



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# A INFLUÊNCIA DO CONTÁGIO EMOCIONAL NA QUALIDADE DA RESPOSTA EMPÁTICA EM ALUNOS DE PSICOLOGIA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

*Mariana Vieira Miranda Gonçalves*

Porto, julho de 2017



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# A INFLUÊNCIA DO CONTÁGIO EMOCIONAL NA QUALIDADE DA RESPOSTA EMPÁTICA EM ALUNOS DE PSICOLOGIA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

*Mariana Vieira Miranda Gonçalves*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Patrícia Oliveira-Silva  
Professor Doutor Pedro Dias

Porto, julho de 2017

## Agradecimentos

À Professora Patrícia Oliveira-Silva e ao Professor Pedro Dias agradeço pela oportunidade de realizar uma dissertação na área na qual tenho um especial interesse. Agradeço de uma forma geral pela orientação e apoio ao longo desta fase do meu percurso académico.

Aos principais responsáveis por tudo isto se tornar realidade, *os meus pais e irmão*, que foram sem dúvida o meu pilar, a eles um muito obrigado.

À minha amiga *Elodie*, que considero como uma irmã, agradeço pelos cinco anos de apoio durante todo o meu percurso académico e por nunca me ter deixado desistir nos momentos mais difíceis, a ti um muito obrigado por seres quem és e pela tua amizade.

Às minhas amigas *Sofia Ortigão e Andreína Simões*, pelos imensos momentos de boa disposição, força e entre ajuda que me proporcionaram. Muito obrigada pela vossa amizade.

Um especial obrigado à *minha avó*, porque sem ela também não seria possível.

**Obrigada a todos!**

## Resumo

Os objetivos centrais do presente estudo foram explorar se existem diferenças na qualidade da resposta empática à medida que aumenta o número de anos de formação em Psicologia e analisar a correlação entre o nível de contágio emocional, medido pela frequência cardíaca, e a qualidade da resposta empática, comparando os diferentes níveis de formação em Psicologia. Neste estudo, os participantes (N=56) participaram numa tarefa laboratorial na qual tiveram de escolher o tipo de resposta empática mais adequada perante a visualização de vinhetas em vídeo e preencheram, ainda, um instrumento de autorrelato acerca da sua perceção empática. Os principais resultados apontam para diferenças na qualidade da resposta empática em estudantes de acordo com o nível formação em Psicologia; diferenças na frequência cardíaca de acordo com o nível formação em Psicologia; associação entre algumas dimensões (reatividade interpessoal, qualidade da resposta empática e contágio emocional dos participantes). Conhecendo-se a importância da empatia em contexto terapêutico, para tal, seria essencial o desenvolvimento de experiências formativas adicionais tendo em vista dar atenção à componente relacional que é essencial para o sucesso terapêutico.

**Palavras-chave:** *Empatia, Contágio Emocional, Frequência Cardíaca, Estudantes de Psicologia*

## **Abstract**

The present study aimed to explore whether there are differences in the quality of the empathic response as the number of years of training in Psychology increases and to analyze the correlation between the level of emotional contagion, measured by the heart rate, and the quality of the empathic response, comparing the distinct levels of training in Psychology. In this study, the participants (N=56) took part in a laboratory task in which after watching vignettes on video, they had to choose the most appropriate type of empathic response. Moreover, they also filled an instrument of self-report about their emphatic perception. The main results point out to differences in the quality of the emphatic response in students according to their level of training in Psychology; to differences in the heart rate according to the level of training in Psychology; to an association between some dimensions (interpersonal reactivity, quality of the empathic response and emotional contagion of the participants). Bearing in mind the importance of empathy in a therapeutic context, it would be essential to develop additional formative experiences to give attention to the relational component that is essential for therapeutic success.

**Keywords:** *Empathy, Emotional Contagion, Heart Rate, Psychology Students*

## Índice

Índice de Tabelas .....	Erro! Marcador não definido.
Introdução .....	Erro! Marcador não definido.
<u>I. Enquadramento Teórico</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>II. Método</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>1. Objetivos</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>2. Questão de Investigação e Hipóteses</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>3. Amostra</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>4. Instrumentos</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>4.1 Vinhetas emocionais</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>4.2 Tarefa de Resposta Empática</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>4.3 Resposta Cardíaca</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>4.4 Índice de Reatividade Interpessoal</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>III. Procedimentos</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>1. Recolha de dados</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>2. Análise dos dados</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>IV. Resultados</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>V. Discussão dos resultados</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>VI. Conclusão</u> .....	Erro! Marcador não definido.
<u>Referências bibliográficas</u> .....	Erro! Marcador não definido.

## Índice de Tabelas

**Tabela 1.** Distribuição dos estudantes de licenciatura por ano de formação

**Tabela 2.** Caracterização por Especialidade no Mestrado

**Tabela 3.** Diferenças ao Nível do tipo de Resposta Empática (subtrativa, intercambiável e aditiva) em Função do Ano de escolaridade (teste *ANOVA Unifatorial*)

**Tabela 4.** Diferenças ao Nível do tipo de Resposta Empática (subtrativa, intercambiável e aditiva) em Função do Ano de escolaridade (teste *Post-Hoc de Gabriel*)

**Tabela 5.** Diferenças na Frequência Cardíaca nos diferentes tipos de Respostas Empáticas (teste *T para amostras emparelhadas*)

**Tabela 6.** Diferenças da Frequência Cardíaca (subtrativa, intercambiável e aditiva) em Função do Ano de Formação em Psicologia (teste *ANOVA Unifatorial*)

**Tabela 7.** Diferenças da Frequência Cardíaca (subtrativa, intercambiável e aditiva) em Função do Ano de Formação em Psicologia (teste *Post-Hoc de Gabriel*)

**Tabela 8.** Diferenças na Reatividade Interpessoal (ao nível das subescalas) em Função do Ano de Formação em Psicologia (teste *ANOVA Unifatorial*)

**Tabela 9.** Associação entre Reatividade Interpessoal, Qualidade da Resposta Empática e Contágio Emocional dos participantes (teste *Coefficiente de Correlação de Pearson*)



## Introdução

O presente estudo apresenta como principais objetivos explorar se há diferenças na qualidade da resposta empática à medida que aumenta o número de anos de formação em psicologia e, ainda, analisar a correlação entre o nível de contágio emocional, medido pela frequência cardíaca, e a qualidade da resposta empática.

O construto de empatia tem sido sujeito, por parte de muitos autores, a diversas considerações teóricas e conceptuais, algumas com uma visão mais emocional, outras mais cognitiva, e ainda alguns autores procuram integrar as duas perspetivas. No entanto, há consenso que a empatia diz respeito à capacidade de compreender e responder a um estado emocional de outra pessoa (Batson, Fultz & Schoenrade, 1987). Esta está assente em dois domínios: o emocional e o cognitivo. O domínio emocional consiste na experiência vicariante, com ativação emocional involuntária podendo apresentar como resultado respostas fisiológicas automáticas que refletem a experiência emocional do outro, tendo em consideração a noção de si mesmo como distinta do outro (Eisenberg, 2000). Enquanto o domínio cognitivo corresponde à capacidade de atribuir estados mentais a si mesmo e aos outros, permitindo a descodificação do comportamento do outro, a compreensão da sua perspetiva e a possibilidade de prever o seu comportamento (Smith, 2006).

De Waal (2008) afirma que esses dois domínios correspondem a diferentes fases evolutivas. Como referido anteriormente, este autor sugere o *Russian doll model of empathy*, um modelo inspirado na ideia das bonecas russas, onde uma está dentro da outra, como se constituíssem diferentes camadas. Na perspetiva de De Waal (2008), que também possui aceitação por vários outros investigadores da área, e de acordo com a analogia com as bonecas russas, a empatia possui diferentes camadas, da mais externa para a mais interna. A primeira camada ou a mais interna, diz respeito ao processo mais básico, conhecido como *Emotional Contagion*, que corresponde à reprodução no próprio do estado emocional observado. Esse contágio emocional pode evoluir para uma segunda camada designada por *Sympathetic Concern*, que corresponde a uma preocupação sobre o estado de outro e às tentativas para modificar este estado (e.g. consolação). Por fim, pode ocorrer uma evolução para uma terceira camada denominada de *Empathic Perspective-Tasking*. Esta última camada empática obriga a uma rutura entre as emoções e os pensamentos do observador e as emoções e os pensamentos retratados pelo observado, correspondendo ao que Decety e Grèzes (2006) mencionam como a dimensão de *self-agency* de empatia (i.e. a consciência subjetiva que permite diferenciar o que

são as próprias emoções, desejos e ações, e representa uma dimensão essencial do que caracteriza a própria identidade).

