



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

O Impacto do Contexto Clínico na Empatia de Estudantes de Psicologia

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Leticia Alexandra Correia Lopes

Porto, julho de 2023



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

O Impacto do Contexto Clínico na Empatia de Estudantes de Psicologia

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Letícia Alexandra Correia Lopes

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Patrícia Oliveira-Silva

Porto, julho de 2023

Agradecimentos

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram para o desenvolvimento e conclusão desta tese.

Primeiramente, agradecer a minha orientadora Patrícia Oliveira-Silva, pelo apoio ao longo desta caminhada.

Além disso, gostaria de agradecer aos meus amigos. Primeiro, Bruna e Carla, por estarem comigo desde o início do Mestrado e por terem sido quem me acolheu nesta universidade, com toda a vossa amizade e carinho.

Andreia (Pipa), Catarina (Rina), André, o meu aliado, e Diogo. Obrigada por serem a minha rede de apoio, por serem as pessoas com quem podia partilhar dúvidas, que leram e me ajudaram a corrigir erros que sozinha nem teria percebido, com quem passei tantas tardes no café a trabalhar, mas também por serem aqueles com quem podia descansar e aproveitar para repor energias. Com quem me ria. Com quem explorava o Porto e saía da minha zona de conforto. Obrigada por me permitirem passar por esta jornada sem nunca me deixarem ir abaixo. Obrigada por serem das melhores pessoas que tenho na minha vida e por me ajudarem nesta caminhada que percorremos juntos.

Queria agradecer também à minha família. Mãe, Padrasto, Dani, Avô e Avó. Sem vocês não estava onde estou. Obrigada pelo esforço que sempre fizeram para me permitirem percorrer o meu percurso em Psicologia e pelo suporte e apoio que sempre me demonstraram. Obrigada por me mostrarem como sempre acreditaram em mim. Obrigada, mãe, por tantas vezes me ouvires a ler estas 40 páginas de texto corrido para verificar erros e para me dares a tua opinião.

Por fim, agradeço aos professores e coordenadores do meu curso, pela sua dedicação em fornecer uma sólida formação académica que me preparou para a realização desta tese.

Expresso minha profunda gratidão a todos os envolvidos nessa jornada, pois cada um contribuiu de maneira significativa para o meu crescimento.

Obrigada!

Índice

Resumo	4
Abstract	5
Introdução	8
Enquadramento Teórico	10
Estudos sobre a Empatia Clínica	18
Métodos	21
Hipóteses de Investigação	21
Amostra	21
Instrumentos	22
Procedimentos	23
Procedimentos de Recolha de Dados	23
Procedimentos de Análise de Dados	24
Resultados & Discussão	26
Resposta Cardíaca às Vinhetas Empáticas	26
Referências	38

Resumo

A presente investigação tem como objetivo avaliar como as respostas empáticas dos estudantes de mestrado em Psicologia evoluem durante o estágio curricular. Neste sentido, de modo a compreender melhor este constructo, são consideradas as seguintes variáveis: a resposta comportamental durante a administração de um protocolo com vinhetas ecológicas, a resposta cardíaca às mesmas vinhetas empáticas, e as respostas a um instrumento de autorrelato para avaliar a empatia. Neste estudo, foi administrado uma versão reduzida do instrumento de vinhetas empáticas com 14 vinhetas, tendo seis valência emocional positiva e oito valência emocional negativa. Participaram neste estudo 31 estudantes na transição entre o primeiro e o segundo anos de mestrado em Psicologia Clínica. Os dados foram recolhidos em dois momentos: antes e após o estágio curricular. Os dados demonstram que nesta amostra existiu uma diminuição da frequência cardíaca durante a visualização das vinhetas depois do estágio e, conseqüentemente, uma diminuição dos níveis das respostas empáticas dadas a essas mesmas vinhetas. Ainda assim, os estudantes apresentaram uma percepção de aumento de empatia após a prática clínica.

Palavras-chave: empatia clínica, vinhetas, frequência cardíaca, estágio curricular

Abstract

This research aims to evaluate how the empathic responses of master students in Psychology evolve during the curricular internship. In this sense, in order to better understand this construct, the following variables are considered: the behavioral response during the administration of a protocol with ecological vignettes, the cardiac response to the same empathic vignettes, and the responses to a self-report instrument to assess empathy. In this study, a reduced version of the instrument of empathic vignettes with 14 vignettes was administered, six of those having positive emotional valence and eight negative emotional valence. In this study participated 31 students in the transition between the first and second years of masters degree in Clinical Psychology. The data were collected in two moments: before and after the curricular internship. The data demonstrate that in this sample there was a decrease in heart rate during the visualization of the vignettes after the internship and, consequently, a decrease in the levels of empathic responses given to these same vignettes. Still, the students showed a perceived increased empathy after clinical practice.

Keywords: clinical empathy, vignettes, heart rate, curricular internship

Lista de Abreviações

DP: Desconforto Pessoal

EC: Empatia Clínica

F: Fantasia

IRI: O Inventário de Reatividade Interpessoal

PE: Preocupação Empática

ToM: Teoria da Mente

TP: Tomada de Perspetiva

Lista de Tabelas

Tabela 1: <i>Conteúdo das vinhetas empáticas</i>	26
Tabela 2: <i>Médias e Desvio Padrão das Respostas Cardíacas enquanto a visualização das vinhetas</i>	29
Tabela 3: <i>Número de resposta de nível subtrativo, intercambiável e aditivo</i>	31
Tabela 4: <i>Média dos scores de respostas ao questionário IRI</i>	34

Introdução

A Empatia Clínica (EC) trata-se de uma competência socio-emocional amplamente aplicada por diversos profissionais da saúde, tais como psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros. Esta competência permite-lhes serem capazes de compreender a situação, perspectiva e sentimentos do cliente, comunicar essa compreensão e verificar a sua precisão, agindo de maneira terapêuticamente útil e benéfica para ambos, causando nos clientes a sensação de que estão a ser ouvidos, valorizados como indivíduos, compreendidos e aceites. Essa validação emocional tem o potencial de promover uma sensação de segurança e confiança, essenciais para o progresso terapêutico (Neumann et al., 2009).

Assim, a EC desempenha um papel fundamental na prática psicológica e é considerada uma habilidade essencial para os profissionais da área. Ela possibilita ao psicólogo a criação de um ambiente seguro e acolhedor para o cliente, estabelecendo uma conexão empática que facilita o processo terapêutico. Além disso, a empatia permite ao psicólogo compreender de forma mais profunda as experiências e perspectivas do indivíduo com quem trabalha. Através desta compreensão, o terapeuta adquire um entendimento mais completo dos desafios, conflitos e dificuldades que o cliente enfrenta no seu dia-a-dia, o que contribui para uma abordagem terapêutica mais precisa e personalizada (Reynolds & Scott, 1999).

Por fim, a empatia auxilia o psicólogo na identificação das necessidades e metas terapêuticas do cliente. Ao compreender plenamente as preocupações, desejos e aspirações do cliente torna-se possível moldar um plano terapêutico personalizado e orientado para o mesmo (Reynolds & Scott, 1999).

No entanto, é importante ressaltar que, infelizmente, a formação psicológica nem sempre tem sido acompanhada de uma formação estruturada ou de aspetos facilitadores no currículo académico para o desenvolvimento da EC durante a formação psicológica. Os currículos académicos tendem a priorizar os aspetos teóricos e técnicos, tendo menor enfoque na formação prática e aprofundada dessa competência socio-emocional fundamental para o exercício da profissão. É importante sublinhar a ideia de que a insegurança por parte de um jovem psicólogo diante do sofrimento do cliente, pode comprometer severamente a qualidade da relação terapêutica e a eficácia dos tratamentos (Halpern, 2003). Uma formação estruturada e contínua, que atribua valor à empatia como competência essencial na formação dos psicólogos, e que estimule reflexões éticas sobre

essa habilidade, pode desempenhar um papel significativo na preparação de profissionais mais qualificados.

Em resumo, a empatia desempenha um papel crucial na prática psicológica, possibilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, compreensão profunda das experiências do cliente, validação emocional, comunicação e identificação precisa das necessidades e metas terapêuticas. No entanto, os currículos acadêmicos podem não estar a valorizar adequadamente o desenvolvimento dessa competência e a deixar essa dimensão pouco trabalhada durante o período de formação profissional.

Assim, o objetivo principal deste estudo é examinar como as respostas empáticas dos estudantes de mestrado em Psicologia evoluem durante o estágio curricular. Uma característica distintiva deste estudo é a inclusão de uma dimensão ecológica quanto ao desempenho através da realização de uma tarefa empática. Essa abordagem permite considerar tanto o autorrelato, como também o desempenho dos participantes. O estudo também inclui a monitorização de correlatos neurofisiológicos periféricos durante a realização dessa tarefa comportamental, o que permitirá detetar uma resposta mais objetiva às emoções do outro.

Ao examinar a evolução das respostas empáticas dos estudantes de mestrado em Psicologia, comparando as respostas antes e após o estágio curricular, este estudo procura contribuir para uma melhor compreensão de como essa competência pode ser desenvolvida e aprimorada ao longo do tempo. A inclusão da dimensão ecológica de desempenho durante as tarefas laboratoriais, juntamente com a análise de correlatos neurofisiológicos e de autorrelato, permite uma abordagem mais abrangente e aprofundada, fornecendo uma compreensão mais completa dos processos cognitivos e comportamentais envolvidos.

Espera-se que os resultados deste estudo permitam retirar percepções valiosas sobre a eficácia dos estágios em Psicologia na promoção da empatia clínica e na formação de profissionais mais capacitados nessa competência. Em última análise, espera-se que esses resultados possam ter implicações práticas importantes, como o aprimoramento dos programas de formação em Psicologia através de estratégias de ensino e formação mais eficazes, o desenvolvimento de intervenções específicas para fortalecer a EC e a melhoria da qualidade do atendimento psicológico oferecido aos clientes.

