** To translate and cross-culturally adapt the Schutte Self Report Emotional Intelligence Test (SSEIT) for Brazilian Portuguese. **METHODS:** The translation and cross-cultural adaptation was performed in six steps: translation, synthesis, back translation, expert committee review, pretesting and elaboration of the final version. A Brazilian psychologist and an English Teacher, both fluent in English, performed the translations from English to Portuguese. Two native English speakers who were not familiar with the questionnaire performed the back translations. The authors composed the expert committee review. The internal consistency and reliability of the final version was tested by Cronbach's alpha (C_{α}). Values of ≥ 0.70 were considered acceptable. The pretesting was done with medical students and resident doctors, who answered the test and rewrote the sentences in their own words. **RESULTS:** The Portuguese SSEIT translated version had 100% semantic and idiomatic equivalence. The comparison between the back translated versions and the original showed slight semantic discrepancies in four questions, therefore the texts were adjusted. The pretesting version was applied to 41 volunteers, after signing an Informed Consent Form. Seven questionnaires were eliminated as they were not filled out properly. Analyses of the rewritten sentences showed slight discrepancies in the same four questions of the back translations, and were again adjusted. The C_{α} was 0.786 for the whole questionnaire and ranged from 0.763 to 0.798 between the questions. **CONCLUSION:** The translation and cross-cultural adaptation of the SSEIT for Brazilian Portuguese was a success, and showed acceptable internal consistency and reliability according to Cronbach's alpha test.

Recebido em: 8/5/18

Aceito em: 29/5/18

INTRODUÇÃO

A inteligência emocional (IE) é um dos temas mais debatidos e investigados atualmente em relação às capacidades e competências intelectuais e sociais de um indivíduo, seja em seu ambiente de trabalho, de estudo ou social. As primeiras referências científicas que introduziram o termo "inteligência emocional" datam de 1960 e eram textos que faziam menção a tratamentos psicoterápicos¹. Já na década de 1980, com a introdução da ideia de múltiplas formas ou facetas da inteligência de forma geral, a investigação sobre as emoções e como elas se relacionavam com a cognição teve um aumento significativo, atingindo seu pico na década de 1990, com a popularização do tema e um grande crescimento no número de publicações que tentavam conceituar e explorar a importância dessa competência em diferentes situações¹.

A IE pode ser definida assim¹:

A inteligência emocional envolve a capacidade de perceber com precisão, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o

pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual.

Estudos em Medicina têm demonstrado a importância da IE na prática profissional, como no estabelecimento e manutenção de uma boa relação médico-paciente². Além disso, no que tange à importância da IE para a educação e formação médica, Johnson³ discutiu em sua revisão a importância, para o médico, da capacidade de avaliar as emoções do paciente para uma melhor coleta de história e um diagnóstico mais preciso. Nesse mesmo estudo³, o autor ressalta as estratégias para treinar, desenvolver, testar e avaliar as habilidades emocionais dos estudantes de Medicina, que devem necessariamente ser abordadas de forma longitudinal e integral ao longo do curso, não apenas para fixação, mas também para favorecer a incorporação desses conceitos e habilidades.

Outro estudo recente⁴, que avaliou a influência da IE no desempenho de estudantes de Medicina em atividades cirúrgicas, demonstrou que a capacidade de suportar e responder

bem ao estresse laboral e ocupacional está ligada à IE do estudante ou do médico. Os autores sugeriram treinar o grupo de habilidades que englobam essa área cognitiva para que os alunos tenham melhores mecanismos de enfrentamento do estresse relacionado ao trabalho.

Ranasinghe *et al.*⁵, por meio de revisão da literatura, confirmam que um nível mais elevado de IE em estudantes de Medicina está associado a desempenho acadêmico melhor em relação às habilidades clínicas e ao trabalho no decorrer da formação. Embora as emoções sejam conhecidas como fenômenos universais, fatores culturais podem influenciar fortemente os sentimentos que estão sendo experimentados, percebidos e transmitidos no decorrer da vida acadêmica⁵.

A IE pode influenciar a educação médica, contribuindo para o aprendizado sobre o profissionalismo e habilidades de comunicação, permitindo formar médico que lide melhor com as adversidades e dificuldades que fazem parte da prática profissional⁶. A pesquisa sobre IE e educação médica mostra-se relevante pela literatura e pode gerar resultados que tenham impacto na formação do futuro profissional e na qualidade da assistência médica prestada por ele.