É importante referir que não foram encontrados estudos que relacionam e/ou comparam os conceitos explorados (empatia e contágio emocional) numa amostra referente a estudantes de diferentes níveis de formação em Psicologia. Deste modo, tornar-se pertinente perceber através dos objetivos desenhados para este estudo, de que forma é elaborada a resposta empática, se é uma competência intrínseca nos estudantes de psicologia ou se é uma competência que se desenvolve com o decorrer dos anos de formação em Psicologia.

## I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No decorrer de muitas décadas, o conceito de empatia (i.e., a capacidade de sintonizar-se com as experiências do outro) tem sido alvo de um extenso debate (e.g. Gibbons, 2011; Sampaio, Camino & Roazzi, 2009; Watson, 2016). Embora este conceito seja empregue numa multiplicidade de afirmações, há um aspeto negligenciado da experiência empática: a competência de responder empaticamente, que tem um papel primordial nas interações sociais (Oliveira-Silva, 2014). As relações que estabelecemos com os outros funcionam muitas vezes, no sentido de preencher necessidades sentidas pelo próprio. É desta forma, que a empatia surge como uma forma básica de comunicação social que pode ocorrer em múltiplos contextos (Decety & Jackson, 2004), como por exemplo na Psicologia.

Bohart, Elliott, Greenberg e Watson (2002) demonstram a importância da empatia em contexto terapêutico, mais concretamente na aliança terapêutica, caracterizada por uma relação de colaboração entre o cliente e o terapeuta que comunica empatia, compromisso, respeito e responsabilidade pelo desenvolvimento contínuo do processo terapêutico (Husain, Palumbo & Bhugra, 2016). Esta evidência é suportada por Norcross (2010) que defende que a empatia está relacionada ao sucesso terapêutico por facilitar que o cliente obtenha uma experiência emocional corretiva, por promover a análise e criação de significados, e por auxiliar a disponibilidade de suporte ao desenvolvimento da capacidade de autorregulação do cliente.

### *Empatia*

Numa perspetiva bidimensional (empatia cognitiva e emocional) e aplicado ao contexto terapêutico, Gladstein (1983) refere a necessidade de distinguir os dois domínios, sendo a empatia cognitiva a perceção da realidade do cliente a partir da sua visão e, por sua vez, a empatia emocional a capacidade de sentir com o cliente, estabelecendo uma distância emocional que é fundamental para não perder a sua objetividade.

Para uma melhor compreensão do que consiste o processo de empatia, é fundamental abordar uma questão mais profunda, subjacente a este processo, as emoções. Damásio (1996) defensor de um holismo cérebro-corpo-ambiente demonstra a existência de uma fisiologia das emoções, ou seja, sentir uma emoção implica um determinado sintoma do corpo. Este mesmo autor desenvolveu um modelo teórico designado por “Hipótese dos Marcadores Somáticos”, que se baseia no estudo dos substratos neurológicos da tomada de decisão. Existem áreas específicas do cérebro onde são registadas emoções primárias (medo, raiva, tristeza, alegria, surpresa, expressões faciais, vocais, corporais) e secundárias ou sociais (vergonha, culpa, ciúme, orgulho) que são responsáveis pela identificação da afeição dos indivíduos pelos objetos

ou acontecimentos com quais se confronta. O marcador somático é visto então, como o operador da nossa cognição, que constrói representações do mundo e manipula-as. Esta construção de imagens segue padrões pré-estabelecidos que são responsáveis pela direção de determinadas sensações para portos neuronais específicos, sendo estas responsáveis pela demarcação dos estados no corpo. Estes marcadores somáticos funcionam como um sistema que utiliza os sentimentos para avaliar os resultados futuros.

O processo de tomada de decisão possui um caráter muito emocional (Damásio, 1996) e por isso, quando abordamos o conceito de empatia é necessário ter em conta todos estes marcadores somáticos que estão implícitos aquando da tomada de decisão.

### ***Resposta Empática***

No entanto, uma experiência empática não se traduz apenas na perceção do que o outro sente, e no que sente o próprio indivíduo, mas também como essa experiência emocional é traduzida num comportamento pró-social ou resposta empática. Dunne (2005) define a resposta empática como uma competência central no suporte emocional ao outro, sendo também definida como uma forma comportamental da empatia (Buckman, Tulsy & Rodin, 2011).

No que diz respeito ao momento no qual surge a capacidade de resposta empática Barrett-Lennard's (1981) elaborou o "*Empathy Cycle (EC)*" em que descreve as quatro fases do ciclo da empatia sendo que a (i) corresponde à expressão da experiência do cliente; a (ii) ressonância empática do terapeuta (representação interna das emoções, intenções, cognições e estados psicológicos do cliente); a (iii) expressão empática do terapeuta (leva a uma resposta do terapeuta); e, a (iv) receção da empatia do cliente. Refere que cada nova resposta do cliente auxilia a que o terapeuta compreenda o cliente e, desta forma dar uma nova resposta, sendo assim um ciclo.

Não existem formas exatas de como dar uma resposta empática, mas sim, elementos, atitudes e algumas técnicas que suportam e ajudam na sua construção. Arranz, Barbero, Barreto e Bayés (2003) elencam algumas competências facilitadoras como: (i) perguntas abertas; (ii) a utilização de um diálogo que reconheça as emoções do cliente, que o motive a comunicar; (iii) a utilização da escuta e exploração de domínios que não sejam identificáveis inicialmente; (iv) evitar dar conselhos; (v) definir um *setting* adequado; (vi) centrar a comunicação no que se pode alcançar; (vii) e a utilização de expressões positivas.

Na maioria dos estudos (e.g. Nascimento, 2014; Parreira, 2013) a capacidade de responder empaticamente às necessidades dos outros tem sido medida por questionários de autorrelato. Por exemplo, Carkhuff (1969) foi um dos primeiros autores a elaborar uma escala

de medição da qualidade da resposta empática de acordo com o nível de empatia demonstrado: (i) resposta subtrativa (corresponde ao nível mais baixo de empatia, ou seja, ao invés de transmitir compreensão/empatia, transmite indiferença); (ii) resposta intercambiável (corresponde a um nível intermédio de empatia, isto é, representa um esforço de compreensão da experiência do outro que consegue identificar sentimentos e experiências, mas não oferece o suporte necessário); e, (iii) resposta aditiva (corresponde ao nível mais alto de empatia, ou seja, revela uma profunda compreensão da experiência do outro, responde com a intensidade necessária). Outro exemplo, e um dos mais utilizados autorrelatos para medir a empatia, é o Índice de Reatividade Interpessoal (IRI), de Davis (1980). No entanto, no caso dos autorrelatos, as respostas estão dirigidas unicamente para a percepção do indivíduo e não para o seu padrão de ressonância com o outro, o que só pode ser medido com confiança através do registo da atividade neurofisiológica.

Adicionalmente, estudos anteriores têm mencionado que a variabilidade individual na resposta empática pode estar relacionada com vários fatores, entre eles a presença de regulação afetiva, fatores genéticos e experiências pessoais anteriores (Eisenberg, Fabes & Murphy, 1996; Eisenberg et al., 2000). Contudo, será que o treino da empatia pode ocorrer (explícita ou implicitamente) no decorrer da formação em Psicologia, verificando-se como outra variável que influencia a capacidade de formação empática?

### ***Contágio Emocional***

O contágio emocional é um dos processos que facilita a aproximação dos membros de um grupo (Barsafe, 2002), ocorrendo através de um processo de comparação automática (Hatfield, Cacioppo, & Rapson, 1993) ou consciente (Gump & Kulik, 1997), apesar da generalidade das evidências referir a primeira opção.

Segundo De Wall (2008, 2009, 2012) e Panksepp e Panksepp (2013), o contágio emocional é definido como uma cópia espontânea do estado emocional dos *outros*, seguido por uma reação afetiva a isso. No entanto, esta definição é refutada por Rogers e Kinget, (1965, 1977) que defendem que essa reprodução do estado emocional do *outro* tem de ser “como se” fosse o *outro*, porque a distinção entre o *outro* e o *self* tem que estar muito clara, primordialmente para que haja recursos suficientes para estar disponível para o outro e, dar uma resposta empaticamente adequada.

Outra definição de contágio emocional é dada por Hatfield, Rapson e Le (2009), que o definem como um fenómeno social, psicofisiológico e comportamental a partir do qual somos contagiados pelas emoções dos outros.

E por último, para Hatfield, Cacioppo e Rapson (1994) o contágio emocional é assumido como uma propensão para mimetizarmos e sincronizarmos com expressões, vocalizações e movimentos do outro, de forma automática, e dessa forma convergirmos em termos emocionais. Este processo reflete-se na interação com os outros, sendo que a ativação e *feedback* deste processo, de mimetização, pode influenciar a experiência emocional do indivíduo. Estes processos levam também à convergência de emoções, ou seja, ao contágio emocional que é sentido pelo *outro*.