Enquadramento Teórico

O termo empatia apresenta diversas e distintas definições, sendo uma delas a capacidade de apreender e responder ao estado emocional de outra pessoa (Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011). Para Decety (2011), a empatia é a capacidade de perceber as emoções e sentimentos dos outros, mantendo ainda assim uma distinção mínima entre o eu e os outros, ou seja, não deixando de perceber a quem pertencem essas emoções.

Por outro lado, o termo empatia clínica (EC) foi conceptualizado como sendo uma competência socio-emocional que pode ser aplicada por diversos profissionais da saúde, tais como psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros. É uma forma específica de empatia que pode ser aplicada no contexto da relação terapêutica. Esta competência permite-lhes serem capazes de compreender a situação, perspectiva e sentimentos do cliente, comunicar essa compreensão e verificar a sua precisão, agindo de maneira terapêuticamente útil e benéfica para ambos o cliente e o profissional (Neumann et al, 2007).

Desta forma, existe um consenso geral que afirma que a empatia abrange pelo menos três componentes: (1) uma reatividade emocional aos estados internos dos outros ou a capacidade de espelhar a experiência emocional dos mesmos, denominada ‘empatia afetiva’; (2) o reconhecimento das experiências dos outros, compreendendo a sua tomada de perspectiva e outras capacidades cognitivas, definido como ‘empatia cognitiva’; (3) e mecanismos inibitórios necessários para evitar uma transferência emocional absoluta (Silvia et al., 2018). Os mecanismos inibitórios correspondem a competências e processos cognitivos que nos possibilitam a regulação das nossas respostas emocionais através da inibição ou controlo da atenção, comportamento e pensamentos direcionados a um estímulo evocador de uma resposta emocional. Quando se trata da resposta empática, o principal objetivo desses mecanismos inibitórios é permitir o distanciamento emocional ou evitar que uma experiência empática excessiva influencie negativamente o nosso funcionamento ou tomada de decisão, assim como o acompanhamento psicológico do nosso cliente (Yan et al., 2020).

No processo de empatia, o controlo inibitório pode ajudar inibindo as respostas automáticas mais acentuadas em resposta às emoções dos outros e permitindo uma manifestação apropriada das próprias emoções (Yan et al., 2020). A incapacidade de regular as próprias emoções pode resultar numa excitação emocional exacerbada ou prejudicial e na identificação errônea das emoções, prejudicando a capacidade de

funcionar de forma adaptativa e adequada (Decety, 2011). É importante sublinhar que vários autores se têm referido às estratégias de regulação emocional, em particular quando associadas a uma resposta empática, como sendo uma competência capaz de ser desenvolvida através de formação apropriada (Breithaupt, 2012).

Num estudo por ressonância magnética funcional, com o objetivo de identificar os substratos neurais envolvidos na regulação voluntária da emoção, Phan e colaboradores (2005) apontam para uma possível dissociação das respostas cerebrais córtico-límbicas, envolvendo aumento da ativação do córtex pré-frontal e atenuação de áreas límbicas, durante a supressão de emoção negativas causadas pela empatia. Esse estudo sugere que existe um processo neurobiológico subjacente à capacidade de regular conscientemente as emoções.

No entanto, a regulação das emoções negativas também tem custos fisiológicos e sociopsicológicos. Por exemplo, a pesquisa de Butler e colegas (2003) mostrou que pode distrair o profissional da conversa que está a ter com o cliente reduzindo a sua capacidade de resposta e conseqüentemente prejudicando a relação terapêutica e ainda aumentar a pressão arterial pelo esforço cognitivo envolvido. Por outro lado, sem alguns mecanismos regulatórios, é muito provável que os profissionais experienciem ainda mais angústia pessoal e ansiedade ao enfrentar o sofrimento de outras pessoas, e essa excitação negativa interferiria na sua capacidade de intervir racionalmente (Decety, 2011). Desta forma, é necessário que o profissional seja capaz de se autorregular de forma eficaz e adaptativa de forma a não sofrer excessivamente com o cliente, mas sem prejudicar a relação terapêutica.

Assim sendo, e por mais que existam autores que definam a empatia das mais diversas formas, a mais frequente divide a empatia em duas componentes: a empatia cognitiva e a empatia afetiva. Enquanto a primeira remete para a capacidade de refletir sobre os estados mentais e processos cognitivos dos outros, envolvendo apenas informação contextual, a empatia afetiva envolve informação emocional e consiste na partilha e na compreensão de estados emocionais dos outros (Winters et al., 2020).

Desta forma, é necessário compreender que a definição de EC implica que o profissional interaja com os sentimentos do seu cliente, deixando-se experienciar, de certo modo, as emoções do outro, mas mantendo a sua capacidade de diferenciação e autorregulação emocional (Halpern, 2003). Ou seja, manter-se capaz de identificar os seus próprios comportamentos, sentimentos e emoções (Batista, 2018). Assim, este estudo parte da premissa de que a EC envolve tanto uma componente cognitiva da

resposta empática, quanto uma componente afetiva, que inicialmente despoleta os mecanismos necessários para a interação com a experiência do outro (Halpern, 2003).

Dohrenwend (2018) dá um exemplo de uma resposta empática e de uma resposta não empática que nos ajuda a perceber um conceito sugerido por Carl Roger (1975), “Como se” (do original em inglês “*As If*”):

A patient is told that he has HIV. He says: “I have sex with men, occasionally, but I’m not gay. Now I’ll have to tell my wife, and everyone will know.” This is just the sort of dense reaction, full of meaning and complex feelings, that empathy can help unpack. An empathic response would be, “You’re afraid everyone will think that you’re gay.” This response clarifies the patient’s almost articulated fear. The physician in this scenario might instead have responded, “This is difficult news to hear, but being gay is not something you need to fear.” The physician knows this statement is true for himself because he is nonheterosexual and coming out was therapeutic for him. Although well intentioned, this is a nonempathic response because the physician formed his response based on his experience rather than the patient’s experience. He failed to attend to the “as if” condition. Thus, the empathic process requires self-awareness of one’s own reactions to another’s circumstances. This awareness is necessary to avoid entangling one’s own experience with that of another person when formulating an empathic response. (p. 1754)

A proposta de Carl Rogers (1975) do “como se” consiste numa abordagem baseada na compreensão da perspectiva do outro, mesmo que não possamos experienciar diretamente os sentimentos ou experiências dessa pessoa. O “como se” propõe que, na ausência de uma experiência direta, nós nos podemos imaginar “como se” estivéssemos na posição do outro, “como se” eu estivesse a sofrer ou “como se” eu estivesse feliz. É uma simulação mental na qual nos tentamos aproximar o máximo possível da perspectiva do outro, mas sem perder o foco e a noção de a quem pertencem essas mesmas emoções (Goodman, 1991). Em vez de apenas intelectualizar os sentimentos do outro, a teoria do “como se” incentiva a adoção de uma atitude mais imaginativa e empática, como se estivéssemos a vivenciar as mesmas circunstâncias com as mesmas experiências de vida e crenças do nosso cliente (Dohrenwend, 2018). No entanto, é importante destacar que o “como se” não implica uma identificação completa ou uma reprodução perfeita dos

sentimentos de outra pessoa. É uma estratégia cognitiva que nos ajuda a aproximar das experiências dos outros e a desenvolver uma maior compreensão empática, mesmo que não possamos vivenciá-las diretamente (Goodman, 1991).

Em suma, a empatia implica a capacidade de nos sincronizarmos com as emoções de outra pessoa, compreender os seus pensamentos e sentimentos e, finalmente, separar os nossos próprios pensamentos e emoções das observadas nas outras pessoas (Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011).

Esta definição recente da EC é consistente com a literatura médica do século XX, que a define como maioritariamente cognitiva, contrastando-a com a simpatia (Halpern, 2003). Segundo o autor Halpern (2003), profissionais “Simpáticos” (*Sympathetic*) correm o risco de se identificarem em demasia com os clientes, tendo o seu foco desviado para as suas próprias emoções, que não se apresentam inteiramente reguladas, ao invés de no próprio cliente. Além disso, todas as respostas emocionais excessivas apresentam-se como ameaças à objetividade necessária num profissional de saúde.

A empatia envolve principalmente um atributo intelectual (i.e., conhecer melhor as preocupações de outra pessoa), enquanto a simpatia envolve mais um estado emocional (i.e., sentir melhor as emoções de outra pessoa) (Neumann et al, 2009). Dito isto, a empatia também envolve um processamento cognitivo mais elevado, enquanto simpatizar pode ser visto mais como uma reação visceral às experiências de outro. A simpatia é, portanto, afetada por comportamentos subscientes, uma vez que carece de cognição e pode alterar o julgamento clínico (Davis, 2009).

Com isto, podemos compreender que a função da empatia não é apenas rotular estados emocionais, mas reconhecer como é experienciar os mesmos. É por isso que a empatia é necessária mesmo quando é claro qual o rótulo de emoção que se aplica a um cliente num determinado momento (Halpern, 2003). Mesmo sendo evidente se um cliente está triste ou a sentir raiva, o objetivo crucial da empatia é perceber qual é a causa de tais emoções. Frequentemente, isto implica a imaginação detalhada do ponto de vista emocional da outra pessoa.

A investigação clínica sugere que para satisfazer este objetivo cognitivo mais complexo, a ressonância afetiva ou a comunicação não-verbal desempenha um papel muito importante (Halpern, 2014). Por exemplo, estudos observacionais (Suchman et al., 1997; Finset & Mjaaland, 2009) mostram que os clientes partilham mais informação a médicos emocionalmente envolvidos do que àqueles que fazem boas perguntas, mas não estão emocionalmente disponíveis (Halpern, 2014). Ainda segundo Halpern (2003),

sintonizar com os clientes nem sempre envolve identificar-se ou sentir os mesmos sentimentos apresentados, mas muitas vezes é uma compreensão não-verbal e sutil de onde a outra pessoa está emocionalmente. Na prática clínica, o desafio é usar essa sintonização emocional (do inglês, *attunement emotional*) em múltiplas, rápidas e habituais interações clínicas. Por exemplo, se um cliente diz que deixou de tomar a medicação, a empatia envolve perceber pistas do seu tom de voz. Esta pessoa pode estar zangada com os efeitos colaterais; pode estar mais agitada e otimista, e ver a medicação como desnecessária porque não se sente doente, ou pode ver a medicação como inútil. Em cada caso, dirigir-se ao cliente de forma mais ou menos apropriada depende da sintonização emocional com o mesmo (Halpern, 2003).

