

Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio à vítima

Ana Inês Santos Prior

***Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio
à vítima***

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Porto, 2017

Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio à vítima

Ana Inês Santos Prior

***Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio
à vítima***

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Porto, 2017

Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio à vítima

***Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio
à vítima***

Dissertação apresentada à Universidade
Fernando Pessoa, como parte dos requisitos
para obtenção de Grau de Mestre em Psicologia
Clínica e da Saúde sob orientação da Prof^ª
Doutora Carla Fonte.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

*‘A verdadeira compaixão não significa
apenas sentir a dor de outra pessoa, mas ser
motivado a eliminá-la.’*

Daniel Goleman

Resumo

A saúde mental pode ser percebida como não sendo somente a ausência de doença mental, mas também como a presença de bem-estar, sendo um aspeto elementar da qualidade de vida (Keyes, 2006). A investigação efetuada à volta deste construto permite considerar que se trata de um estado de funcionamento pleno (Keyes, Dhingra & Simões, 2010). A operacionalização da saúde mental positiva sugerida por Keyes (2002) é consistente com as componentes que originam o conceito de saúde mental, formulado pela Organização Mundial de Saúde, nomeadamente o sentimento de bem-estar, o funcionamento individual eficiente e o funcionamento eficaz em comunidade (Westerhof & Keyes, 2010, citados por Machado & Bandeira, 2015).

Neste sentido, esta investigação procurou verificar a possibilidade da Inteligência Emocional se apresentar como um fator protetor da saúde mental dos técnicos de apoio à vítima, da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Esta investigação é composta por um total de 50 participantes, com idade média de 32,02 anos ($dp=11,415$), onde 94% são do sexo feminino e 6% do sexo masculino. Para recolha de dados foram utilizadas a Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong & Law (2002) e o Mental Health Continuum- Short Form: o continuum de saúde mental- versão reduzida (Keyes, 2002) versão portuguesa. No decorrer desta investigação foi perceptível que os níveis de inteligência emocional nesta amostra estão equilibrados, significando assim que a amostra apresenta bons resultados no que respeita a estas capacidades, bem como que a inteligência emocional está associada à saúde mental dos/as técnicos/as. Esta afirmação é evidenciada pelos resultados, na medida em que o bem-estar emocional, bem-estar social e o bem-estar psicológico da amostra aumenta, em função do aumento das capacidades em avaliar as próprias emoções, avaliar as emoções nos outros, usar as emoções e regular as emoções.

Globalmente os resultados permitem identificar uma associação positiva e significativa entre a inteligência emocional e a saúde mental dos técnicos/as de apoio à vítima, evidenciando assim que o bem-estar aumenta conforme a sua relação com as devidas dimensões da inteligência emocional e, ainda, permitem-nos considerar este conjunto de participantes como emocionalmente inteligentes. Os sujeitos que apresentem maiores níveis de inteligência emocional, apresentam maior capacidade em regular as suas

emoções de forma adaptativa e funcional, mesmo quando inseridos em situações que dificultam esta regulação. Assim, ao ser condicionada a regulação emocional, esta vai influenciar o bem-estar (Mendes, 2014). Os dados obtidos permitem-nos assim considerar a inteligência emocional como um fator protetor da saúde mental.

Palavras-chave: fadiga de compaixão, inteligência emocional, saúde mental, bem-estar emocional, bem-estar psicológico, bem-estar social.

Abstract

Mental health can be perceived as being not only the absence of mental illness, but also as the presence of well-being, being an elemental aspect of quality of life (Keyes, 2006). The investigation carried out around this construct allows to consider that this is a state of full operation (Keyes, Dhingra & Simões, 2010). The operationalization of positive mental health suggested by Keyes (2002) is consistent with the components that give rise to the concept of mental health formulated by the World Health Organization, namely the feeling of well-being, efficient individual functioning and effective functioning in community (Westerhof & Keyes, 2010, cited by Machado & Bandeira, 2015). In this regard, this investigation sought to verify the possibility of Emotional Intelligence being presented as a protective factor of the mental health of the support technicians to the victim of the *Associação Portuguesa de Apoio à Vítima*. This research is composed of a total of 50 participants, with a mean age of 32.02 years ($SD = 11,415$), where 94% are female and 6% are male.