Alguns indivíduos evidenciam uma capacidade para contagiar e, contrariamente, outros que demonstram deixarem-se contagiar. Os indivíduos que apresentam uma maior capacidade para contagiar outros tendem a: (i) sentir emoções fortes; (ii) manifestar uma capacidade para expressar emoções (faciais, vocais e através da postura corporal) e (iii) mostrar uma insensibilidade face às emoções dos outros (quando estas são inconciliáveis com as suas). Por outro lado, os indivíduos que se deixam contagiar mais facilmente pelos outros tendem a: (i) fixar a sua atenção nos outros; (ii) desenvolver uma visão de si mesmo baseada na relação que estabelecem com os outros; (iii) ler expressões emocionais, gestos, vozes e a postura dos outros; (iv) mimetizar as expressões dos outros; (v) perceber as suas próprias respostas emocionais; (vi) responder de forma emocional (registrando uma forte ativação fisiológica em situações emocionais) (Hatfield et al., 1994).

Segundo estudos anteriores, como por exemplo o de Oliveira-Silva e Gonçalves (2011), o contágio emocional promove uma alteração no padrão fisiológico, similar àquela que ocorre quando a origem das próprias emoções é o próprio indivíduo, ou seja, estas alterações são caracterizadas pela resposta dos diferentes sistemas biológicos envolvidos, entre os quais a atividade cardíaca. Neste estudo, os resultados demonstraram que a atividade cardiovascular aparenta ser sensível, ao nível de resposta empática, às vinhetas de forte carga emocional, e, por sua vez, isto pode representar um biomarcador autonómico importante de uma resposta mais empática ou aditiva de acordo com o Carhuff (1969).

### ***Relação entre Contágio Emocional e Empatia***

Alguns autores, como por exemplo Decety (2011), têm descrito que um intenso contágio emocional está associado a um menor nível de empatia nas respostas (o que deve possivelmente ocorrer com os terapeutas mais inexperientes, ou principalmente, ou em estudantes com pouca formação).

Na opinião de Hatfield, Rapson e Le (2009) o contágio emocional é uma competência necessária para que ocorra empatia. Como foi mencionado anteriormente, no contágio

emocional a emoção do observador é dirigida a si mesmo (autodirigida) na observação de um objeto (emoção do outro), enquanto na empatia a emoção é heterodirigida (Preston & De Waal, 2002a, 2002b).

No entanto, apesar dessa diferenciação, a empatia e o contágio emocional estão estritamente relacionados, embora mais numa dimensão da empatia, a emocional, ou seja, uma vez que a empatia emocional implica que exista uma compreensão do que o outro sente, que exista uma experimentação própria da emoção transmitida, isto é, que exista contágio emocional (Preston & De Waal, 2002).

### ***Empatia em estudantes de Psicologia***

No final de cada Mestrado em Psicologia, no decorrer do estágio curricular, os estudantes colocam em prática as suas competências interpessoais (e.g. empatia) no estabelecimento e manutenção de relações de ajuda. O que desta forma sustenta a importância de, averiguar em que medida poderá ser vantajoso durante a formação académica em Psicologia existir um aprofundamento das competências de comunicação não-verbal e atitudes terapêuticas. (Palhoco, 2011).

Segundo Fiedler (1950) os terapeutas experientes demonstram uma maior correlação na prática clínica com terapeutas experientes, mesmo que sejam de outras orientações teóricas, do que com outros terapeutas também inexperientes da mesma orientação teórica. É possível ainda verificar que, terapeutas iniciantes não têm muitos recursos atencionais (e.g. competências interpessoais), e competências técnicas, sendo que tendem a favorecer as últimas (Bennett-Levy & Thwaites, 2009).

Desta forma, poderá ser hipotetizado que os terapeutas inexperientes, apesar de não possuírem conhecimentos técnicos muito aprofundados, previamente apreenderam a aplicabilidade e adequação das técnicas em função da idiosincrasia dos clientes, o que lhes proporciona uma melhor compreensão da teoria. Por isso, tendem a dar primazia às técnicas em detrimento do comportamento empático ou da perceção das emoções experienciadas pelos clientes, uma vez que estas são competências de difícil desenvolvimento, mais subjetivas e mais dependentes das próprias características individuais (Palhoco & Afonso, 2011).

Num estudo piloto com estudantes do 1º, 2º e 3º anos de licenciatura em Psicologia, realizado por Nobre, Pinhal e Oliveira-Silva (2016) os resultados demonstraram que há diferenças na qualidade da resposta empática à medida que a formação em Psicologia avança. É com base nesse estudo, que o presente estudo expandiu a sua amostra para estudantes de

mestrado devido ao impacto que é esperado que o estágio curricular tenha no desenvolvimento de competências empáticas.

## II. MÉTODO

Os objetivos definidos neste estudo requereram uma metodologia de investigação quantitativa, seguindo uma lógica hipotético-dedutiva, através da qual se partiu de uma formulação hipotética suportada e tendo como objetivo a observação dos efeitos mensuráveis entre as distintas variáveis ou grupos de amostras. Considerando que procurou-se estudar diferenças de resultados entre grupos, este estudo enquadrou-se numa metodologia descritiva e inferencial (Almeida & Freire, 2008).

### 1. Objetivos

Os objetivos gerais deste estudo foram: explorar se existem diferenças na qualidade da resposta empática à medida que aumenta o número de anos de formação em Psicologia e analisar a correlação entre o nível de contágio emocional, medido pela frequência cardíaca e a qualidade da resposta empática, comparando os diferentes níveis de formação em Psicologia.

Foram ainda delineados três objetivos específicos:

- (i) Analisar que tipo de resposta empática (aditiva, intercambiável e subtrativa) foi prevalente nos diferentes anos de formação em Psicologia;
- (ii) Avaliar a relação entre a frequência cardíaca e o tipo de resposta empática;
- (iii) Perceber se existem diferenças na perceção de empatia, através da reatividade interpessoal, nos estudantes dos diferentes anos de formação em Psicologia;
- (iv) Examinar a associação entre o tipo de resposta empática, frequência cardíaca e a reatividade interpessoal em estudantes de Psicologia.

### 2. Questão de Investigação e Hipóteses

Com base na literatura (Bennett-Levy & Thwaites, 2009) foi formulada a seguinte hipótese de investigação: os estudantes de níveis mais avançados de formação em Psicologia apresentam uma melhor qualidade da resposta empática quando comparados com estudantes iniciais de formação.

Não existindo suficiente suporte na literatura para a formulação de hipóteses relativamente aos restantes objetivos específicos, foram formuladas as seguintes questões de investigação: (i) *Qual a relação entre a frequência cardíaca e o tipo de resposta empática?*;

(ii) *Existem diferenças na percepção de empatia nos diferentes anos de formação em Psicologia?*  
e (iii) *Haverá associação entre o tipo de resposta empática, frequência cardíaca e reatividade interpessoal em estudantes de Psicologia?*

### **3. Amostra**

Este estudo é constituído por dois grupos de participantes: estudantes de licenciatura e estudantes de mestrado em Psicologia. A amostra é constituída por 56 estudantes (10 estudantes de 1º ano, 10 estudantes de 2º ano de mestrado e 36 estudantes de licenciatura) através de um processo de amostragem por conveniência, uma vez que os estudantes de mestrado da amostra estão a frequentar a faculdade onde o estudo se realizou. Quarenta e quatro participantes são do sexo feminino (78.6%) e 12 do sexo masculino (21.4%), com uma média de idades de 21.73 ( $DP= 5.165$ ), variando entre 18 e 53 anos. A tabela 1 apresenta a distribuição dos estudantes de licenciatura e a tabela 2 a distribuição dos estudantes de mestrado por áreas de especialização.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: ter problemas cardíacos, ter um histórico de qualquer perturbação psicológica e/ou psiquiátrica e ter um problema visão não corrigido.

Tabela 1

*Distribuição dos estudantes de licenciatura por ano de formação*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>1º ano de licenciatura</b>	19	33,9
<b>2º e 3º ano de licenciatura</b>	17	30,4
Total	36	100,0

Tabela 2

*Caracterização por Especialidade no Mestrado*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano</b>	9	45,0
<b>Psicologia Clínica e da Saúde</b>	9	45,0
<b>Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante</b>	2	10,0
Total	20	100,0

#### 4. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados quatro instrumentos: (i) vinhetas emocionais; (ii) tarefa de resposta empática; (iii) resposta cardíaca e, (iv) o Índice de Reatividade Interpessoal. Foi ainda elaborado um questionário sociodemográfico contemplando informações acerca da idade, sexo, ano de formação e respetiva especialidade de mestrado, quando aplicável.