O “*Modelo do efeito da comunicação empática no encontro clínico*” (Ver Figura 1) do autor Neumann e os seus colaboradores (2009) corrobora estas noções, afirmando que um dos resultados do uso da EC é uma comunicação melhorada entre clientes e clínicos, fornecendo informações relacionadas com a condição clínica e permitindo a participação e educação do cliente. Adicionalmente, o clínico pode apoiar os seus clientes de forma útil e ajustada, através de terapias médicas e/ou psicossociais específicas. O resultado será uma experiência a longo prazo de resultados melhorados. Além disso, presume-se que estes efeitos da EC são mais propensos a ocorrer a um nível cognitivo e orientados para a ação (Neumann et al, 2009). Segundo o mesmo autor, a EC causa mais reações emocionais entre os clientes, como a sensação de que se está a ser ouvido, valorizado como indivíduo, compreendido e aceite. Estes efeitos afetivos baseiam-se na necessidade básica do indivíduo de ser reconhecido e compreendido. Estas necessidades básicas são uma dimensão do cuidar e ser cuidado, e ambas podem ser vistas como derivadas e emergentes de processos biológicos críticos para a sobrevivência (Neumann et al, 2009). Se o clínico não tiver compreensão humana e se o cliente não se sentir compreendido, o resultado será um sentimento de falta de confiança, que levará o cliente a não ter a capacidade nem o desejo de cooperar com o profissional; ambas estas qualidades são fundamentais para ajudar o clínico a alcançar o seu objetivo. (Neumann et al., 2009). Citando Halpern (2003):

“(…) como um psicoterapeuta iniciante eu aprendi a evitar perguntas diretas “como se sente?” porque as pessoas raramente davam respostas completas a estas perguntas. Pelo contrário, aprendi a confiar nas pistas emocionais sobre as mudanças nas emoções dos clientes de forma a guiar-me a pausas silenciosas ou

à repetição de algumas das palavras dos meus clientes quando eu sentia ansiedade ou tristeza vinda deles. Os clientes diziam-me muito mais assim. É por isso que precisamos de empatia.” (p. 671).

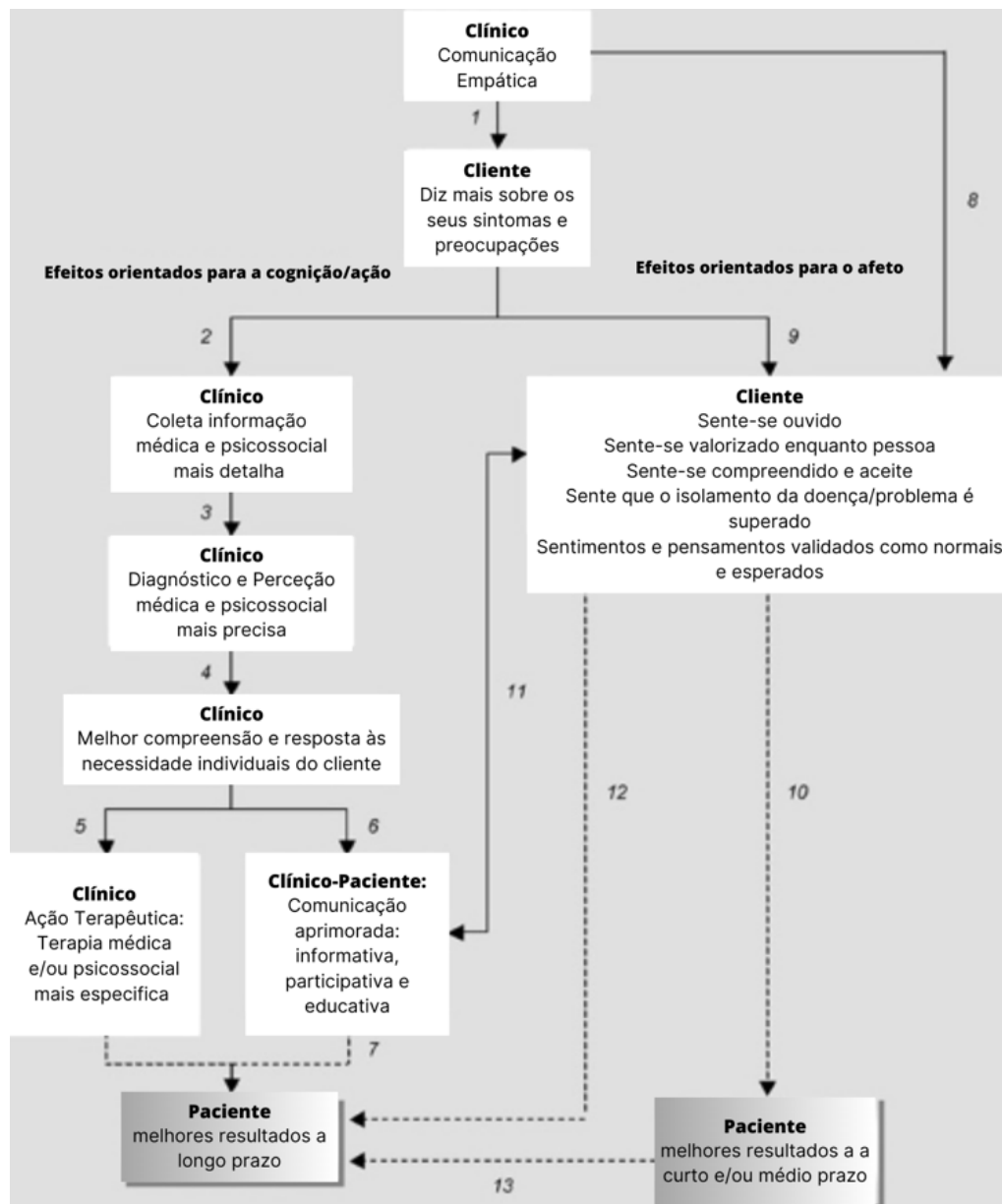


Figura 1. Adaptado do trabalho “Effect model of empathic communication in the clinical encounter” (Neumann et al, 2009) . Note: → Com base em considerações empíricas e teóricas.

Além disso, há um crescente conjunto de evidências (Butow et al., 1997; Frasure-Smith et al., 1995) que sugerem que a empatia aumenta diretamente a eficácia terapêutica. “*Engaged communication*”, ou seja, comunicação engajada, uma forma de comunicação derivada da empatia, tem sido associada à diminuição da ansiedade do cliente (Butow et al., 1997) e, para uma variedade de condições clínicas, a diminuição da ansiedade tem

sido associada a uma melhoria dos efeitos fisiológicos e a melhores resultados (Frasure-Smith et al., 1995).

Quanto à observação a partir das neurociências, há várias discussões sobre a empatia (Decety, 2011). Por um lado, a investigação desenvolvida na área da psicologia tende a presumir uma visão concorrente dos aspetos afetivos e cognitivos da empatia. As neurociências parecem apoiar esta visão (Decety et al, 2011), na medida em que demonstraram que diferentes partes do cérebro se ativam para pistas afetivas e para pistas cognitivas, estabelecendo assim caminhos distintos (Halpern, 2014). A componente afetiva da empatia depende de mimetismo e ressonância somato-sensório-motora (fenômeno neurofisiológico que ocorre quando um indivíduo observa ações ou movimentos de outras pessoas e, ao mesmo tempo, ativa no próprio cérebro as mesmas áreas responsáveis pela execução dessas ações ou movimentos) entre o outro e o eu. Já os aspetos cognitivos da empatia estão intimamente relacionados aos processos envolvidos na teoria da mente (ToM, a capacidade de inferir o conteúdo explícito dos estados mentais dos outros, como intenções e crenças), função executiva (atenção, memória de trabalho e controle inibitório) e autorregulação. Tanto a ToM como a regulação emocional exploram recursos de funções executivas implementadas no córtex pré-frontal, com diferentes regiões (medial e dorsolateral, respetivamente) através das suas conexões com estruturas límbicas subcorticais que servem funções distintas (Decety, 2011)

Essa ideia levou a uma importante descoberta sobre a EC. Decety e os seus colaboradores (2011), mostraram evidências de que cérebros de profissionais podem apresentar uma falta anómala de resposta a dores físicas; enquanto a maioria dos não-profissionais, ao verem uma agulha a perfurar a pele, respondem com um padrão de dor cerebral semelhante, como se estivessem a sentir a agulha em si mesmos, os profissionais de saúde, neste estudo, mostram muito menos desta resposta. Algumas evidências de estudos com amostras de profissionais clínicos mostraram simultaneamente mais atividade cerebral em áreas que envolvem controlo executivo e autorregulação (Decety, 2011). Uma das implicações de tais descobertas é que é importante que os profissionais usem empatia cognitiva ao comunicar com os pacientes que estão a ser submetidos a procedimentos dolorosos para garantir que as necessidades do paciente estão a ser adequadamente abordadas, interpretando pistas no seu tom de voz e comportamento não-verbal, permitindo ao profissional perceber onde é que o paciente se encontra emocionalmente e, dessa forma, adaptar a sua postura às necessidades do mesmo.