The Portuguese Version of the Wong & Law Emotional Intelligence Scale (2002) and the Mental Health Continuum - Short Form: the mental health continuum - reduced version, were used for data collection. During this investigation, it was perceptible that the levels of emotional intelligence in this sample are balanced, meaning that the sample shows good results in relation to these abilities, as well as that emotional intelligence is associated with the mental health of the technicians. This is evidenced by the results, as the emotional well-being, social well-being and psychological well-being of the sample increases, as a result of the increase of the abilities to evaluate one's own emotions, to evaluate emotions in others and to use and regulate emotions.

Overall, the results allow us to identify a positive and significant association between emotional intelligence and the mental health of the victim support technicians, thus showing that well-being increases according to its relation with the appropriate dimensions of emotional intelligence, allowing us to consider this set of participants as emotionally intelligent. Subjects with higher levels of emotional intelligence have a greater ability to regulate their emotions in an adaptive and functional way, even when inserted in situations that make this regulation difficult., when emotional regulation is conditioned, it will influence well-being (Mendes, 2014). The obtained data allow us to consider emotional intelligence as a protective factor of mental health.

Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio à vítima

Key-words: compassion fatigue, emotional intelligence, mental health, emotional well-being, psychological well-being, social well-being.

Agradecimentos

‘A vida, no que tem de melhor, é um processo que flui, que se altera e onde nada está fixado.’ Carl Rogers in Tornar-se Pessoa

E por falar em vida, esta é sem dúvida o culminar de uma etapa muito importante na minha vida pessoal e profissional. E como não poderia deixar de ser, a conquista desta meta tão significativa não teria sido exequível nem tão especial se não me fizesse de acompanhar de ‘pessoas-luz’ no meu dia-a-dia.

Antes de mais, gostaria de agradecer especialmente à orientadora desta investigação, a Professora Doutora Carla Fonte, pela sua motivação em conduzir este estudo, pela sua paciência e atenção, pelo profissionalismo e rigor, pela disponibilidade, pelos conhecimentos transmitidos. Foi uma caminhada com muita energia positiva e com confiança que me permitiram crescer e continuar encorajando-me a fazer sempre mais e melhor. Um muito obrigado por toda a partilha e por me ter acompanhado neste projeto.

Quero indubitavelmente agradecer aos meus pais para quem um obrigada dantesco é pouco. Sem vocês, sem a vossa dedicação, sem a vossa proteção, sem a vossa perseverança, sem o vosso esforço e sem o vosso apoio nada disto se concretizaria. Se por vezes me levam a questionar e a ponderar continuar, sei que é para que eu encontre melhores respostas e para que continue com mais garra e empenho. Ensinarão-me que as adversidades são facilmente superáveis, basta não desistir. A vida não é fácil, e é pela forma que superam os desafios que esta acarreta que eu vos considero os melhores exemplos a seguir. São e serão para sempre, o meu porto-seguro. Obrigada pelo vosso amor, pois sei que é por amor que me permitem sonhar e concretizar. Obrigada mais uma vez, as palavras serão sempre poucas. São e serão o meu maior orgulho, sempre. Amo-vos.

Agradeço...

À minha náná, não há longe que não se faça perto, pois estás sempre presente nos meus momentos. És um grande exemplo de força de vontade que terei sempre em mente. Obrigada por representares tão bem o papel de irmã mais velha. Amo-te.

À minha Quel, amiga, companheira, conselheira, de sempre e para sempre, que nunca hesitou em estar presente nesta caminhada e em ajudar no necessário. Obrigada por me acompanhares na vida.

A todos os que me acompanharam nestes cinco anos de formação, agradeço especialmente a quem em mim depositou a sua confiança e a sua amizade. Agradeço a quem direta ou indiretamente me auxiliou na concretização desta etapa. Estou certa de que tenho comigo pessoas muito especiais.

Gostaria também de agradecer à APAV e a todos os participantes desta investigação, com um carinho especial para o Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra, onde conheci pessoas excelentes que me acompanharam durante meses, a quem agradeço pela motivação e pelo interesse demonstrados por este projeto e pelos bons momentos passados.