##### 4.1 Vinhetas emocionais

Uma base de dados com 14 vinhetas, filmadas por atores que expõem situações emocionalmente carregadas de valência positiva ou negativa. Cada vinheta foi realizada por atores profissionais (dois homens e duas mulheres), cujo conteúdo foi retirado da experiência clínica dos autores, tendo cada uma duração de 27 segundos. As vinhetas com uma valência negativa, têm como foco emoções como a decepção, doença, raiva, medo, vergonha ou perda, ao invés das vinhetas positivas que têm como foco emoções como entusiasmo, satisfação, prazer, realização pessoal, dedicação e amor. Todas as vinhetas foram validadas por psicólogos experientes quanto à valência do conteúdo (ex.: positivo ou negativo), tendo sido mantidas apenas as vinhetas que obtiveram 100% de concordância entre os avaliadores. Adicionalmente, as mesmas vinhetas foram novamente validadas por uma amostra académica quanto à intensidade e à pertinência do tópico (Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011).

##### 4.2 Tarefa de Resposta Empática

Para cada vinheta existe diversas respostas verbais, com diferentes níveis de empatia que foram elaboradas tendo como base os três níveis de empatia sugeridos por Carkhuff (1969): (i) resposta empática subtrativa; (ii) resposta empática intercambiável e, (iii) resposta empática aditiva. As respostas empáticas foram validadas por dois psicólogos clínicos experientes, e só permaneceram as opções que foram corretamente classificadas no diz respeito aos diferentes níveis de empatia. Inicialmente, não existiu uma concordância na classificação das respostas empáticas em

14 vinhetas emocionais, no entanto, as respostas a essas vinhetas foram reescritas e submetidas a uma outra validação. Ainda, oito vinhetas foram classificadas incorretamente sendo alvos dos mesmos processos, que as 14 vinhetas mencionadas anteriormente, ou seja, reescritas e posteriormente validadas novamente por especialistas.

### **4.3 Resposta Cardíaca**

A atividade cardíaca reflete uma ativação do sistema nervoso simpático bem como do parassimpático. O sistema cardiovascular caracteriza-se pelo seu complexo sistema fisiológico, que está suscetível às influências centrais, periféricas e humorais, sendo altamente sensível a uma diversidade de processos neurocomportamentais e também, a condições psicológicas ou fisiológicas. É registado através de um Eletrocardiogramas (ECG) que capta tanto flutuações rápidas como lentas de acordo com a reatividade fisiológica do indivíduo. Embora o Intervalo Inter-Batimentos (IBI) e a frequência cardíaca serem medidas semelhantes, a frequência cardíaca foi a escolha como medida cardíaca, tendo em conta a sua relação linear com as mudanças autonómicas (Stern et al., 2001).

### **4.4 Índice de Reatividade Interpessoal**

É um instrumento de autorrelato, constituído por 24 itens e dividido em quatro dimensões, uma de natureza cognitiva e três de natureza emocional: a nível emocional a Preocupação Empática (que corresponde à simpatia ou à preocupação para com o outro ou problemas do outro), o Desconforto Pessoal (diz respeito ao sofrimento face a acontecimentos interpessoais onde exista tensão) e a Fantasia (é a capacidade para se imaginar na posição de outra pessoa, real ou imaginária); a nível cognitivo a Tomada de Perspetiva (é a capacidade para espontaneamente adotar o ponto de vista dos outros).

Para cada afirmação/item do IRI, é pedido ao sujeito que indique em que medida essa afirmação se aplica a si próprio, usando uma escala de cinco níveis. A cotação é feita pela soma dos valores de cada subescala e fazendo a média, sendo que nos itens invertidos (itens 2, 3, 6, 10, 11, 12 e 15) também as cotações são invertidas (0 passa a 4, 3 passa a 1, e viceversa). Através da aplicação deste questionário, o objetivo será a comparação entre o desempenho dos estudantes na tarefa de resposta empática e a perceção que os mesmos têm sobre a sua capacidade empática.

Na adaptação do IRI para português, as análises fatoriais exploratórias conduziram à eliminação dos itens 1, 10, 15 e 18 da escala original americana. A análise da fidelidade (consistência interna) das quatro subescalas do IRI, na sua versão portuguesa, apontou para os seguintes valores do índice *alpha* ( $\alpha$ ) de *Cronbach*: na subescala Tomada de Perspetiva  $\alpha =$

.74, na subescala Preocupação Empática  $\alpha = .77$ , na subescala Desconforto Pessoal  $\alpha = .81$  e na subescala Fantasia  $\alpha = .83$  (Limpo, Alves & Castro, 2010).

## 5. PROCEDIMENTOS

### 5.1 Recolha de dados

A recolha da amostra decorreu em momentos distintos e em locais diferentes. A seleção dos estudantes da licenciatura em Psicologia, realizou-se numa escola de Psicologia de uma universidade de Braga<sup>1</sup>, e a seleção dos estudantes de mestrado realizou-se numa Faculdade de Educação de Psicologia de uma universidade do Porto.

Para a seleção dos estudantes de mestrado, foi realizado o contacto inicialmente via email e, posteriormente através do contacto pessoal.

Após a obtenção do consentimento informado, já no laboratório, os participantes passaram por um processo de limpeza da pele, onde foram colocados os elétrodos, com algodão e álcool e, posteriormente, sentaram-se numa cadeira à frente do monitor do computador.

**Dados Fisiológicos.** Durante a tarefa, a frequência cardíaca foi gravada continuamente a uma taxa de amostragem de 1000 amostras por segundo usando um polígrafo *Biopac BioNomadix* (Biopac System, Santa Bárbara, CA), um amplificador bio potencial, projetado para uso em humanos. Os marcadores de tempo relacionados com o conjunto dos diferentes momentos de interesse foram adicionados nos dados fisiológicos, de modo a permitir a sincronização entre a gravação fisiológica e os momentos resposta às vinhetas empáticas.

Para a monitorização da atividade cardíaca, foi escolhida a frequência cardíaca, registada através de uma configuração Lead-II ajustada (ou seja, um eletrodo colocado no meio de ambas as clavículas e um terceiro no ombro esquerdo). A pele foi previamente limpa com algodão embutido com álcool, de forma a melhorar a passagem do sinal eletrofisiológico.

**Tarefa de linha de base.** Devido à importância do nível basal individual de ativação para determinar a magnitude da reatividade fisiológica ao *stress* mental. Ao registar a atividade fisiológica, os participantes visualizaram um conjunto de 10 imagens (cada imagem foi exibida por cerca de 3 segundos e separada por um intervalo de 2 segundos) identificando se estas seriam mais adequadas para adultos ou para crianças (reproduz exatamente o contexto empírico, só não está relacionado com emoções ou empatia). O valor da linha de base para a frequência cardíaca foi calculado para cada participante, considerando o tempo total da tarefa de linha de

---

<sup>1</sup> Os dados da licenciatura foram recolhidos no âmbito de um estudo anterior.

base. Esta tarefa denominada *vanilla baseline* tem como objetivo captar a atenção do sujeito sem qualquer impacto intelectual ou emocional, de forma a evitar mecanismos incontroláveis que influenciem o estado emocional do sujeito (Jennings, Kamack, Stewart, Eddy & Johnson, 1992).

**Tarefa de resposta empática.** Em relação à tarefa de resposta empática, teve uma duração de aproximadamente 45 minutos e consistiu em 14 blocos, sendo que cada um possuiu três etapas: 1º *Assistir a um vídeo*, 2º *Elaborar mentalmente uma resposta* e 3º *A seleção de uma entre três opções de respostas de acordo com a resposta que foi mentalmente elaborada* (Figura 1). Foram utilizadas três sequências na apresentação das vinhetas empáticas, contrabalançando-se os participantes por cada uma das condições.



**Figura 1-** Representação esquemática da tarefa.

Após a conclusão da tarefa de resposta empática, o equipamento foi removido, e foi solicitado o preenchimento do IRI. Este instrumento poderia ser o primeiro a ser administrado, mas de forma a não enviesar possíveis comportamentos, optou-se por administrá-lo no final (Davis, 1980 - Adaptação portuguesa por Limpo, Alves & Castro, 2010).