No entanto, o facto de os clínicos parecerem ter reduzido a empatia pela dor física não implica que tenham eliminado as respostas à dor emocional, sendo, ainda assim, importante que os médicos não fiquem muito ansiosos em resposta ao sofrimento do cliente. Não só devido à necessidade de fornecer respostas adequadas aos mesmos, focando a sua atenção neles, como já foi abordado acima, mas também porque profissionais que são mais emocionalmente sintonizados – sem ficarem muito ansiosos – parecem ter os níveis mais elevados de bem-estar e satisfação no trabalho (Halpern, 2014).

Outro elemento importante da empatia a ser abordado é a resposta empática, ou seja, como a compreensão empática é traduzida num comportamento pró-social, como amizade, altruísmo e ajuda, sendo este o papel social de empatia (Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011).

Diversos autores têm discutido a necessidade de diferenciar vários níveis de empatia. Foi sugerido por Carkhuff (1969), por exemplo, a existência de três níveis de resposta empática (subtrativa, intercambiável e aditiva) (Ver Figura 2). O nível mais baixo é o subtrativo que despreza a experiência de outra pessoa, até o nível que reflete uma compreensão mais profunda dos sentimentos da mesma. Entre esses extremos podemos também observar respostas que são, na sua essência, permutáveis, mostrando que a resposta está em sintonia com os sentimentos do outro indivíduo (Carkhuff, 1969).

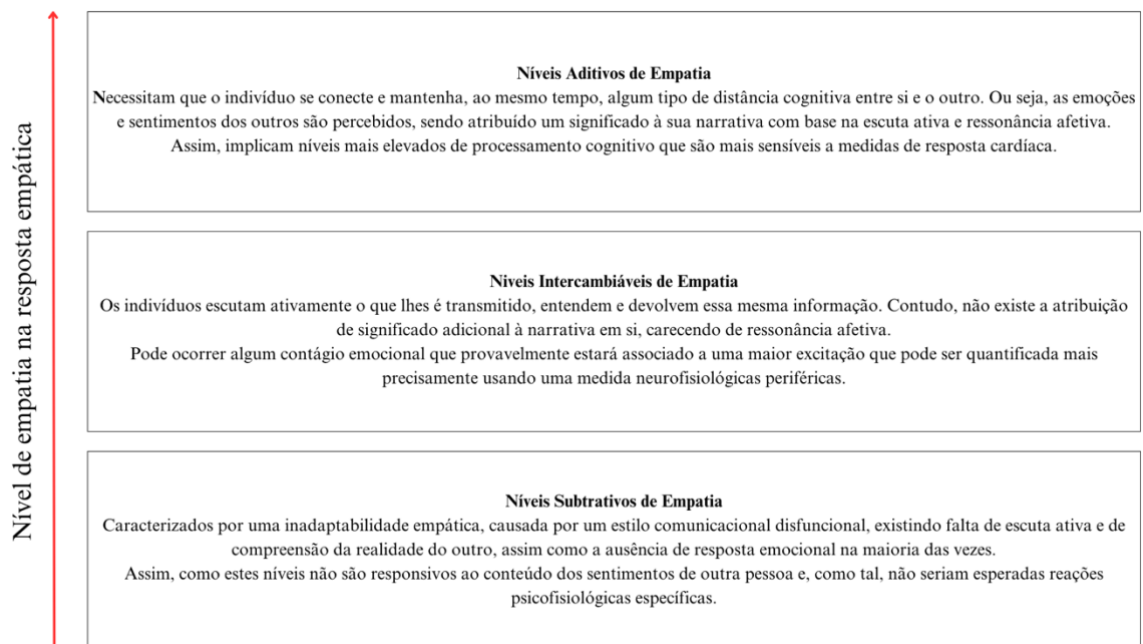


Figura 2. Níveis de Respostas Empáticas (Carkhuff, 1969).

Oliveira-Silva e Gonçalves (2011) acreditam que esses diversos níveis de empatia podem estar associados a diferentes processos cognitivos que são capazes de ser

estudados por meio de marcadores psicofisiológicos específicos. Por exemplo, os níveis subtrativos de empatia parecem não ser responsivos ao conteúdo dos sentimentos de outra pessoa e, como tal, não seriam esperadas reações psicofisiológicas específicas. Por outro lado, para níveis intermédios de empatia, pode ocorrer algum contágio emocional que provavelmente estará associado a uma maior excitação que pode ser quantificada mais precisamente usando uma medida de condução da pele. Finalmente, altos níveis de empatia aditiva necessitam que o indivíduo se conecte e mantenha, ao mesmo tempo, algum tipo de distância cognitiva, a fim de desenvolver uma ToM do outro. Portanto, os níveis aditivos de empatia parecem implicar níveis mais elevados de processamento cognitivo que são mais sensíveis a medidas de resposta cardíaca (Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011).

Como descrito acima, a EC é uma competência socio-emocional de um profissional, que permite ao clínico ser capaz de compreender a situação, perspectiva e sentimentos do cliente, comunicar essa compreensão e verificar a sua precisão, agindo de maneira terapeuticamente útil e benéfica para ambos o cliente e o profissional (Neumann et al, 2007). Ou seja, é a capacidade de nos sincronizarmos com as emoções de outra pessoa sendo, no entanto, capazes de separar os nossos próprios pensamentos e emoções das observadas nas outras pessoas (Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011).

Diversos estudos sobre a relação entre a EC e anos progressivos de formação médica têm apresentados vários e distintos resultados, com alguns estudos que indicam um declínio ao longo do tempo, alguns não mostrando qualquer alteração, e alguns relatando um aumento da EC (Halpern, 2014). Este mesmo tipo de estudo é necessário na área da psicologia, uma vez que, como já foi discutido, a empatia representa um elemento fundamental na prática psicológica. Este será então esse o objetivo deste estudo.

Estudos sobre a Empatia Clínica

Estudos que têm explorado a ligação entre a EC e anos progressivos de formação médica têm apresentado resultados mistos, com alguns estudos que indicam um declínio na EC ao longo do tempo, outros não mostrando qualquer alteração, e alguns relatando um aumento da EC. O estudo realizado por Shashikumar e pelos seus colaboradores (2014), assim como aquele realizado por Chen e colegas (2012), revelaram maior empatia aquando do começo do ano letivo e uma queda significativa ao longo dos semestres. Interessantemente, as alunas tinham níveis de empatia significativamente mais elevados do que os estudantes masculinos em todos os semestres e a variação nas pontuações de

empatia de acordo com a especialidade escolhida não foi estatisticamente significativa, exceto nas especialidades orientadas para a tecnologia onde os níveis de empatia eram mais baixos. Por outro lado, o estudo de Bangash e colegas (2013) revelou uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de empatia em diferentes anos académicos, com os estudantes do segundo ano a terem os valores de empatia mais baixos, enquanto os estudantes do quarto ano tiveram as pontuações mais elevadas de empatia. Segundo o autor, embora as conclusões deste estudo sobre o aumento da empatia não estejam de acordo com os resultados de estudos realizados noutros países, nomeadamente nos Estados Unidos, são semelhantes aos resultados encontrados em estudantes de medicina chineses, japoneses, coreanos, portugueses e kuwaiti.

O estudo realizado em Portugal por Magalhães e colaboradores (2011), revelou que os níveis de empatia dos estudantes no último ano eram mais altos em comparação com os dos estudantes do primeiro ano. As alunas tinham níveis de empatia mais altos do que os estudantes masculinos. Não se encontraram diferenças significativas na empatia entre os estudantes que preferem especialidades orientadas para as pessoas em comparação com as que favorecem as especialidades orientadas para a tecnologia. Por último, o estudo de Mostafa e colegas (2014), mostrou que o nível de empatia nos estudantes de medicina aumenta gradualmente após a formação clínica.

Desta forma, e como podemos ver, apesar da diversidade de resultados no que toca à alteração da empatia, foi demonstrado que as mulheres são, em média, mais empáticas do que os homens na sua perspetiva em relação aos clientes (Chatterjee et al., 2017).

Contudo, este mesmo tipo de estudos é bastante escasso em estudantes de Psicologia, apesar da importância que esta temática tem dentro desta mesma profissão. Alguns dos poucos estudos existentes são o de Palhoco e Afonso (2011), que nos proporciona informações importantes sobre a Compreensão Emocional, ou seja, a habilidade de reconhecer, identificar e compreender os sentimentos, tanto em si mesmo como nos outros, assim como entender os fatores que os desencadeiam e as respostas emocionais associadas. Neste estudo podemos ver que quando comparados estudantes de Psicologia com Psicoterapeutas os últimos têm níveis de Compreensão Emocional superiores aos primeiros, existindo diferenças estatisticamente significativas no que toca a esse mesmo conceito. Da mesma forma, foram detetadas diferenças estatisticamente significativas quando comparados estudantes de mestrado em Psicologia ($\bar{x} = 27,80$) com

estudantes fora da área clínica ($\bar{x} = 12,50$) ao nível da Compreensão Emocional (Palhoco & Afonso, 2011).

Estes estudantes serão um dia profissionais que terão de refletir comportamentos empáticos, uma vez que irão lidar com perturbações e comportamentos disfuncionais, independentemente das suas diferenças individuais, traços pessoais, atitudes e experiências. Desta forma, o psicólogo pode ser afetado pessoalmente no seu dia-a-dia se não for capaz de manter alguma distância emocional dos seus clientes, levando até mesmo alguns profissionais a abandonar a prática clínica. Por outro lado, a empatia também afeta os clientes, tornando-os mais ou menos sensíveis a perturbações, afetando por sua vez a eficácia, composição e duração da intervenção. Por outras palavras, as evidências empíricas indicam que uma maior empatia tem sido relacionada à melhoria dos resultados da psicoterapia, bem como à redução dos sintomas dos pacientes (Nunes et al., 2011; Morgan & Morgan, 2005).

Métodos

O presente estudo utiliza uma abordagem quantitativa tendo como objetivo geral comparar os níveis de empatia antes e após o estágio curricular (2º ano) de estudantes universitários inscritos no Mestrado em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde.