Vários testes para avaliação da IE estão disponíveis em português para aplicação em empresas, pesquisas e grupos de trabalho. Porém, a maior parte deles não foi traduzida, adaptada ou validada adequadamente para o português, o que impede sua utilização em pesquisas. O objetivo deste trabalho é realizar a tradução e adaptação transcultural do questionário *Schutte Self Report EI Test (SSEIT)* para avaliação da IE do inglês para o português do Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Instrumento

A revisão da literatura realizada no PubMed com os termos *emotional intelligence assessment* e no site *Consortium for Research on Emotion Intelligence in Organizations* (<http://www.eiconsortium.org/>) permitiu identificar dez instrumentos de avaliação de IE validados em inglês. Optou-se por utilizar o questionário *SSEIT* por já possuir validação psicométrica, boa consistência interna, ser curto e autoaplicado⁷. Sua adaptação e utilização em português foram autorizadas pela autora.

O *SSEIT* é um questionário autoaplicado de 33 questões, divididas em quatro domínios: percepção de emoções (PE – 10), manejo das próprias emoções (MPE – 9), manejo das emoções de outros (MEO – 8) e utilização das emoções (UE – 6). As perguntas utilizam uma escala de Likert com cinco opções de resposta: (1) discordo totalmente, (2) discordo parcialmente, (3) nem discordo, nem concordo, (4) concordo parcialmente e (5) concordo totalmente. Para o cálculo do escore final, devem-

-se inverter os valores das respostas das questões 5, 28 e 33, e somar os valores das questões. Pode-se calcular também o escore individual para quatro domínios relacionados à inteligência emocional: percepção de emoção (perguntas 5, 9, 15, 18, 19, 22, 25, 29, 32, 33), gerenciamento de emoções próprias (itens 2, 3, 10, 12, 14, 21, 23, 28, 31), gerenciando das emoções dos outros (itens 1, 4, 11, 13, 16, 24, 26, 30) e utilização das emoções (itens 6, 7, 8, 17, 20, 27). O escore total varia de 33 a 165. As pontuações mais altas indicam nível de inteligência emocional mais elevado. O tempo de aplicação do questionário varia de cinco a dez minutos⁸.

Tradução e adaptação transcultural

A tradução e adaptação transcultural é um processo qualitativo, no qual um questionário já validado psicometricamente em determinado idioma é traduzido e adaptado para outro idioma⁹. O objetivo desse método é realizar uma tradução validada do artigo de modo a usar os estudos psicométricos feitos na língua original. A tradução e adaptação transcultural pode dispensar a realização de estudos psicométricos no novo idioma^{9,10}. O método apresenta seis etapas: (1) tradução, (2) síntese, (3) retrotradução, (4) revisão por comitê, (5) pré-teste e (6) confecção da versão final^{9,10}.

Na primeira etapa (tradução), a versão original do questionário foi traduzida do inglês para o português (T1 e T2) de forma independente por dois profissionais brasileiros com fluência em inglês, um psicólogo e um professor de Letras. Na etapa de síntese, os autores sintetizaram T1 e T2 em uma versão única do questionário (T1/T2). Foram avaliadas e corrigidas as discrepâncias semânticas e idiomáticas entre T1 e T2 (Quadro 1). Em seguida, a versão T1/T2 foi retrotraduzida do português para o inglês por dois tradutores independentes, nativos de língua inglesa e fluentes em português, que não conheciam a versão original do questionário. Eles produziram duas versões independentes (RT1 e RT2). Na quarta etapa, os autores compararam as versões RT1 e RT2 com a versão original e a versão síntese (T1/T2) com o objetivo de identificar discrepâncias nas equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual (Quadro 1). Foram realizados os ajustes necessários na versão T1/T2 com base nas discrepâncias observadas e obteve-se a versão pré-final para realização do pré-teste. O pré-teste (quinta etapa) foi planejado para ser realizado em 30 estudantes de Medicina e médicos residentes, conforme recomendado por Beaton *et al.*⁹ Além de responderem ao questionário, os participantes reescreveram as perguntas em suas palavras, para nova avaliação das equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