## 5.2 Análise dos dados

Para a análise dos dados cardíacos, foi tido em conta um protocolo, com diversas etapas, através do *software AcqKnowledge* (versão 5.0). Primeiramente, o sinal bruto do ECG foi filtrado e posteriormente foi calculada a frequência cardíaca. De seguida, foram escolhidas as áreas de interesse para o estudo: a *baseline* e o início da visualização da vinheta empática até à escolha da resposta à mesma. Após todo o pré-processamento, os dados foram exportados para o programa *Excel*, tendo sido calculada para a *baseline* e para cada vinheta empática a sua média e desvio-padrão. De forma a perceber as alterações (aumento ou diminuição) na frequência cardíaca foi calculada a diferença entre a média da *baseline* e a média de cada vinheta empática.

Foi utilizado o *software IBM SPSS 24 (Statistical Package for the Social Sciences)*, para efetuar as análises estatísticas necessárias. Inicialmente, através da base de dados que continha

a informação dos estudantes de licenciatura como os de mestrado, para a caracterização dos participantes utilizou-se a estatística descritiva. Posteriormente, recorreu-se à estatística inferencial através de um teste de diferenças, mais especificamente à Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial, para avaliar as possíveis diferenças na qualidade da resposta empática à medida que aumenta o número de anos de formação em Psicologia e a existência de diferenças significativas nas respostas dadas pelos estudantes de mestrado. Para examinar as diferenças na frequência cardíaca na visualização das diferentes vinhetas empáticas, recorreu-se à Análise de Variância (ANOVA) para Medidas Repetidas. Foi ainda, utilizado o teste *T* para amostras emparelhadas para perceber se existem diferenças na frequência em função do tipo de resposta empática.

Por último, para avaliar a relação entre a frequência cardíaca e o tipo de resposta empática bem como para avaliar a relação entre a reatividade interpessoal, avaliada através do IRI, e a frequência cardíaca recorreu-se a um teste de associação, mais concretamente ao Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

### III. RESULTADOS

#### 1. Qualidade da Resposta Empática nos diferentes anos de formação em Psicologia

No que diz respeito ao primeiro objetivo, verificaram-se diferenças significativas na qualidade da resposta empática em função do ano de escolaridade, mais concretamente nas respostas subtrativas,  $F(3,52) = 9.72$ ,  $p = ,000$  e, nas respostas aditivas,  $F(3,52) = 9.90$ ,  $p = ,000$  (Tabela 3).

Tabela 3

*Diferenças na Resposta Empática (subtrativa, intercambiável e aditiva) em Função do Ano de escolaridade*

Resposta Empática	Ano de Escolaridade				
	1°	2°	1°	2° e 3°	
	Mestrado	Mestrado	Licenciatura	Licenciatura	
	(n)	(n)	(n)	(n)	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Subtrativa	(10) 1.5 (2.12)	(10) 2.2 (1.55)	(19) 5.11 (2.21)	(17) 5.18 (2.53)	F (3,52) 9.72**
Intercambiável	(10) 5.5 (2.17)	(10) 6.6 (2.41)	(19) 6.21 (1.78)	(17) 5.71 (2.05)	F (3,52) 0.66
Aditiva	(10) 7 (2.75)	(10) 5.2 (2.66)	(19) 2.68 (1.92)	(17) 3.12 (2.03)	F (3,52) 9.90**

\*\*  $p < .01$

O *Teste Post-Hoc de Gabriel* revelou que, os estudantes de mestrado apresentam um menor número de respostas subtrativas face aos estudantes de licenciatura. No que diz respeito às respostas aditivas os estudantes de mestrado apresentam um maior número de respostas face aos estudantes de licenciatura (Tabela 4).

Tabela 4

*Diferenças na Resposta Empática (subtrativa, intercambiável e aditiva) em Função do Ano de escolaridade*

Respostas Empáticas	Estudantes de Psicolo					
	1°	1° Mestrado vs. 2° Mestrado				1°
	2°	1° Mestrado vs. 1°	2° Mestrado vs. 2° e 3°	2° Mestrado vs. 1°	2° Mestrado vs. 2° e 3°	2° e 3°
	Mestrado	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura
Subtrativa	ns	**	**	**	**	ns
Intercambiável	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Aditiva	ns	**	**	*	ns	ns

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

## 2. Frequência Cardíaca nos diferentes tipos de Respostas Empática

Em relação ao segundo objetivo específico, não se verificam diferenças significativas na frequência cardíaca em função do tipo de resposta empática, ou seja, a frequência cardíaca

independente do tipo de resposta empática não difere (Tabela 5). A frequência cardíaca em respostas cardíacas aditivas não difere da frequência cardíaca em respostas subtrativas,  $t(55) = .87, p < 0.22$ , o mesmo se verifica em relação à frequência cardíaca em respostas aditivas com as respostas intercambiáveis,  $t(55) = .34, p < .74$ , assim como em relação à frequência cardíaca em respostas subtrativas e respostas intercambiáveis,  $t(55) = 1.56, p < .12$ .

Tabela 5

*Diferenças na Frequência Cardíaca nos diferentes tipos de Respostas Empáticas*

	<b>Respostas Empáticas</b>		
	Aditivas (N = 56) <i>Média (DP)</i>	Subtrativas (N = 56) <i>Média (DP)</i>	Intercambiáveis (N = 56) <i>Média (DP)</i>
<b>Frequência Cardíaca</b>	7.95 (13.29)	9.34 (11.51)	7.64 (12.62)

### **3. Frequência Cardíaca nos diferentes Anos de Formação em Psicologia**

No que diz respeito ao terceiro objetivo específico, verificaram-se diferenças significativas na frequência cardíaca (de acordo com o tipo de resposta) em função do ano de formação, nomeadamente nas respostas subtrativas,  $F(3,52) = 11.58, p = ,000$ , intercambiáveis,  $F(3,52) = 18.46, p = ,000$  e nas aditivas,  $F(3,52) = 13.59, p = ,000$  (Tabela 6).

Tabela 6

Diferenças na Frequência Cardíaca (subtrativa, intercambiável e aditiva) em Função do Ano de Formação em Psicologia

Frequência Cardíaca	Ano de Formação				F (3,52)
	1º Mestrado (n) Média (DP)	2º Mestrado (n) Média (DP)	1º Licenciatura (n) Média (DP)	2º e 3º Licenciatura (n) Média (DP)	
Subtrativa	(10) - 0.40 (9.07)	(10) -0.28 (9.99)	(19) 14.66 (8.73)	(17) 14.80 (9.21)	11.58**
Intercambiável	(10) -5.86 (13.18)	(10) -2.81 (9.99)	(19) 14.84 (8.12)	(17) 13.69 (6.09)	18.46**
Aditiva	(10) -6.99 (13.36)	(10) .44(7.19)	(19) 12.85 (11.17)	(17) 7.95 (13.29)	13.59**

\*\*  $p < .01$

O *Teste Post-Hoc de Gabriel* revelou que, os estudantes de mestrado apresentam uma menor frequência cardíacas nas respostas subtrativas e intercambiáveis face aos estudantes de licenciatura. No que diz respeito às respostas aditivas os estudantes de mestrado apresentam uma menor frequência cardíaca face aos estudantes de licenciatura, assim como os estudantes de 1º ano de licenciatura apresentam igualmente uma maior frequência cardíaca quando comparados com os estudantes de 2º e 3º ano de licenciatura (Tabela 7).

Tabela 7

Diferenças na Frequência Cardíaca (subtrativa, intercambiável e aditiva) em Função do Ano de Formação em Psicologia

Frequência Cardíaca	Ano de Formação					1º Licenciatura vs. 2º e 3º Licenciatura
	1º Mestrado vs. 2º Mestrado	1º Mestrado vs. 1º Licenciatura	1º Mestrado vs. 2º e 3º Licenciatura	2º Mestrado vs. 1º Licenciatura	2º Mestrado vs. 2º e 3º Licenciatura	
Subtrativa	ns	*	*	*	*	ns
Intercambiável	ns	*	*	*	*	ns
Aditiva	ns	*	*	*	*	*

\*  $p < .05$

#### 4. Diferenças na Reatividade Interpessoal em Função do Ano de Formação em Psicologia

No que diz respeito ao terceiro objetivo específico, não se verificaram diferenças significativas nas respostas ao índice de reatividade interpessoal (nas diferentes subescalas) em função do ano de formação (Tabela 8).

