

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

**A EMPATIA
NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

MARIA DULCE DOMINGUES CABRAL

ORIENTADOR:

PROFESSOR DOUTOR CARLOS MANUEL DE CHAGAS HENRIQUES DE JESUS

ÉVORA
2002

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

*Dissertação a apresentar no âmbito do mestrado
em Ecologia Humana*

**A EMPATIA
NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**



169 896

Maria Dulce Domingues Cabral

Orientador:

Professor Doutor Carlos Manuel de Chagas Henriques de Jesus

ÉVORA

2002

*A inteligência, por si só,
nunca sobressairá como inteligente,*

*A razão, por si só
, nunca sobressairá como racional.*

Hegel (1793)

Agradecimentos

A todos os que contribuíram para a realização deste estudo, em especial, aos profissionais inquiridos pela sua colaboração.

Ao Professor Doutor Carlos de Jesus pela disponibilidade e pelo que me ensinou.

Ao Professor Manuel José Lopes pela orientação e apoio incondicional.

*À instituição que apoiou o estudo
Hospital do Espírito Santo de Évora*

Aos amigos.

*À minha família e em especial
aos meus pais, pelas reacções emocionais
que despertaram em mim*

RESUMO

Este trabalho baseia-se, na associação da tendência empática, entre os adultos, com uma maior activação característica, perante as experiências emocionais alheias, uma disposição em expressar vulnerabilidade emocional e, uma consciência clara dos sentimentos e das necessidades dos outros. Ele surgiu a partir da problemática do pensamento na área da saúde. O ser humano tem sido definido, como um Ser material e mecânico desprovido de lógica interna.

Partimos de uma questão inicial: qual a dimensão das respostas empáticas dos médicos e dos enfermeiros, que procurámos responder através dos seguintes objectivos:

- Identificar a dimensão das respostas empáticas dos médicos e enfermeiros.
- Saber se a dimensão das respostas diferem ou não em função dos sentimentos acerca do lugar, do sexo, da idade, da profissão e do grau académico.
- Analisar as relações entre as variáveis significativas na dimensão das respostas.

Estes objectivos foram alcançados, através de um estudo de natureza exploratória e descritiva, com 166 sujeitos, médicos e enfermeiros, do Hospital do Espírito Santo de Évora. Como instrumento de avaliação utilizámos um questionário que se compõe da versão portuguesa de

“Balanced Emotional Scale”, da “Escala de Sentimentos Àcerca de um Lugar” e de questões de natureza socio-demográfica. Os principais resultados obtidos, através das medidas de tendência central, do teste Qui-Quadrado, coeficientes de correlação Pearson e Spearman, teste t e teste F, foram os seguintes:

A dimensão das respostas empáticas dos médicos e dos enfermeiros são de pequena dimensão, relativamente à população em geral.

A dimensão das respostas diferem em função do sexo, idade, profissão mas não em função do grau académico. E existe uma correlação baixa e inversa entre a dimensão das respostas empáticas e os sentimentos acerca do lugar.

Existe um efeito tendencial de interacção entre o sexo e a idade, na dimensão das respostas empáticas, a profissão, por si só, não influi na dimensão das respostas, mas existe um efeito tendencial de interacção entre o sexo e a profissão.

ÍNDICE

| | |
|-----------------|----|
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
|-----------------|----|

PARTE I

REFERÊNCIAS TEÓRICAS

| | |
|---|-----------|
| 1 – EMPATIA: SUA CONTEXTUALIZAÇÃO..... | 20 |
| 1.1 - CUIDADOS DE SAÚDE E SEUS MODELOS..... | 30 |
| 1.2 - EMOÇÃO, UM ESPELHO DO CORPO..... | 41 |
| 1.3 - AS EMOÇÕES E OS LUGARES..... | 53 |
| 2– EMPATIA..... | 58 |

PARTE II

ESTUDO DE CAMPO

| | |
|--|------------|
| 1 – OBJECTIVOS E FUNDAMENTAÇÃO..... | 72 |
| 2 – METODOLOGIA..... | 77 |
| 2.1 – SUJEITOS..... | 77 |
| 2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS..... | 79 |
| 2.2.1 – ESCALA DE EMPATIA EMOCIONAL BALANCEADA..... | 81 |
| 2.2.2 – ESCALA DE SENTIMENTOS ACERCA DE UM LUGAR..... | 85 |
| 3 – PROCEDIMENTO..... | 90 |
| 4 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO..... | 91 |
| 5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS..... | 92 |
| 5.1 – DIMENSÃO DAS RESPOSTAS EMPÁTICAS..... | 93 |
| 5.2 - DIMENSÃO DAS RESPOSTAS EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS..... | 94 |
| 5.3 – RELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS..... | 97 |
| 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES..... | 102 |
| 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 114 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------------|---|-----|
| Quadro 1 | Distribuição da amostra por sexo e idade..... | 78 |
| Quadro 2 | Distribuição da amostra segundo a profissão..... | 79 |
| Quadro 3 | Distribuição da amostra segundo o grau académico..... | 79 |
| Quadro 4 | Coeficiente de consistência interna da escala de sentimentos acerca de um lugar..... | 86 |
| Quadro 5 | Variância total explicada da escala de sentimentos acerca de um lugar..... | 88 |
| Quadro 6 | Estrutura factorial da escala de sentimentos acerca de um lugar..... | 88 |
| Quadro 7 | Valores de Z para as respostas empáticas..... | 93 |
| Quadro 8 | Média do escore bruto em função do sexo..... | 95 |
| Quadro 9 | Média do escore bruto em função da profissão..... | 95 |
| Quadro 10 | Média do escore bruto em função do grau académico..... | 96 |
| Quadro 11 | Média e Mediana dos escores bruto de cada um..... | 97 |
| Quadro 12 | Média e desvio padrão do escore bruto em função do sexo e grupo etário..... | 98 |
| Quadro 13 | Análise de variância em função do grupo etário e sexo..... | 98 |
| Quadro 14 | Média e desvio padrão do escore bruto das respostas empáticas em função do sexo..... | 100 |
| Quadro 15 | Análise de variância das respostas empáticas em função do sexo e da profissão..... | 100 |

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Curva da escala de sentimentos acerca de um lugar.....87
- Gráfico 2** – Distribuição dos itens por dois factores.....89
- Gráfico 3** – Distribuição dos escores globais de empatia.....92
- Gráfico 4** – Distribuição dos valores de Z.....93
- Gráfico 5** - Escore de empatia / sexo / grupo etário.....99
- Gráfico 6** – Escore de empatia / sexo / profissão.....101
- Gráfico 7** – Escore de empatia / grupo etário / profissão.....101

INTRODUÇÃO

Hoje em dia é plenamente aceite que o homem vive num estado de equilíbrio dinâmico, variável segundo os dados físico-químicos dos meios interno e cerebral, a representação que o indivíduo tem do mundo e segundo os vestígios acumulados durante o desenvolvimento do indivíduo.

Os mundos ecológicos, sociais e culturais desenham um campo de forças que participa na nossa biologia, na nossa história, pessoal e inter subjectiva, constituído pela significação que o sujeito atribui, através de processos de elaboração simbólica, às contingências, articula-se com a biologia para criar aptidões relacionais. O genoma participa nas construções sociais, (Damásio, 1995). O sentido que se dá às coisas pode modificar os nossos metabolismos.

A nossa consciência e as chamadas funções psíquicas são o resultado de processos neurofisiológicos e bioquímicos do nosso cérebro e sistema nervoso, em interacção com o ambiente, tal como a nossa conduta se constitui na resposta organizada da actividade mental e nervosa superior, resultante dessa interacção. Nela, as emoções desempenham um papel central no equilíbrio e na saúde dos seres humanos. As emoções são um universo no interior do qual gravitamos a todo o instante (Damásio, 1995). Elas têm um papel activo no "eu", que não é

uma entidade metafísica mas sim, a expressão da função de unificação pelo cérebro, da informação acerca do mundo e do registo mnésico (Jana, 1995).

O comportamento emocional é considerado como provedor de sinais informativos, que têm consequências motivadoras para o próprio nas suas transacções com o ambiente. Porque possuímos emoções e sentimentos acerca de tudo, das pessoas, dos objectos, de nós próprios, e por serem elas as motivadoras para as atitudes e acções, é importante conhecer as reacções emocionais que os objectos, os espaços ou os outros nos inspiram. Goleman (1995) chama a atenção para as reacções emocionais, que se vivem em ambiente de doença e afirma que aí elas reinam como rainhas. O seu reconhecimento, acessível pela empatia, leva a um processo de avaliação, com o fim de reajustar o nosso comportamento, as nossas reacções. As reacções emocionais têm um papel importante, não só como potentes sinais sugestivos de proximidade num ambiente social, como também no processo de avaliação que organiza, regula e monitoriza as reacções do homem perante acontecimentos do meio ambiente.

Na área da saúde, elas não têm merecido atenção, tanto as reacções dos profissionais como as dos doentes. As relações humanas, no grupo dos profissionais de saúde, inscritas numa escola pragmática, cujo ponto forte é o domínio das interacções, não têm conseguido abstrair-se dos progressos consideráveis que o estudo do cadáver humano lhe tem proporcionado. O investimento na cura das doenças tem sub-

mergido o doente. Os técnicos de saúde, julgando explicar as situações de doença, apenas as descrevem nos termos dos seus conhecimentos (Gaillard, 1995).

Define-se-nos, como uma situação problemática o facto de as explicações surgirem acerca de corpos inanimados; o significado que o doente atribui àquilo que sente, não ser considerado, produzindo envios a todo o processo terapêutico.

A realidade humana tem sido remetida para outros registos. Damásio (2000:59-60) faz salientar que "Ao longo do século XX têm existido alguns curiosos paralelos de negligência científica. Um deles é a ausência de uma perspectiva evolutiva do cérebro e da mente, outro diz respeito à noção de homeostasia e um terceiro é a perceptível ausência de organismo". O universo do pensamento na área da saúde, modelado no pensamento físico, tem definido o ser humano como ser material e mecânico, desprovido de lógica interna.

Questionamo-nos se os profissionais de saúde, que se definem por esta forma de pensar, têm dificuldades em compreender os estados emocionais do outro, ou seja, de empatizar? Será o sistema educativo que os forma, que incide essencialmente no intelecto, na lógica, no raciocínio e na organização visuo-espacial, que não os prepara para compreender as emoções de si e dos outros?

Para ser médico ou enfermeiro é preciso compreender as relações que se estabelecem entre quem trata e quem é tratado; é preciso perceber a importância das ciências humanas na compreensão dos pro-

blemas humanos que a prática coloca, para inscrever os conhecimentos científicos em que se baseia o saber médico e de enfermagem, no contexto científico do momento, (Gaillard, 1995).

Neste contexto, surge este trabalho de natureza exploratória e descritiva, cuja pertinência se revela pela necessidade de identificar e compreender os comportamentos relacionados com as pessoas doentes, com vista, a delinear um outro caminho para a qualidade das práticas.

A empatia, perante situações de sofrimento, leva a comportamentos de ajuda. A relação mais frequente entre a reacção emocional ao mal-estar alheio, empatia e resposta comportamental, é a reacção emocional que conduz a uma acção desenhada para reduzir o mal-estar do outro, quer dizer, de ajuda (Harris y Huang, 1973; Gaertner y Dovidio, 1977; Coke et al, 1978) e (Sterling y Gaertner, 1984, citados por Batson, 1992). Se a resposta emocional do observador é importante para motivar a ajuda e se as emoções constituem uma excitação fisiológica numa denominação cognitiva então, a excitação emocional produzida pela observação da vítima induz à ajuda.

Algumas das investigações realizadas com pessoas doentes apontam a empatia como fenómeno importante no seu processo terapêutico (Bryant, 1991; Warner, 1992; Barret y May, 1997). A empatia tem também sido advogada, por alguns investigadores como estratégia de *coping* (lidar com) (Burchard, 1992; Gallagher, 1993; Harris, 1995; Brennan, 1997) uma vez que reconhecer e reflectir sobre determinadas

emoções vividas, habilita a uma melhor compreensão de si próprio e a melhorar opções em idênticas situações.

A empatia, processo cognitivo e emocional, assumida como a compreensão do estado emocional da outra pessoa (Mehrabian & Epstein, 1972) é, de acordo com Eisenberg & Strayer (1992), um dos factores mediadores de interacções positivas, ou seja, deve constituir um processo facilitador da integração numa vivência crítica, na medida em que facilita a compreensão das experiências individuais e subjectivas. A empatia tem, por isso, como objectivo moldar o comportamento.

A empatia que pressupõe a capacidade de atribuição, ou de representações dos estados mentais do outro e é um processo ontogénico. Esta capacidade de atribuição desenvolve-se progressivamente, pois o cérebro humano tem uma predisposição fundamental para se representar "a si mesmo como outro", mas, por vezes encontra-se encoberta, ou até contrariada, por convenções culturais, (Changeux, 2001). A compreensão de si mesmo desenvolve-se paralelamente à compreensão - imaginada mas actual - do outro. Estabelece-se uma relação evidente entre o conhecimento de si mesmo e a empatia - simpatia, (Changeux, 2001). Para Piaget (1975), a capacidade de produzir respostas empáticas depende do desenvolvimento de certas habilidades de raciocínio cognitivo. Algumas investigações sobre o precoce desenvolvimento socio-emocional (Campos, Barret, Lamb, Goldsmith y Stenberg , 1983; Strouf, 1979) descrevem a criança como um companheiro social, tendo as emoções um papel motivador e organizador.

Nesta perspectiva, o homem está basicamente predisposto, desde o nascimento a emitir sinais socio-emocionais e a responder a sinais socio-emocionais do outro, especialmente os que advêm dos seus cuidadores, (Thompson, 1992). A espécie humana é geneticamente social.

Tanto os homens quanto as mulheres experimentam uma variedade enorme de emoções; ambos os sexos as sentem, com grande intensidade. Mas será a capacidade de compreender os estados emocionais do outro, igual em ambos os sexos? É comum aceitar-se que é diferente e Fischer (2001) fundamenta-o, com base nas diferenças da química cerebral e nas especificidades de alguns genes. As mulheres, pela sua feminilidade estão mais predispostas a reagir emocionalmente. Mas, tendo passado por um sistema de formação com as mesmas características e vivendo situações de um mesmo contexto, será que existem diferenças significativas na capacidade de empatizar entre homem e mulher?

Definir a sua natureza e raiz ontológica depende da ênfase sobre a sua natureza cognitiva ou afectiva. Estas diferenças encerram outras questões, tais como: coincide uma resposta empática directamente com a emoção experimentada pelo outro, ou é só uma analogia?

A ênfase na coincidência emocional exige um alto grau de discriminação perceptiva e sofisticação cognitiva. É que definir a empatia em termos de coincidência afectiva, parece oposto ao papel teórico da empatia, como motivador dos comportamentos de ajuda. Há, no entanto, cada vez mais provas de que as crianças, depois de serem capazes

de atribuir significado emocional às expressões emocionais, também começam a responder vicariamente a estas expressões e que, já no segundo ano de vida, isto pode provocar formas rudimentares de prestação de ajuda (Thompson, 1992:145). A criança adota comportamentos de mímica motora, apresentados por Hoffman como um importante mecanismo de activação empática.

Mas a ontogénese da empatia não se restringe à fase infantil do homem, amplia-se até à formação do corpo humano da terceira idade. E tal como nas primeiras fases, também nas posteriores o desenvolvimento do indivíduo, aquilo que ele virá a ser, tem um carácter campal ou seja, depende das circunstâncias em que ocorre o processo. Daí nos questionarmos sobre a capacidade empática dos profissionais de saúde.

A experiência da empatia, segundo Lennon e Eisenberg (1992), vê-se afectada por situações contextuais, mas também pelo desenvolvimento de certas destrezas relacionadas com a idade, até à idade adulta.

Há muito que se vem assumindo que, apesar de todo o homem ter capacidades empáticas existem diferenças na disposição em o fazerem (Davis, 1983). Outros sublinham a diferença na emocionalidade geral ou nas reacções emocionais específicas da empatia (Hoffman, Batson, Mehrabian e Epstein, 1972).

Comum a todos, embora em diferentes níveis, levanta-se a questão sobre a sustentabilidade desta compreensão emocional, entre

quem presta e quem recebe cuidados de saúde, num espaço onde não existe um lugar de expressão, de partilha, um lugar de concertação com a equipa, um lugar que molda a identidade da prática de cuidados, consoante a força das influências a que está sujeita no seu ambiente de trabalho, consoante a força dos conhecimentos de que estão rodeados e o seu modo de utilização na prática profissional.

A compreensão do sofrimento como uma experiência humana subjectiva, obriga a um envolvimento existencial e é bom lembrar que é a partir das interacções com o outro que o próprio se define, se identifica e se diferencia enquanto pessoa, cria a sua identidade pessoal. O estudo de Andersen (2000) regista escores de ansiedade e depressão elevados, em psicólogos clínicos que não partilham ou reflectem em conjunto sobre as suas emoções.

Sabendo que são vários os obstáculos contextuais, em viver relações terapêuticas de empatia, tanto a nível da formação, como da política organizacional, pertinente se torna a questão: qual a dimensão da empatia emocional dos profissionais de saúde?

Este trabalho, cujos objectivos são:

Identificar a empatia emocional dos médicos e enfermeiros e algumas variáveis nela intervenientes; analisar a dimensão das respostas empáticas, de acordo com a pesquisa bibliográfica, foi estruturado em duas partes:

A primeira é uma revisão bibliográfica organizada, em dois pontos. Num primeiro, o contexto em que surgem as respostas empáticas,

os modelos de formação, os modelos de cuidados clínicos e, por fim o significado emocional de um lugar; num segundo ponto a empatia no seu sentido vernáculo. Na segunda parte, descrevemos os objectivos e a sua fundamentação e, dado que todo o saber é limitado ao rigor dos dados e prevê apenas dentro do seu horizonte preditivo, descreve-se a metodologia adoptada. Depois, são apresentados os dados empíricos obtidos e, por fim, terminamos, com a discussão dos resultados e conclusão onde realçamos os dados considerados mais pertinentes às questões levantadas.

PARTE I
REFERÊNCIAS
TEÓRICAS

1 - EMPATIA : SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

Realçar que o Homem, no nosso tempo, nem sempre é ajudado a viver como homem não me parece excessivo. Nos últimos vinte anos, o aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas, as ofertas da biologia à pesquisa médica, a realização dos primeiros transplantes de órgãos, a fecundação "in vitro", entre outras invadiram o mundo da assistência hospitalar. Não obstante estas mudanças, em toda a parte do mundo, quando o doente tem necessidade de recorrer à ajuda duma estrutura complexa, como o hospital arrisca-se, a ser tratado duma maneira cada vez mais desumana.

Quando se mobiliza em redor de um doente, cada vez mais meios técnicos mas, simultaneamente, se menospreza o seu universo mental, a sua cultura, a sua vontade, o seu ambiente afectivo, quando o profissional se relaciona com o doente como corpo-objecto, corpo sem fronteiras, porque age sobre ele, despe, invade, padroniza e coisifica o humano ultrapassa, em muitas situações a linha vermelha de humanização, "na terra dos doentes as emoções reinam como soberanas; o medo está só a um pensamento de distância. Se ficamos tão emocionalmente fragilizados, quando estamos doentes, é porque o nosso bem-estar se baseia, em parte, numa ilusão de invulnerabilidade. A doença - em es-

pecial uma doença grave - desfaz essa ilusão... Subitamente sentimo-nos fracos, impotentes e vulneráveis", Goleman (1995:186).

Nos serviços de saúde, os profissionais, médicos e enfermeiros lidam com esquemas que não contêm senão uma parte da realidade. Neles o doente sente-se infeliz. Degenera moral e mentalmente. O Homem encontra-se sem protecção, perante um meio adverso que a ciência lhe traz.