| QUADRO 1 | |
|---|---|
| Descrição de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual ^a | |
| Equivalência | Descrição |
| Semântica | As palavras têm o mesmo significado? Existem vários significados para o mesmo item? Existem dificuldades gramaticais na tradução? |
| Idiomática | Coloquialismos são difíceis de traduzir. Pode ser necessário que o Comitê elabore uma expressão equivalente à da versão original. Por exemplo, a expressão <i>feeling downhearted and blue</i> do questionário SF-36 é difícil de traduzir de modo geral. O Comitê deve identificar uma expressão de significado similar para a população-alvo. |
| Experiencial ou vivencial | Os itens devem capturar a experiência da vida cotidiana. Entretanto, em diferentes países e culturas, determinada tarefa pode não ser vivenciada, mesmo que o item possa ser traduzido. Neste caso, o item do questionário deve ser substituído por um item similar que realmente seja vivenciado na cultura da população-alvo. Por exemplo, o item “você tem dificuldade de comer com o garfo?” não seria aplicável a uma comunidade ou população que não utiliza talheres para comer. |
| Conceitual | Algumas palavras podem ter diferentes significados conceituais entre diferentes culturas. Por exemplo, na expressão “ver sua família com a frequência que você gostaria”, a palavra “família” pode ter conceitos diferentes, de acordo com a cultura, de “o núcleo familiar” ou “toda a família”. |

Fonte: Beaton et al.⁹.

Utilizou-se o teste de Cronbach alpha para avaliar a consistência e a validade internas do questionário traduzido. Valores $\geq 0,70$ foram considerados aceitáveis. Para se avaliar a influência de cada questão sobre a consistência interna do questionário, o teste foi calculado excluindo cada uma das questões individualmente.

RESULTADOS

Tradução e adaptação transcultural

No processo de tradução do questionário original do inglês para o português, o Comitê considerou que houve equivalência semântica e idiomática em 100% das questões. Após a retrotradução, a comparação entre a versão original em inglês e as duas versões retrotraduzidas mostrou discrepâncias semânticas discretas nas questões 6, 25, 27 e 32 (Quadro 2). Na questão 33, embora não tenha havido discrepância semântica, o Comitê considerou necessário fazer um pequeno ajuste no texto da questão. A equivalência idiomática, experiencial e conceitual foi considerada 100% entre o questionário original e as versões retrotraduzidas.

Pré-teste

A versão pré-final do questionário foi aplicada em 41 voluntários, acadêmicos de Medicina e residentes após a assinatura do TCLE. Sete voluntários não preencheram o questionário corretamente e foram eliminados da análise. Dos 34 voluntários restantes, 17 (50,0%) eram estudantes de Medicina e 18 (59,2%) eram mulheres. A idade média deles foi de 26,4 ($\pm 9,5$) anos, variando de 19 a 36 anos.

Na análise qualitativa da transcrição das respostas dos voluntários, observou-se discrepância entre a pergunta e a transcrição em 8,8% das respostas na questão 6; 2,9% na questão 25;

| QUADRO 2 | | |
|---|--|---|
| Discrepâncias semânticas encontradas na retrotradução | | |
| Questão | Original | Back translation |
| 6 | <i>Some of the major events of my life have led me to re-evaluate what is important and not important.</i> | <i>Some more important events in my life have led me to reevaluate what is and what is not important to me.</i> |
| 25 | <i>I am aware of the non-verbal messages other people send.</i> | <i>I pay attention to the non-verbal messages that other people send.</i> |
| 27 | <i>When I feel a change in emotions, I tend to come up with new ideas.</i> | <i>When I feel a change in emotions, I am more likely to have new ideas.</i> |
| 32 | <i>I can tell how people are feeling by listening to the tone of their voice.</i> | <i>I notice how people are feeling by listening to the tone of their voice.</i> |

5,9% na questão 27; e 11,8% na questão 32. Com base nesses resultados, o Comitê fez pequenos ajustes nessas questões. O Quadro 3 apresenta a versão final do questionário em português.

O teste de Cronbach alfa para o questionário completo foi aceitável (0,786). Realizou-se também o teste de Cronbach, retirando-se cada uma das questões, e o resultado se manteve acima de 0,70 (variando de 0,763 a 0,798) em todas as análises (Tabela 1).