Por fim, um agradecimento a quem passa pela minha história para me ajudar a crescer e a viver, a quem partilha comigo a amizade, o amor, a felicidade, a quem caminha comigo, à minha família, aos meus amigos.

Obrigada!

Índice

Resumo.....	VIII
Abstract.....	X
Agradecimentos.....	XII
Índice de Tabelas.....	XVII
 Introdução.....	 1

PARTE I- Enquadramento Teórico

Capítulo I- Inteligência Emocional e modelos da Inteligência Emocional

1.1. - Inteligência emocional.....	4
1.2. - Modelo de Habilidades de Mayer & Salovey e Modelo Misto de Daniel Goleman.....	4
1.3. - Síntese Integrativa.....	12

Capítulo II- Saúde Mental e Bem-Estar

2.1. - Saúde Mental.....	12
2.2. - Bem-Estar.....	16
2.2.1. - Bem-estar Emocional/Subjetivo.....	18
2.2.2. - Bem-estar psicológico.....	20
2.2.3. -Bem-estar social.....	22

2.3. - Síntese integrativa.....	25
---------------------------------	----

Capítulo III- Saúde Mental e Inteligência Emocional

3.1. - Relação entre Saúde Mental, Bem-Estar e Inteligência Emocional.....	26
3.2. - Definição de Técnico/a de Apoio à Vítima.....	29
3.3. - Riscos Psicossociais de ser técnico/a de apoio à vítima.....	29
3.4. - Síntese Integrativa.....	32

PARTE II- Estudo Empírico

Capítulo 4- Caracterização da inteligência emocional e da saúde mental nos/as técnicos/as de apoio à vítima

4.1. - Objetivos da investigação.....	36
4.2. - Método	
4.2.1. -Amostra.....	37
4.2.2. - Instrumentos.....	39
4.2.2.1. - Questionário sociodemográfico.....	39
4.2.2.2-Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de <i>Wong e Law</i> (2002)- <i>WLEIS-P</i>	39
4.2.2.3- <i>Mental Health Continuum- short form: O continuum</i> de saúde mental- versão reduzida (adultos)- <i>MHC-SF</i>	40
4.3. - Procedimento.....	42
4.4. - Apresentação e análise dos resultados.....	43
4.5. - Discussão de Resultados.....	52
4.6. - Conclusão.....	61

Referências	64
Anexos	73
Declaração de Assentimento	74
Questionário Sociodemográfico	75
Continuum de Saúde Mental- versão reduzida (Adultos)- MHC-SF	76
Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de <i>Wong e Law</i> (2002)- WLEIS-P	77
Pedido de Colaboração efetuado à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.....	78
Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa	79

Índice de Tabelas

Tabela 1. Competências emocionais propostas por Goleman	10
Tabela 2. Componentes do bem-estar psicológico, adaptado de Ryff, 2013.....	21
Tabela 3. Distribuição da amostra quanto ao estado civil.....	38
Tabela 4. Distribuição da amostra quanto à questão ‘Tem Filhos?’	38
Tabela 5. Distribuição da amostra quanto à ‘Área de Formação Profissional’	38
Tabela 6. Distribuição da amostra quanto à questão ‘Tem outra atividade profissional?’	38
Tabela 7. Distribuição da amostra quanto ao ‘Tempo de experiência como técnico/a de apoio à vítima’	38
Tabela 8. Distribuição da amostra quanto à ‘Situação Profissional’	39
Tabela 9. Estatísticas de confiabilidade da Escala de Inteligência Emocional de <i>Wong e Law</i> (2002), versão portuguesa- <i>WLEIS-P</i>	40
Tabela 10. Estatísticas de confiabilidade do <i>Mental Health Continuum- short form: O continuum</i> de saúde mental- versão reduzida (adultos), versão portuguesa- <i>MHC-SF</i>	42
Tabela 11. Estatísticas descritivas referentes à Escala de Inteligência Emocional de <i>Wong e Law</i> (2002), versão portuguesa- <i>WLEIS-P</i>	44
Tabela 12. Estatísticas descritivas referentes ao <i>Mental Health Continuum- short form: O continuum</i> de saúde mental- versão reduzida (adultos), versão portuguesa – <i>MHC-SF</i>	44
Tabela 13. Resultados do teste de Correlação de Spearman para associação entre as quatro dimensões da Inteligência Emocional e as três dimensões de Bem-estar relativas à Saúde Mental	48