Quanto aos objetivos específicos busca-se explorar (1) se existem diferenças significativas no correlato neurofisiológico periférico utilizado neste estudo, comparando os resultados antes e após o estágio; (2) se existem diferenças significativas no desempenho de uma tarefa de resposta empática entre homens e mulheres antes e após o estágio; (3) se existem diferenças significativas no valor de autorrelato de empatia entre homens e mulheres antes e após o estágio

Hipóteses de Investigação

Os resultados dos estudos apresentados no enquadramento teórico são bastante diversos e pouco concretos, como referido anteriormente. Uma vez que a cultura pode influenciar e moldar os níveis de empatia de diversas maneiras, devido a normas culturais, modelos de criação e valores coletivos versus individuais, por exemplo, iremos basear-nos nos resultados de uns dos poucos estudos realizados em Portugal dentro da empatia clínica e da prática clínica, o estudo de Magalhães e colaboradores (2011). Assim, coloca-se a hipótese de que a exposição ao contexto clínico durante a formação académica em Psicologia, está positivamente relacionada ao desenvolvimento da EC.

Amostra

Para o presente estudo, a amostra foi constituída por 31 estudantes de mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica Portuguesa no Porto que se encontravam em fase de transição para começo de estágio na área da Psicologia. A amostra foi constituída por 24 participantes do sexo feminino (77,4%) e 7 participantes do sexo masculino (22,6%), representando a grande discrepância que existe entre homens e mulheres dentro da área da psicologia.

A idade dos participantes varia entre os 21 e os 27 anos, com uma média de 22,84 anos e um desvio padrão de 1,34. As mulheres apresentavam uma idade média de 22,96 e um desvio padrão de 1,43 enquanto os homens apresentavam uma idade média de 22,43 e um desvio padrão de 0,98.

Relativamente aos critérios de exclusão, os participantes não podiam apresentar qualquer formação de suporte clínico prévio, ou qualquer condição clínica cardíaca, psicológica ou psiquiátrica.

Instrumentos

Dados sociodemográficos. Foi administrado um questionário com questões sócio-demográficas com o objetivo de recolher informações relativas à idade, sexo, escolaridade, e estado civil, assim como informações relativas à especialidade dentro da psicologia frequentada, motivações para o curso e também expectativas profissionais, como parte de um projeto mais amplo que buscava monitorizar o processo de desenvolvimento da empatia a um nível longitudinal.

Vinhetas Empáticas. Além dos dados sociodemográficos, foi também administrado um instrumento de vinhetas empáticas que tem como objetivo examinar a resposta empática através de uma tarefa comportamental, tendo sido desenvolvido por Oliveira-Silva e Gonçalves (2011). Esse instrumento é constituído por 40 vinhetas, apresentadas em dois formatos, um formato de texto (em português e em inglês) e um formato de vinheta. Cada uma das vinhetas tem 27 segundos e foram encenadas por atores profissionais (20 vinhetas com valência emocional positiva e 20 com valência emocional negativa) na sua versão original. Existe também uma versão reduzida e adaptada com 14 vinhetas, as quais foram selecionadas tendo como base o nível de *arousal* registado através de medidas neurofisiológicas periféricas e descritas pelos participantes como sendo emocionalmente mais exigentes e com uma maior capacidade de discriminação entre os indivíduos (Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011). Experiências de felicidade, realização, dedicação, satisfação e amor estão presentes nas vinhetas positivas, enquanto as negativas apresentam sentimentos como medo, vergonha, raiva, tristeza e frustração.

O conteúdo das vinhetas está dividido da seguinte maneira: dimensão pessoal (1); dimensão profissional (2); questões sociais (5); relação familiar (1); esfera conjugal (3); e relação parental (2). No que toca à categoria de respostas, cada vinheta possui três opções de resposta: Aditiva, Intercambiável e Subtrativa, de acordo com a classificação de Carkhuff (Carkhuff, 1969; Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011). Desta forma, a cotação deste instrumento é realizada através do número de respostas Aditivas, Intercambiáveis e Subtrativas, caracterizando-se assim os participantes como mais ou menos empáticos (Oliveira-Silva & Gonçalves, 2011).

Índice de Reatividade Interpessoal (IRI). Este instrumento de autorrelato, é largamente conhecido e administrado, tendo como objetivo avaliar as dimensões afetiva e cognitiva da empatia, conforme desenvolvido por Davis (1980, 1983). Este instrumento foi adaptado para a versão portuguesa por Limpo & Castro (2010). O Inventário de Reatividade Interpessoal (IRI) é composto por 28 afirmações que exploram os sentimentos e pensamentos que uma pessoa pode ou não ter experimentado. Essas afirmações são divididas em quatro fatores, que definem quatro subescalas compostas por sete itens cada: Tomada de Perspetiva (TP), que reflete a inclinação para adotar o ponto de vista do outro; Preocupação Empática (PE), que mede a capacidade de experienciar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro; Desconforto Pessoal (DP), que avalia sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em contextos interpessoais tensos; e Fantasia (F), que avalia a propensão da pessoa para se envolver em situações fictícias. A dimensão cognitiva da empatia é avaliada pela subescala de Tomada de Perspetiva, enquanto as demais subescalas medem a dimensão afetiva da empatia (Limpo & Castro, 2010).

Procedimentos

Procedimentos de Recolha de Dados

Após a confirmação de participação no estudo, os estudantes foram convidados para uma primeira visita ao laboratório, quando a primeira recolha de dados foi realizada. No dia da visita, primeiramente foi apresentado o consentimento informado e só após a sua leitura, aceitação e assinatura, o procedimento foi iniciado. As informações passadas nesse momento foram uma descrição breve dos objetivos do estudo, bem como dos instrumentos utilizados, sendo assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados dos participantes, assim como o direito de desistência a qualquer momento, em conformidade com código ético e os seus princípios específicos, nomeadamente o princípio do “Consentimento Informado” (OPP, 2011). Após finalizada a parte anterior, os participantes passaram ao preenchimento dos instrumentos de autorrelato (sociodemográfico e o IRI para a recolha de dados pré-estágio). Finalmente, os participantes foram convidados a realizar a tarefa empática enquanto os dados neurofisiológicos periféricos foram recolhidos com recurso ao BIOPAC MP-160 (Biopac System, Inc., Santa Barbara, USA). Apesar de três modalidades neurofisiológicas terem sido recolhidas para o projeto mais amplo, apenas a atividade cardíaca será apresentada e discutida neste estudo, diante da sua ligação com o simpático e parassimpático,

representando não só uma resposta emocional, mas também o esforço cognitivo necessário para a regulação emocional (Cacioppo, 2007). Foi então pedido que os participantes se sentassem em frente a um ecrã de computador, numa posição confortável. Foram montados os eléctrodos para registo da atividade cardíaca conforme as recomendações da BIOPAC: dois eléctrodos no meio de cada uma das clavículas e um terceiro eléctrodo no topo superior do ombro. Antes do posicionamento dos eléctrodos, a pele foi limpa com álcool e algodão.

Os participantes começaram por treinar a tarefa com quatro vinhetas suplementares que não foram usadas na tarefa experimental (duas positivas e duas negativas), a fim de se familiarizarem com o procedimento. De seguida, explicou-se o procedimento: (1) a duração da tarefa, cerca de 45 minutos; (2) após o ponto de fixação, foi exibido um ecrã de instrução durante 3 segundos, instruindo o participante a observar a vinheta (3) uma fase de elaboração livre de uma potencial resposta para cada vinheta; (4) apresentação de três opções de resposta para cada vinheta; (5) escolher uma das três opções apresentadas (com três níveis de empatia: aditivo, intercambiável e subtrativo).

Após a resposta do participante, foi introduzido um novo bloco (Ver Figura 3) Um período de 5 minutos antes da introdução das vinhetas emocionais foi usado para estabelecer a linha de base para as medidas neurofisiológicas periféricas.



Figura 3. Esquema de como executar a tarefa empática. Baseado no esquema de Oliveira & Gonçalves (2011).

Procedimentos de Análise de Dados

Para o tratamento dos dados recolhidos foi construída uma base de dados no programa IBM SPSS® Statistics Versão 26, na qual foram inseridos os dados previamente recolhidos. Relativamente à análise dos dados, esta foi realizada com recurso

à estatística descritiva e numa segunda fase à estatística inferencial. Numa primeira fase, de forma a descrever os dados recolhidos, aplicaram-se testes de estatística descritiva que englobaram medidas de tendência central, especialmente a média, e de dispersão, principalmente, o desvio-padrão e frequências, não só para a amostra como para cada variável em estudo.

Posteriormente, procedeu-se à aplicação de um conjunto de testes de estatística inferencial (testes de diferenças e testes de associações) de forma a responder, principalmente, aos seguintes objetivos: analisar como é que a constante exposição, por parte dos estagiários, a acontecimentos adversos trazidos pelos seus clientes influencia as suas respostas empáticas.

Resultados & Discussão

Resposta Cardíaca às Vinhetas Empáticas

Em relação às respostas cardíacas durante a visualização das vinhetas (ver tabela 1), primeiramente foi registada a linha de base para garantir um parâmetro de comparação sem qualquer estimulação. Quanto ao ajuste dos valores de interesse para a linha de base de cada sujeito, em ambos os momentos (pré e pós), os valores utilizados na análise resulta da diferença entre os valores durante a tarefa empática e os valores durante a linha de base, apresentados em percentagem de amplitude.