"Regra geral, calamo-nos e submetemo-nos sem forças. Estamos sujeitos a uma lei interna onde parece que os direitos foram deixados à entrada, onde nenhum advogado é suposto nos acompanhar e a que os relatórios das organizações não se referem. Nesses momentos fala dentro de nós a lei da sobrevivência e preferimos usar as poucas energias que nos restam para suportar a humilhação, uma vez que o nosso tratamento e recuperação passam pelas mesmas mãos que abusam da nossa dependência para nos negligenciar ou mesmo agredir" Miriam Lopes in Público de Março de 2000

Citação que também é feita por Antunes (2000:125), sobre o atendimento nos hospitais portugueses, mas à qual acrescenta que 73% dos portugueses não estão satisfeitos com os serviços de saúde, baseado no relatório "Números-chave sobre a saúde 2000".

"Muitas vezes um doente pode queixar-se de um sintoma de uma forma estranha que o médico não realiza ou acha ridícula, não liga, porque é dito de uma forma tão vaga tão mal articulada (...) o doente está assustado e tem medo (...) não há dois doentes iguais (...) a gente quando está doente é muito sensível a tudo (...) há essa sensibilidade exagerada (...) a doença também tem algo de solitário". (Serrano in Grande Reportagem de Março de 2001)

Este doente é médico e autor do livro "Coração Independente". Nele relata a sua experiência de doente. Mostra-se chocado, com a indiferença dos seus colegas aos queixumes dos doentes como pessoas. Relativa-

mente ao comportamento emocional dos colegas reconhece que é preciso criar "calor", mas isso não é sinónimo de anestesia. Na publicação acima citada refere

"uma das pessoas que mais me marcou, foi a anestesista. Veio falar comigo, agarrou-me a mão, olhou-me de perto e tocou em mim. Estes pequenos pormenores marcam uma pessoa. Isto tem a ver com as qualidades humanas de cada profissional. A verdade é que não existe uma cultura humanista na formação médica. O sistema de saúde pode desculpar essa falta de calor humano na urgência mas não no internamento".

O estudo de Deeny et al (1999) realizado numa amostra de doentes, com cancro da mama sugere que os cuidados de saúde são percebidos como cuidados de qualidade quando existe suporte emocional, aliados ao conhecimento e grau de competência, e aponta nomeadamente os enfermeiros como pessoas com dificuldades em criar relações próximas. Os resultados do estudo de Motyka et al (1997) realizado numa população de enfermeiros canadianos, apontam para que as respostas mais comuns destes, face à ansiedade expressa pelos doentes, foram animar o doente, recolher informação sobre os sintomas e explicá-los. As menos comuns incluíam expressar as próprias emoções e expressar empatia em relação aos doentes.

Cuidar de doentes é intrinsecamente ansiogénico. O contacto com o sofrimento, com corpos mutilados e com a morte, mobiliza ansiedades primárias: ameaças, fantasias e culpas. É a confirmação delas pela realidade. Surgem neste contexto mecanismos de defesa, entre eles a fragmentação da relação profissional-doente, a despersonalização, a catego-

rização e negação da importância do indivíduo e a racionalização dos sentimentos. Os profissionais tendem a fugir à dor dos outros, pela ineficácia em lidar, com as suas próprias emoções. Os impactos emocionais provocados pela confrontação do sofrimento do outro desencadeiam uma libertação por parte do cérebro no circuito sanguíneo, de péptidos neuromodeladores que leva a alterações, do sistema imunitário do observador (Goleman, 1995).

A sobrevalorização de cuidados de saúde sustentados por actos técnicos, previne o contacto próximo e envolvente e oferece alguma protecção contra a ansiedade que esse contacto mobiliza.

Será que a formação dada nas instituições de ensino superior na área da saúde, promove e desenvolve competências para a abordagem do homem na sua totalidade? Para compreender o doente como pessoa? Desenvolve competências para compreender-se a si próprio e para compreender o outro, competências para compreender a dor, o sofrimento, e que dor e que sofrimento? A dor dos doentes, que passam pela vida dos profissionais, ou a dor que os doentes fazem sentir nos profissionais, através do que ela evoca ?

A medicina, ao definir-se pela sua finalidade de cura, de eliminação da doença, acaba por hierarquizar as necessidades e exigências dos doentes. Lógica que se ocupa tantas vezes mais da doença do que do doente e que se desvia das sequelas da doença, perspectiva que tem vindo a ser reforçada com alguns sucessos da medicina.

O ensino da medicina passou por três períodos. Um primeiro, de 1825-1907 caracterizado pela procura de alguma definição, não havia consultórios, a medicina era sobretudo hospitalar e domiciliária, onde o grande recurso de diagnóstico era o doente, como pessoa. Um segundo, de 1908-1955, em que predominou a influência francesa, e um último, que data de 1956, que resultou da precipitação de alguns acontecimentos, num contexto social que aumentou a acessibilidade dos cuidados de saúde a toda a população e em que, por isso médicos e instituições de saúde foram afogados por pessoas doentes e sãs. Entre estes acontecimentos sublinha-se o declínio da influência francesa, alicerçado no ensino prático da propedêutica médica, que caracteriza o anterior período, durante quarenta e nove anos, e o apogeu da influência anglo-saxónica; o surgir de várias especialidades na medicina, graças ao desenvolvimento dos conhecimentos; um outro, o desenvolvimento dos meios auxiliares de diagnóstico na área da imagiologia e dos estudos laboratoriais que, facilitando um diagnóstico, promoveram a crise na medicina interna.

Segundo Tomé Ribeiro, aquilo que durante o segundo período constituía uma preocupação na educação dos estudantes, ou seja, a formação científica, clínica, humana e moral e que tanto dignificou a escola médica, limita-se no presente à formação científica, (Ribeiro, 1998).

O ensino de enfermagem foi diverso ao longo dos anos, centrado ora em modelos mecanicistas, ora enfatizando as ciências humanas.

Actualmente, procura conjugar as ciências sociais e humanas com as ciências médicas.

A primeira escola de enfermagem foi criada em 1881, mas sem reconhecimento oficial. O programa em 1887 contemplava o que era a vida, temática que era fortemente contestado pelos médicos, que constituíam parte dos professores da escola. Procurava-se integrar no programa curricular matérias indispensáveis ao conhecimento da vida e da saúde humana e à compreensão da sua patologia.

A escola oficial começou a funcionar em 1901, na dependência da administração hospitalar, sem autonomia. Só em 1947 o Decreto-lei nº 36219 dá às escolas de enfermagem oficiais autonomia técnica e administrativa, (Soares, 1997:35).

O ensino de enfermagem deveria formar estudantes, no sentido de obterem vastos conhecimentos científicos, uma apurada preparação técnica e uma sólida formação inicial. Os cursos eram então ministrados em regime de internato.

A partir de 1947 são os médicos que definem o currículo do curso de enfermagem, ignorando as concepções de enfermagem. Em 1948, a directora da Escola Técnica de Lisboa dizia no seu discurso da cerimónia de graduação:

"durante três anos a aluna, a par da preparação puramente profissional, criou ideias éticas, adquiriu auto-disciplina, aprendeu a considerar os direitos e privilégios dos outros, a par dos seus próprios direitos e privilégios, preparou-se (...) para contribuir em toda a sua extensão das suas possibilidades profissionais para o bem comum" (Soares, 1997:58).

Só nos anos oitenta, quando as enfermeiras readquiriram a capacidade de assumirem o processo da constituição do currículo, a enfermagem se reconstituiu de novo como disciplina. A formação que assentava num modelo biomédico, centrada na doença, é hoje centrada na pessoa, para responder às suas necessidades. O objectivo é hoje promover a qualidade de vida, mesmo durante a vivência da doença.

Esta alteração decorreu de uma mudança da realidade, dentro das unidades dos cuidados de saúde e de uma formação avançada, desenvolvida por um número significativo de docentes.

Hoje o actor deste teatro (o doente) já não se conforma apenas com sentenças judicativas e reconhece que sentir-se doente ultrapassa ter uma doença. Cada vez mais caminhamos para uma sociedade de doentes cultos e que exigem saberes inter e transdisciplinares. Ainda assim, será que o actual curso prepara os seus estudantes para se envolverem emocionalmente com as diferentes pessoas de quem procuram cuidar?

O resultado da investigação desenvolvida por Fonseca (1999), sob uma amostra de 78,5% da população de estudantes do último ano do curso da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, sugere que as competências relacionais, de natureza cognitivo-emocional, assumem a prioridade sobre as competências técnicas, de natureza psicomotora, no desenvolvimento pessoal, ao longo do curso.

Apesar da formação em enfermagem ter como objectivo formar enfermeiros que entendam o Homem como um todo e, por isso, pro-

movam a qualidade de vida destes, o exercício clínico segundo uma investigação de Mendes (2000) realizada sob uma amostra de 227 enfermeiros, que desempenham funções no hospital e centros de saúde do Alentejo, não é ainda essa a sua filosofia, devido a factores intrínsecos (centrados nos enfermeiros) e extrínsecos (centrados no contexto da acção).

As investigações de (Lopes, 1999; Mendes, 1995; Rebelo, 1996) e outros citados por Lopes (Paz, 1995; Abranches, 1995; Swanson, 1991; Waterworth, 1995), apontam para que o exercício clínico da enfermagem não considera o homem como um sistema aberto em constante interacção com o ambiente que o rodeia, porque os profissionais não se sentem preparados para se envolverem na relação com os seus utentes. É sim orientado por uma linha de pensamento que se caracteriza pela procura de um factor causal para as doenças e da associação entre esse factor, uma determinada doença e um quadro sintomatológico característico, co-existindo com um outro, e que tem predominância, em que o objectivo é promover a saúde dos utentes utilizadores dos cuidados de saúde. Os enfermeiros referem não se sentir preparados para se envolverem na relação.

Mas havendo ou não preparação, sentindo-se ou não os profissionais preparados, eles interagem e as interacções não são lineares, entre o homem e o ambiente e entre os homens. Envolvem sistemas de grande complexidade.

A noção de complexidade liga-se à variedade dos elementos e das interacções. Um sistema complexo é constituído por uma grande variedade de componentes ou de elementos, possuidores de funções especializadas; estes elementos estão organizados em níveis hierárquicos internos e, os diferentes níveis e elementos individuais estão ligados entre si por uma variedade de ligações, (Rosnay, 1995:92).

O cérebro humano produz representações que antecipam a acção sobre o mundo. Estamos sempre numa situação de expectativa, de expectativa mútua. Trocamos olhares, antecipamos ou não a resposta do outro, seja como for, tentamos convencer o outro ou, pelo menos damos-lhe a entender o que pensamos (um Ser criativo).

Interagimos simbolicamente e a interacção é, em si própria comunicação. Para Carl Rogers, psicoterapeuta, é na interacção que se define a relação terapêutica profissional-doente. Através da interacção, o indivíduo adapta-se e regula constantemente o seu comportamento, por mecanismos de *feedback*. "O nosso cérebro está constantemente a atribuir significados vejo o seu olhar voltar-se para o meu, tento antecipar a sua resposta e o que porventura lhe irei dizer dentro de alguns segundos. Dou um sentido à sua procura de resposta", (Changeux, 2001:48).

A interacção simbólica refere-se a um processo no qual o homem interacciona com símbolos para construir significados. A teoria da interacção simbólica desenvolvida por Blumer (citado por Littlejohn, 1988) baseia-se em três ideias básicas:

- Os seres humanos actuam face aos fenómenos com base no significado que lhe atribuem; como tal não se pode entender a acção humana olhando apenas para os factores exteriores ou apenas para o comportamento.
- Os significados surgem em contextos sociais; os significados não são inerentes aos fenómenos, eles formam-se a partir daquele que tivermos percebido, na interacção com os demais.
- Os significados são manipulados e modificados, através de um processo de interpretação utilizado pela pessoa, ao relacionar-se com as coisas que encontra no mundo; interactuamos com os outros e com nós próprios, mediante símbolos e na interacção construímos o significado.

A sociedade é um conjunto de comportamentos cooperativos, onde um comunicador deve entender as intenções do outro comunicador. Cooperar, consiste em "ler" as acções e intenções de outra pessoa e em responder adequadamente. A interacção consiste num mútuo "levar-em-conta" e responder. Littlejohn (1988), citando Blumer, salienta que é preciso empatizar com o outro, penetrar na sua experiência, para o entender. Agimos em função do significado, dependendo este da empatia estabelecida com o outro.

Segundo este teórico, os grupos e as instituições não são organismos ou estruturas *per se*. São interligações de interacções simbólicas humanas básicas. Funcionam porque, as pessoas em diferentes pontos fazem algo e, o que fazem é um resultado de como elas definem

a situação em que são chamadas a actuar. Os antecedentes e a formação básica dos indivíduos são da maior importância para definir a espécie de interacção que irá adquirir existência.

Mas como é que os profissionais de saúde, com os seus antecedentes e a sua formação, definem a situação numa instituição hospitalar em que o modelo institucionalizado dos modernos cuidados de saúde, é subsidiado por valores político-económicos, marcado por uma padronização dos tempos quotidianos e por uma estrutura rítmica da produção das actividades terapêuticas, como a isso se refere Carapineiro (1993:11)?

1 .1 - CUIDADOS DE SAÚDE E OS SEUS MODELOS

Os cuidados modernos de saúde são resultado de alterações socio-económicas, políticas, científicas, tecnológicas e demográficas que, ao determinarem a evolução dos conceitos de saúde e de doença, redefiniram os cuidados.

Em meados do século XIX, prevalecia na Europa um modelo de cuidados que defendia o estado de saúde individual como consequência da interacção de factores biológicos, ambientais e de personalidade. No final desse século, graças ao aumento da investigação na área da fisiologia experimental, a doença deixou de ser considerada um estado de desequilíbrio não natural e passou a ser definida como um desvio à

norma, que não implicava a compreensão da natureza do ecossistema humano, (Myers e Benson, citados por Ribeiro, 1998:52).

A visão ecológica foi, progressivamente, posta de lado, com o desenvolvimento científico moderno. Foi a teoria do germe que, num espírito cartesiano, postulava que um organismo patogénico específico estava associado a uma doença específica, que assumiu a primazia e sustentou um novo modelo de cuidados de saúde. Um modelo que reduz os sistemas a pequenas partes, podendo cada uma delas ser considerada isoladamente; as características universais de cada doença passaram a ser o ponto de análise para cada indivíduo e um forte materialismo subestimou os factores não materiais menosprezando tanto o ambiente como as emoções, (Ribeiro, 1998:58).

O desenvolvimento da medicina entre o final do século XIX e meados do século XX faziam supor que o homem conseguiria controlar as principais doenças.

Mas o processo de cura de grande parte das doenças, a ineficácia dos medicamentos perante as doenças crónicas, não promovia um estado de bem-estar físico, mental e social a que equivalia o conceito de saúde que a Organização Mundial de Saúde havia preconizado, dado que outras componentes do ecossistema humano nele interferem.

O modelo tornou-se obsoleto. As alterações demográficas; a panóplia tecnológica, que aumenta os custos da assistência médica; a aproximação dos serviços de saúde à comunidade e o aumento do poder do consumidor, que se tornou mais exigente e crítico, são igual-

mente factores que determinam a necessidade de uma mudança, por parte dos políticos e dos cientistas, na forma de encarar a saúde e que geram modelos alternativos ao modelo biomédico.

Apesar de se virem sentindo mudanças, só na década de setenta foram definidas estratégias para um novo desafio. Os sistemas de saúde tiveram que se readaptar e a principal mudança foi a deslocação da atenção sobre a doença para a saúde, o que é hoje, quase tão só, sustentado pelo discurso político.

Foi neste contexto que, em 1978, a Organização Mundial de Saúde adoptou a declaração de Alma-Ata, que definiu um conjunto de objectivos e estratégias para os alcançar - Saúde Para Todos No Ano 2000. Definiram uma nova era nas concepções de saúde e doença. Foram então desenvolvidas investigações e é reconhecida a necessidade de reconsiderar o retorno a uma perspectiva ecológica dos cuidados de saúde que contemple os diferentes elementos do sistema na sua interacção com o ambiente.

Analistas políticos e gestores da área da saúde começaram já a interessar-se pelos resultados de saúde, para avaliar o investimento; na sequência de uma avaliação dos benefícios dos cuidados de saúde, constataam a necessidade de um regresso a uma consciência ecológica nos cuidados de saúde. Também cientistas e clínicos investigam novos produtos farmacêuticos e outras tecnologias e, já começaram a procurar métodos mais sensíveis ao ponto de vista do doente.

A título de exemplo, Ware cita um estudo sobre o impacto de terapias anti-hipertensivas sobre a qualidade de vida, em que se verificou que, terapias com a mesma eficácia, em termos médicos (controle da pressão sanguínea), apresentavam perfis de qualidade de vida significativamente diferentes, (Ribeiro, 1998:100).

O mesmo autor, baseado em Fries e Spitz, refere que, em contexto clínico, os termos qualidade de vida e saúde são utilizados de forma sobreposta. A Organização Mundial de Saúde, para clarificar parâmetros de avaliação de qualidade de vida, conclui que há relações não completamente clarificadas entre as variáveis qualidade de vida, saúde e bem-estar subjectivo; as medidas utilizadas para as avaliar devem ser centradas na percepção pessoal do doente.

O bem-estar subjectivo é, neste contexto, uma dimensão considerada satisfação com a vida, diferenciando-se das utilizadas até então, principalmente por se centrar em critérios pessoais, tal como eram percebidos pelos indivíduos inquiridos. Dinner (1984) aponta três características: baseia-se na experiência pessoal; recorre a medidas positivas, não se caracterizando apenas pela ausência de medidas negativas e inclui a avaliação global de todos os aspectos da vida das pessoas. (Ribeiro, 1998:97).

Nos últimos trinta anos houve uma considerável expansão dos custos da saúde. O que teve origem e consequências nas expectativas do público acerca do papel da medicina.

As pessoas vêm entregando a vida na mão da medicina, na altura em que ela deixou de ter capacidade de resposta para os seus problemas. Atribuem-lhe perspicácia e competência que não têm. Daí, o aumento da crítica aos cuidados de saúde.

"As sociedades industriais colocam a gestão da saúde e do bem-estar social na mão de especialistas que, por sua vez, estão normalmente associadas a pesadas burocracias centralizadas. Como consequência surge um serviço relativamente impessoal a debruçar-se sobre algumas preocupações humanas (...) nascimento, morte, mal-estar, saúde. Tal como nas sociedades primitivas, as pessoas procuram o médico como antes procuravam o curandeiro. No entanto esta função é recusada pela cultura científica moderna aumentando a insatisfação como sistema" (Ribeiro, 1998:82).

A saúde hoje deve ser entendida como um processo que abrange várias dimensões que devem coexistir equilibradamente: dimensão emocional, intelectual, espiritual e física, (Ribeiro, 1998:87, citando Terris e O' Donnell). A doença pode ser vista como um acontecimento humano que consiste numa desorganização, resultante da interacção do indivíduo com o seu meio (Barondess, citado por Ribeiro, 1998:90)

A Organização Mundial de Saúde, em 1996, publicou uma análise em que referia que a fuga sem fim do desenvolvimento tecnológico, o predomínio das tecnologias sobre a ciência e do dinheiro sobre as tecnologias têm sido, entre outros, factores de impedimento para a concretização das estratégias de saúde por ela propostas."O modelo da medicina moderna está orientado principalmente para a descoberta e a quantificação das informações psicoquímicas sobre o doente e não para factores menos mensuráveis como os sociais e emocionais" (Helman, 1994:61). "É necessário adoptar um modelo conceptual que re-

presente o indivíduo como uma unidade estrutural e funcional em desenvolvimento, como uma organização complexa, em transacção contínua com um meio ambiente em mudança” (Ribeiro, 1998:48)

Para ajudar o homem, que deve ser o actor principal num processo de saúde-doença, o homem que sofre, numa situação de vulnerabilidade, a fazer escolhas significativas, é preciso ir além do conhecimento da dimensão física, e cujos dados são de natureza menos objectiva, é preciso por isso empatia. Lida-se com o homem sem conhecer o que de humano ele tem dentro de si. Frequentemente se invade o corpo e o seu território pessoal, se faz uma audição selectiva e se olha com as nossas lentes, se não houver empatia.