Tabela 8

*Diferenças na Reatividade Interpessoal (ao nível das subescalas) em Função do Ano de Formação em Psicologia*

Reatividade Interpessoal	Ano de Formação				
	1º	2º	1º Licenciatura	2º e 3º	
	Mestrado (n) Média (DP)	Mestrado (n) Média (DP)	1º Licenciatura (n) Média (DP)	Licenciatura (n) Média (DP)	
Tomada de Perspetiva	(10) 2.97 (.48)	(10) 2.85 (.55)	(19) 2.48 (.67)	(17) 2.56 (.66)	F (3,52) 1.81
Preocupação Empática	(10) 3.12 (.30)	(10) 2.58 (.85)	(19) 2.62 (.54)	(17) 2.52 (.70)	F (3,52) 2.11
Desconforto Pessoal	(10) 1.87 (.60)	(10) 1.43 (.68)	(19) 1.98 (.57)	(17) 2.05 (.67)	F (3,52) 2.26
Fantasia	(10) 2.37 (.80)	(10) 2.08 (.86)	(19) 2.50 (.57)	(17) 2.21 (.83)	F (3,52) .84

#### 5. Associação entre Reatividade Interpessoal, Qualidade da Resposta Empática e Contágio Emocional dos participantes

Para uma leitura mais clara dos resultados obtidos no teste *Coefficiente de Correlação de Pearson*, os dados foram organizados, primeiramente, entre associações das mesmas variáveis e, posteriormente, em associações entre variáveis (tabela 9).

##### 5.1 Associação entre dimensões das mesmas variáveis

No que diz respeito à subescala *Tomada de Perspetiva*, está positivamente correlacionada com a subescala *Preocupação Empática*,  $r = .54$ ,  $p = .000$ , ou seja, quanto maior a perceção de *Tomada de Perspetiva* maior a perceção de *Preocupação Empática* pelos participantes.

A subescala *Preocupação Empática* está positivamente correlacionada com a subescala *Fantasia* ( $r = .46$ ,  $p = .000$ ). Quanto maior a perceção de *Preocupação Empática* maior a capacidade para se imaginar não posição de outra pessoa (subescala *Fantasia*).

A resposta empática *Aditiva* está negativamente correlacionada com a resposta empática *Subtrativa* ( $r = -.72$ ,  $p = .000$ ), com a resposta empática *Intercambiável* ( $r = -.72$ ,  $p = .04$ ), ou

seja, menor o número de respostas empáticas *Aditivas* maior o número de respostas empáticas *Subtrativas* e *Intercambiáveis*.

A resposta empática *Subtrativa* está negativamente correlacionada com a resposta empática *Intercambiável* ( $r = -.35, p = .00$ ). Quanto menor o número de respostas empáticas *Subtrativas* maior o número de respostas empáticas *Intercambiáveis*.

A frequência cardíaca (nas respostas aditivas) está positivamente relacionada com a frequência cardíaca (nas repostas intercambiáveis,  $r = -.86, p = .00$ ) e com a frequência cardíaca (nas respostas subtrativas,  $r = -.78, p = .00$ ). Assim, maior a frequência cardíaca nas respostas aditivas maior a frequência cardíaca nas respostas intercambiáveis e subtrativas.

A frequência cardíaca (nas respostas intercambiáveis) está positivamente relacionada com a frequência cardíaca (nas repostas subtrativas,  $r = -.78, p = .00$ ), ou seja, maior a frequência cardíaca nas respostas intercambiáveis está associada a uma maior frequência cardíaca nas respostas subtrativas.

## 5.2 Associação entre variáveis

Relativamente à subescala *Tomada de Perspetiva* do IRI, esta está positivamente correlacionada com a resposta empática *Aditiva* e negativamente correlacionada com a resposta empática *Subtrativa* ( $r = -.47, p = .00$ ;  $r = .48, p = .00$ , respetivamente).

A subescala *Preocupação Empática* está positivamente correlacionada com a resposta empática *Aditiva* ( $r = .32, p = .02$ ) e negativamente correlacionada com a resposta empática *Intercambiável* ( $r = -.31, p = .02$ ) e com a frequência cardíaca (nas respostas aditivas) ( $r = .26, p = .04$ ).

A subescala *Desconforto Pessoal* está negativamente correlacionada com a idade dos participantes,  $r = -.31, p = .02$ .

A resposta empática *Aditiva* está negativamente correlacionada com a frequência cardíaca (nas respostas aditivas,  $r = -.31, p = .02$ ; nas intercambiáveis,  $r = -.42, p = .00$ , e nas subtrativas,  $r = -.34, p = .01$ ).

A resposta empática *Subtrativa* está positivamente correlacionado com a frequência cardíaca (nas respostas intercambiáveis,  $r = -.37, p = .00$ ).

Tabela 1

*Associação entre Reatividade Interpessoal, Qualidade da Resposta Empática e Contágio Emocional dos participantes*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1. Tomada de Perspetiva</b>	1										
<b>2. Preocupação Empática</b>	.543**	1									
<b>3. Desconforto Pessoal</b>	-.012	.146	1								
<b>4. Fantasia</b>	.162	.457**	.246	1							
<b>5. Respostas Aditivas</b>	.480**	.319*	.058	-.035	1						
<b>6. Respostas Subtrativas</b>	-.465**	-.093	.137	.120	-.718**	1					
<b>7. Respostas Intercambiáveis</b>	-.035	-.308*	-.259	-.110	-.404**	-.347**	1				
<b>8. Frequência Cardíaca Aditivas</b>	-.073	-.275*	.230	-.009	-.311*	.240	.103	1			
<b>9. Frequência Cardíaca Intercambiáveis</b>	-.081	-.170	.225	.032	-.424**	.367**	.089	.860**	1		
<b>10. Frequência Cardíaca Subtrativas</b>	-.133	-.261	.099	.092	-.340*	.229	.157	.778**	.776**	1	
<b>11. Idade</b>	.076	-.009	-.307*	-.057	.137	-.166	.035	-.132	-.219	-.192	1

\* $p < .05$  \*\*  $p < .01$

## 6. Diferenças nas Variáveis Dependentes em Função de Variáveis Sociodemográficas

Foi realizado o teste estatístico, *ANOVA Unifatorial*, para a variável gênero com todas as variáveis dependentes, no entanto não foram encontradas diferenças significativas entre os estudantes do sexo masculino e feminino.

No que diz respeito à variável idade está negativamente correlacionada com a subescala do IRI *Desconforto Pessoal*,  $r = -.31$ ,  $p = .02$ , ou seja, quanto maior a idade menor o *Desconforto Pessoal* (Tabela 9).

## IV. DISCUSSÃO

O objetivo central deste estudo consistiu na análise da qualidade de resposta empática, contágio emocional em tarefas empáticas (frequência cardíaca), na percepção de empatia e nas características sociodemográficas de uma amostra de estudantes em distintos níveis de formação em Psicologia. Desta forma, tentou-se perceber de que forma os diferentes anos de formação em Psicologia impactam a empatia. Para que a leitura da informação obtida seja mais clara, a discussão encontra-se estruturada de acordo com os objetivos específicos.

Posteriormente, serão discutidos os principais resultados do estudo e as subsequentes inferências para o estudo da influência do contágio emocional na qualidade da resposta empática em estudantes de Psicologia.

No que diz respeito à qualidade da resposta empática em função do ano de formação em Psicologia a hipótese delineada foi confirmada, isto é, estudantes com níveis de formação superiores apresentaram uma melhor qualidade da resposta empática face aos estudantes de um nível inferior de formação. Os resultados obtidos vão ao encontro da literatura mencionada anteriormente, uma vez que esta refere que os terapeutas inexperientes tendem a dar mais importância às técnicas em detrimento da capacidade empática ou da percepção das emoções experienciadas pelo *outro* (Bennett-Levy & Thwaites, 2009; Palhoco & Afonso, 2011).

Em relação à frequência cardíaca nos diferentes tipos de resposta empática não se verificaram diferenças significativas, enquanto que na relação entre a frequência cardíaca nos diferentes níveis de formação em Psicologia, os estudantes de mestrado apresentaram uma menor frequência cardíaca em todos os tipos de respostas empáticas face aos estudantes de licenciatura. Estes resultados não refletem a evidência encontrada pela investigação científica desta área (Oliveira & Gonçalves, 2011), uma vez que o estudo, realizado pelos autores, demonstrou que no momento de escolher uma resposta com níveis elevados de empatia, os participantes mostraram um aumento significativo da frequência cardíaca em respostas

empáticas aditivas. No entanto, os dados obtidos poderão ser explicados pelo o facto dos estudantes em níveis iniciais de formação em Psicologia, apresentarem-se, por vezes, mais vulneráveis ao contágio emocional proporcionado pelas emoções do *outro*, uma vez que estão a lidar de forma mais direta com o seu sofrimento, o que por vezes pode-se traduzir numa necessidade saliente de valorizar apenas as componentes emocionais não disponibilizando a componente cognitiva essencial para uma resposta empática mais adequada, ao invés dos estudantes em níveis mais avançados de formação em Psicologia que possivelmente são mais capazes de apresentar uma melhor regulação emocional e disponibilizar recursos cognitivos suficientes para o processo empático (Decety, 2011; Rogers & Kinget, 1965; 1977).