O escore médio total foi de 126,6 pontos, o que representa 76,7% do total possível (Tabela 2). O domínio com maior escore foi o manejo das próprias emoções (37,2 pontos – 82,7%) e o menor foi percepção das emoções (34,4 pontos – 68,8%).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os domínios e no escore total quando se comparou sexo e nível de formação (graduandos *versus* residentes).

| QUADRO 3 | |
|---|--|
| Versão final do questionário em português | |
| 1. Eu sei quando falar sobre meus problemas pessoais com outras pessoas. | |
| 2. Quando eu enfrento um problema, lembro-me das ocasiões em que enfrentei problemas semelhantes e consegui resolvê-los. | |
| 3. Eu espero me sair bem na maioria das coisas que tento fazer. | |
| 4. As pessoas acham fácil confiar em mim. | |
| 5. Eu acho difícil entender as mensagens não verbais de outras pessoas. | |
| 6. Alguns dos eventos principais de minha vida me levaram a reavaliar o que é importante e o que não é importante para mim. | |
| 7. Quando meu humor muda, eu percebo novas possibilidades. | |
| 8. Emoções são uma das coisas que fazem minha vida valer a pena. | |
| 9. Eu tenho consciência de minhas emoções quando eu as sinto. | |
| 10. Eu espero que coisas boas aconteçam. | |
| 11. Eu gosto de compartilhar minhas emoções com outras pessoas. | |
| 12. Quando eu experimento uma emoção positiva, eu sei como fazê-la durar mais. | |
| 13. Eu organizo eventos de que outras pessoas gostam. | |
| 14. Eu procuro atividades que me fazem feliz. | |
| 15. Eu tenho consciência das mensagens não verbais que transmito aos outros. | |
| 16. Eu me apresento de maneira que cause boa impressão aos outros. | |
| 17. Quando estou de bom humor, acho fácil resolver problemas. | |
| 18. Ao olhar a expressão facial das pessoas, eu consigo reconhecer as emoções que elas estão experimentando. | |
| 19. Eu sei por que minhas emoções mudam. | |
| 20. Quando eu estou de bom humor, eu sou capaz de ter novas ideias. | |
| 21. Eu tenho controle sobre minhas emoções. | |
| 22. Eu reconheço facilmente minhas emoções quando as vivencio. | |
| 23. Eu me motivo quando imagino os bons resultados nas tarefas que assumo. | |
| 24. Eu elogio os outros quando fazem algo bem feito. | |
| 25. Eu identifico as mensagens não verbais que as outras pessoas enviam. | |
| 26. Quando outra pessoa me fala sobre um evento importante em sua vida, eu quase me sinto como se eu tivesse vivido aquilo. | |
| 27. Quando sinto uma mudança nas minhas emoções, eu tenho a tendência de ter novas ideias. | |
| 28. Quando enfrento um desafio, eu desisto porque acho que vou falhar. | |
| 29. Eu sei o que outras pessoas estão sentindo só de olhar para elas. | |
| 30. Eu ajudo as pessoas a se sentirem melhor quando elas estão tristes. | |
| 31. Eu uso o bom humor para me ajudar a continuar enfrentando os obstáculos. | |
| 32. Eu posso dizer como as pessoas estão se sentindo ao ouvir o tom de sua voz. | |
| 33. É difícil para mim entender o porquê de as pessoas se sentirem como elas se sentem. | |

| TABELA 1 | | | | | |
|--|---------------|---------|---------------|---------|---------------|
| Análise da consistência e confiabilidade interna do questionário traduzido | | | | | |
| Questão | Cronbach alfa | Questão | Cronbach alfa | Questão | Cronbach alfa |
| 1 | 0,786 | 12 | 0,779 | 23 | 0,789 |
| 2 | 0,785 | 13 | 0,785 | 24 | 0,783 |
| 3 | 0,793 | 14 | 0,783 | 25 | 0,767 |
| 4 | 0,785 | 15 | 0,778 | 26 | 0,797 |
| 5 | 0,790 | 16 | 0,781 | 27 | 0,792 |
| 6 | 0,795 | 17 | 0,777 | 28 | 0,793 |
| 7 | 0,789 | 18 | 0,781 | 29 | 0,773 |
| 8 | 0,778 | 19 | 0,763 | 30 | 0,787 |
| 9 | 0,780 | 20 | 0,774 | 31 | 0,772 |
| 10 | 0,786 | 21 | 0,779 | 32 | 0,789 |
| 11 | 0,777 | 22 | 0,770 | 33 | 0,798 |

Cronbach alfa do questionário completo = 0,788.