A essência da empatia assume-se principalmente no processo de compreensão emocional do outro.

Mas, muito frequentemente, os cuidados modernos de saúde sofrem a falta do que Goleman chamou de inteligência emocional. Certo é que há muitos médicos e enfermeiros que proporcionam compreensão além de cuidados técnicos, mas a tendência é no sentido do universo profissional se tornar inconsciente ou alheio às vulnerabilidades dos doentes, pressionado por imperativos institucionais, (Goleman, 1995:186). A burocracia assume a liderança dos sentimentos, necessidades e desejos.

Goleman fundamenta-se em Gardner, que faz salientar o importante papel do conhecimento que as pessoas têm sobre si mesmas e a sensibilidade frente a terceiros, o que ele chamou de inteligência in-

terpessoal. Mais tarde, nos anos noventa, foi chamada de inteligência emocional por Salovey e Mayer. "A inteligência emocional compõe-se de uma série de aptidões que servem para a apreciação e a expressão justa das suas próprias emoções e das dos outros; para ajustar-se eficazmente às suas próprias emoções e às dos outros e para utilizar a sua sensibilidade para se motivar, planejar e concretizar a sua vida" (Salovey e Mayer, citado por Chabot, 2000:69)". A inteligência emocional abarca qualidades como a compreensão das próprias emoções, a capacidade de nos pormos no lugar de outras pessoas e a capacidade de controlarmos as emoções de forma a melhorar a qualidade de vida", (Martin e Boeck, 1999:17). A inteligência emocional serve para controlar as nossas pulsões e para estar em condições de adiar as nossas fontes de gratificação; de regular o nosso humor e fazer com que situações estressantes não nos impeçam de pensar; de ser empáticos e manter a esperança na vida, (Goleman, 1995).

A inteligência emocional sublinha-se perante o sofrimento e a dor, por aquilo que a observação destes estados provocam no profissional.

O sofrimento e a dor são entidades com proximidade. A dor não tem um estatuto claramente definido. Entre emoção e sensação, a dor tem vagueado entre duas abordagens igualmente insuficientes. A análise da dor como emoção, opondo-se ao prazer, tende a excluí-la do campo da investigação da fisiologia, para a remeter para o campo da filosofia e da psicologia. Ao contrário, ao ser considerada como um sen-

tido, ao lado dos outros cinco, a fisiologia remeteu o problema da dor para um conjunto de investigações sobre a sua especificidade: dos receptores, das vias de condução e dos centros. A dor só se pode compreender numa relação de ruptura, de reconstrução entre a fisiologia, a clínica, o estudo do funcionamento mental e da pessoa global em situação.

A Associação Internacional Para O Estudo Da Dor propõe como definição de dor "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos equivalentes à existência da dita lesão dano"

De acordo com Damásio, (2000:72) a dor advém de um estado de disfunção local num tecido vivo, é a consequência de um estímulo que provoca igualmente respostas reguladoras e pode também induzir emoções. Dor e emoção não são a mesma coisa, a dor está sim associada a emoções negativas tais como: angústia, medo e tristeza, *cuja combinação* constitui aquilo a que chamamos sofrimento.

A dor e o sofrimento não são redutíveis a causalidades lineares. O sofrimento, para além de não se limitar aos sintomas físicos deriva tanto da doença como do tratamento e ninguém pode antever o que o sujeito descreverá como fonte de sofrimento sem que com ele estabeleça uma interacção de empatia, apesar do sofrimento ter tradução na imagiologia cerebral.

Observam-se imagens, características de estados depressivos e muito recentemente, de alucinações. A câmara de positrões permite

identificar estados de alucinação “subjectivos” (medindo o débito sanguíneo cerebral), que escapam à vontade, e distingui-los dos actos de pensamento conscientes que lhe são submetidos. Tanto o sofrimento como a dor são experiências individuais resultantes de significações subjectivas, com forte componente emocional.

Destas características decorre a necessidade da comunicação para aceder à experiência do sofrimento, o que constitui a base de uma atitude empática.

A linguagem do sentimento é um veículo indispensável para elucidar sobre os meios pelos quais uma situação é avaliada. "A forma mais simples sob a qual o conhecimento sem palavras surge mentalmente é o sentir" (Damásio, 2000:46). Para a pessoa em sofrimento, com ou sem dor o que sente é um reflexo de como ela está a perceber o mundo e a si mesmo; para os técnicos de saúde, ouvir o que a pessoa sente proporciona uma monitorização do seu estado de saúde/doença. A sua eficácia traduz-se na escuta e atenção às queixas, pois "o simples facto de serem reconhecidas permite ao doente reencontrar uma certa harmonia e transformar a queixa em qualquer coisa mais diferenciada e mais criativa", (Cardoso, citado por Gameiro, 1999:82).

Como anteriormente foi referido, o cérebro produz representações que antecipam a acção sobre o mundo. Estamos sempre numa situação de expectativa, de expectativa mútua. A expressão verbal das emoções alimenta a expectativa e, induz a estimulação de neurotrans-

missores endógenos. Certos neurónios do cérebro libertam neurotransmissores, substâncias químicas que inibem ou estimulam a excitação e desencadeiam ou facilitam a produção de impulsos eléctricos nos neurónios alvos. Todos eles agem sobre receptores específicos, “moléculas fechaduras” especializadas no reconhecimento e na tradução de um sinal químico ou eléctrico.

A angústia e a inquietação, associadas à dor e que caracterizam o sofrimento, são emoções vividas, são sinais produzidos por sistemas de avaliação internos do nosso cérebro e seleccionados pela evolução, que advertem o sujeito quanto a uma dificuldade a superar. Intervindo sobre o processo de avaliação, delinea-se consequências no estado do corpo.

Os profissionais de saúde têm demorado a aperceber-se de que as emoções e aquilo que as pessoas sentem, interferem no estado do corpo, na vivência da doença e são factores importantes no trabalho clínico. Os estados sentimentais percebidos por alguém no outro podem prever comportamentos, (Bowlby, 1990:129).

Não é pela apreciação do exterior que podemos deduzir o sofrimento. Este é um sentir total. É importante referir que não existe um estado central de sentimento antes da ocorrência da respectiva emoção; a emoção precede o sentimento, (Damásio, 2000:324). É o processo de sentir que alerta o organismo para o problema que a emoção começou a resolver. "Sentir os sentimentos prolonga o alcance da

emoção, ao facilitar o planeamento de formas de respostas adaptativas, originais e feitas à medida da situação", (Damásio, 2000:325).

Um modelo de cuidados de saúde cartesiano não ajuda a reconhecer e a compreender os sentimentos do doente acerca da sua doença, (Kleinman, citado por Ribeiro, 1998). Os profissionais tendem, a não valorizar os sentimentos do doente por correrem o risco de chocarem com a técnica que, num ponto de vista biomédico, é considerada correcta. Cada grupo social, cada cultura, tem um conjunto de valores, de crenças de base, que influenciam os sentimentos, experiências e comportamentos, que são diferentes do que é entendido pelos profissionais de saúde, (Ribeiro, 1998:188).

As estratégias de apoio ao doente, devem assim visar os seus modelos explicativos e não aqueles que têm os profissionais. As sentenças judicativas sobre os doentes decorrem de mecanismos de defesa utilizados para enfrentar o sofrimento psíquico inerente às características do processo de trabalho.

Segundo Kleinman, o doente tem modelos explicativos conscientes, que traduzem a sua compreensão popular da causa, natureza e decorrer do problema, da avaliação que fazem do seu significado e dos objectivos do tratamento, (Ribeiro, 1998:190). Torna-se evidente a importância de conhecê-los e compreendê-los. Esta compreensão é, frequentemente, apenas viável pela expressão das emoções, porque elas antecedem os comportamentos.

1 . 2 - EMOÇÃO, UM ESPELHO DO CORPO

As emoções e a natureza do processo

A filosofia nunca confiou na emoção, relegando-a para um plano secundário e a ciência também a descuroou até finais do século passado. Era tida como o pólo oposto da razão e esta totalmente independente da emoção. A emoção não era racional e, por isso, o seu estudo também não era uma atitude racional.

Só nos últimos anos a consciência, (i.e. a construção do conhecimento sobre dois factos: o organismo e o objecto) se tornou um tema aceitável de investigação.

De acordo com Damásio (2000:35), perceber a consciência é perceber a emoção porque elas são indissociáveis, tal como ambas o são do corpo. No presente reconhece-se que a emoção é componente integral da maquinaria da razão. Os níveis mais baixos da estrutura neurológica da razão são os mesmos que regulam o processamento das emoções e dos sentimentos e ainda as funções do corpo, necessárias para a sobrevivência (Damásio, 2000:59).

É sabido que a maioria das teorias da emoção provém da psicologia, segundo várias abordagens, já que ela era habitualmente considerada como um tema da expressão e da experiência individual. Strongman (1998) referencia no entanto alguns investigadores (Lyons

1992, Salomom 1993, Peter Stearns 1993, White 1993), de outras disciplinas, que também deram importantes contributos para a conceptualização da emoção, na área da antropologia, da história e da filosofia.

Apesar do desenvolvimento das teorias da emoção ter sido iniciado, sobretudo, na psicologia, Martin e Boeck (1999:13), recorrendo-se das investigações do neurologista Damásio e de outros, recorda que " a psicologia deixou de se interessar, a não ser de modo marginal, em estabelecer como e em que medida os processos anímicos, desencadeados pela emoção, são atribuíveis a processos físicos e bioquímicos, dedicando-se antes a estudar, sobretudo, o comportamento que pode ser observado exteriormente". Mais adiante salienta que "tudo aquilo que sentimos e pensamos é o resultado de complexos processos de associação e interacção entre as células nervosas do cérebro que, por sua vez, comunicam com o sistema imunológico e com as glândulas de secreção interna".

Nos finais do século XX, são os neurocientistas que dão importantes contributos na sua conceptualização, ao procurarem relacionar o que é vivido subjectivamente com as actividades neuronais registadas objectivamente.

No entanto, apesar de considerada num plano secundário, já na antiguidade clássica a emoção era tema de discussão e, embora haja pistas em Platão, a sua discussão remonta a Aristóteles.

Platão considerou a emoção como algo desconcertante, que interrompe e se intromete ou, por qualquer outro meio, interfere com a

razão humana; as emoções eram facetas da existência e consideradas produto de uma combinação da vida cognitiva superior e da vida sensual inferior. A visão de Aristóteles acerca da emoção era cognitiva, mas esta, para reviver, teve de esperar até que a nova ciência pudesse envolver as cognições de forma mais geral, (Strongman, 1998:21).

Descartes, ao qual foi atribuído a responsabilidade do dualismo mente-corpo, tal como Aristóteles, considerava a experiência da emoção essencialmente um processo cognitivo. Descartes reconhecia que as emoções se evidenciam através das alterações fisiológicas e de comportamento, mas reservou um lugar à essência da emoção na alma racional que ele localizava no cérebro.

Darwin, na sua publicação “A Expressão das Emoções no Homem e nos Animais” (1872), estabeleceu uma relação entre experiências emocionais e componentes biológicas, sugerindo que as expressões emocionais não evoluíram porque não dependem da selecção natural, mas sim da forma como o sistema nervoso está concebido. Observava que certas emoções desencadeiam reacções mímicas e anímicas, parecidas em todas as pessoas. Por exemplo, na maioria das pessoas, a temperatura da pele diminui quando estão deprimidas ou tristes, enquanto que a ira ou a agressividade fazem-se acompanhar por calor, (Martin e Boeck, 1999:12).

Foi necessário esperar pelo final do século passado para o lugar da essência da emoção ser abertamente contestado (Strongman, 1998:21). A este respeito, o neurologista Damásio comenta que o espí-

rito cartesiano, representa um símbolo de um conjunto de ideias acerca do corpo, do cérebro e da mente que, de uma maneira ou de outra, continuam a influenciar as ciências e as humanidades no mundo ocidental. A ciência do século XX deixou o corpo de fora, relegou a emoção para as camadas mais baixas do cérebro, aquelas que habitualmente se associam com os antepassados que ninguém venera, (Damásio, 2000:253).

Nos finais do século XIX, William James e Lange (1884, 1885) favoreciam a ideia de que a emoção era uma simples consequência da actividade sensitivo-motora. A emoção era vista como a sensação das modificações, à medida que ocorrem modificações corporais, como resultado da percepção do facto existente. Salienta aqui o papel determinante das vísceras e dos músculos voluntários no desencadear da emoção (Strongman, 1998). No final do século XX, Damásio (1995), não desprezou o papel das vísceras e músculos, mas atribuiu-lhe um papel diferente no processo. Identificou o seu papel como indicadores somáticos; as vísceras e os músculos identificam de uma forma breve os elementos de um cenário que são relevantes para nós a nível pessoal.

De acordo com James e Lange, quando fazemos face a uma intervenção pública, sentimos um aperto no estômago, trememos, gaguejamos, transpiramos, etc. e, como consequência, sentimos ansiedade. O que representa uma reviravolta no pensamento anterior. Ja-

mes fundamentou a ideia no *feedback* aferente dos órgãos perturbados, provocando o aspecto sensível da emoção.

Teoria que foi mais tarde considerada falsa, quando investigações feitas em doentes com secção da espinal-medula causada por traumatismo, se verificou que as emoções ou sentimentos não tinham sido interrompidos pela sua secção, mas apenas alterados. Porque a espinal-medula é um canal parcial para as informações provenientes do corpo; nas investigações também se verificou que, quanto mais elevada é a lesão mais alterada está a capacidade de sentir emoções, (Damasio, 2000:330).

Cannon (1927), contestava a ideia de James e Lange, demonstrando que o cérebro possuía um sistema afectivo específico, do qual o hipotálamo era o elemento central; Papez em 1937, desenvolveu as ideias de Cannon, defendendo a existência de um circuito anatómico, que hoje tem o seu nome, (Strongman, 1998:27,28)

No presente é reconhecido que, no decorrer da evolução, o lóbulo visual e o lóbulo olfactivo foram-se unindo e acabaram por formar uma camada por cima do bolbo raquidiano (o qual surgiu como um prolongamento da espinal medula), que se pode considerar matriz do sistema límbico. Com os mamíferos surgiu o sistema límbico propriamente dito, que envolve o bolbo raquidiano. O sistema límbico é formado por um longo emaranhado de estruturas. As mais importantes são o córtex límbico e a zona periférica - hipocampo e amígdala. Enquanto o hipo-

campo e córtex armazenam os conhecimentos de factos e contextos da nossa vida, a amígdala armazena os assuntos emocionais.

Os investigadores Fulton e Jacobson da Universidade de Yale apresentaram provas da importância de uma amígdala intacta, na capacidade de aprendizagem e memória. O ramo da investigação cerebral concentra-se agora, na compreensão das interações entre as três zonas do cérebro, situadas umas sobre as outras: bulbo raquidiano, sistema límbico e córtex cerebral, (Martin e Boeck, 1999).

Numa perspectiva desenvolvimentista, Strongman (1998) apresenta alguns teóricos (Leeper 1948, Izard 1991, Lewis 1993) que se aproximam da conceptualização elaborada pelo neurofisiologista Damásio.

Sugerem que as emoções actuam como motivos porque estão moderadamente activadas durante a maior parte do tempo, controlando o nosso comportamento sem que nos demos conta disso. Consideram a emoção como uma força activa que envolve motivação e percepção, que organiza, sustenta e orienta o comportamento. Definem a emoção como um processo complexo, com componentes nervosos, neuromusculares, expressivos e experienciais. Está em constante mudança e, por isso, os estados emocionais devem ser vistos como padrões transitórios, que ocorrem na actividade corporal e neurofisiológica.

O desenvolvimento emocional dá-se pela diferenciação dos estados emocionais que dependem de uma combinação de maturidade,

socialização e desenvolvimento cognitivo. Os teóricos acima referidos assumem que a criança nasce com reacções emocionais bipolares – aflição e prazer, embora também sugiram que o interesse é um estado que intervém entre as duas. Cerca dos três meses aparecem a alegria, a tristeza e a aversão (na forma primitiva de cuspir). A raiva surge entre os dois e os quatro meses. Entre os sete e os oito meses as crianças começam a demonstrar medo, o que exige maior desenvolvimento cognitivo e aptidão para comparar um estímulo com outro. Durante os primeiros seis meses surge a surpresa. Aos dois anos e meio desenvolve-se a auto consciência objectiva aberta à emergência de uma nova categoria de emoções, aquelas que dizem respeito à consciência do próprio – o embaraço, a inveja e a empatia, e a que se segue o orgulho, a vergonha, a culpa. Segundo, estes teóricos, as principais fases do desenvolvimento precoce das emoções dependem de se atingirem marcos cognitivos mas também, na opinião destes, da socialização.

Para Bowlby (1990), aquilo a que chamamos emoções são fases de avaliações intuitivas do indivíduo sobre o seu próprio estado e desejo orgânico para agir ou sobre a sucessão de condições ambientais em que o indivíduo se encontra. Esses processos avaliativos podem ser ou não sentidos, são eles que primeiro requerem a atenção. Uma avaliação intuitiva pode ser conduzida, a diferentes níveis. Assim o *input* sensorial pode ser grosseiramente diferenciado ou criteriosamente interpretado. O *input* sensorial é regulado e transformado pela actividade do sistema nervoso central. A classificação do *input* interpretado em

categorias, que eventualmente marcam a activação de um ou outro sistema comportamental, interferem no comportamento instintivo.

Bowlby, por um lado partilha da ideia defendida por William James e Lange, que propunham que a emoção só é experimentada depois de iniciado o comportamento, e de que é simplesmente resultado de *feedback*, fornecido por músculos voluntários e as vísceras. Por outro, comunga da opinião de Damásio em que, o próprio processo de categorizar uma pessoa objecto ou situação, capaz de desencadear comportamentos, seja experimentado emocionalmente. Assim sendo, antes da acção, categorizamos o ambiente em termos emocionais. "A hipótese de que o processo de categorizar partes do meio ambiente em termos de adequação para iniciar uma determinada classe de comportamento é, em si mesmo, experimentado como impregnado pela emoção apropriada, encontra apoio também nos sonhos. Sonhos impregnados de emoção envolvem sempre acção, mas quem sonha está inactivo. Só quando a emoção é muito forte, o sonhador grita", (Bowlby, 1990:129).

No ponto de vista da neurobiologia, segundo Damásio (2000), compartilhando de outras contribuições originais, o Homem possuidor de consciência, é capaz de saber que tem sentimentos e que eles são, em larga medida o espelho do corpo. A consciência permite que os sentimentos sejam conhecidos, promovendo o impacto interno da emoção.

Damásio distingue emoção e sentimento. O termo sentimento deve ser reservado para a experiência mental e privada de uma emo-

ção, enquanto o termo emoção deve ser usado na designação de um conjunto de respostas que constituem a emoção. O rótulo de emoção também tem sido aplicado a impulsos e motivações, a estados de dor e de prazer.

O impacto humano das causas das emoções depende dos sentimentos gerados por essas emoções. "É através dos sentimentos que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente", (Damásio, 2000:56).

As emoções, resultam de uma longa genealogia. São conjuntos de respostas químicas e neurais que formam um padrão, não obstante o facto de a aprendizagem e a cultura alterarem a sua expressão. Os dispositivos que produzem emoções ocupam um conjunto restrito de regiões cerebrais. Todos estes dispositivos, podem ser activados automaticamente sem deliberação consciente e todas usam o corpo como teatro. "As variadas respostas emocionais são responsáveis por modificações profundas" (Damásio, 2000:72, 73). Existem como padrões de actividade potencial. "Por um lado, o padrão de activação representa, no interior do cérebro, cada emoção específica, como um "objecto neural". Por outro, o padrão de activação gera respostas específicas que modificam quer o estado do corpo, quer o estado de outras regiões cerebrais" (Damásio, 2000:102).