Tabela 14. Resultados referentes ao teste de diferenças de Kruskal-Wallis entre o tempo de experiência enquanto técnico/a de apoio à vítima e as dimensões de Bem-estar relativas à Saúde Mental Positiva 49

Tabela 15. Resultados referentes ao teste de diferenças de Kruskal-Wallis entre o tempo de experiência enquanto técnico/a de apoio à vítima e as dimensões da inteligência emocional..... 50

Tabela 16. Resultados referentes ao teste de diferenças de *Kruskal-Wallis* entre o nível de habilitação académica dos participantes e as dimensões da inteligência emocional..... 51

Introdução

A gestão das emoções é, inegavelmente, uma habilidade necessária em profissionais que contactam com pessoas vítimas de crime ou em sofrimento e onde se sinta uma profunda preocupação com o outro. Este fenómeno ocorre quando se estabelece uma relação de empatia, ficando-se assim exposto ao sofrimento do outro e ao que o martiriza (McKim & Smith-Adcock, 2014). Esta exposição poderá ser maléfica para o profissional quando este não possui as capacidades de autorregulação necessárias para gerir a relação de forma saudável. Assim, profissionais que estejam ligados a serviços de apoio a clientes, principalmente no apoio a vítimas de crime, apresentam maior propensão a sofrer de depressão por simpatia (Goleman, 2012; King & Pennebaker 1998, citados por Ryan & Deci, 2001). Estes autores sugerem nos seus estudos que, suprimir ou negar emoções é, claramente, um fator que influencia negativamente a saúde mental, isto porque ambos os constructos, emoções e bem-estar, se relacionam.

O estudo da saúde mental revela-se necessário, na medida em que parte da sua definição ainda se encontra extremamente vinculada à noção de doença mental, ou seja, a literatura na área descreve-nos o conceito de saúde mental como ausência de doença mental, muito de acordo com o modelo biomédico, negligenciando os aspetos emocionais, psicológicos e sociais que definem o conceito de saúde mental positiva e que contribuem para a construção do conceito (Keyes, 2002,2006; Keyes, Dhingra & Simões, 2010; Lamers,Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011). Assim, o estudo deste conceito torna-se essencial para a imposição da saúde mental positiva (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Inteligência emocional, bem-estar e saúde mental: um estudo com técnicos de apoio à vítima apresenta-se como uma investigação cujo objetivo geral consiste em verificar os níveis de saúde mental e de inteligência emocional dos técnicos de apoio à vítima procurando, também, analisar a sua potencialidade como fator de proteção para a saúde mental dos mesmos. Esta investigação resulta da necessidade e importância de ter em consideração os fatores que influenciam o bem-estar dos técnicos de apoio à vítima, uma vez que estes estão em permanente contacto com vítimas de traumas.

Na primeira parte desta dissertação é apresentada por quatro capítulos que caracterizam o que é a inteligência emocional e modelos que esta envolve, o que é a saúde mental e respetivas dimensões de bem-estar; o que a literatura revela sobre a relação entre

inteligência emocional e a saúde mental e a probabilidade de estas se associarem positivamente e, ainda, uma breve noção do que é um/a técnico/a de apoio à vítima e no que consiste o seu trabalho. A segunda parte refere-se ao estudo empírico sendo composto por um capítulo que foca o processo de investigação e análise estatística, a discussão dos resultados e a conclusão, sendo aqui expostas todas as informações consideradas pertinentes para este estudo.