Relativamente à questão de investigação acerca da perceção de empatia nos diferentes anos de formação em Psicologia, os resultados não permitiram encontrar diferenças significativas. Estes resultados poderão ser explicados pelas questões de personalidade, ou seja, por mais sejam adquiridas competências interpessoais (e.g. competências relacionais importantes para o desenvolvimento de respostas empáticas) ao longo da formação em Psicologia, a perceção que os estudantes têm acerca da sua capacidade empática não se altera, no entanto, foi perceptível um impacto da formação académica na qualidade da resposta empática face a um estímulo concreto (vinhetas).

Nos parágrafos posteriores, serão exploradas as associações significativas entre o tipo de resposta empática, frequência cardíaca e a reatividade interpessoal em estudantes de Psicologia.

As correlações entre as subescalas do IRI vão ao encontro, genericamente, com os resultados da adaptação portuguesa deste instrumento. Contudo, no presente estudo, não se verificou uma associação entre as subescalas *Tomada de Perspetiva* e *Desconforto Pessoal* reportada no estudo de adaptação (Limpo, Alves & Castro, 2010). É ainda de referir que, de todas as subescalas do IRI somente as subescalas *Desconforto Pessoal* e *Fantasia* não se encontram significativamente associadas a qualquer tipo de resposta empática, não indo ao encontro do que é esperado pela literatura anteriormente referida (Carhuff, 1969). De acordo com a definição das subescalas *Desconforto Pessoal* e *Fantasia*, era expectável que estas estivessem associadas ao tipo de resposta empática intercambiável (representa um esforço de compreensão da experiência do outro que consegue identificar sentimentos e experiências, mas não oferece o suporte necessário) e/ou à resposta empática subtrativa (invés de transmitir compreensão/empatia, transmite indiferença). Uma possível explicação para a não existência de associações significativas entre estas variáveis passa pelo reconhecimento de que o tipo de

resposta empática esteja mais dependente do nível de formação académica e não da percepção geral de empatia.

No que diz respeito à correlação entre a subescala *Preocupação Empática* do IRI e a frequência cardíaca nas respostas empáticas *Aditivas* verificou-se uma associação significativa. Este resultado parece ir ao encontro do que é esperado pela literatura, ou seja, quando há uma disponibilidade e regulação da dimensão emocional que consiste na experiência vicariante, com ativação emocional involuntária podendo apresentar como resultado respostas fisiológicas automáticas que refletem a experiência emocional do outro, tendo em consideração a noção de si mesmo como distinta do outro (Eisenberg, 2000), desta forma, pode inferir-se que haja uma diminuição da frequência cardíaca nas respostas empáticas aditivas. Ainda em relação à subescala *Preocupação Empática*, os resultados demonstraram uma associação positiva com a resposta empática *Aditiva* e uma associação negativa com a resposta empática *Intercambiável*. Os resultados obtidos vão ao encontro do que era esperado pela revisão da literatura (Carhuff, 1969), assim quando há simpatia ou preocupação para com o *outro* ou com os problemas do *outro* (Limpo, Alves & Castro, 2010) é expectável que a resposta empática dada seja de tipo aditiva e não intercambiável.

A subescala *Tomada de Perspetiva* está positivamente associada à resposta empática *Aditiva*, e por sua vez, negativamente associada à resposta empática *Subtrativa*. Numa lógica semelhante aos resultados anteriormente mencionados, tendo em conta a dimensão cognitiva da capacidade empática, os resultados vão ao encontro do que é expectável pela literatura. Considerando a dimensão cognitiva da capacidade empática, podemos deduzir que quanto mais os estudantes forem capazes de adotar o ponto de vista dos *outros*, permitindo a descodificação do comportamento do *outro* e a possibilidade de prever o seu comportamento (Smith, 2006), serão capazes de dar uma melhor resposta empática.

Relativamente à associação da idade dos participantes com as variáveis dependentes, os resultados demonstraram que quanto maior a idade menor os valores da subescala *Desconforto Pessoal* do IRI. Estes resultados parecem ir ao encontro do que é esperado pela literatura, uma vez que quando nos referimos ao *Desconforto Pessoal* diz respeito ao sofrimento face a acontecimentos interpessoais onde exista tensão (Limpo, Alves & Castro, 2010), ou seja, podemos supor que estudantes com níveis superiores de formação em Psicologia, com mais experiência, apresentarão níveis inferiores de *Desconforto Pessoal*.

## V. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo exploratório, numa área de aplicação pouco desenvolvida – desenvolvimento da empatia (tendo em conta a resposta fisiológica, frequência cardíaca), em estudantes de diferentes níveis de formação em Psicologia cruzando a sua perceção da reatividade interpessoal, a qualidade da resposta empática numa tarefa laboratorial e o contágio emocional, medido através da frequência cardíaca, durante essa tarefa, possibilitaram uma contextualização mais aprofundada das competências empáticas dos estudantes relevantes para a sua futura atividade profissional enquanto psicólogos.

Destacaram-se, do conjunto de resultados apresentados, os seguintes dados relevantes: (i) A qualidade da resposta empática é melhor em estudantes de níveis mais elevados de formação em Psicologia; (ii) A frequência cardíaca durante uma tarefa empática é mais elevada em estudantes nos níveis iniciais de formação em Psicologia; (iii) Há uma associação significativa entre a capacidade para espontaneamente adotar o ponto de vista dos *outros* e a simpatia ou a preocupação para com o *outro* ou problemas do *outro*, assim como com as respostas de nível mais baixo e alto de empatia; (iv) Há uma associação significativa entre a simpatia ou a preocupação para com o *outro* ou problemas do *outro* e a capacidade para se imaginar na posição de outra pessoa, real ou imaginária, assim como com as respostas de nível intermédio e alto de empatia e o contágio emocional nas respostas de nível alto de empatia; (v) Há uma associação significativa entre o sofrimento face a acontecimentos interpessoais onde exista tensão e a idade dos participantes; (vi) Há uma associação significativa entre a resposta de nível mais alto de empatia com os restantes níveis de respostas empáticas; (vii) Há uma associação entre a resposta de maior nível de empatia e a resposta de nível médio de empatia e ainda com o contágio emocional nas respostas empáticas de nível médio; (viii) Há uma associação significativa entre o contágio emocional nos diferentes níveis de resposta empática e, (ix) Há uma associação significativa entre o contágio emocional nas respostas empáticas de níveis mais baixos.

No que respeita às limitações deste estudo, são de destacar: a versão do instrumento de medida de medida da frequência cardíaca *BIOPAC*, não foi a mesma utilizada na recolha de dados dos alunos de licenciatura em Psicologia, o que poderá ter influenciado de alguma forma os resultados quando comparados os dois grupos de participantes, alunos de licenciatura em Psicologia e alunos de mestrado em Psicologia; o facto de a organização da formação nas duas universidades poder ser distintas poderá também ter influenciado de alguma forma os resultados.

Como exposto anteriormente, com este estudo pretendeu-se investigar de que forma os estudantes, de diferentes níveis de formação em Psicologia, desenvolvem a sua capacidade empática ao longo do percurso académico. Assim, através dos resultados obtidos pode supor-se que os estudantes de um modo geral conseguiriam beneficiar de unidades curriculares, ao longo da sua formação, mais orientadas para o desenvolvimento das competências interpessoais (nomeadamente na empatia emocional e cognitiva). De acordo com Thwaites e Bennett-Levy (2007), o ensino didático e teórico desenvolve o conhecimento empático, que através da simulação de papéis (*role-play*) promove a aprendizagem de competências de comunicação empática, e que através de técnicas de identificação e modificação de crenças pode ser desenvolvida atitudes de benevolência, curiosidade e interesse.

Atualmente, e como referido anteriormente na revisão da literatura, é evidente a importância da empatia em contexto terapêutico (Bohart & colaboradores, 2002), nomeadamente na aliança terapêutica, que é caracterizada por uma relação de colaboração entre os intervenientes a partir da comunicação, compromisso, respeito e responsabilidade pelo sucesso do processo terapêutico (Husain, Palumbo & Bhugra, 2016). Assim sendo, como sugestões futuras a realização de um estudo longitudinal poderia ser benéfica, tendo sempre em atenção os sinais psicofisiológicos, permitindo verificar se as unidades curriculares existentes têm impacto no desenvolvimento da capacidade empática dos estudos, de forma a desenvolver experiências formativas adicionais às já existentes tendo em vista dar atenção à componente relacional que é essencial para o sucesso terapêutico.