| TABELA 2 | | | |
|-----------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| Resultado dos escores por domínio | | | |
| Domínio | Valor observado | Desvio padrão | % escore máximo |
| Percepção das emoções | 34,4 | ± 6,1 | 68,8 |
| Manejo das próprias emoções | 37,2 | ± 4,2 | 82,7 |
| Manejo das emoções de outros | 31,1 | ± 3,7 | 77,8 |
| Utilização das emoções | 23,9 | ± 3,2 | 79,7 |
| Total | 126,6 | ± 12,1 | 76,7 |

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em humanos – Unifenas (CAAE 6507.1617.0.0000.5143). Todos os participantes assinaram o TCLE antes de sua inclusão.

CONCLUSÃO

O objetivo principal do estudo – fazer a tradução e a adaptação transcultural do questionário SSEIT para o português (Brasil) – foi alcançado com êxito. Durante o processo de tradução e adaptação transcultural, as poucas discrepâncias semânticas e idiomáticas foram corrigidas com sucesso. O teste de Cronbach alpha mostrou consistência e confiabilidade interna aceitáveis, indicando que a versão em português do SSEIT pode ser utilizada em projetos de pesquisa que envolvam a análise da inteligência emocional em diferentes áreas do conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Mayer JD, Roberts RD, Barsade SG. Human abilities: emotional intelligence. *Annu Rev Psychol* 2008;59:507-36.
2. McLeod SA, Sonnenberg LK. The emotional intelligence of pediatric residents – a descriptive cross-sectional study. *Can Med Educ J* 2017;8:e44-e51.
3. Johnson DR. Emotional intelligence as a crucial component to medical education. *Int J Med Educ* 2015;6:179-83.
4. Joseph N. Emotional intelligence and stress in medical students performing surgical tasks. *Indian J Public Health* 2016;60:166.
5. Ranasinghe P, Wathurapatha WS, Mathangasinghe Y, Ponnamperuma G. Emotional intelligence, perceived stress and academic performance of Sri Lankan medical undergraduates. *BMC Med Educ* 2017;17:41.
6. Cherry MG, Fletcher I, O'Sullivan H, Dornan T. Emotional intelligence in medical education: a critical review. *Med Educ* 2014;48:468-78.
7. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences* 1998;25:167-77.
8. Schutte NS, Malouff JM, N B. The Assessing Emotions Scale. In: Stough C, Saklofske D, Parker J, eds. *The Assessment of Emotional Intelligence*. New York: Springer Publishing; 2009:119-35.
9. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:3186-91.
10. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 2011;17:268-74.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Antonio Toledo Júnior: revisão bibliográfica, análise dos dados, redação e revisão do artigo; João Gabriel Menezes Duca: revisão bibliográfica, aplicação dos questionários, banco de dados, análise dos dados, redação e revisão do artigo; Marayra Inez França Coury: aplicação dos questionários, banco de dados, análise dos dados, redação e revisão do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Profa. Nicola Schutte por permitir a tradução e utilização do questionário e a colaboração do Prof. Virgílio Pereira de Almeida e da psicóloga Estefânia Harsányi pela gentileza de realizar a tradução do questionário do inglês para o português.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.
Rua Califórnia, 570 – apto 501
Sion – Belo Horizonte
CEP 30315-500 – MG
e-mail: antonio.toledo@unifenas.br



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ANEXO A - *Teste de Autorrelato da inteligência emocional de Schutte*

Instruções

Para cada um dos itens abaixo apresenta uma afirmação sobre suas emoções ou reações associadas a emoções. Após decidir se a afirmativa é ou não verdadeira para você, use a escala de 5 pontos para cada afirmativa. **Por favor, circule “1” se você discorda totalmente com a descrição a seu respeito, “2” se você discorda parcialmente, “3” se você não discorda nem concorda, “4” se você concorda parcialmente com a descrição a seu respeito, e “5” se você concorda totalmente que a afirmativa representa suas emoções ou reações.**

Não há respostas certas ou erradas. Marque a resposta que melhor descreve suas emoções ou reações.