Tabela 1

Conteúdo das Vinhetas Empáticas

Vinheta	Conteúdo
V1	Não ter conseguido depois de tanto esforço, deixa-me de rastos. Sem força para voltar a candidatar-me. Eu vou dar outro rumo à minha vida. Não sei é qual!
V2	Vivo hoje num estado de enlevo permanente desde que ele nasceu. Tudo o resto, todos os problemas e as urgências do dia-a-dia, passaram para segundo plano.
V3	Estou hoje uma pessoa muito mais azeda depois de tantos desapontamentos e desilusões. Eu pergunto-me se resta realmente alguém em quem possa confiar!
V4	Foi o tipo de pai que soube estar presente em todos os momentos, os bons e os maus, sem nunca ter descurado a sua própria carreira. Considero-o um modelo exemplar!
V5	Desde que ela foi embora sinto uma pressão no peito. A casa está tão vazia. É um silêncio ensurdecedor. A minha pequenina, num país distante e estranho e eu sem poder fazer nada.
V6	Quando subi ao palco para receber o prémio tinha os olhos cheios de lágrimas. Eu não via ninguém e só pensava: “Consegui ... finalmente consegui!”
V7	O mais estranho foi o estado de letargia em que caí depois da notícia da doença. Pensei que ia chorar “baba e ranho”, mas não verti nem uma lágrima. Parece tudo tão irreal.

V8	Estou completamente apaixonado. Quero lá saber o que os outros pensam, o que está certo ou o que está errado! Tenho direito a ser feliz?
V9	Não sei qual vai ser o futuro. Todos os dias vai mais um colega da secção para o desemprego. E se chegar a minha vez? O que vai ser da minha vida e da minha família?
V10	Ter passado aquele Natal com os sem abrigo foi uma das melhores experiências da minha vida. Consegui esquecer-me de mim própria e sentir alegria na alegria deles.
V11	Só de olhar para ele dá-me náuseas. Pensar que pude viver com aquele homem todos estes anos faz-me sentir nojo do meu próprio corpo!
V12	Mesmo nas tarefas mais simples gosto de dar o melhor de mim própria. Acho que é esse o meu dever, independentemente das gratificações dos outros.
V13	Era o meu melhor amigo, pelo menos eu assim acreditava. Ir para a cama com a minha própria mulher! E ela? Fazer isto com o meu melhor amigo!
V14	Chegada a esta fase da vida é bom sentir que consigo manter a calma. Sei que depois da tempestade vem a bonança. Quando tudo parece que vai pegar fogo mais calma me sinto.

Desta forma, as 5 vinhetas com um maior aumento médio de frequência cardíaca na recolha de dados pré-estágio foram as V1, V7, V14, V8 e V4 (ver tabela 2). Duas das vinhetas, a V1 e V7, estão classificadas como vinhetas negativas, ou seja, relacionadas com sentimentos de desapontamento, doença, raiva, medo, vergonha ou perda. Por outro lado, as restantes vinhetas, V4, V8 e V14, eram vinhetas positivas, relacionadas com situações de entusiasmo, satisfação, realização pessoal, dedicação e amor.

Quando analisamos quais as vinhetas que despertaram uma frequência cardíaca mais elevada nas mulheres, as 5 vinhetas que se destacam são a V1, V7, V14, V8 e V12. No que toca ao sexo masculino, as vinhetas com uma frequência cardíaca mais elevada foram a V9, V5, V7, V14 e V4.

Apesar da variabilidade quanto à valência emocional na lista de vinhetas que evocaram uma frequência cardíaca mais elevada, no geral, as mulheres apresentaram uma maior frequência cardíaca durante as vinhetas de valência positiva, enquanto os homens apresentaram maior frequência cardíaca durante as vinhetas negativa. Em ambos os sexos

a vinheta 7, cujo conteúdo está relacionado com doença, foi a que evocou uma maior frequência cardíaca, parecendo suscitar uma resposta emocional mais elevada em ambos os sexos. As restantes vinhetas, tanto em homens como em mulheres, estão relacionadas com realizações pessoais, nomeadamente a carreira e as relações amorosas.

Na vinheta 14, relacionada com uma frequência cardíaca mais elevada em ambos os sexos, o indivíduo relata ter alcançado finalmente a tranquilidade para enfrentar os problemas do dia a dia. Quanto às vinhetas 8 e 5, associadas com uma frequência cardíaca mais elevada em mulheres e homens, respetivamente, focam-se no sentimento de amor.

De forma a perceber se o sexo dos participantes tinha interferência na sua resposta cardíaca às vinhetas foi realizado um teste T. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas durante a visualização da Vinheta 6 ($t(29) = -0,986$; $p = 0,012$). Podemos ver que nesta vinheta a média da frequência cardíaca dos homens é inferior à das mulheres, apesar de ambos os sexos apresentarem um aumento na frequência cardíaca média aquando da visualização da vinheta.

Na recolha realizada no pós-estágio, as 5 vinhetas com as médias da frequência cardíaca mais elevadas foram as V1, V2, V6, V7 e V14. Destas, apenas a V7 apresenta uma valência negativa.

De acordo com os resultados apenas das mulheres, as cinco vinhetas associadas à frequência cardíaca mais elevada foram V1, V2, V8, V6 e V14. No caso do sexo masculino, foram a V12, V1, V4, V6 e V8.

Ao contrário do que acontecia antes do estágio, as vinhetas que levaram a um maior aumento da frequência cardíaca tanto em homens e mulheres apresentam as mesmas valências. Em ambos os sexos das cinco vinhetas, 4 eram de valência positiva, sendo apenas 1 de valência negativa. Ou seja, enquanto antes do estágio os homens apresentaram uma frequência cardíaca mais elevada durante as vinhetas de valência negativa, após o estágio estiveram mais reativos às vinhetas de valência positiva.

Para além disso, parece haver um foco ainda maior nas vinhetas relacionadas com a realização pessoal (V1, V14 e V6), vinhetas essas que levaram a um grande aumento da frequência cardíaca, em geral.

De forma a perceber se existiam diferenças estatisticamente significativas na frequência cardíaca durante a visualização de vinhetas entre homens e mulheres após o estágio, recorreu-se novamente ao teste T. Através deste, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas durante a visualização da vinheta 12. O aumento na

frequência cardíaca nos homens foi em média 12,85 ($DP = 2,71$) sendo superior à média das mulheres ($\bar{x} = 7,62$; $DP = 9,06$).

Procedeu-se então à utilização do Teste T para amostras emparelhadas para se averiguar se as respostas cardíacas às vinhetas empáticas variavam antes e após estágio devido à exposição ao contexto clínico durante o estágio.

Assim, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas antes e após o estágio nas vinhetas V3 ($t(30) = 3,50$; $p = 0,001$), V4 ($t(30) = 3,12$; $p = 0,004$), V7 ($t(30) = 3,04$; $p = 0,005$), V9 ($t(30) = 2,87$; $p = 0,008$), V10 ($t(30) = 2,12$; $p = 0,043$), V13 ($t(30) = 2,36$; $p = 0,025$), V14 ($t(30) = 2,49$; $p = 0,018$), tendo existido uma menor frequência cardíaca, apesar de ainda positiva, em todas elas quando comparadas às adquiridas antes do estágio. Durante a visualização das restantes vinhetas (V1, V2, V5, V6, V8, V11 e V12) após o estágio, as frequências cardíacas ainda apresentavam valores positivos, contudo menores do que os obtidos antes do estágio.

Tabela 2

Médias e Desvio Padrão das Respostas Cardíacas enquanto a visualização das vinhetas

Vinheta	Valência Emocional	Média (DP*)	Homens	Mulheres
			Média (DP)	Média (DP)
V1	Negativa	18,40 (14,52)	12,82 (15,22)	20,15 (14,16)
		15,15 (14,43)	12,62 (12,58)	15,89 (15,10)
V2	Positiva	14,15 (14,50)	10,11 (11,56)	15,32 (15,27)
		10,67 (6,86)	9,88 (5,93)	10,90 (7,21)
V3	Negativa	14,49 (12,96)	12,92 (11,28)	14,95 (13,59)
		6,02 (8,02)	2,87 (10,30)	6,94 (7,23)
V4	Positiva	14,83 (13,46)	14,80 (13,78)	14,83 (13,66)
		8,32 (7,12)	11,15 (3,91)	7,50 (7,68)
V5	Negativa	17,90 (13,48)	17,90 (13,48)	10,52 (13,29)
		7,41 (6,71)	9,35 (4,91)	6,85 (7,14)
V6	Positiva	12,87 (15,84)	7,67 (9,28)	14,38 (17,15)
		9,83 (4,42)	10,30 (5,35)	9,70 (4,23)
V7	Negativa	18,26 (13,02)	17,63 (16,26)	18,44 (12,33)
		9,59 (5,77)	9,88 (5,22)	9,51 (6,02)
V8	Positiva	15,01 (15,18)	13,02 (17,01)	15,59 (14,81)

		9,67 (5,92)	10,09 (3,35)	9,54 (6,54)
V9	Negativa	18,98 (11,70)	18,98 (11,70)	11,97 (15,98)
		6,50 (7,03)	8,81 (5,24)	5,82 (7,42)
V10	Positiva	13,38 (13,84)	10,55 (13,00)	14,21 (14,24)
		7,77 (6,69)	3,72 (7,61)	8,95 (6,06)
V11	Negativa	12,34 (15,53)	10,09 (17,39)	13,00 (15,29)
		8,75 (6,80)	9,35 (3,88)	8,58 (7,50)
V12	Positiva	15,46 (16,80)	11,83 (17,07)	15,45 (16,80)
		8,80 (8,33)	12,85 (2,71)	7,62 (9,06)
V13	Negativa	14,55 (15,22)	14,16 (15,09)	14,66 (15,09)
		7,91 (7,36)	8,07 (9,00)	7,87 (7,04)
V14	Positiva	16,52 (14,68)	17,37 (12,84)	16,27 (15,43)
		9,07 (7,22)	8,50 (6,17)	9,23 (7,61)

Nota. Valor ajustado à linha de base, referente à amplitude de aumento.

*DP = Desvio Padrão; o valor a branco é o valor obtido antes do estágio, o valor a cinzento é o valor obtido depois do estágio.