Os padrões neurais que formam o substrato de um sentimento evidenciam-se em duas classes de modificações biológicas: modifica-

ções relacionadas, com o estado do corpo e, modificações no estado cognitivo. As primeiras resultam, quer da utilização de mensagens de natureza química (que são transportadas através da corrente sanguínea), quer da utilização de mensagens electroquímicas (transportadas através dos nervos). As segundas fazem-se sentir, quando o processo de emoção conduz à secreção de certas substâncias químicas em núcleos do prosencéfalo basal, hipotálamo e tronco cerebral, e à subsequente distribuição dessas substâncias. Os núcleos libertam neuro-modeladores, (i.e., quando se produz um potencial de acção nos pontos de ligação ou sinapses, libertam-se substâncias químicas) no córtex cerebral, tálamo e gânglios basais. Provocam alterações da função cerebral, tais como:

Indução de comportamentos específicos, exploração do ambiente, jogo, relacionamento social; modificações do processamento dos estados corporais, alterando a sua qualidade ou desagrado e, modificações no processamento cognitivo de imagens. (Damásio, 2000:103)

Assim, se por um lado têm, como função biológica a produção de uma reacção específica para uma situação indutora; por outro têm como função a regulação do estado interno do organismo. Por exemplo, o aumento de circulação nas artérias das pernas, para que os músculos possam receber mais energia e glicose, para uma situação de fuga. Elas ajudam a conservar a integridade que prognostica a morte e estão sempre prontas a estimular fontes de energia, abrigo ou sexo.

Dependem todas elas, de um processo avaliatório mental, simples ou complexo. "As emoções, estão ligadas às ideias, aos valores, aos princípios e aos juízos complexos" (Damásio, 2000:55).

Muito embora a consciência e a emoção não se possam separar (Damásio, 2000:35), pois elas fazem parte integrante da regulação a que chamamos homeostasia, (Damásio, 2000:60), durante o processo evolutivo, a emoção surgiu provavelmente, antes do despertar da consciência, e aparece, como resultado de indutores, que nem sempre reconhecemos conscientemente (Damásio, 2000:57).

Segundo este autor, as emoções acontecem em dois tipos de situação. O primeiro, quando o organismo processa determinados objectos ou situações pelo seu sistema sensorial; o segundo, quando a mente de um organismo, recorda certos objectos e situações e os representa enquanto imagens, no processo de pensamento, faz delas um objecto mental. As classes de estímulos que provocam alegria, medo ou tristeza tendem a fazê-lo no mesmo indivíduo e, em indivíduos que partilham os mesmos antecedentes socioculturais, se bem que, o desenvolvimento individual e cultural dá forma individual, àquilo que vai constituir o indutor apropriado para uma dada emoção. As emoções dão força à cognição e aos comportamentos que se seguem ao desenrolar de uma emoção, (Damásio, 2000:78).

Enquanto o mecanismo biológico das emoções, é predeterminado, os estímulos indutores são externos, havendo por isso uma enorme probabilidade de diferentes respostas, e tanto maior quanto atribu-

imos um valor emocional, aos objectos que não estavam biologicamente destinados a receber essa carga emocional.

O autor acima citado subdivide, a emoção em emoções primárias, secundárias e emoções de fundo. Referindo-se às primárias como inatas ou universais e nelas inclui a alegria a tristeza, o medo, a cólera, a surpresa e a aversão; nas secundárias ou sociais inclui a vergonha, o ciúme, a culpa ou o orgulho; as emoções de fundo, referem-se ao bem-estar ou mal-estar, à calma ou tensão. Certas condições de natureza interna, geradas por processos fisiológicos em curso ou por interacções do organismo, com o meio ambiente, ou por ambas, causam as respostas que constituem as emoções de fundo. Os processos de regulação da vida podem causar emoções de fundo, tal como, os processos de conflito mental que conduzem à satisfação ou à inibição de motivações. As emoções de fundo, muito embora, estejam mais dirigidas para o interior do que para o exterior, são observáveis pelos outros, através da velocidade e desenho dos nossos movimentos, do tom das nossas vozes e da prosódia do discurso, (Damásio, 2000:327).

Identificada a importância da emoção e, reconhecido o seu papel na saúde e bem-estar do homem, podemos compreender a relevância da empatia, que se traduz na experiência vicariante involuntária do estado emocional de outra pessoa (Mehrabian & Epstein, 1972). Conceito por nós adoptado, no processo de pesquisa.

1.3 - AS EMOÇÕES E OS LUGARES

Apesar da nossa pretensa omnipresença, estamos à mercê, das significações que atribuímos, não só ao outro mas ao ambiente que nos envolve. O Homem que está Vivo, estrutura o seu ambiente, de acordo, com o significado que lhe atribui, projecta os valores vitais que dão sentido ao seu comportamento. O vivente instaura, assim, uma normatividade distinta da legalidade física.

O agente humano não se contenta, por isso, em se informar sobre o ambiente, antes o interpreta e o molda. Projecta nele os seus objectivos de acção e as suas exigências de significado.

Um dos processos que mais se faz salientar, na interacção indivíduo ambiente é aquele em que o espaço físico, o espaço exterior ao corpo, privado e comum, se transforma num espaço significativo para um indivíduo. O estudo do significado tem, como marco referência a análise da experiência emocional. Descrever ou classificar uma pessoa ou um lugar como simpático, agradável, assustador, acolhedor, interessante é vaticinar que num futuro, um certo comportamento é muito mais provável que qualquer outro, desde que a situação não mude. De acordo com Bowlby, (1990) atribuir um sentimento, como resultado da vivência de uma emoção, é usualmente fazer uma previsão do comportamento subsequente

Para Edward Hall (1986) o espaço depende da organização sensorial e cultural, no qual cada indivíduo se insere. Qualquer estímulo

sensorial chega ao cérebro, por intermédio das vias aferentes. Em seguida é processado e o tratamento depende do eco emocional que lhe atribuímos. Se analisarmos o fenómeno, num plano neuropsicológico, segundo diferentes etapas, podemos distinguir três momentos.

O primeiro constitui uma fase de procura e de selecção, em que a acção exige exploração, portanto uma actividade motora que visa orientar os órgãos dos sentidos na devida direcção; o segundo tem a ver com a compreensão, a transmissão e o tratamento da informação. Os órgãos dos sentidos, em contacto directo com o exterior, analisam e codificam os sinais que recebem, transmitindo-nos, sob a forma de impulso eléctrico por intermédio das vias aferentes, para centros nervosos superiores. Nestas estruturas são tratadas as diferentes componentes das mensagens e aparece uma representação mental do objecto; o terceiro e último são o da integração dos dados recolhidos no conjunto das actividades neuropsicológicas. A realidade é sentida, enquanto tal, confrontada com as representações memorizadas e incorporadas na própria intimidade do universo mental.

O processo de construção do significado é uma parte de uma construção mais global de percepção e interpretação do ambiente. Corraliza (1998:62) cita Ittelson que entende que a percepção se efectua a diferentes níveis, que estão relacionados entre si. O primeiro deles é a resposta afectiva, registada em termos de valorização; o segundo é a resposta de orientação, continuando por uma actividade de categorização, seguido de uma tarefa de sistematização e, finalmente de

manipulação. Sendo o primeiro nível afectivo, o impacto emocional da situação, com frequência, dirige as estratégias de relação e intercâmbio que o sujeito mantém com o ambiente. A incidência do impacto afectivo é gradualmente desenhada e polida sobretudo pela familiaridade, embora as suas consequências sejam subtis.

Segundo Corraliza (1998) estudar este fenómeno, implica analisar a representação interna da organização espacial e dos elementos significativos, pessoas ou objectos, em torno dos quais a dita representação se organiza. Corraliza (1998) citando Down e Stein refere-se àquilo que um ambiente é para um sujeito, ou seja, o conjunto de propriedades da experiência psicológica do lugar, tal como, a valorização da aparência dos elementos significativos

O significado do lugar é o conjunto de elementos que a um sujeito lhe permite compreender o que é para ele um lugar. O primeiro nível desta interacção global, com o lugar, é vivido em termos de valorização pessoal, igualmente global e de conjunto do lugar. Passa pela compreensão dos sinais, de valor informativo e comunicativo presentes nesse lugar, que preparam a expectância e permitem compreender cada lugar, em função de distintas variáveis que se tornam relevantes para o sujeito: o valor de estatuto social, a sua funcionalidade, o tipo de população, o tipo de trabalho e a qualidade de vida que ele permite, etc. e assim fixar o seu grau de interesse e envolvimento. Decifrá-los constitui o primeiro nível das dimensões efectivas na relação sujeito-ambiente; a partir desta operação de descodificação, a pessoa predis-

põe-se para o ambiente, quer dizer elabora e define, as suas bases de interacção com o lugar.

Os psicólogos definem o significado do ambiente, como a resposta antecipatória que está na base de outras respostas efectivas, como as acções ou intenções de acções. Para Corraliza (1998) o ambiente é um território gerador de emoções e, sublinha a importância deste processo na acção global do indivíduo. Grande parte da experiência da vida de um indivíduo, fixa-se a lugares, espaços, ambientes emblemáticos ou paisagens. O autor refere que tanto os estudos sobre semiótica, sobre sintaxe do meio construído, sobre o significado da arquitectura, até ao estudo dos componentes comunicativos do espaço, qualquer deles atribuíram relevância ao processo de definição do padrão de interacção entre, o indivíduo e o meio físico.

A valorização da experiência torna-se assim um recurso pelo qual o sujeito se envolve no lugar: imagina-se actuando e, sobretudo, é capaz de imaginar o grau de adequação do ambiente no seu conjunto ou de uma parte do mesmo aos seus próprios objectivos. Esta actividade mental determina o grau de implicação e o nível de interesse que o sujeito pode estabelecer, com o lugar. Neste sentido, a valorização emocional e a atribuição de qualidades afectivas ao lugar em que a pessoa está, tem como consequência o que as variáveis espaciais e físicas se convertam em função da implicação do indivíduo, num ambiente de significado simbólico. Os elementos do ambiente (formas, distâncias, aspecto, etc.) convertem-se num conjunto de elementos significa-

tivos, que para o sujeito se traduz em "grandes", "pequenos", "agradáveis", "desagradáveis", "bonitos", "feios", "aborrecidos", "divertidos", etc.

Podemos concluir que o significado de um lugar resulta do impacto emocional que tem sobre o indivíduo e, afecta o resto dos sistemas (cognitivo e comportamental). Este impacto determina o grau e o sinal (positivos ou negativos) da implicação do sujeito no mesmo.

2 - EMPATIA -

O termo “empatia” vem do vocábulo alemão “Einfühlung”. Há relatos de ter sido usado, pela primeira vez, por Robert Vischer em 1873 no seu tratado de psicologia da estética e da percepção formal. Theodor Lipps em 1903, apropriou-se do termo para o usar, no contexto da psicologia, primeiro aplicado no estudo das ilusões ópticas e mais tarde converteu-se, no processo pelo qual nós chegamos a conhecer outras pessoas. Titchener, em 1909 possuidor de conhecimentos de grego e latim e considerável interesse pela etimologia, traduziu o vocábulo “Einfühlung” como “empathy” através do grego “empathia”, que significa “em sentimento”, criando, por isso, o neologismo inglês, (Wispé, 1992; Davis, 1996).

A empatia é um constructo que origina discussões sobre a sua definição, porque são vários os processos, de diferentes níveis de sofisticação que nela intervêm. Ela deverá ser considerada, segundo Eisenberg e Strayer (1992) no contexto das teorias da emoção porque, ela surge da apreensão do estado emocional do outro.

Historicamente, os investigadores procuraram explorar a empatia, como um constructo de dimensão afectivo, um constructo de dimensão cognitivo ou ambos simultaneamente. Inicialmente, como um constructo afectivo foi definida, como uma experiência sensorial e

emocional partilhada de forma imediata. A dimensão cognitiva do constructo, tanto no conteúdo como no processo foi mais tarde encarada, através de Mead. Contudo, a empatia, desde um início, foi encarada como o significado do conhecimento do outro; e a natureza do processo como a projecção, activa de si próprio no outro. "Simultaneamente, havia também um elemento de correspondência afectiva, inerente ao termo; o processo de projecção de si próprio no outro era, afinal, desencadeado para produzir mudanças afectivas no observador", (Davis, 1996:9,10).

Processo, no sentido que Davis o entende, refere-se a alguma coisa que acontece, quando alguém é exposto, de alguma forma, perante outra pessoa, habitualmente em sofrimento, tentando tomar em consideração a perspectiva do outro, com imitação postural ou facial inconsciente. Como resultado refere-se a alguma coisa, que resulte desse processo, por exemplo uma resposta emocional no observador ou uma mais exacta compreensão cognitiva do outro.

Tanto, Lipps como Titchener (1903-1909) acreditavam que ninguém podia conhecer a consciência de outra pessoa, passando desde os seus próprios processos mentais aos de outra pessoa, mediante um raciocínio analógico. Isto só podia acontecer, através da imitação interior, processo referido, hoje, como mímica, ou como Titchener dizia, com "o esforço da mente". O resultado desse processo era a partilha de emoções entre o objecto e o observador e utilizado para nutrir a melhor compreensão do outro.

A empatia sugere assim uma forma activa de um indivíduo entrar na intimidade do outro. O que se revela um esforço de natureza deliberadamente cognitivo.

Prandtl (1910) introduziu uma explicação associativa, sobre a natureza da empatia. "As pessoas só reconhecem a sua própria vida interior, ainda que pensem que estão compreendendo os outros, o único que realmente conhecem é a sua própria forma de pensar" (Wispe, 1992:30). Este acto pode produzir-se de duas formas: ou por "empatia empírica" (associação) ou por empatia através do sentimento.

A empatia empírica depende de uma reprodução prévia do sentimento e assume que tais sentimentos foram vividos previamente como sentimentos próprios da pessoa. A empatia através do sentimento assemelha-se à versão da empatia de Lipps, que a encarava como um processo de mimetismo. Além de que imitação interior e mímica, foram expressões precursoras do que actualmente chamamos de vicariante. O que não significa que estes termos sejam sinónimos.

Também a obra de Downey (1929), se revela interessante, porque exemplifica a transição do conceito de empatia desde o campo da estética ao da personalidade. Downey trabalhou em ambos os campos e reconhece inúmeras subtis variações da teoria da imitação interior e da participação psíquica. Para este a empatia, converteu-se num termo que abarcava não só reacções de mimetismo, senão também o fenómeno da projecção de todas as experiências do eu, no objecto. "O termo técnico por si utilizado, para se referir a este processo de participação

psíquica foi empatia, ou um processo de sentir dentro de, em que aparecem projectadas “fora” da pessoa atitudes motoras e emocionais”,(Wispé, 1992:36).

Mead (1934) entendia a empatia como a adopção do papel do outro e, como constituinte da essência da inteligência social; Fenichel (1945) sugeria que a empatia abarcava o conjunto da identificação com outra pessoa e a consciência dos sentimentos, que acompanham essa identificação. Em vez da fusão temporal de si próprio e do outro, como anteriormente era identificada, a empatia era agora considerada como uma consciência perceptual do afecto ou da participação no afecto de um indivíduo, senão antes, uma capacidade de entender as reacções emocionais de uma pessoa em consonância com o contexto; um acto de construir para si próprio, um estado mental de outra pessoa, (Hogan, 1969); mais recentemente Mehrabian & Epstein (1972) identifica empatia como a experiência vicariante involuntária do estado emocional de outra pessoa, (Chlopan et al, 1985).

Quando um bebé reage ao choro de outro, igualmente com choro, falamos de comportamentos percussores de empatia. No entanto Hoffman (1992) define-o já, como empatia, porque sugere que a reactividade emocional, se baseia no condicionamento clássico de sinais de mal-estar, não considerando, por isso, necessário a capacidade de diferenciação, determinada pelo desenvolvimento cognitivo. Este autor faz salientar o mecanismo de associação directo, entre sinais do estado emocional do outro e a memória de experiências passadas de uma

emoção semelhante, por parte do potencial “empatizador”. Considera também, por isso, o mecanismo de associação simbólica. Quando ouvimos uma descrição do mal-estar de outra pessoa, podemos com ela empatizar; processo que pressupõe a habilidade de interpretar símbolos, e que é uma destreza cognitiva.

Parece assim, que o conceito empatia foi frequentemente utilizado, para se referir aos dois fenómenos: a adopção do papel do outro e reactividade afectiva em relação ao outro.

Este facto, segundo Davis (1996:9) deve-se a uma confusão semântica na pesquisa da empatia. Os dois factores que têm sido mais responsáveis, pela persistência deste problema semântico, resultam de que as palavras-chaves de pesquisa (empatia e simpatia) têm sido carregadas de um significado extremo e, do facto de que, tem havido uma longa confusão entre empatia como processo e, empatia como resultado.

A adopção do papel do outro pressupõe, dois tipos de processos cognitivos: a capacidade de discriminar e denominar estados afectivos na outra pessoa e, a capacidade de adoptar a perspectiva e papel do outro. Sendo, a primeira básica e necessária à segunda, (Feshbach, citado por Eisenberg & Strayer 1992:18).

Assumir o papel do outro baseia-se na identificação e, denominação dos estados afectivos. Contudo, é compreensível que alguém empatia com outra pessoa, sem identificar a emoção, nem assumir o papel do outro, falos então, por trazer à memória informações relevan-

tes, que capacita para entender a situação ou os sentimentos do outro, aquilo que Prandtl chamou de empatia empírica.

Na maioria dos casos parece adequado, usar-se uma definição de empatia, segundo a qual um observador partilha o sentido geral de afectividade do outro indivíduo, haja ou não partilha emocional directa. Ambas são, tipos de respostas empáticas - as que requerem uma mínima inferência por parte do observador e, as que exigem assumir um papel inferencial maior, como estandartes num continuum da empatia, (Thompson, 1992:133).

A empatia começa pela atenção, que um indivíduo presta a outro, numa sucessão relevante (real ou simbólica). As fases subsequentes do processo empático podem conter mímica, condicionamento clássico, associação, projecção imaginária de si mesmo e do outro, e processos similares como parte da reverbalização, que vincula a experiência de outra pessoa à nossa própria experiência, e permite partilhar afecto, (Strayer, 1992:241).

Podemos assim dizer que ela se refere à "tentativa do indivíduo auto-consciente em compreender, sem julgar, as experiências positivas e negativas de outros indivíduos. Frequentemente, estas emoções e reacções são confusamente entendidas pela outra pessoa. Daí que um aspecto importante do processo seja a precisão empática porquanto o objectivo da empatia pretende ser (ainda que não necessariamente) proporcionar compreensão a uma ou ambas as partes.

Num contexto de terapia, a empatia significa perceber o quadro de referência interior da outra pessoa, com precisão e com os componentes emocionais que lhe pertencem, como se ele próprio fosse essa pessoa, mas sem nunca perder a condição do “como se”. Rogers (1959) apresenta-a como um processo, que implica penetrar no mundo perceptual privado da outra pessoa e, familiarizar-se completamente com ele. Implica ser sensível às mudanças intencionais, que fluem nessa outra pessoa; significa viver temporalmente na vida do outro, movendo-se por ela com delicadeza, sem ajuizá-la, captando detalhes que o outro apenas tem consciência, (Wispé, 1992).