## Referências bibliográficas

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia de investigação em Psicologia e Educação* (5º Ed.). Braga, Portugal: Psiquilíbrios.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. & Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelos y protocolos*. Barcelona: Editorial Ariel Ciencias Medicas.
- Batson, C., Fultz, J. & Schoenrade, P. (1987). Distress and Empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *Journal of Personality*, 55, 19-39. Acessível em <http://www.fatih.edu.tr/~hugur/kindnes/DISTRESS%20AND%20EMPATHY.PDF>.
- Bennett-Levy, J., & Thwaites, R. (2009). Self and self reflection in the therapeutic relationship: A conceptual map and practical strategies for the training supervision and self-supervision of interpersonal skills. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies* (pp. 255-281). New York: Routledge.
- Bohart, A.C., Elliott, R.E., Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (2002). Empathy. In J. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, 89-108. Oxford: Oxford University Press
- Brown, T., Williams, B., Boyle, M., Molloy, A., McKenna, L., Molloy, L., & Lewis, B. (2010). Levels of empathy in undergraduate occupational therapy students. *Occupational Therapy International*, 17(3), 135-141. doi:10.1002/oti.297
- Bueno, J. & Primi, R. (2003). Inteligência Emocional: Um Estudo de Validade sobre a Capacidade de Perceber Emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 279-291.
- Buckman, R., Tulskey, J. A., & Rodin, G. (2011). Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition?. *Canadian Medical Association Journal*, 183(5), 569-571.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations: Vol. II practice and research*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Carraro, T. & Radünz, V. (1996). A empatia no relacionamento terapêutico: Um instrumento do cuidado. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, 1(2), 50-52.

- Damasio, A. (1996). *O erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- De Waal, F. B. (2008). Putting the altruism back into altruism: The evolution of empathy. *Annu. Rev. Psychol.*, *59*, 279-300.
- De Waal, F.B.M. (2009). *The Age of Empathy: Nature's Lessons for a Kinder Society*. Harmony Books, New York.
- De Waal, F.B.M. (2012). *The antiquity of empathy*. *Science* *336*, 874–876.
- Decety, J., & Grezes, J. (2006). The power of simulation: Imagining one's own and other's behavior. *Brain Research*, *1079*, 4–14.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, *3*(2), 71-10.
- Dezecache, G., Jacob, P., & Grèzes, J. (2015). Emotional contagion: Its scope and limits. *Trends in Cognitive Sciences*, *19*(6), 297-299.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2015.03.011>
- Dunne, K. (2005). Effective communication in palliative care. *Nursing Standard*. *20*(13), 57-64.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual review of psychology*, *51*(1), 665-697.
- Fiedler, F.E. (1950). A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, *14*, 436-445.
- Fowles, D. C. (1986). The eccrine system and electrodermal activity. In M. G. H. Coles, E. Donchin, & S. W. Porges (Eds.), *Psychophysiology: Systems, processes, and applications* (pp. 51–96). New York: Guilford Press.
- Gaspar, A. (2014, Janeiro). *Neurobiologia e psicologia da empatia pontos de partida para a investigação e Intervenção da promoção da empatia*. Consultado no website ResearchGate: <https://www.researchgate.net/publication/268390613>

- Gibbons, S., B. (2011). Understanding empathy as a complex construct: A review of the literature. *Clinical Social Work Journal*, 39, 243–252. <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-010-0305-2>.
- Gondim, S., Gouveia, V., Simões, A., Luna, A., Morais, F., Souza, R., Saveia, J. (2014). Constrangimento, contágio emocional e gestão: um estudo transcultural. *Revista de Psicologia*, 5(1), 7-20.
- Gouveia, V., Singelis, T., Guerra, V., Vasconcelos, T. (2006). O sentimento de constrangimento: evidências acerca do contágio emocional e do gênero. *Estudos de Psicologia*, 23(4) 329-337.
- Gouveia, V., Guerra, V., Santos, W., Rivera, G., Singelis, T. (2007). Escala de Contágio Emocional: adaptação ao contexto Brasileiro. *PSICO*, 38(1), 45-54.
- Gump, B. B., & Kulik, J. A. (1997). Stress, affiliation, and emotional contagion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 305-319.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, 2(3), 96-99. doi:10.1111/1467-8721.ep10770953.
- Husain, M., Palumbo, C., & Bhugra, D. (2016). How to build a strong therapeutic alliance in mental healthcare: things to do, things to avoid. *Psychiatry in Practice: Education, Experience, and Expertise*, 1-512. United Kingdom: Oxford University Press.
- Jennings, J. R., Kamarck, T., Stewart, C., Eddy, M., & Johnson, P. (1992). Alternate cardiovascular baseline Assessment Techniques: Vanilla or Resting Baseline. *Psychophysiology*, 29 (6), 742-750.
- Limpo, T., Alves, R., Catro, S. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 171-184.
- Monteiro, M. (2011). *Humor e prazer perante a alegria e o infortúnio dos outros: Identificação empática, contágio emocional ou prazer malicioso?* (dissertação de mestrado não publicada). Escola de Ciências Sociais e Humanas do Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Nakahashi, W., & Ohtsuki, H. (2015). When is emotional contagion adaptive? *Journal of Theoretical Biology*, 380, 480-488. doi:10.1016/j.jtbi.2015.06.014.
- Nascimento, M., A., P., B. (2014). Perceção de Abuso a Pessoas Idosas e Níveis de Empatia (dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy (2 ed.)* (pp. 113-141). US: American Psychological Association. doi:10.1037/12075-004
- Nobre, B., Pinhal, M. & Oliveira-Silva, P. (2016, Março). *Aprendemos a ser empáticos à medida que aprendemos a ser psicólogos?*. Poster apresentado no encontro da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Nummenmaa, L., Hirvonen, J., Parkkola, R., & Hietanen, J. K. (2008). Is emotional contagion special? an fMRI study on neural systems for affective and cognitive empathy. *Neuroimage*, 43(3), 571-580. doi:10.1016/j.neuroimage.2008.08.014
- Oliveira-Silva, P. (2014). As bases neuropsicofisiológicas da empatia. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Oliveira-Silva, P., Gonçalves, O. (2011). Responding empathically: A question of heart, not a question of skin. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 36(3), 201-207. doi:10.1007/s10484-011-9161-2.
- Palhoco, A. (2011). *A empatia e a percepção de emoções em estudantes de Psicologia e psicoterapeutas* (dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Palhoco, A. & Afonso, M. (2011). A empatia e a percepção de emoções em estudantes de Psicologia e psicoterapeutas. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina*, 2(2), 133-153.
- Panksepp, J., Panksepp, J. B., (2013). Toward across-species understanding of empathy. *Trends Neurosci.* 36, 489-496.
- Parreira, T., A., P. (2013). Empatia e reconhecimento de emoções: o efeito do género e a relação da empatia com o alvo (dissertação de mestrado). Universidade do Algarve, Portugal.

- Preston, S. D., & De Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and brain sciences*, 25(1), 1-20.
- Preston, S. D., & de Waal, F. B. M. D. (2002a). The communication of emotions and the possibility of empathy in animals. In L. S. Post & J. S. & W. H. (Eds.), *Altruistic love: Science, philosophy, and religion in dialogue* (pp. 284-308). New York: Oxford University Press.
- Preston, S. D. & De Waal, F. B. M., (2002). Empathy: It's the ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 1-20.
- Preston, S. D., & de Waal, F. B. M. D. (2002b). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavior and Brain Sciences*, 25, 1-72.
- Sampaio, L., Moura, M., Guimarães, P., Santana, L., Camino, C. (2013). Sentimentos Empáticos em Crianças, Adolescentes e Adultos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(4), 393-401.
- Sampaio, L., R., Camino, C., P., S. & Roazzi, A. (2009). Revisão de Aspectos Conceituais, Teóricos e Metodológicos da Empatia. *PSICOLOGIA, CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 29 (2), 212-227.
- Smith, A. (2016). Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. *The Psychological Record*, 56(1), 3-21.
- Stern, R. M., Ray, W. J., & Quigley, K. S. (2001). *Psychophysiological recording* (2nd ed.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Veiga, F. & Santos, E. (2011). Uma escala de avaliação da empatia: adaptação portuguesa do Questionnaire to Assess Affective and Cognitive Empathy. *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica, XV Conferencia Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Universidade Lisboa, Portugal.
- Watson, J. C. (2016). *The role of empathy in psychotherapy: Theory, research, and practice*. In D. J. Cain, K. Keenan, S. Rubin, D. J., Cain, K., Keenan & Rubin, S. (Eds.), 115-14). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14775005.

Yucel, H., & Acar, G. (2016). Levels of empathy among undergraduate physiotherapy students: A cross-sectional study at two universities in istanbul. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(1), 85-90. doi:10.12669/pjms.321.8745.