1 = discordo totalmente

2 = discordo parcialmente

3 = não discordo nem concordo

4 = concordo parcialmente

5 = concordo totalmente

| Pergunta | Discordo totalmente | Discordo parcialmente | Não concordo, nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---|---------------------|-----------------------|----------------------------|----------|---------------------|
| 1. Eu sei quando falar sobre meus problemas pessoais com outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Quando eu enfrento um problema, lembro-me das ocasiões em que enfrentei problemas semelhantes e consegui resolvê-los. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Eu espero me sair bem na maioria das coisas que tento fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. As pessoas acham fácil confiar em mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Eu acho difícil entender as mensagens não verbais de outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Alguns dos eventos principais de minha vida me levaram a reavaliar o que é importante e o que não é importante para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Quando meu humor muda, eu percebo novas possibilidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Pergunta | Discordo totalmente | Discordo parcialmente | Não concordo, nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------------------|
| 8. Emoções são uma das coisas que fazem minha vida valer a pena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Eu tenho consciência de minhas emoções quando eu as sinto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Eu espero que coisas boas aconteçam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Eu gosto de compartilhar minhas emoções com outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Quando eu experimento uma emoção positiva, eu sei como fazê-la durar mais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Eu organizo eventos que outras pessoas gostam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Eu procuro atividades que me fazem feliz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Eu tenho consciência das mensagens não verbais que transmito aos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Eu me apresento de maneira que cause boa impressão aos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Quando estou de bom humor, acho fácil resolver problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ao olhar a expressão facial das pessoas, eu consigo reconhecer as emoções que elas estão experimentando. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Eu sei porque minhas emoções mudam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Quando eu estou de bom humor, eu sou capaz de ter novas ideias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Eu tenho controle sobre minhas emoções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Eu reconheço facilmente minhas emoções quando as vivencio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Eu me motivo quando imagino os bons resultados nas tarefas que assumo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Eu elogio os outros quando fazem algo bem feito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Eu percebo as mensagens não verbais que as outras pessoas enviam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Quando outra pessoa me fala sobre um evento importante em sua vida, eu quase me sinto como se eu tivesse vivido aquilo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Pergunta | Discordo totalmente | Discordo parcialmente | Não concordo, nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|--|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------------------|
| 27. Quando sinto uma mudança nas minhas emoções, eu tenho a tendência de ter novas ideias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Quando enfrento um desafio, eu desisto porque acho que vou falhar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Eu sei o que outras pessoas estão sentindo só de olhar para elas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Eu ajudo as pessoas a se sentirem melhor quando elas estão tristes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Eu uso o bom humor para me ajudar a continuar enfrentando os obstáculos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Eu posso dizer como as pessoas estão se sentindo ao ouvir o tom de sua voz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. É difícil para mim entender o porquê de as pessoas se sentirem como elas se sentem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO B - PARECER CEP

UNIVERSIDADE JOSÉ ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação do nível de inteligência emocional em estudantes de medicina em uma instituição de Belo Horizonte, Estudo transversal, 2017-18 **Pesquisador:** Antonio Carlos de Castro Toledo Junior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68755817,0,0000,5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2,135,628

Apresentação do Projeto:

Adequado,

Objetivo da Pesquisa:

Adequado,

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados,

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa Relevante,

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados,

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota,

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rodovia MG 179 km 0 **Bairro:** Campus Universitário **UF:** MG **Município:** Alfenas **Telefone:** (35)3299-3137

CEP: 37.130-000 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS

Continuação do Parecer: 2.135.628

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|--|------------------------|-------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_926860.pdf | 24/05/2017 14:04:36 | | Aceito |

| | | | | |
|--|--|------------------------|--|--------|
| Folha de Rosto | ANTONIO.pdf | 24/05/2017 14:04:15 | Antonio Carlos de Castro Toledo Junior | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaração_de_conhecimento_ie_coorte.pdf | 23/05/2017 17:31:43 | Antonio Carlos de Castro Toledo Junior | Aceito |
| Outros | questionario_IE_coorte.pdf | 22/05/2017 23:48:57 | Antonio Carlos de Castro Toledo Junior | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_IE_coorte.pdf | 22/05/2017 23:48:14 | Antonio Carlos de Castro Toledo Junior | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto_ie_coorte.pdf | 22/05/2017 23:47:49 | Antonio Carlos de Castro Toledo Junior | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 23 de Junho de 2017

MARCELO REIS DA COSTA
(Coordenador)**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0 **Bairro:** Campus Universitário **UF:** MG **Município:** Alfenas **Telefone:** (35)3299-3137**CEP:** 37.130-000 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br