Kohut nas suas várias obras (1959,1971,1977,1980,1984), à semelhança de Prandtl, considera a empatia um processo pelo qual “nós pensamos em nós mesmos no lugar de outra pessoa”, , assumimos mediante “introspecção vicariante” ou empatia, a experiência do outro “como se fosse nossa e assim revivemos experiências interiores” para chegar a “uma percepção do significado”. Para Kohut a empatia é a modalidade cognitiva que se encontra especificamente mais de acordo com a percepção das configurações psicológicas complexas. Sustenta que a empatia é uma capacidade humana básica e uma modalidade de observação axiologicamente neutra e devendo ser avaliada dentro de um contexto empírico. É um instrumento que serve para colher dados; não se utiliza em termos de construção teórica. Pode integrar-se com a teoria para proporcionar a compreensão do outro, “empatia não é só uma modalidade cognitiva, de acordo com a percepção de configura-

ções psicológicas complexas; trata-se de um método de recompilação de dados para fins científicos", (Wispé, 1992:42).

Changeux (2001) justifica esta capacidade humana, com base na evolução e necessidade de sobrevivência da espécie, socorrendo-se de Darwin e, defende a empatia como mediadora de regras de conduta, perante alguns critérios:

"o sentido moral encontra as suas origens no animal sob certas condições. Em primeiro lugar a simpatia depois a memória (...) o desenvolvimento das normas morais produz-se a partir dos instintos do homem num estado mais grosseiro. À medida que o auto-domínio, os sentimentos de afecto e de simpatia se fortalecem pelo hábito, à medida que o poder de raciocínio se torna mais lúcido e permite apreciar de forma mais saudável a justiça, o julgamento dos seus semelhantes, o homem sente-se levado a adoptar certas regras de conduta, independentemente do prazer ou da pena que sente no momento" (p. 187).

O Homem tem em vista o bem geral, ou a prosperidade da comunidade a que pertence, o que naturalmente conduziu à regra - faz aos outros o que gostarias que te fizessem a ti. Esta regra tem origem na evolução moral, que imiscuindo-se na evolução biológica a substitui. As teorias evolucionistas apresentam-nos um homem que possui não só sentido moral, como predisposições de avaliação moral necessária à decisão ética, predisposições tais que, têm a capacidade de representação, a função de atribuição respeitante ao outro e a si mesmo, e ainda a função de avaliação, (Changeux, 2001).

Martin Hoffman (1992) justifica os comportamentos empáticos baseado em três princípios, considerados universais:

- princípio da benevolência imparcial, baseado em Hume e Smith, para os quais um acto moral é aquele que toma todos os indivíduos em consideração que podem ser afectados por ele;
- princípio da justiça ou equidade, nele considera três dimensões: a necessidade, a igualdade e a equidade. Estas dimensões não se auto-excluem.

princípio da manutenção da ordem social fundamentado na teoria de Hobbes, que postula que o indivíduo sem a sociedade se veria permanentemente ameaçado.

Outros autores põem a tónica, nos elementos significativos para uma resposta empática. A resposta empática é sustentada na capacidade de discriminar e identificar os estados emocionais (Barnett, 1992:163; Mehrabian,1996).

Batson, Fultz y Schoenrode (1992), e Eisenberg e Strayer (1992:20) deixam claro, que a motivação que sustenta a empatia, incluindo o comportamento pro-social (comportamento intencional e voluntário que beneficia o outro) é aumentar o seu próprio bem-estar. Estes últimos baseados nos estudos de (Piliavan et al , 1981; Batson e Coke, 1981) sugerem que a adopção de uma resposta empática, perante situações de emergência e crise, está sujeita por um lado, à estimulação emocional mas por outro, ao cálculo cognitivo dos possíveis custos e benefícios numa situação concreta.

Ao perceber o mal-estar do outro, algumas pessoas podem experimentar um estado adverso, como ansiedade ou preocupação, que não

é congruente com o estado do outro e, dá lugar a uma reacção do tipo egoísta centrada em si mesmo. Batson (1992:182) chamou a essa resposta “mal-estar pessoal” e, sugeriu que a experiência do mal-estar pessoal, o conduz à tentativa de tentar aliviar o seu próprio estado adverso.

Assim, em algumas situações, a estimulação empática levará a ajudar, enquanto noutras, uma análise de custos benefícios, conduzirá o espectador, a fugir da situação, mais que a ajudar. Piliavin et al, advertiram também que para algumas pessoas, com determinadas características de personalidade e, em algumas situações (por exemplo quando a estimulação é muito intensa) o ajudar na emergência, pode ser algo de impulsivo e de irracional.

Mas os estudos de Batson e Coke (1981) citados pelos autores acima referidos, também sugerem uma outra forma de motivar os actos de ajuda. A tomada de perspectiva do outro em situação de emergência, conduz frequentemente a simpatizar (preocupação pelo outro), o que por sua vez, aumenta a motivação de ajuda para ver reduzida a necessidade do outro. Assim a simpatia, é considerada como forjadora de actos de ajuda, motivados altruisticamente.

Batson (1992) propôs então uma maneira de distinguir entre a ajuda de motivação altruística e, a ajuda de motivação egoísta: dado que o objectivo do altruísta é reduzir o mal-estar alheio, há um preço por não ajudar e pouco ganho para o potencial ajudador por escapar sem ajudar. Ao contrário, se o motivo para ajudar é principalmente de

natureza egoísta (a redução do mal-estar), pode alcançar-se mais facilmente escapando que ajudando, sempre que a ajuda não seja possível e fácil. Como tal as análises de custo benefício deveriam variar, segundo se trate da ajuda egoísta ou da ajuda altruística; e os padrões de conduta assistencial deveriam também ser diferentes.

Estes modelos são complexos e levam-nos a concluir que a relação entre empatia e conduta pró-social não é simples ou constante em todas as situações e, com todo o tipo de pessoas.

Outro ponto de discussão, relativamente à empatia, é a diferença entre simpatia, empatia e mal-estar pessoal. A simpatia é " a consciência viva do sofrimento de outra pessoa como algo a aliviar" (Wispé, citado por Eisenberg e Strayer, 1992:16). Esta definição de simpatia inclui dois aspectos: o primeiro alude à sensibilidade acrescentada perante as emoções de outra pessoa. A simpatia intensifica tanto a representação, como a reacção interna face ao estado da outra pessoa. O segundo aspecto abarca a urgência de empreender qualquer acção necessária para aliviar o sofrimento; quer dizer que na simpatia o sofrimento do outro é sentido de forma imediata como algo que se deve aliviar.

Esta definição de Wispé contrasta, com a de alguns psicólogos clínicos. Dizem-nos Eisenberg & Strayer (1992) que para Katz por exemplo, (psicólogo clínico) a simpatia inclui uma atenção aos sentimentos do próprio e, há semelhança assumida entre os próprios sentimentos e os do outro. Os mesmos autores também refere que

Goldstein e Michaels afirmam, que o indivíduo que simpatiza em contraste com o que empatia, se mostra mais preocupado com os seus próprios sentimentos na resposta aos do outro e, por isso, é menos capaz de responder ao outro efectivamente ao seu estado emocional real.

Estabelecendo a diferença entre empatia e simpatia, estes autores sugerem que a empatia implica a adopção de um papel, capacidade de captar expressões não verbais, sensibilidade perante a amplitude e profundidade do estado afectivo do outro e, a comunicação de um sentimento de preocupação ou, pelo menos o desejo sincero de compreensão e ajuda sem julgamento. E descreve a diferença desta forma:

Na empatia o eu é o veículo para a compreensão, mas sem nunca perder a identidade. Simpatia, por outro lado, liga-se, com comunhão mais que com acuidade, e a auto-consciência está mais reduzida do que promovida. Na empatia substituímo-nos a nós próprios pela outra pessoa. Na simpatia substituímos a outra pessoa por nós. Saber o que é que uma coisa é, para a outra pessoa, é empatia. Saber, como seria ser a outra pessoa é simpatia. Na empatia agimos “como se” fossemos a outra pessoa. O objecto da empatia é a compreensão. O objecto da simpatia é o bem-estar da outra pessoa. Em suma a empatia é uma via de acesso ao significado que o outro atribui ao objecto. (Wispé, 1992:80)

Neste contexto mal-estar pessoal é definido pela representação de um estado adverso, ansiedade ou preocupação, que não é congruente, com o estado do outro.

PARTE II
ESTUDO DE CAMPO

1 - OBJECTIVOS E FUNDAMENTAÇÃO

Este trabalho baseia-se por um lado, no pressuposto de que os esboços de interacção não são comportamentos acabados, embora intrínsecos. Naqueles, as emoções constituem-se como factores dinâmicos, que mobilizam atitudes e acções contribuindo para fazer do homem um Ser subjectivo. O homem, um Ser de interacção e que se constitui na interacção, à medida que entra em comunicação com os outros e desenvolve, a capacidade de considerar as expressões emocionais. A empatia emocional, capacidade de compreender a expressão emocional do outro é um dos factores, mediadores na compreensão do significado do outro, com o qual interage (Eisenberg & Strayer, 1992). Por outro lado, no que afirma Damásio (1995): é possível que nós sejamos programados para responder, através de uma reacção emocional, à percepção de certos sinais que caracterizam os estímulos, que chegam do mundo exterior ou do interior do nosso corpo, de maneira isolada ou combinada como por exemplo: a dor sentida durante uma crise cardíaca; por isso na relação que as reacções emocionais têm, com a resposta comportamental.

Constatou-se que a tendência empática, entre os adultos, se associa positivamente com uma maior activação característica, perante as experiências emocionais alheias, uma disposição em expressar vulnerabilidade emocional e, uma consciência clara dos sentimentos e das necessidades dos outros, (Mehrabian e Epstein, 1972). A indução de com-

portamentos de ajuda resulta da percepção de mal-estar no outro, (Batson, Fultz e Schoenrade, 1992). A sensibilidade antecipada do eventual receptor de ajuda pode ser um factor moderador na associação positiva entre empatia e ajuda, nos adultos, (Batson, 1992).

Nesse sentido, os objectivos que nos propomos, com este estudo descritivo são os seguintes:

1. Identificar a dimensão das respostas empáticas dos médicos e enfermeiros.
2. Saber se a dimensão das respostas diferem ou não em função dos sentimentos acerca do lugar, sexo, idade, profissão e grau académico.
3. Analisar as relações entre as variáveis significativas na dimensão das respostas.

Porquê identificar?

Para conhecer em que medida, os profissionais compreendem o significado das mensagens dos doentes. Interagimos simbolicamente, adaptamos e regulamos o nosso comportamento em função do outro. Estamos constantemente a atribuir significados à mensagem, tentamos antecipar as respostas e dar sentido à procura de resposta do outro. Para encontrar o verdadeiro sentido é preciso empatizar. É preciso penetrar na experiência do outro para o entender, agimos em função do significado, dependendo este da empatia estabelecida com o outro. Fazemos uma audição selectiva e, olhamos o outro com as nossas lentes, quando

tanto Mehrabian (1996) afirma que as mulheres tendem geralmente a ter mais empatia emocional que os homens.

A variável idade foi considerada, na medida em que se considerarmos que a motivação para as respostas empáticas é de natureza moral, como sugerem Hoffman (1992) e Changeux (2001) então será de esperar que os sujeitos mais velhos tenham maior dimensão nas suas respostas empáticas, uma vez que a idade está associada ao desenvolvimento dos juízos morais, de acordo com Hoffman (1992).

A variável profissão foi considerada, pelo facto dos sujeitos em estudo terem distintas formações. E, de entre o grupo profissional dos enfermeiros apenas os mais jovens terem formação sobre empatia.

Quanto à variável grau académico, partimos do pressuposto que, o desenvolvimento cognitivo desenvolve o reconhecimento dos estados emocionais. As emoções estão ligadas às ideias, aos princípios e aos valores. O desenvolvimento emocional depende de uma combinação de maturidade, socialização e desenvolvimento cognitivo, (Damásio, 2000:55). Daí pensarmos, que um maior grau académico possa estar associado a uma maior dimensão das respostas emocionais. Os resultados do estudo de Orr (1986) apontam para que os sujeitos de maior grau académico são mais empáticos com “p” <.01.

O estudo da variável sentimentos acerca de um lugar fundamenta-se, nas afirmações de Bowlby (1990) Corraliza (1998) e (Damásio, 2000), de que o significado de um lugar é dado pelo estado emocional que este desperta e, de que o seu significado modela o comportamento

subsequente. As emoções dão-nos a semântica do olhar. As emoções e os sentimentos regulam a representação que temos do mundo que nos rodeia. Ela constrói-se, a partir do significado emocional que atribuímos aos lugares, aos objectos, às pessoas. Analisar a expressão da emocionalidade de um lugar como calmo, desconfortante, agradável ou de mal-estar é prever que num futuro, um certo comportamento é muito mais provável do que qualquer outro, desde que a situação não mude.

2 - METODOLOGIA

2.1 - SUJEITOS

A nossa amostra, neste estudo que é exploratório, uma vez que não tínhamos informação suficiente sobre a problemática em estudo e descritivo, é constituída pelo conjunto dos profissionais, médicos e enfermeiros que trabalham em serviços de internamento de adultos doentes. Foi seleccionado o hospital do Espírito Santo de Évora, por ter serviços de internamento, ser um hospital regional e, também por razões de acessibilidade.

Os sujeitos do serviço de psiquiatria, tendo as mesmas características não foram considerados na amostra, por terem participado no pré-teste do instrumento decolheita de dados.

Fazem por isso parte da amostra os sujeitos que aceitaram responder, nos dez serviços que apresentavam estas características, ou seja os serviços de medicina I, II e III, cirurgia I e II, ginecologia, cuidados intensivos, cardiologia, ortopedia e o serviço de especialidades cirúrgicas.

Ao estudo aderiram 166 profissionais. A tabela 1 mostra-nos que a população em estudo é essencialmente feminina e distribui-se, com 122 mulheres (74.4%) e com 42 homens (25.6%).

Como se observa pelo quadro 1 em todos os grupos etários há uma maior frequência de mulheres. O grupo etário mais representativo com 55 elementos é o grupo que se situa entre 26 e 35 anos (34%), segue-se o grupo etário que se situa em menos de 25 anos com 41 elementos (25.3%), depois o grupo etário que se situa entre 36 e 45 anos com 34 elementos (21%), o grupo etário que se situa entre os 46 e 55 anos com 24 elementos (14.8%) e, por fim o grupo com mais de 55 anos com 8 elementos (4.9%). A Média de idades é de 34.78 anos com um Desvio Padrão de 10.53 anos. A classe modal é de 26-35 anos. A variável idade apresenta assimetria na sua distribuição ($Z=1.481; p<0.05$). As mulheres, são significativamente mais novas que os homens ($t = -3.084; p<.001$).

Quadro 1 -Distribuição da amostra por sexo e idade

| Sexo | <de 25 | 26 - 35 | 36 -45 | 46 -55 | > de 55 | Total |
|-----------|--------|---------|--------|--------|---------|-------|
| Feminino | 35 | 40 | 25 | 13 | 5 | 118 |
| Masculino | 6 | 13 | 9 | 11 | 3 | 42 |
| Total | 41 | 53 | 34 | 24 | 8 | |

Relativamente à profissão, 122 são enfermeiros (73.5%) e 44 são médicos (26.5%). Os enfermeiros são significativamente mais novos que os médicos ($t = 3.962; p< 0.001$). A distribuição da amostra não é igual para as duas profissões ($X^2 = 42.96; g.l. = 1; p < 0.001$).

Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a profissão

| Profissão | Fi | % |
|------------------|------------|--------------|
| Enfermeiros | 122 | 73.5 |
| Médicos | 44 | 26.5 |
| Total | 166 | 100.0 |

Quanto ao grau acadêmico, são bacharéis (53.4%) sujeitos e licenciados ou superior são (45.2%) sujeitos. Quanto ao grau acadêmico não há diferenças significativas, relativamente à idade

Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo o grau acadêmico

| Grau acadêmico | Fi | % |
|-------------------------|------------|--------------|
| Bacharéis | 86 | 53.4 |
| Licenciados ou superior | 75 | 46.6 |
| Total | 161 | 100.0 |

2.2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Utilizamos um questionário, composto por seis questões. A primeira questão procura identificar, a dimensão das respostas empáticas (variável dependente), definida pelo instrumento de medida “Versão Portuguesa do Balanced Emotional Scale” e que a seguir apresentamos. As cinco restantes referem-se, às variáveis independentes; destas cinco, a

segunda enquadra a variável - sentimentos acerca de um lugar - apresentada sob a forma de escala que também mais adiante apresentamos e, as restantes questões consideradas são de natureza socio-demográficas: sexo, idade, profissão e grau académico. As questões são apresentadas de acordo com a sequência aqui referida.

O conteúdo do instrumento de medida, da variável dependente é centrado na empatia, como uma resposta emocional vicariante às experiências emocionais percebidas de outros. Optámos por uma escala auto-preenchida apesar de haver outras opções, nomeadamente medidas somáticas e medidas fisiológicas, porque ele destaca a meta-experiência da expressão de respostas emocionais e, sublinha a resposta emocional mais que a precisão da introspecção cognitiva, (Bryant, 1992). Também porque, nos permitiu obter uma variedade de comportamentos de um mesmo sujeito e, que por observação directa implicariam uma intimidade frequente, mas inaceitável, em termos práticos e, ainda porque nos possibilitou abranger um maior número de pessoas, num menor espaço de tempo.

A versão original da "Balanced Emotional Empathy Scale BEES" foi desenhada por Mehrabian e Epstein (1972) e, na actualidade, segundo Batson et al (1992:192) é uma das medidas mais usuais, para identificar o grau de excitabilidade emocional. Devido a não conhecermos, a existência de questionários em português para medir a empatia,

foi feito um trabalho prévio de adaptação do questionário em inglês, com tradução e retroversão.

Não tendo sido objectivo deste trabalho a validação do instrumento, dado o número limitado de sujeitos, apresentam-se a seguir as medidas psicométricas na amostra do pré-teste, com o objectivo de avaliar a confiança com que podemos interpretar os resultados

A não existência, de um questionário que avaliasse os sentimentos acerca de um lugar, levou-nos à sua construção. Apesar deste estudo também não constituir a sua validação definitiva, podemos aceitar os seus resultados psicométricos, como validação inicial

2.2.1 - Escala de Empatia Emocional Balanceada:

The Balanced Emotional Empathy Scale

A escala desenhada para medir a empatia em adultos, constitui-se de trinta enunciados que requerem uma resposta a cada um, sobre uma escala de + 4 (concordo muitíssimo) a - 4 (discordo muitíssimo). Para ser pontuada como respostas empáticas, 15 itens exigem respostas de acordo e os restantes 15 exigem respostas de desacordo. O conteúdo dos itens varia: alguns indicam sinais comportamentais externos (p.ex., o riso ou o choro do outro), outros indicam ou referem-se a um estado emocional interior do outro (p. ex., os sentimentos das personagens de um filme; ver alguém que se encontra deprimido), outros descrevem sinais situacionais (p.ex., ver maltratar alguém), outros descrevem uma

atmosfera emocional geral (p. ex., excitação à minha volta) e outros ainda descrevem, estados psicossociais relevantes de outras pessoas (p. ex., estrangeiros que necessariamente devem confrontar-se com problemas psicossociais de pertença ou não pertença).

Ainda que esta medida represente uma variedade de situações e de possíveis dimensões da empatia, constatou-se que cada item se relaciona com a pontuação total da escala com um «p»<.01, (Mehrabian, 1996). Na escala as pontuações mais altas traduzem-se como reflexo de uma maior empatia.

Os enunciados descritos referem-se às reacções dos sujeitos perante as emoções de outra pessoa, independentemente do papel que esta assume.

Habitualmente, leva cerca de dez minutos para responder a todos os itens da escala. Para reduzir o efeito de halo, pedimos aos sujeitos para que se descrevam tal como costumam ser na maioria das ocasiões e não como gostariam de ser.

Os trinta itens da escala “Balanced Emotional Empathy Scale” foram desenhados, segundo o autor, para reduzir enviesamentos. Metade dos itens são apresentados, de forma que o seu acordo mostra um alto valor de empatia; estes são chamados de resultados positivos, ou itens de escore positivo. Os restantes 15 itens são apresentados, de tal forma que o seu desacordo revela um alto valor de empatia; estes são os itens de escore negativo.