Resposta Empática às Vinhetas Empáticas

No que toca às respostas empáticas no âmbito da tarefa das vinhetas, adquiridas antes do estágio, as que apresentaram maior número de respostas de Nível Aditivo foram as V4 e V6 (ver tabela 3). A maioria das restantes vinhetas apresentaram maiores números de respostas de nível intercambiável (V1, V3, V9, V13 e V14), com apenas 3 vinhetas com maior número de respostas de Nível Subtrativo (V5, V7 e V8). Assim, as respostas às vinhetas 4 e 6 vão de acordo com as respostas cardíacas dos participantes às mesmas. Ou seja, um grande aumento da frequência cardíaca aquando da visualização das V4 e V6, levaram a uma maioria de respostas de Nível Aditivo, assim como a respostas de Nível Intercambiável no caso das V1, V9 e V14. Contrariamente, as Vinhetas 5, 7 e 8, apesar de terem levado a um aumento significativo da resposta cardíaca, apresentaram uma maior quantidade de respostas de Nível Subtrativo.

Para perceber se existem diferenças na resposta empática a cada vinheta entre homens e mulheres, procedeu-se à realização do teste Mann-Whitney. Vemos assim que existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas respostas empáticas apenas na Vinheta 4 ($U = 45,000$; $p = 0,048$). Podemos ver assim que, na

vinheta 4, enquanto 29,2% das mulheres escolheu a resposta Subtrativa, nenhum dos homens o fez, tendo a grande maioria (71,4%) dos mesmos escolhido a resposta aditiva.

Já no período pós estágio, as vinhetas que apresentaram maior número de respostas empáticas de nível aditivo foram V5, V9 e V14, sendo que a vinheta 9 apresenta o mesmo número de resposta subtrativas e respostas aditivas.

Contudo, a grande maioria das vinhetas apresentaram maioritariamente respostas de nível subtrativo (9 vinhetas com níveis subtrativos, uma delas com o mesmo número de respostas intercambiáveis). Apenas 5 vinhetas apresentaram mais respostas empáticas de nível intercambiável.

Após o estágio, mesmo com valores de frequência cardíaca positivos, ou seja, com aumento da frequência cardíaca em relação à linha de base, este aumento foi, em geral, inferior aquele visto antes do estágio. Desta forma, mesmo as vinhetas que levaram a maiores níveis de aumento de ativação cardíaca apresentaram respostas empáticas de nível subtrativo (V1, V2, V6 e V7), à exceção da vinheta 8 que apresentou maioritariamente respostas de nível intercambiável.

Mais uma vez, foi realizado o teste Mann-Whitney. Através dele foi possível perceber que após o estágio não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas respostas empáticas a cada vinheta, $p > 0,05$.

Tabela 3

Número de resposta de nível subtrativo, intercambiável e aditivo.

Vinhetas	Subtrativa	Intercambiável (%)	Aditiva (%)
	Nº de respostas (%)		
V1	12 (38,7)	17 (54,8)	2 (6,5)
	14 (45,2)	8 (25,8)	9 (29,0)
V2	16 (51,6)	13 (41,9)	2 (6,5)
	16 (51,6)	8 (25,8)	7 (22,6)
V3	8 (25,8)	21 (67,7)	2 (6,5)
	11 (35,5)	11 (35,5)	9 (29,0)
V4	7 (22,6)	11 (35,5)	13 (41,9)
	9 (29,0)	15 (48,4)	7 (22,6)
V5	16 (51,6)	11 (35,5)	4 (12,9)
	11 (35,5)	6 (19,4)	14 (45,2)

V6	5 (16,1)	13 (41,9)	13 (41,9)
	15 (48,4)	9 (29,0)	7 (22,6)
V7	26 (83,9)	3 (9,7)	2 (6,5)
	16 (51,6)	8 (25,8)	7 (22,6)
V8	23 (74,2)	3 (9,7)	5 (16,1)
	10 (32,3)	12 (38,7)	8 (29,0)
V9	4 (12,9)	16 (51,6)	11 (35,5)
	13 (41,9)	5 (16,1)	13 (41,9)
V10	4 (12,9)	19 (61,3)	8 (25,8)
	13 (41,9)	8 (25,8)	10 (32,3)
V11	11 (35,5)	15 (48,4)	5 (16,1)
	7 (22,6)	13 (41,9)	11 (35,5)
V12	10 (32,3)	12 (38,7)	9 (29,0)
	11 (35,5)	11 (35,5)	9 (29,0)
V13	9 (29,0)	14 (45,2)	8 (25,8)
	14 (45,2)	10 (32,3)	7 (22,6)
V14	9 (29,0)	14 (45,2)	8 (25,8)
	9 (29,0)	11 (35,5)	11 (35,5)

Nota. o valor a branco é o valor obtido antes do estágio, o valor a cinzento é o valor obtido depois do estágio.

Respostas ao questionário IRI

A média geral do score total do IRI antes do estágio é de 52,84 ($DP = 10,20$) (ver tabela 4). Quando examinamos as quatro subescalas deste questionário aquela que teve uma maior média de resultados foi a subescala do DP, seguida pela TP e só depois a subescala de F e PE.

Em relação aos homens, a média do score total das respostas ao questionário IRI é de 53,00 ($DP = 11,56$) e com as quatro subescalas organizadas da mesma forma em ordem decrescente de média (DP, TP, F e finalmente PE).

No caso das mulheres, a média de score total antes do estágio é ligeiramente inferior à dos homens ($\bar{x} = 52,79$; $DP = 10,04$), mas dentro dos subtestes aquele com a média superior também é o DP, seguido da TP, da F e por fim da PE.

Desta forma, passou-se a execução de um Teste T, percebendo-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres (antes do estágio) no nível do Score Total no questionário IRI, $t(29) = 0,047, p = .505$.

Depois do estágio, a média geral do score total do IRI aumentou, passando a 59,52 ($DP = 11,52$). Dentro das subescalas o DP continuou a ser aquela com maior média, seguida da TP, depois pela PE e por fim a F.

Da mesma forma, os homens apresentaram uma média de score total superior àquela obtida antes do estágio, à semelhança das mulheres que após o estágio apresentaram valores de média de score total ligeiramente superiores à dos homens.

Em relação às subescalas, nos homens houve um aumento de score em todas elas, DP com um valor superior, seguida da F, TP e por fim, da PE. Nas mulheres existiu a diminuição da média de score da subescala F, com uma aumento em todas as outras (por ordem decrescente: DP, TP, PE e F).

Mais uma vez realizou-se o Teste T, e percebeu-se que, novamente não existem diferenças significativas entre homens e mulheres (depois do estágio) ao nível do Score Total no questionário IRI, $t(29) = -,538, p = ,433$.

Contudo, quando se realizou o Teste T para amostras emparelhadas, percebeu-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as os scores totais das respostas ao questionário IRI antes e após o estágio, $t(30) = -2,497, p = ,018$. Assim, após o estágio o score total das respostas ao questionário IRI era superior aquele obtido antes do estágio, havendo assim uma percepção de aumento da empatia por parte dos estudantes.

Embora os estudantes considerem que existiu um aumento da sua empatia, os resultados objetivos não corroboram totalmente essa percepção. Isso pode ocorrer porque a percepção individual da empatia pode ser influenciada por vários fatores subjetivos, como autoavaliação positiva ou o desejo de mostrar uma melhoria. Como vimos anteriormente, depois do estágio a grande maioria das respostas empáticas dadas as vinhetas eram de nível subtrativo e, apesar de apenas as vinhetas V3, V4, V7, V9, V10, V13 e V14 apresentarem diferenças estatisticamente significativas, todas elas sofreram uma diminuição da frequência cardíaca.

Tabela 4

Média dos scores de respostas ao questionário IRI

	Média Geral (DP)	Homens (DP)	Mulheres (DP)
Score Total	52,84 (10,20)	53,00 (11,56)	52,79 (10,04)
	59,52 (11,52)	57,43 (14,14)	60,12 (10,92)
Tomada de Perspetiva	13,74 (5,91)	13,14 (5,84)	13,92 (6,04)
	15,94 (5,08)	14,00 (5,42)	16,50 (4,95)
Fantasia	13,29 (3,53)	13,00 (3,42)	13,37 (4,65)
	12,87 (4,00)	15,14 (2,61)	12,21 (4,13)
Preocupação Empática	11,16 (5,14)	10,43 (6,02)	11,38 (4,98)
	13,90 (6,45)	11,43 (6,85)	14,63 (6,30)
Desconforto Pessoal	14,65 (4,95)	16,43 (5,03)	14,12 (4,91)
	16,81 (6,41)	16,86 (6,82)	16,79 (6,44)

Nota. O valor a branco é o valor obtido antes do estágio, o valor a cinzento é o valor obtido depois do estágio.

Conclusões

Este estudo procurou comparar os níveis de empatia antes e após o estágio curricular (2º ano) numa amostra de estudantes universitários inscritos no Mestrado em Psicologia na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, de forma a compreender se a exposição à prática psicológica clínica levava a alterações na empatia dos estudantes. Para tal, foram utilizadas medidas de autorrelato, comportamentais e neurofisiológicas periféricas em dois momentos de recolha de dados.

Relativamente às respostas cardíacas às vinhetas empáticas, verificamos que existiu uma diminuição da frequência cardíaca durante a visualização das vinhetas depois do estágio, quando comparadas às frequências obtidas antes do mesmo. Apesar desta diminuição, as frequências continuaram a ser positivas, ou seja, continuou a existir um aumento da frequência cardíaca em resposta às vinhetas, representando um aumento na responsividade emocional durante à vinheta comparado com o período de linha de base.

No contexto deste estudo, a diminuição na frequência cardíaca durante a visualização das vinhetas empáticas pode sugerir que os participantes experienciaram um efeito positivo em relação ao seu controlo emocional. Isso poderia indicar uma possível redução nos níveis de stress ou ansiedade durante a exposição às situações empáticas apresentadas nas vinhetas. Assim, essa diminuição na frequência cardíaca pode ser

interpretada como um indício de que os estágios em Psicologia têm um impacto positivo na capacidade de os participantes regularem as suas emoções durante a experiência empática. Essa habilidade de controlar e modular as próprias respostas emocionais é essencial para os profissionais de saúde mental, pois permite-lhes permanecer emocionalmente equilibrados e oferecer suporte adequado aos seus clientes (Halpern, 2014). Além disso, o aumento na responsividade durante as vinhetas empáticas em relação à linha de base pode indicar que os participantes mantiveram um certo nível empático e continuam a ser capazes de se conectar emocionalmente com as situações apresentadas nas vinhetas, mesmo depois do estágio.