Em condições no resto semelhantes temos mais tendência para responder “de acordo” do que “em desacordo”. Para minimizar esse efeito, as questões em que “desacordo” exprime uma posição favorável alternam-se com aquelas em que a mesma resposta traduz a situação inversa, equilibrando-se deste modo os enunciados favoráveis e desfavoráveis; o enviesamento é neutralizado não em cada questão, mas no conjunto das questões referentes ao mesmo tema, (Ghiglione, 1993:160).

Os número de identificação dos itens que expressam positividade e negatividade são os seguintes:

Itens que expressam positividade: 1, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 21, 23, 25, 28, 29,

Itens que expressam negatividade: 2, 4, 6, 8, 9, 13, 15, 16, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 30.

O total de escore é calculado para cada sujeito, pela soma algébrica das respostas aos 15 itens que expressam positividade e pela subtracção destes valores à soma algébrica das respostas aos restantes 15 itens, que expressam negatividade.

Total de pontuação = (a soma dos itens positivos) - (a soma dos itens negativos)

Para compararmos os resultados obtidos, em cada sujeito, com o resto da população, utilizámos as normas referenciadas no manual de

utilização de *Balanced Emotional Empathy Scale* (BEES), que são as seguintes:

$$\text{Média} = 45; \text{Desvio Padrão} = 24$$

Para converter o total de escore de cada sujeito da amostra para um escore padronizado (Z), utilizámos a fórmula de acordo com o manual de utilização da escala:

$$\text{Escore Z} = (\text{total de escore} - 45) / 24$$

Os valores de Z foram distribuídos numa escala de 1 a 11, de acordo com o autor, entre altíssimo, muito alto, alto, moderadamente alto, levemente alto, médio, levemente baixo, moderadamente baixo, baixo, muito baixo e baixíssimo. O nível médio corresponde ao valor (0.00).

Características psicométricas

Versão original

Na versão da língua original (Mehrabian, 1996) a escala apresenta, um coeficiente de consistência interna (α) de .87. Foi comparada favoravelmente com a escala original “Empathy Tendency Scale” (EETS) que apresentava um coeficiente (α) de .84 (Mehrabian, 1997b).

As duas escalas apresentaram uma correlação elevada ($r = .77$), o que quer dizer que a validade externa é alta. Também a “Empathy Tendency Scale” havia sido validada preliminarmente por estudos de Mehrabian & Epstein (1972), o que permitiu validar a segunda escala.

Revisões da literatura subsequente mostraram um forte suporte, para a validade da escala (Chlopan et al., 1985; Mehrabian et al., 1988).

Característica psicométrica na amostra portuguesa

Para determinar a fidelidade da escala foram calculados o coeficiente alfa de Cronbach (consistência interna), tendo-se obtido um (α) de .86, após pré-teste no serviço de psiquiatria sob uma amostra de 16 sujeitos.

2.2 2 - Escala de Sentimentos Acerca de um Lugar

Optámos por uma escala, de diferencial semântico como instrumento de medida, que utiliza a técnica criada por Osgood, Suci e Tannenbaum (1957). Estas escalas são utilizadas, para avaliar de forma específica, a significação atribuída por um individuo a uma atitude ou a um dado objecto, (Fortin, 2000). A escala que é bipolar traduz o significado contextual. Seleccionámos oito conceitos (ânimo-desânimo, conforto-desconforto, bem-estar-mal-estar, esperança-desespero, prazer-desprazer, calma-irritação, alegria-tristeza e alívio-preocupação) que procuram identificar os sentimentos acerca de um lugar. Para cada item, bipolar, é apresentado uma escala de 1 a 7 onde o inquirido deve escolher, o número na escala que melhor descreve o seu ponto de vista.

Foram distribuídos aleatoriamente na sua apresentação. Para o seu tratamento, o 1 representa a resposta mais positiva e o 7 a resposta mais negativa.

A validade de constructo só é considerada na sua globalidade. Os valores obtidos em cada escala serão adicionados para constituir um escore global para cada sujeito.

Características psicométricas na amostra

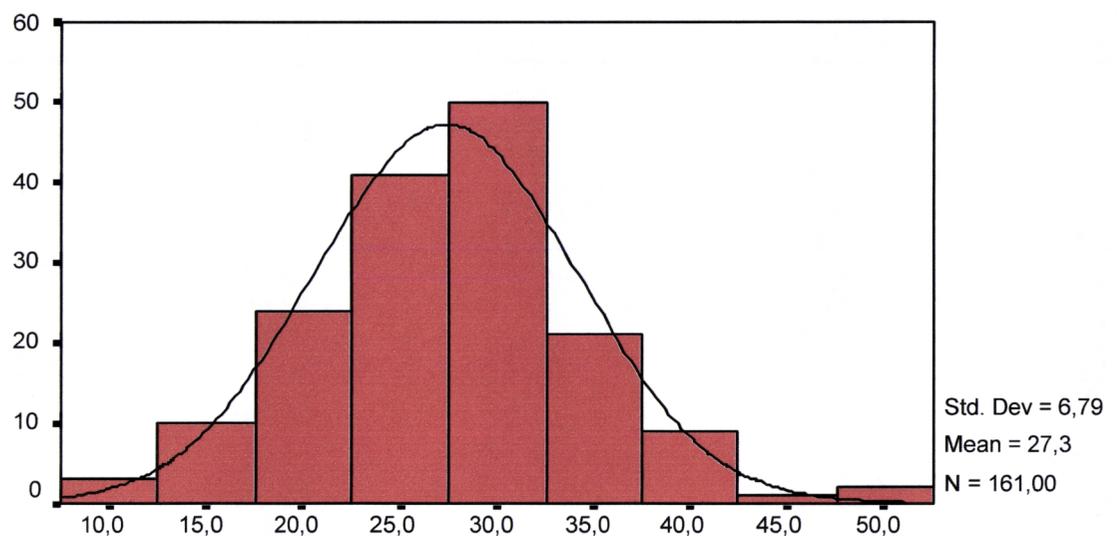
Para determinar a fidelidade da escala foram calculados, os coeficientes alfa de Cronbach sob uma amostra de 16 sujeitos no pré-teste, que ocorreu no serviço de internamento de psiquiatria. Obtivemos um (α) total de .814, indicando uma elevada consistência interna (ver quadro 4).

Quadro 4- Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach (N = 160).

| Itens | Média | Desvio Padrão | Alfa do item |
|-----------------------|-------|---------------|--------------|
| Desanimo - ânimo | 28.28 | 42.63 | .771 |
| Desconforto -Conforto | 28.16 | 45.80 | .792 |
| Bem-estar - mal-estar | 28.40 | 43.65 | .769 |
| Esperança - desespero | 28.84 | 45.56 | .819 |
| Desprazer - prazer | 28.36 | 42.52 | .770 |
| Calma - irritação | 28.75 | 45.38 | .798 |
| Alegria - tristeza | 28.23 | 42.27 | .767 |
| Alívio - preocupação | 27.39 | 45.96 | .794 |

A escala tem uma distribuição próxima da distribuição normal ($Z=0.895;p>0.05$) (ver Gráfico 1)

Gráfico 1
Curva da Escala “Sentimentos Acerca de um Lugar



Para investigar a validade de constructo também se procedeu à análise factorial dos itens, tendo-se verificado que, após rotação ortogonal tipo varimax, dois factores explicam 57.650% da variância total (ver quadros 5 e 6 e gráfico 2).

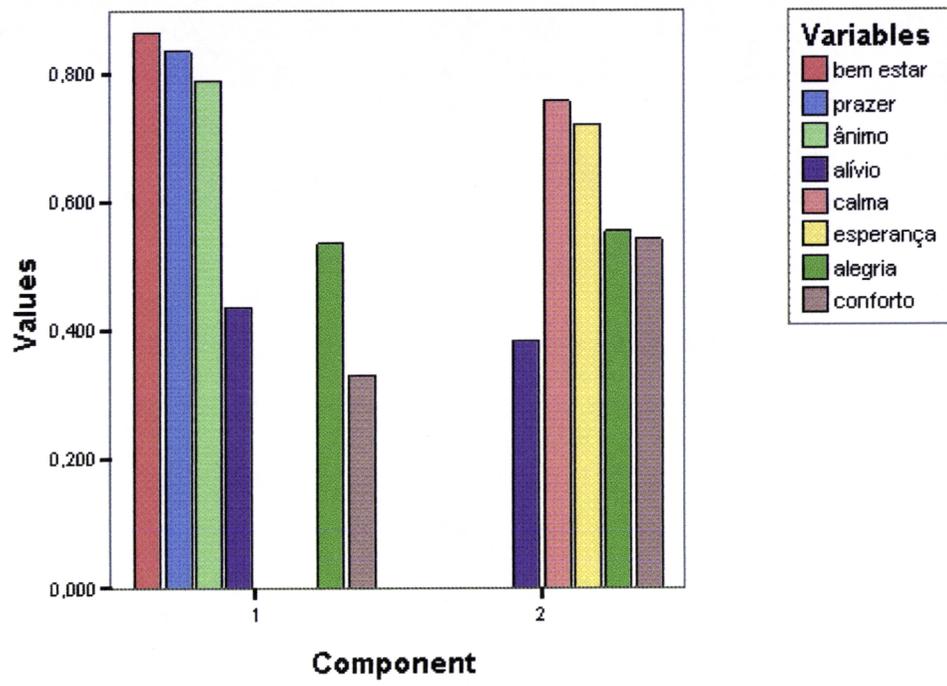
Quadro 5-
Variância total explicada
Escala de “Sentimentos acerca de um lugar”

| Compo nentes | Initial Eigenvalues | | | Rotation Sums of Squared Loadings | | |
|-----------------|---------------------|-------------------|----------------|--------------------------------------|-------------------|----------------|
| | total | % de variância | % acumulada | total | % de variância | % acumulada |
| 1 | 3.625 | 45.311 | 45.311 | 2.674 | 33.429 | 33.429 |
| 2 | .987 | 12.340 | 57.650 | 1.938 | 24.221 | 57.650 |
| 3 | .766 | 9.578 | 67.228 | | | |
| 4 | .735 | 9.189 | 76.417 | | | |
| 5 | .695 | 8.686 | 85.103 | | | |
| 6 | .519 | 6.491 | 91.594 | | | |
| 7 | .423 | 5.283 | 96.877 | | | |
| 8 | .250 | 3.123 | 100.000 | | | |

Quadro 6 – Distribuição dos itens segundo dois factores

| Itens | Componente 1 | Componente 2 |
|----------------------|------------------------|------------------------|
| Bem-estar-mal-estar | .864 | |
| Prazer-desprazer | .834 | |
| Ânimo-desanimo | .738. | |
| Alívio-preocupação | .436 | .383 |
| Calma-irritação | | .756 |
| Esperança-desespero | | .719 |
| Alegria-tristeza | | .553 |
| Conforto-desconforto | | .541 |

Gráfico 2
Distribuição dos itens por factores



3- PROCEDIMENTO

A aplicação dos questionários foi feita individualmente. Numa primeira fase seleccionámos o internamento do serviço de psiquiatria, a quem solicitámos a colaboração, no sentido de responderem ao questionário para nos assegurarmos da sua fidelidade e validade. Numa fase seguinte, contactámos pessoalmente todos os chefes de serviço e, após ter sido explicado o objectivo do estudo, foi pedida a colaboração voluntária, para os mesmos responderem e, também, distribuírem pela suas equipas para que também elas respondessem individualmente. Previamente foi pedida autorização, ao Conselho de Administração do respectivo hospital. Os questionários, foram recolhidos após três semanas, para poder abranger profissionais, que à data estavam ausentes e, no sentido de assegurar o anonimato foram recolhidos em conjunto.

4 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados, foram processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Os dados de caracterização da amostra foram dispostos em tabelas, compostas de distribuição de frequências e, quando considerado pertinentes, estas foram complementadas com as respectivas médias e desvio padrão e mediana.

Para responder às questões, por nós colocadas, recorreremos ao teste Qui-Quadrado, ao coeficiente de correlação (Pearson correlation r) e à correlação ordinal (r_o de Spearman) para indicar a magnitude da relação entre variáveis. Para determinar a variação entre as médias, que são de diferentes níveis, das variáveis independentes aplicámos a análise de variância simples através do teste t (Independent Samples Test). Para uma melhor compreensão do fenómeno, aplicámos o teste ANOVA (Univariate ANOVA) que nos permitiu identificar as interacções de duas variáveis independentes, na variável em estudo. A opção por este teste deve-se ao facto de a escala de medida ser de natureza intervalar, as observações serem independentes, a variável dependente ter uma distribuição próxima da normal e, as variâncias nos grupos serem homogéneas.

As, não respostas, não foram consideradas.

5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste ponto proceder-se-à à apresentação e análise dos resultados obtidos, com a aplicação do questionário.

O nosso primeiro objectivo era identificar a dimensão das respostas empáticas dos médicos e dos enfermeiros.

O gráfico 3 mostra a distribuição dos escores globais de empatia e, o gráfico 4 a distribuição dos valores de (Z), isto é a dimensão das respostas empáticas.

Gráfico 3
Distribuição dos escores globais de empatia

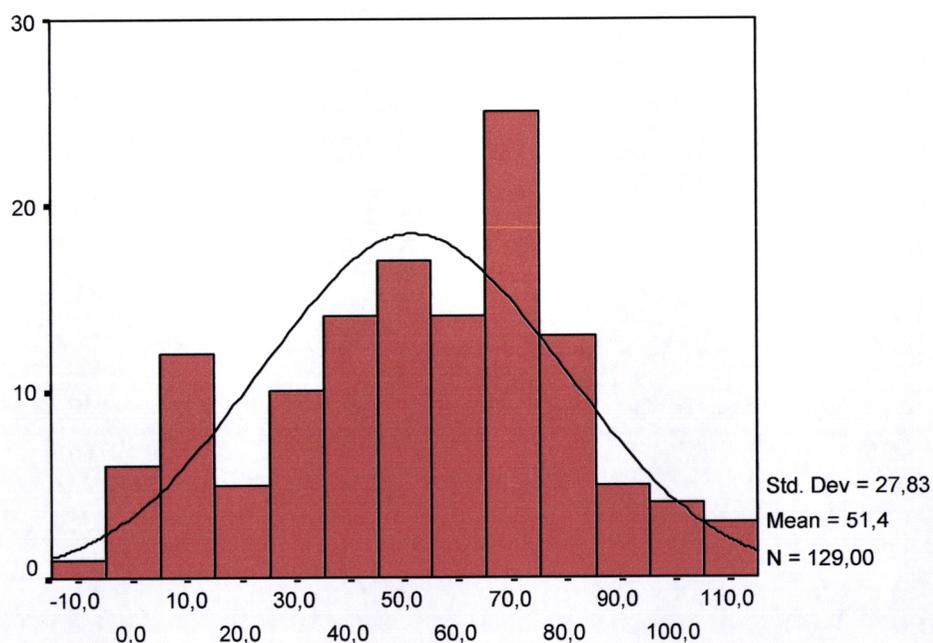
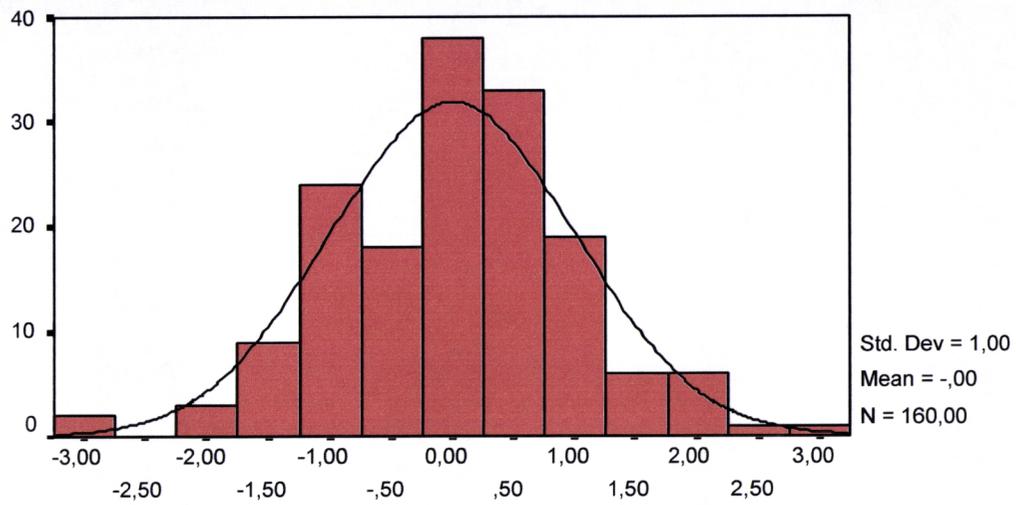


Gráfico 4

Distribuição dos valores de Z



Para identificar a dimensão destas respostas calculámos o escore estandardizado (Z), de acordo com a fórmula proposta pelo autor e já atrás explicada. Procedemos em seguida à comparação dos valores obtidos com os valores calculados para a população geral (ver quadro 7).

Quadro 7 – Valores de Z para as respostas empáticas

| | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem acumulada |
|----------------------------|-------------------|--------------------|---------------------------|------------------------------|
| Não respostas | 37 | 22,3 | 22,3 | 22,3 |
| Altíssima | 3 | 1,8 | 1,8 | 28,9 |
| Muito Alta | 5 | 3,0 | 3,0 | 25,3 |
| Alta | 9 | 5,4 | 5,4 | 34,3 |
| Moderadamente alta | 19 | 11,4 | 11,4 | 45,8 |
| Levemente alta | 26 | 15,7 | 15,7 | 61,4 |
| Média | 19 | 11,4 | 11,4 | 72,9 |
| Levemente baixa | 15 | 9,0 | 9,0 | 81,9 |
| Moderadamente baixa | 12 | 7,2 | 7,2 | 89,2 |
| Baixa | 6 | 3,6 | 3,6 | 92,8 |
| Muito Baixa | 12 | 7,2 | 7,2 | 100,0 |
| Baixíssima | 3 | 1,8 | 1,8 | 27,1 |
| Total | 166 | 100,0 | 100,0 | |

Pela sua análise podemos verificar que acima do nível médio se situam (78.7%) sujeitos. Abaixo deste, situam-se os sujeitos que se pontuaram negativamente (28.8%). As maiores percentagens situam-se no nível levemente alto, com (15.7%) sujeitos, seguido dos níveis moderadamente alto e médio com (11.4%) sujeitos, cada. Depois o nível levemente baixo, com (9.0%), e no nível moderadamente baixo com (7.2%). As percentagens mais elevadas oscilam, entre os níveis moderadamente alto e moderadamente baixo.

Pelo que, podemos dizer, para responder ao primeiro objectivo, que as respostas empáticas dos sujeitos em estudo são de pequena dimensão.

Para responder ao segundo objectivo (i.e., saber se a dimensão das respostas empáticas difere ou não em função das variáveis), seguiremos as orientações do autor da escala. Isto é usaremos os valores do escore bruto da escala e, não os valores de Z (escore standardizado).

Relativamente à variável idade existe uma baixa associação inversa com a dimensão das respostas empáticas. Ou seja, quanto mais idade os sujeitos apresentam, menor é a dimensão das respostas empáticas de acordo com o teste de Spearman ($r = -.237$, $N=126$; $p<0.01$).

Podemos dizer que a dimensão empática difere em função da idade.

Quanto à variável sexo constata-se, que a média do escore bruto das mulheres (M=56.97) é significativamente diferente da média correspondente dos homens (M=35.64) (ver quadro 8).

Quadro 8 - Média do Escore bruto em função do sexo

| Sexo | Média do Escore Bruto | Desvio Padrão |
|--------------|------------------------------|----------------------|
| Mulheres | 56.97 | 25.00 |
| Homens | 35.64 | 27.91 |
| Geral | 51.41 | 27.83 |

Pela aplicação do teste t à diferença de médias constata-se que a mesma é estatisticamente significativa ($t= 4.199$; $p < 0.001$).

Podemos assim concluir que, nesta amostra, a dimensão da resposta empática difere significativamente em função do sexo.

Relativamente, à variável profissão, podemos verificar que a média dos médicos (40.74) é inferior à média dos enfermeiros (55.38) (ver quadro9)

Quadro 9 - Média do Escore bruto em função da profissão

| Profissão | Média | Desvio Padrão |
|------------------|--------------|----------------------|
| Enfermeiros | 55.38 | 26.93 |
| Médicos | 40.74 | 27.77 |
| Geral | 51.41 | 27.83 |

Também neste caso e pela aplicação do teste t à diferença de médias, podemos constatar que a mesma é estatisticamente significativa ($t=-2.722$; $p<0.01$).

Concluimos deste modo e para esta amostra, que a dimensão das respostas empáticas, difere em função da profissão.

Relativamente, à variável grau académico, podemos verificar que a média das respostas empáticas dos bacharéis (51.69) é praticamente coincidente com a média dos licenciados (51.11) (ver quadro 10). Não é assim de estranhar que da aplicação do teste t à diferença de médias se constate a sua não significância estatística ($t = 0.116$; $p >0.01$).

Quadro 10 – Média do Escore bruto em função do grau académico

| Grau académico | Média | Desvio padrão |
|-----------------------|--------------|----------------------|
| Bacharéis | 51.69 | 25.18 |
| Licenciados | 51.11 | 30.64 |
| Geral | 51.41 | 27.83 |

Concluimos assim, que a dimensão das respostas empáticas não difere em função do grau académico

Quanto à variável sentimentos sobre um lugar que se define através da escala, já atrás apresentada, podemos verificar que existem valores de

média muito próximos e, na sua maioria a mediana situa-se no ponto 4 (ver quadro 11).

Quadro 11 – Média e Mediana dos escores bruto de cada item

| Itens | N | Média | Desvio Padrão | Mediana |
|----------------------|-----|-------|---------------|---------|
| Ânimo-desânimo | 162 | 3.96 | 1.44 | 4 |
| Conforto-esconforto | 163 | 3.81 | 1.34 | 4 |
| Bem-estar-mal-estar | 162 | 4.07 | 1.28 | 4 |
| Esperança-deseespero | 162 | 4.46 | 1.60 | 5 |
| Prazer-desprazer | 162 | 4.04 | 1.44 | 4 |
| Calma-irritação | 163 | 4.39 | 1.49 | 4 |
| Alegria-tristeza | 163 | 3.88 | 1.43 | 4 |
| Alívio-preocupação | 162 | 3.04 | 1.36 | 3 |

A análise dos resultados permite-nos considerar, que a escala possa estar desenhada de forma incorrecta ou, apesar de não nos caber dar interpretações aos factos, já que eles serão de certo dogmáticos, os sujeitos apresentam alguma indefinição relativamente ao lugar ou mesmo o lugar em causa não lhes suscita qualquer estado emocional.

Por último, tentámos perceber a correlação entre os valores resultantes da aplicação da “Escala de Sentimentos Sobre um Lugar”, e o escore bruto da “Balanced Emotional Empathy Scale”. Pela aplicação do teste r de Pearson, verificamos que há uma associação inversa apesar de baixa entre os valores de uma e outra escala ($r = -0.185$, $N=126$; $p < 0.05$).

Após a apresentação do tratamento estatístico descritivo e dado que os fenómenos não são de causalidade linear propusemo-nos saber que in-

teracções existem entre as variáveis em função das quais a dimensão das respostas empáticas difere, ou seja sexo, idade e profissão.

Para isso aplicámos o teste F que nos permite identificar o efeito de mais que uma variável em simultâneo. Verificamos através dos quadros 12, 13 e gráfico 5 que, existe um efeito tendencial de interacção entre as duas variáveis sexo e grupo etário, na dimensão das respostas empáticas ($F(1,115)=11.614; p<0.001$).

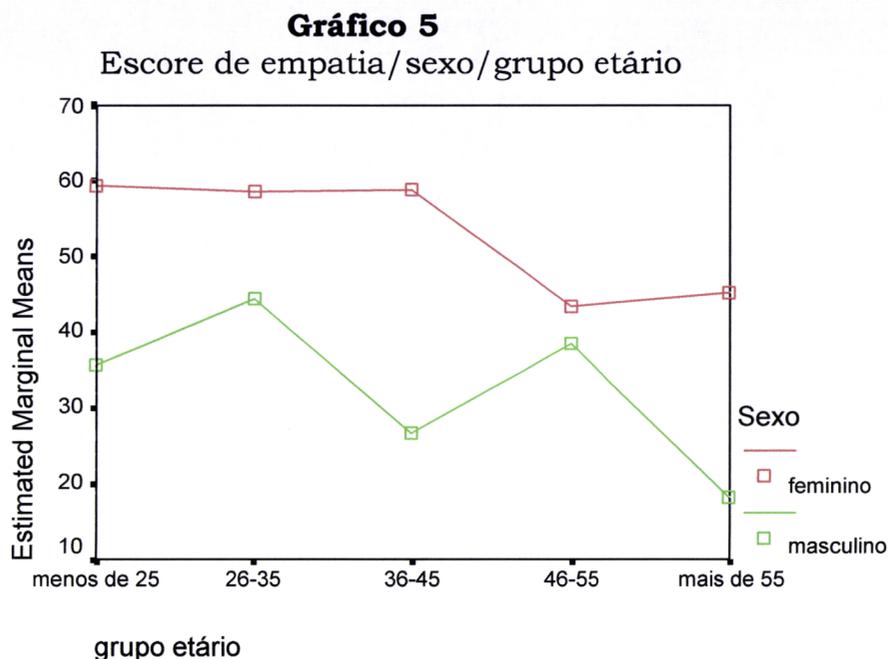
Quadro 12 - Média e Desvio Padrão do escore bruto em função do sexo e grupo etário

| | MULHERES | MULHERES | HOMENS | HOMENS |
|--------------|----------|---------------|--------|---------------|
| GRUPO ETÁRIO | MÉDIA | DESVIO PADRÃO | MÉDIA | DESVIO PADRÃO |
| < de 25 | 59.33 | 26.46 | 35.83 | 43.21 |
| 26 - 35 | 58.72 | 25.38 | 44.55 | 20.24 |
| 36 - 45 | 59.00 | 25.26 | 26.75 | 27.83 |
| 46 - 55 | 43.38 | 22.94 | 38.62 | 26.85 |
| > de 55 | 45.20 | 18.54 | 18.33 | 21.22 |

Quadro 13 - Análise de variância em função do grupo etário e sexo

| Fonte de variação | Soma dos quadrados | g.l. | Média dos quadrados | F |
|---------------------|--------------------|------|---------------------|--------|
| Sexo | 7919.347 | 1 | 7919.347 | 11.614 |
| Grupo etário | 3194.897 | 4 | 798.724 | 1.171 |
| Sexo x grupo etário | 2111.238 | 4 | 527.809 | 0.774 |
| Erro | 78413.413 | 115 | 681.856 | |

$p < 0.001$



Por isso tanto os homens quanto as mulheres registam respostas empáticas de menor dimensão à medida que a idade avança, de acordo, com o teste F.

Relativamente às interações das variáveis sexo e profissão, também podemos verificar que há um efeito da variável sexo, ($F(1,108) = 9.566; p < 0.001$) na dimensão das respostas empáticas

A variável profissão, por si só, não influi, na dimensão das respostas empáticas ($F(1,108) = 0.220; p > 0.64$).

No entanto existe um efeito tendencial de interação entre as variáveis sexo e profissão ($F(1,108) = 2.784; p < 0.01$) (ver quadros 14 e 15 e gráfico 6). A variável grupo etário, de acordo, com o teste F, não tem valor significativo na interação (ver gráfico 7).

Quadro 14 – Média e Desvio Padrão do escore bruto das respostas empáticas em função do sexo, profissão e grupo etário

| Grupo etário | Sexo | Profissão | Média | Desvio Padrão |
|--------------|-----------|----------------------|----------------|----------------|
| < de 25 anos | Feminino | Médico Enfermeiro | 57.67 59.52 | 17.04 27.53 |
| | Masculino | Médico Enfermeiro | 13.33 58.33 | 16.50 53.63 |
| 26 - 35 | Feminino | Médico Enfermeiro | 82.00 57.17 | 2.83 25.46 |
| | Masculino | Médico Enfermeiro | 41.75 46.14 | 26.63 17.88 |
| 36 - 45 | Feminino | Médico Enfermeiro | 61.33 58.36 | 12.50 28.21 |
| | Masculino | Médico Enfermeiro | 26.50 27.50 | 27.96 38.89 |
| 46 - 55 | Feminino | Médico Enfermeiro | 49.50 41.33 | 28.99 23.42 |
| | Masculino | Médico Enfermeiro | 38.62 ----- | 26.85 ----- |
| > de 55 anos | Feminino | Médico Enfermeiro | ----- 45.20 | ----- 18.54 |
| | Masculino | Médico Enfermeiro | 18.33 ----- | 21.22 ----- |

Quadro 15- Análise de variância das respostas empáticas em função do sexo e da profissão

| Fonte de variação | Soma dos quadrados | Grau de liberdade | Média dos quadrados | F |
|-------------------|--------------------|-------------------|---------------------|---------|
| Sexo | 6557,766 | 1 | 6557.766 | 9.566° |
| profissão | 150.731 | 1 | 150.731 | 0.220 |
| Sexo x profissão | 1908.366 | 1 | 1908.366 | 2.784°° |
| Erro | 74038.902 | 108 | 685.545 | |

° p < 0.001 °° p < 0.01

Gráfico-6
Escore de empatia/sexo/profissão

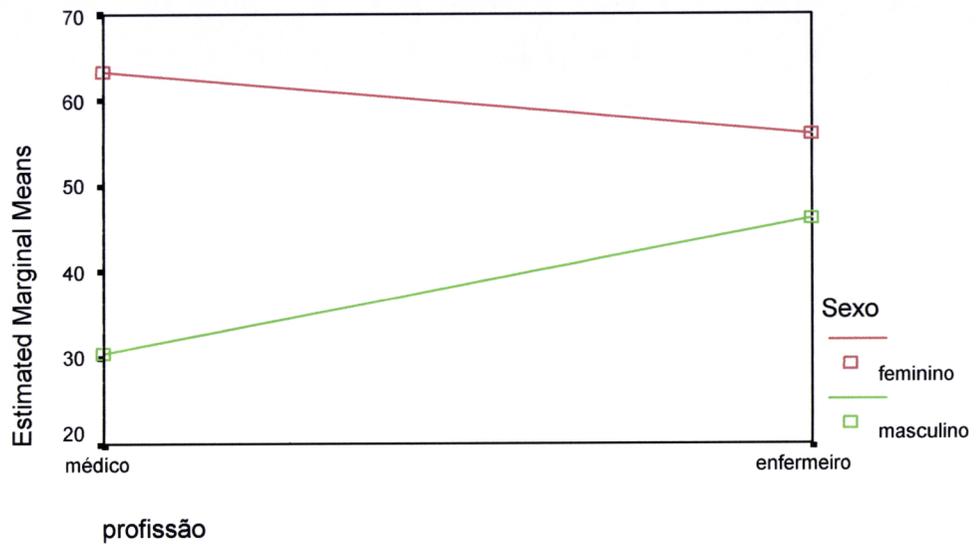
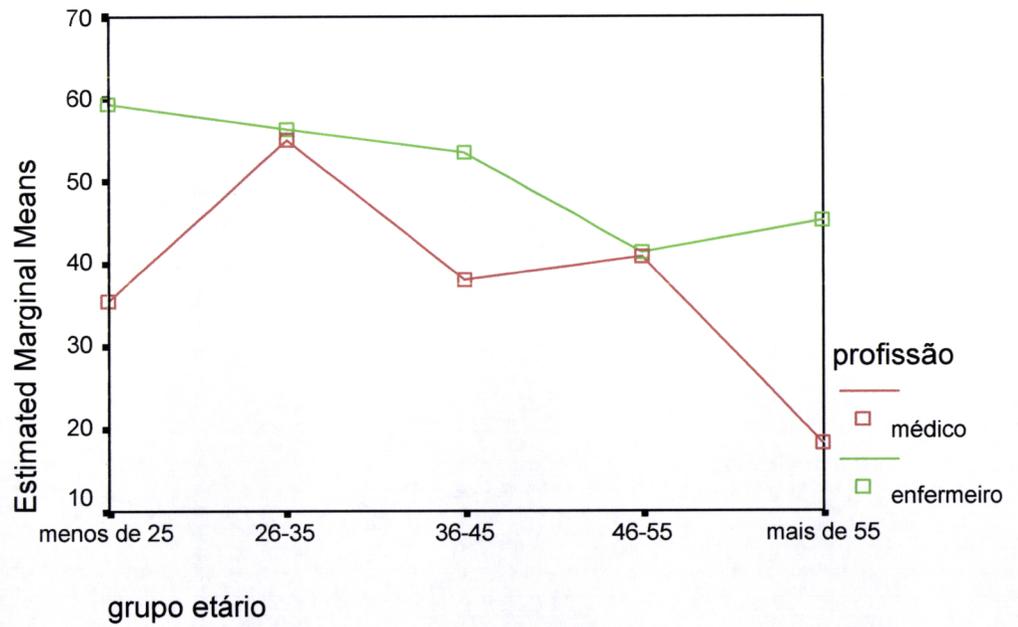


Gráfico -7
Escore de empatia/grupo etário/profissão



6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES

Começamos por enunciar, algumas limitações deste trabalho. Este estudo limita-se a identificar e categorizar reacções emocionais globais, dos sujeitos em estudo, segundo Mehrabian (1996), e analisar algumas variáveis intervenientes, numa amostra representativa apenas dos sujeitos em estudo.

O instrumento de medida utilizado foi desenhado pelo autor, para medir a empatia emocional, em situações de vida quotidiana.. A escala traduz, tão só, o grau de excitabilidade emocional. Não nos é possível avaliar se existe predomínio de uma reacção sobre outra, "os itens, detectam simpatia, mal-estar pessoal susceptibilidade à activação emocional, a adopção da perspectiva do outro e uma variedade de outros factores" (Eisenberg e Miller, 1992.329).

Uma, outra limitação, foi a fraca adesão por parte dos profissionais de medicina a responder ao questionário. O que nos permite levantar a questão sobre o seu débil interesse na compreensão das relações humanas, na área da saúde. Será que ainda se mantêm arreigados a uma medicina tutelada tão só por dados fisico-químicos, ou preferem refugiar-se neles e, tão pouco questionar a sua forma de estar na saúde? ou será porque se sentem intimidados ao serem questionados, so-

bre as suas reacções emocionais e, por isso não se mostram disponíveis? Seria importante analisar o fenómeno.

Na discussão dos resultados ter-se-ão em consideração em primeiro lugar as questões que se levantam para responder ao primeiro objectivo e, a partir deste será sequencial, com a apresentação dos resultados. Dada a interrelação das variáveis, poderá ser útil a sua discussão em conjunto.

Para responder ao primeiro objectivo - qual a dimensão das respostas empáticas dos médicos e dos enfermeiros, podemos dizer que, por o maior número de sujeitos se situar entre os níveis moderadamente alto e moderadamente baixo, os resultados tendem a mostrar que as respostas empáticas são de pequena dimensão.

Ora, se considerarmos os estudos de (Aderman e Berkowitz, 1970; Harris e Huang, 1973; Coke et al, 1978; Krebs, 1975) e (Aronfreed e PasKal, 1968; Sterling e Gaertner, 1984, citados por Batson et al, 1992) todos eles apresentam resultados no sentido de que existe uma associação positiva entre a reacção emocional e a ajuda. Como tal, perante a existência desta associação poder-se-à dizer, que sendo as respostas emocionais de pequena dimensão, a ajuda também será de pequena dimensão.

Efectivamente os estudos, sugerem que os sujeitos numa situação de grande reacção emocional sentem mais empatia que os sujeitos que reagem menos emocionalmente; e que a maior empatia os conduz a uma maior ajuda. As diferenças na necessidade percebida não podem

justificar os resultados. Pelo que podemos dizer que não estando as reacções emocionais dependentes da observação do mal-estar do outro, a escala, por nós utilizada, é fidedigna para identificar a dimensão das respostas empáticas, apesar de não ser em situações específicas de sofrimento.

O estudo de Coke et al (1978) faz ainda referência a uma outra questão. Os sujeitos de maior reacção emocional indicam, que sentem mais emoção empática, mas não maior mal-estar. A pertinência desta asserção levanta-se porque há alguns autores, Batson, et al (1992) que não partilham desta opinião. Fundamentados nas investigações de Piliavin, Dovidio e Clark (1981) assumem outra categorização das respostas em função das reacções emocionais. Sustentam que, apenas com reacções emocionais de pequena dimensão se desenvolve empatia.

Batson, Duncan, Ackerman; Buckley & Birch, (1981) sugerem que, quando a dimensão das reacções é de grande dimensão, apenas se desenvolve mal-estar e não empatia e, que factores de natureza quantitativa e qualitativa exercem influência nas diferenças das reacções emocionais.

Os factores quantitativos responsáveis pelas diferenças relacionam-se por um lado, com a percepção da clareza do mal-estar do outro, por outro, com a compreensão da gravidade do estado do outro. Mas assim sendo, a dimensão das respostas empáticas devia aumentar com a idade. Ou será porque não as compreendem e, julgando explicá-las apenas as descrevem, nos termos dos seus conhecimentos?

Os factores qualitativos relacionam-se com os resultados dos estudos de (Batson et al, 1981; Toy e Batson, 1982; Batson et al, 1983). Estes resultados sugerem que quando a ajuda se torna penosa, os sujeitos experimentam essencialmente mal-estar. Ao observarem o sofrimento alheio têm uma tendência significativamente menor a ajudar o doente, quando pensam que não vão continuar a ver o outro a sofrer, ainda que não o ajudem. A ajuda depende da facilidade ou não de escapar à presença do sofrimento da outra pessoa. Sugere um desejo egoísta de reduzir o seu próprio mal-estar. Se antecipam livrar-se do estímulo que causa o seu mal-estar, incluindo quando não ajudam, então não é provável que ajudem. Mas, se a única maneira que eles têm de escapar do estímulo é ajudando, então é provável que o façam. Pelo contrário, são diferentes as respostas dos sujeitos que experimentam um predomínio relativo de empatia, perante a observação do sofrimento do outro. Estes sujeitos, sentem-se tão inclinados, a ajudar o doente quando pensam que não vão continuar vendo o sofrimento como, quando pensam que não.

Ora, aparentemente, a emoção empática, não evoca motivações egoístas para reduzir a sua própria activação emocional. Ao contrário, a constatação de que os sujeitos activados empaticamente tendem a ajudar, incluindo quando seria fácil escapar da situação indutora de ajuda, sem ter ajudado, sugere que esses sujeitos podem estar vivendo uma situação de natureza altruísta. Parece que o seu objectivo é aliviar o mal-estar do outro mais do que o seu próprio mal-estar.

A natureza do processo de ajuda (egoísta/altruísta) associado com a empatia, ainda não está claro, na actualidade. Alguns autores (Archer et al, 1981; Cialdini et al, 1987) contestaram estas opiniões e propuseram uma explicação alternativa. Sugerem que ainda que a empatia não evoque motivação para reduzir a própria estimulação emocional, como o faz o mal-estar pessoal, apesar disso a motivação de ajuda associada à empatia, pode continuar a ser de natureza egoísta.

O indivíduo que estimulado empaticamente pode prestar ajuda, com o fim de evitar castigos antecipados (tais como vergonha, culpa, medo), ou de obter prémios antecipados (como aumento da auto-estima). A ser assim, não se justificariam diferenças na dimensão das respostas.