É interessante notar que, apesar das alterações observadas a nível das respostas cardíacas e empáticas, os estudantes relataram um aumento na percepção do seu nível de empatia após o estágio, de acordo com os questionários IRI. Em relação aos questionários não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nem antes nem depois do estágio. Essa percepção positiva pode indicar que os estudantes se sentiram mais confiantes na sua capacidade de se conectar emocionalmente com os outros após a experiência clínica.

Como mencionado anteriormente, a literatura científica que aborda especificamente a relação entre prática clínica e empatia em estudantes de psicologia é escassa. No entanto, existem estudos e pesquisas abordados anteriormente que exploraram a relação entre prática médica e empatia. Como vimos, os resultados têm sido diversos e variados. Alguns estudos relataram um aumento na empatia após a exposição à prática clínica (Bangash et al., 2013; Magalhães et al., 2011; Mostafa et al., 2014), enquanto outros encontraram uma diminuição (Shashikumar et al., 2014; Chen et al., 2012). Mais estudos são necessários para elucidar essa questão e fornecer uma compreensão mais abrangente da relação entre prática clínica e empatia em estudantes de psicologia. Além disso, é importante considerar que as áreas nas quais os estágios são realizados podem influenciar significativamente o desenvolvimento de EC.

Como discutido por outros autores (Bangash et al., 2013), a diminuição da empatia após a prática clínica pode ser atribuída ao desgaste emocional associado ao trabalho clínico, como lidar com casos difíceis, o sofrimento dos pacientes e a necessidade de distanciamento emocional para manter o equilíbrio psicológico. Muitas vezes, essa exposição é feita sem que exista competências básicas que permita a gestão da própria resposta emocional, de um nível de contágio emocional que seja tolerável ou da capacidade de regular as próprias emoções após o contacto com os clientes. Para além

disso, os estudantes no início do estágio podem ter visões mais idealistas quando iniciam a sua formação médica. Fatores stressantes como desempenho acadêmico, longas horas de trabalho, falta de sono e subsequentes aumentos de responsabilidade ao longo do estágio são fatores que contribuem para a diminuição da empatia (Bangash et al., 2013). Para além disto, as diferentes respostas encontradas nos estudos podem ser atribuídas a uma variedade de fatores, como a natureza específica da prática clínica, a metodologia do estudo, as características dos participantes, o contexto da prática clínica e os métodos de avaliação da empatia.

É importante ressaltar algumas limitações deste estudo. Primeiramente, a amostra utilizada foi composta exclusivamente por estudantes universitários inscritos no Mestrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde. Embora esses participantes possam fornecer insights valiosos sobre a relação entre prática clínica e empatia, os resultados podem não ser generalizáveis para outros grupos de estudantes de psicologia ou para profissionais já atuantes na área. Seria interessante incluir uma amostra mais diversificada, que abranja diferentes áreas de especialização em psicologia, bem como profissionais já inseridos no campo da psicologia clínica. Além disso, a duração do estágio curricular e o intervalo de tempo entre as medições podem ser considerados como limitações. No presente estudo, o estágio curricular teve a duração de apenas um ano, e as medições foram realizadas antes e depois desse período. Seria interessante investigar se um estágio mais longo poderia gerar efeitos diferentes na empatia dos estudantes. Além disso, a avaliação em momentos adicionais ao longo do estágio poderia fornecer uma visão mais detalhada sobre a evolução da empatia ao longo do tempo. Por fim, é importante reconhecer que este estudo é apenas um ponto de partida para compreender a relação entre prática clínica e empatia em estudantes de psicologia. Portanto, é essencial conduzir pesquisas futuras que explorem essas limitações e ampliem nosso conhecimento nessa área, considerando diferentes metodologias, amostras mais representativas e um acompanhamento longitudinal mais abrangente.

Além do supramencionado, é importante ter em consideração que a empatia é um constructo complexo e multidimensional, compreendendo diferentes componentes cognitivos, emocionais e comportamentais. Portanto, as medidas de empatia utilizadas nos estudos também podem influenciar os resultados e a interpretação dos achados. Diferentes instrumentos de avaliação podem enfatizar diferentes aspetos da empatia, resultando em variações nos resultados.

Em resumo, é necessário continuar a investigação para aprofundar a nossa compreensão dos fatores que influenciam a empatia em contextos clínicos, proteger os jovens profissionais contra o impacto deletério decorrente da exposição a experiências emocionalmente exigentes sem uma capacitação estruturada, e desenvolver estratégias para promover uma empatia saudável e sustentável entre os futuros profissionais de psicologia.

Referências

- Bangash, A. S., Ali, N. F., Shehzad, A. H., & Haqqi, S. (2013). Maintenance of empathy levels among first and final year medical students: a cross sectional study. *F1000Research*, 2, 157. <https://doi.org/10.12688/f1000research.2-157.v1>
- Batista, Helder Henrique Viana, & Noronha, Ana Paula Porto. (2018). Instrumentos de autorregulação emocional: uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 17(3), 389-398. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.15643.12>
- Breithaupt, F. (2012). A Three-Person Model of Empathy. *Emotion Review*, 4(1), 84–91. <https://doi.org/10.1177/1754073911421375>
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48–67. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3, 48–67.
- Butow, P. N., Maclean, M., Dunn, S. M., Tattersall, M. H. N., & Boyer, M. J. (1997). The dynamics of change: Cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology*, 8, 857–863.
- Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G., & Berntson, G. (Eds.). (2007). *Handbook of psychophysiology*. Cambridge university press.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations: Vol. II practice and research*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Chatterjee, A., Ravikumar, R., Singh, S., Chauhan, P. S., & Goel, M. (2017). Clinical empathy in medical students in India measured using the Jefferson Scale of Empathy-Student Version. *J Educ Eval Health Prof*, 14(33), 1-6.
- Chen, D. C., Kirshenbaum, D. S., Yan, J., Kirshenbaum, E., & Aseltine, R. H. (2012). Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical teacher*, 34(4), 305-311. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.644600>

- Davis, M. A. (2009). A perspective on cultivating clinical empathy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 76-79. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.001>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85-103.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Decety, J. (2011). Dissecting the Neural Mechanisms Mediating Empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92–108. <https://doi.org/10.1177/1754073910374662>
- Dohrenwend, A. M. (2018). Defining empathy to better teach, measure, and understand its impact. *Academic Medicine*, 93(12), 1754-1756.
- Finset, A., & Mjaaland, T. A. (2009). The medical consultation viewed as a value chain: a neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor–patient interaction. *Patient education and counseling*, 74(3), 323-330
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: Is it more than depression? *Health Psychology*, 14(5), 388–398. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.14.5.388>
- Goodman, G. (1991). Feeling our way into empathy: Carl Rogers, Heinz Kohut, and Jesus. *Journal of religion and health*, 30, 191-205.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy?. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670-674. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>
- Halpern, J. (2014). From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 301-311. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9510-4>
- Limpo, T., Alves, R. A., & Castro, S. L. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8, 171-184.

- Magalhães, E., Salgueira, A. P., Costa, P., & Costa, M. J. (2011). Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC medical education*, 11(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-52>
- Morgan, W. D., & Morgan, S. T. (2005). Cultivating Attention and Empathy. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 73–90). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2005-07373-004>
- Mostafa, A., Hoque, R., Mostafa, M., Rana, M., & Mostafa, F. (2014). Empathy in undergraduate medical students of Bangladesh: psychometric analysis and differences by gender, academic year, and specialty preferences. *International Scholarly Research Notices*, 2014. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/375439>
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339-346. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013>
- Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Mercer, S. W., Warm, M., Wolf, J., & Pfaff, H. (2007). Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Education and Counseling*, 69(1-3), 63-75. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.07.003>
- Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ*, 2, 12-17. [10.5116/ijme.4d47.ddb0](https://doi.org/10.5116/ijme.4d47.ddb0)
- Oliveira-Silva, P., & Gonçalves, Ó. F. (2011). Responding empathically: A question of heart, not a question of skin. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 36(3), 201-207. <https://doi.org/10.1007/s10484-011-9161-2>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Código deontológico da ordem dos psicólogos Portugueses. 2ª Série do Diário da República a 20 de Abril de 2011. Regulamento N° 258/2011.

- Palhoco, A. R., & Afonso, M. J. (2011). La empatía y la percepción de emociones en estudiantes de psicología y psicoterapeutas. *Estudos interdisciplinares em Psicologia*, 2(2), 133-153.
- Phan, K. L., Fitzgerald, D. A., Nathan, P. J., Moore, G. J., Uhde, T. W., & Tancer, M. E. (2005). Neural substrates for voluntary suppression of negative affect: a functional magnetic resonance imaging study. *Biological psychiatry*, 57(3), 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.030>
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6(5), 363-370. doi: 10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The counseling psychologist*, 5(2), 2-10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Shashikumar, R., Chaudhary, R., Ryali, V. S. S. R., Bhat, P. S., Srivastava, K., Prakash, J., & Basannar, D. (2014). Cross sectional assessment of empathy among undergraduates from a medical college. *Medical journal armed forces India*, 70(2), 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2014.02.005>
- Winters, D., Wu, W., & Fukui, S. (2020). Longitudinal Effects of Cognitive and Affective Empathy on Adolescent Substance Use. *Substance Use & Misuse*. doi: 10.1080/10826084.2020.1717537
- Yan, Z., Hong, S., Liu, F., & Su, Y. (2020). A meta-analysis of the relationship between empathy and executive function. *PsyCh Journal*, 9(1), 34-43.