Se considerarmos a teoria dos processos antagonistas de Richard Solomon (1980) citado por Chabot (2000) todo o extremo tende a reequilibrar-se. Será então um processo de natureza egoísta e ou altruísta, ou uma necessidade? Logo que, uma experiência emocional intensa vem romper o nosso equilíbrio, uma força compensatória (emoção antagonista) surge de forma a restabelecer o equilíbrio.

Apesar de diferentes motivações o homem sente-se levado a adoptar certas regras de conduta, independentemente do prazer ou do mal-estar que sente no momento, (Changeux, 2001).

Os juízos morais estão associados positivamente à idade, (Hoffman, 1992; Changeux, 2001). Isso levar-nos-ia a pensar que a idade faria alterar, a dimensão das respostas empáticas. Mas, os resultados

por nós obtidos, apenas numa primeira análise, a idade tende a fazer diferir a dimensão das respostas, em interacção com as outras variáveis, que tinham obtido valores significativos, a idade por si só, não altera a dimensão das respostas.

Em relação à idade autores como (Wispe, Barnett, Thompson, Eisenberg e Miller, 1992), fazem apenas referência às diferenças individuais segundo a idade, na fase da infância. Apenas Eisenberg & Miller se referem a um estudo de Rushton et al (1984), numa amostra de gémeos com idades entre os 19 e 40 anos, em que se obteve uma correlação positiva entre as pontuações de empatia e idade, utilizando a escala de Mehrabian e Epstein (1972) e também ao estudo de Kalle e Suls (1978) que apresenta uma relação significativa, entre empatia emocional e moralidade convencional (estádio IV), mas nenhuma relação, com os restantes estádios do juízo moral fixados por Kolberg. Este efeito deve-se, segundo Bryant (1992) ao facto da empatia avaliada através de questionários, se relacionar com as medidas de raciocínio moral que se centram nas motivações comportamentais percebidas pelo indivíduo, que toma em consideração as necessidades e desejos alheios e, não com os estádios de desenvolvimento moral de Kolberg.

No nosso estudo, os resultados apontam, que a variável sexo tende a alterar a dimensão das respostas empáticas, $p < 0.001$.

Mas Lennon e Eisenberg (1992) referem que no estudo de (Archer, Foushee, Davis e Aderman, 1979), os homens manifestavam-se significativamente mais empáticos, enquanto que em seis estudos (Batson,

O'Quinn, Fultz, Vanderplus e Isen, 1983; Craig e Lowery, 1969; Davis, 1983; Murray, 1978; Stotland, 1969; Wispé, Kiecolt e Long, 1977), as mulheres expressavam mais empatia. Em dois destes (Batson et al, 1983; Wispé et al, 1977), evidenciaram-se diferenças significativas apenas numa sub amostra das variáveis dependentes. Noutros seis, não se obtiveram, diferenças de género. Por isso segundo, estes autores, o padrão geral dos resultados não é claro, apesar das diferenças favorecerem as mulheres. Os autores sublinham, que estes resultados podem ser devidos às metodologias adoptadas, aos instrumentos de medida, ou ainda ao tipo de emoção vicariante que se avalia.

Por exemplo quando os investigadores utilizam medidas para avaliar o contágio emocional ou o mal-estar (ex., reflexo do choro; medidas fisiológicas), apenas se obtém provas que favorecem as diferenças de empatia. Pelo contrário, quando é mais provável que as medidas detectem respostas simpáticas (ex., inquérito após situações simuladas), os sujeitos do sexo feminino manifestam-se mais reactivos que os do sexo masculino

No estudo de Mehrabian (1996), as mulheres tendem a ser mais empáticas que os homens. As mulheres são mais emotivas, Fischer (2001), refere que 80% dos americanos consideram as mulheres mais emotivas, tal como 79% dos franceses, 74% dos japoneses e 72% dos chineses. Quando as mulheres começaram a entrar para as universidades e, dedicar-se às várias profissões da saúde, em 1995, 95% dos enfermeiros licenciados e enfermeiros praticantes, nos Estados Unidos

eram mulheres. Neste país, em 1960, apenas 5,4% dos médicos eram mulheres. Entre, 1970 e 1990 o seu número aumentou 310%. Esta autora refere que em vários testes à empatia, capacidade de resposta emocional, protecção e afeição, as raparigas e as mulheres - desde crianças a octogenárias, pontuam mais elevado que os homens. Num inquérito, feito em 1995 a 14070 americanos, 65% dos homens achavam que as mulheres eram demasiado emotivas.

No nosso estudo, apesar da dimensão das respostas diminuir com a idade, sempre se mantém, em valores superiores aos homens. Tanto Arnold e Boggs (1995) Levay (1999) ou Fischer (2001) apresentam factores biológicos para estas diferenças, baseados nas diferentes arquitecturas cerebrais e nas diferenças hormonais. Os homens, têm uma capacidade de conter os seus sentimentos, a que Fischer chama de "contenção emocional".

Fischer apresenta uma explicação, baseada nos trabalhos de dois psicólogos Richard e Levenson. A activação crónica do sistema nervoso autónomo é prejudicial para os dois sexos. Por isso estes psicólogos colocaram a hipótese de inconscientemente os homens se afastarem do conflito, para evitar os efeitos nefastos desta estimulação do organismo. O coração bate com mais força; os músculos ficam tensos; surgem gotas de suor; a pressão sanguínea aumenta; a respiração torna-se mais profunda; a adrenalina e as hormonas do stress começam a subir.

Os dois hemisférios cerebrais estão menos fortemente ligados, nos homens. Num estudo no qual se pediu a homens e mulheres que pen-

sassem em coisas tristes analisados por um *scanner* cerebral, observou-se que nas mulheres se registava actividade no cortex-cerebral de ambos os hemisférios, ao passo que nos homens predominava no hemisfério esquerdo. A compartimentação dos hemisférios no homem, pode ajudar a divorciarem-se dos seus sentimentos. O estudo de Wade (1998) citado por Fischer (2001) refere que há genes específicos associados aos cuidados maternos.

As mulheres têm mais tendência a usar, de forma efectiva, a comunicação não verbal e, a descodificar o significado da mensagem. As mulheres tendem a usar mais expressões faciais, sorrindo muitas vezes, mantendo contacto visual e tocando mais vezes (Hall, 1984). A revisão apresentada, parece não deixar dúvidas para sustentarmos que as mulheres são mais empáticas que os homens, o que também no nosso estudo isso se reflecte.

Ora a interacção de várias variáveis, por um lado o grupo etário por outro a profissão, por outro ainda, um maior número de elementos do sexo feminino, faz dos enfermeiros o grupo profissional que tende a ter respostas empáticas de maior dimensão.

No entanto estes profissionais, segundo os estudos de (Mendes, 1995; Rebelo, 1996; Lopes, 1999; Mendes, 2001) referem não se sentirem preparados para se envolverem emocionalmente com os seus utentes.

O estudo de Mendes (2000) aponta mesmo factores intrínsecos (centrados nos enfermeiros) e extrínsecos (centrados no contexto da ac-

ção) como condicionantes dos comportamentos. Um outro estudo, Fonseca (1999) faz salientar que os estudantes reconhecem que são as competências relacionais e, as competências de natureza cognitivo-emocional que o curso mais promove. De salientar no entanto que o contexto dos estudos atrás citados é diferente do último. Enquanto os primeiros estudos referidos, foram feitos numa população de enfermeiros, o último foi feito numa população de estudantes. O que desde logo nos leva, a considerar a importância de factores contextuais a que Mendes (2000) faz referência.

Ao presente, não é ainda clara a natureza do processo associado à empatia, justificando-se um maior número de investigações, sob diferentes metodologias. No nosso estudo exploratório, pautado por uma abordagem sistémica, característica da ecologia humana no qual se insere, preocupa-nos não tanto a natureza das interacções mas o efeito delas.

Face aos resultados apresentados, muitas questões se nos levantam. Como fazer perceber a importância das ciências humanas na compreensão dos problemas humanos que a prática coloca? Como podem os profissionais viver reacções emocionais de maior dimensão, por isso, de maior empatia? Será que, essa mudança é possível? Num mundo de cuidados subsidiado por valores político-económicos, marcado por uma padronização dos tempos quotidianos e, por uma estrutura rítmica de produção das actividades terapêuticas (Carapinheiro, 1993). Dever-se-à esperar que os profissionais tenham respostas mais empáticas,

numa instituição que não tem espaços de partilha, que não tem qualquer tipo de apoio aos seus profissionais? São pessoas a cuidar de pessoas, que também sofrem vendo sofrer. Ou ao contrário, devem ser reprimidas as emoções, para que possam responder com eficácia mas não eficiência, àquilo que a instituição espera delas? Mas as instituições não são estruturas per se. São interligações de interacções simbólicas humanas básicas.

Estamos perante uma situação que por um lado, dada a complexidade da natureza humana, se reconhece que é preciso empatizar para compreender o significado que o outro atribui às mensagens, para com ele cooperar; reconhece-se a importância da vivência emocional no processo homeostático, no processo de saúde; a comunidade científica reconhece que a emoção molda o comportamento após avaliação cognitiva dos fenómenos. Por outro, temos profissionais com capacidades empáticas, maioritariamente os femininos e mais novos, que respondem às condições atrás enunciadas. Os meios existem, a necessidade está identificada; será que estamos perante os efeitos perversos do desenvolvimento, na política de saúde?

Ou será todo o contexto dos cuidados de saúde que se impõe, perante os comportamentos de ajuda? Mas a ser assim, não vão de encontro ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde: os cuidados devem ser individualizados e centrados nas necessidades do doente.

Tanto o acto médico quanto o acto de enfermagem são, acima de tudo actos humanos e, como tal não são isentos da probabilidade de ser

involuntariamente errados. Precisamos de profissionais humildes e, com a lucidez suficiente para pensarem, que saberem o que sabem é sempre tão pouco, que vale a pena aprender com os doentes para saber mais e fazer melhor. Os profissionais de saúde não se podem limitar à procura de respostas nas ciências, ditas, exactas mas também procurar respostas no âmbito das ciências humanas, porque é de humanos que procuram tratar.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aderman, D., & Berkowitz, L. (1970) – Observational set, empathy, and helping. “Journal of Personality and Social Psychology”, 14, 141-148.
- Anderson, D. T. (2000) – Empathy, attachment, mediation, and mental health. UMI PROQUEST Digital Dissertation.
 - Archer, R. L.; Diaz-Loving, R.; Gollwitzer, P. M.; Davis, M. H., & Foushee, H. C. (1981) – The role of dispositional empathy and social evaluation in the empathic mediation of helping. “Journal of Personality and Social Psychology”, 40, 786-796.
 - Arnold, E. & Boggs, K. (1999) – Interpersonal Relationships: professional communication skills for nurses. 3ª ed. Philadelphia: Ed. Saunders Company.
 - Antunes, M. J. (2000) – A doença da Saúde. Lisboa: Quetzal Editores.
 - Barnett, M. A. (1992) – Empatía y respuestas afines en los niños. In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
 - Barret, J. & May, T. (1997) – The patient’s perspective: a study of care and empathy in allied health professionals. UMI PROQUEST Digital Dissertation.

- Batson, C. D.; Duncan, B. D.; Ackerman, P., Buckley, T. & Birch, K. (1981) – Is empathic emotion a source of altruism motivation? “Journal of Personality and Social Psychology”, 40, 290-302.
- Batson, C. D.; O’Quin, K.; Fultz, J.; Vanderplas, M., & Isen, A. (1983) – Self reported distress and empathy and egoistic versus altruistic motivation for helping. “Journal of Personality and Social Psychology”, 45, 706-718.
- Batson, C. D.; Fultz, J. & Schoenrade, P. A. (1992) – Las reacciones emocionales de los adultos ante el malestar ajeno. In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Batson, C. D. (1992) – Medidas de la emoción empática mediante auto-informes. In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Bowlby, J. (1990) – Apego. 2ª ed., São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Brennan, P. F. (1997) – Effects of empathy on appraisal, coping and outcomes in informal caregivers. UMI PROQUEST Digital Dissertation.
- Brown, K. A. (1999) – The nurse, empathy, and patient satisfaction. UMI PROQUEST Digital Dissertation.
- Bryant, B. K. (1992) – Crítica de los métodos de cuestionários en uso para evaluar la empatía em muestras de niños y de adultos. In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.

- Bryant, M. (1991) – The effects of perceptual training on health care professionals' visio-spatial decoding skills and empathy skills. UMI PROQUEST Digital Dissertation.
- Burchard, P. (1992) - The relationships of four dimension of therapist empathy to two measures of the therapeutic alliance (transference). UMI PROQUEST Digital Dissertation.
- Carapinheiro, G. (1993) – Saberes e Poderes no hospital.. 2^a ed., Lisboa: Edições Afrontamento.
- Chabot, D. (2000) – Cultive a sua inteligência emocional. Lisboa: Editora Pergaminho.
- Changeux, J. P. & Ricouer, P. (2001) – O que nos faz pensar? Lisboa: Edições 70.
- Chlopan, B. E.; McCain, M. L.; Carbonell, J. L. & Hagen, R. L. (1985) – Empathy: Review of available measures. “Journal of Personality and Social Psychology”, 48, 635-653.
- Cialdini, R. B.; Schaller, M.; Houlihan, D.; Arps, K.; Fultz, J., & Bearman, A. (1987) – Empathy-based helping: Is it selflessly or selfishly motivated? “Journal of Personality and Social Psychology”, 52, 749-758.
- Coke, J. S.; Batson. C. D., & Macdavis, K. (1978) – Empathic mediation of helping: A two-stage model. “Journal of Personality and Social Psychology”, 36, 752-756.
- Corraliza, J. A. (1998) – Emoción y ambiente: In: Psicología ambiental. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.

- Damásio, A. R. (1995) – O Erro de Descartes. 9ª edição, Lisboa: Publicações Europa América, Lda.
- Damásio, A. R. (2000) – O sentimento de si. Lisboa: Publicações Europa América, Lda.
- Davis, M. H. (1983) – Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for Dimensional Approach. “Journal of personality and Social Psychology”, 1,113-126.
- Davis, M. H. (1996) – Empathy, a social psychological approach. United States of America: Westview Press.
- Deeny, K.; McGuigan, M. (1999) – The value of the nurse-patient relationship in the care of cancer patients. “Journal of Advanced Nursing”, 33, 45-47.
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (1992) – Cuestiones fundamentales en el estudio de la empatia In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Eisenberg, N.& Miller, P. (1992) – Empatía, simpatía y altruísmo: lazos empíricos y conceptuales. In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Fischer, H. (2001) – O primeiro sexo. Lisboa: Editorial Presença.
- Fonseca, A.L.P. (1999) – Desenvolvimento de Competências em Enfermagem, contributos da formação e da prática profissional, s. ed. Dissertação apresentada no âmbito do mestrado em ciências de enfermagem à Universidade Católica de Lisboa.

- Fortin, M. F. (1999) – O Processo de Investigação. Mem Martins: Lusociências.
- Gaetner, S. L. & Dovidio, J. F. (1997) – The subtlety of white racism, arousal and helping behavior. “Journal of Personality and Social Psychology, 35,691-707.
- Gaillard, J. P. (1995) – O médico do futuro. Lisboa: Artes gráficas.
- Gallagher, P. (1993) – Empathy and assertiveness training in a nursing home environment. UMI PROQUEST Digital Dissertation.
- Gameiro, M. H. (1999) – Sofrimento na doença.Coimbra: Quarteto editora.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993) – O inquérito, Teoria e Prática, 2ª ed. Lisboa: Celta Editora.
- Goleman, D. (1995) – Inteligência emocional. 4269ª ed., Lisboa: Sociedade Industrial Gráfica, Lda.
- Hall, E. T. (1986) – A Dimensão Oculta. Lisboa: Artes Gráficas.
- Harris, M. B. & Huang, L. C. (1973) – Helping and the attribution process. “Journal of Personality and Social Psychology”, 90, 291-297. UMI PROQUEST Digital Dissertation.
- Harris, J. E. (1995) – The relationships of pathient self-disclosure to perceived empathy, alienation, and health locus of control in HIV (Imune Deficiencia).
- Helman, C. G. (1994) – Cultura, Saúde e Doença. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Hoffman, M. L. (1992) – La aportacion de la empatia a la justicia y al juicio moral. In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Warner, R. (1992) – Relationships of nurses' empathy to patients' satisfaction with nursing care. UMI PROQUEST Digital Dissertation.
- Wispé, L. (1992) – Historia del concepto de empatia. In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Krebs, D. L. (1975) – Empathy and altruism. "Journal of Personality and Social Psychology", 32, 1134-1146.
- Jana, E. L. (1995) – Para uma Teoria do Corpo Humano. Lisboa: Instituto Piaget.
- Levay, S. (1999) – Sexualidade e cérebro. Lisboa: Instituto Piaget.
- Littlejohn, J. N. (1988) – Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana. Rio de Janeiro: Editora Guanabara S. A.
- Lopes, M. J. (1999) – Concepções de enfermagem e desenvolvimento socio-moral. Alguns dados e implicações. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Martin, D. & Boeck, K. (1999) – QE, O que é a Inteligência Emocional. 2ª ed. Lisboa: Editorial Pergaminho.
- Mehrabian, A. & Epstein, N. (1972) – A measure of emotional empathy. "Journal of Personality", 40, 525-543.

- Mehrabian, A.; Young, A. L. & Sato, S. (1988) – Emotional Empathy and associated individual differences. “Current Psychology: Research & Reviews”, 7, 221-240.
- Mehrabian, A. (1996) – Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES).
- Mehrabian, A. (1997b) – Relations among personality scales of aggression, violence and empathy: Validation evidence bearing on the Risk of Eruptive Violence Scale. “Aggressive behavior”.
- Mendes, J. M. G. (1995) – Ser Enfermeira. Contributos para o estudo da representação social dos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, s/ed. Dissertação apresentada no âmbito do 4º CPAE à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Lisboa.
- Mendes, J. M. G. (2000) – Factores Caracterizadores dos Modelos das Práticas de Enfermagem, s/ed. Dissertação apresentada no âmbito do mestrado em sociologia à Universidade de Évora.
- Lennon, R. & Eisenberg, N. (1992) – Diferencias de sexo y edad en empatía y simpatía. In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Motyka, M. P.; Motyka, H. & Wsolek, R. (1997) - Elements of psychology support in nursing care. “Journal of Advanced Nursing”, 5, 909-912.
- Piaget, J. (1975) – A Psicologia, 3ª ed. Lisboa: Livraria Bertrand.

- Odum, E. P. (1997) – Fundamentos de Ecologia, 5ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Orr, P. L. M. (1986) – A comparison of empathy levels in graduating associate and baccalaureate nursing students. UMI PROQUEST Digital Dissertation.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (1998) – Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. Lisboa: Editora Sílabo.
- Rebelo, M. T. S. (1996) – Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem, contributo para a análise das representações sociais. “Sinais Vitais”. 9 de Novembro.
- Ribeiro, J. L. P. (1998) – Psicologia e Saúde. Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Ribeiro, T. (1998) – História do Ensino da Medicina em Portugal. “Educação Médica”, vol.9, nº 3
- Rosnay, J. (1995) – O macroscópio, para uma visão global. Editora: Estratégias Criativas.
- Serrano, P. (2000) – Coração Independente. Lisboa:Relógio d'Água editores
- Soares, M. I. (1997) – Da blusa de brim à touca branca. Contributo para a história do ensino de enfermagem (1880-1950). Lisboa: Educa e Associação portuguesa dos enfermeiros.

- Strayer, J. (1992) – Perspectivas afectivas y cognitivas sobre la empatía. In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Strongman, K. T. (1998) – A psicologia da emoção. Lisboa: Climepsi Editores.
- Toy, M. & Batson, C. D. (1982) – More evidence that empathy is a source of altruistic motivation. "Journal of Personality and Social Psychology", 43, 281-292.
- Thompson, R. A. (1992) – Empatía e comprensión emocional: el desarrollo temprano de la empatía. In: La Empatía y su Desarrollo. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.