Parte I
Enquadramento Concetual

Capítulo 1. Inteligência Emocional e modelos da Inteligência Emocional

1.1- Inteligência emocional

No campo da psicologia, Thorndike (1920), um psicólogo influente na área da inteligência, propôs que um sujeito possui vários tipos de inteligência sendo uma delas a Inteligência Social que se caracteriza pela capacidade do indivíduo em gerir e compreender o outro como forma de criar relações interpessoais sustentáveis atuando de forma sábia nas relações com os outros (Goleman, 2012). Este autor defendeu que as raízes do termo Inteligência Emocional (IE¹) se situavam nesse conceito, sendo considerada uma vertente da mesma que envolvia as competências para perceber, expressar, compreender e gerir as emoções, quer em si quer nos outros. Assim, conforme a literatura refere terá sido Thorndike que ao aprofundar o estudo de outros tipos de inteligência, pavimentou o caminho que veio a permitir aos atuais especialistas na área da inteligência emocional explorar este construto (Mayer, 1999 citado por Stys & Brown, 2004).

O termo Inteligência Emocional foi formalmente definido pela primeira vez por Peter Salovey e John Mayer na década de 90. Inicialmente, estes autores, propuseram a IE como sendo uma forma de inteligência social que abrangia a habilidade de monitorar as emoções e os sentimentos em si e nos outros, de forma a utilizar essas informações para orientar o pensamento e o comportamento, desde então desenvolveram a sua investigação por forma a gerar uma construção mais coerente do que é efetivamente a inteligência emocional. Nessa mesma década, o termo Inteligência Emocional foi popularizado graças a Daniel Goleman, que ao inspirar-se na investigação de Mayer e Salovey, lançou-se também ele na investigação na área da IE e foi assim que surgiu a sua primeira obra nesta matéria “*Emotional intelligence*” publicado em 1995, onde relacionou a inteligência emocional com várias situações do quotidiano e acontecimentos de vida (Stys & Brown, 2004; Woycieskoski & Hutz, 2009).

1.2- Modelo de Habilidades de Mayer & Salovey e Modelo Misto de Daniel Goleman

A publicação do livro supramencionado, gerou uma popularização e expansão do termo inteligência emocional e, conseqüentemente, da sua definição uma vez que apresentava uma nova perspetiva incluindo traços de personalidade na sua construção. Surgiu assim

¹ Sigla que irá descrever Inteligência Emocional.

a controvérsia intermodal, com a criação de vários modelos de definição, nomeadamente: o Modelo de Habilidades e o Modelo Misto. O primeiro foca na aptidão cognitiva para processar informação emocional/afetiva e o segundo conceitualiza a inteligência emocional como um constructo diversificado que inclui traços de personalidade e a capacidade para assimilar, perceber, compreender e gerir as emoções bem como aspetos motivacionais e disposição afetiva (e.g. autoconceito, empatia) sendo estes processos que contribuem para um funcionamento adaptativo do sujeito perante o meio envolvente (Mayer, 1999; Goleman, 2000; citados por Stys & Brown, 2004).

Em 1990, Peter Salovey e John Mayer, publicaram um artigo seminal denominado "Inteligência emocional", que representou a declaração mais influente da teoria da inteligência emocional. O Modelo de Habilidades defendido por Mayer e Salovey (1990), apresenta a conceção de inteligência emocional como sendo um novo tipo de inteligência que envolve a capacidade de monitorar, em si e nos outros, sentimentos e emoções, utilizando a informação advinda desses processos para guiar o seu pensamento e comportamento. A inteligência emocional pode ser definida como a capacidade de processar informações emocionais com precisão e eficiência, incluindo a informação relevante para o reconhecimento, construção e regulação da emoção (Mayer & Salovey, 1995). Os autores propõem que a inteligência emocional é composta por uma área experiencial onde se verifica a capacidade para perceber, responder e manipular informações emocionais sem necessariamente compreendê-las e, por uma área estratégica que revela a capacidade de entender e gerir as emoções sem ter de entender bem os sentimentos ou experienciá-los completamente. Cada área é, ainda, subdividida em processos psicológicos básicos e processos psicológicos complexos que integram a emoção e a cognição (Stys & Brown, 2004). Para Salovey e Mayer (1990), a IE marca a interseção entre duas componentes fundamentais da personalidade, nomeadamente a componente emocional e a componente cognitiva. A inteligência é normalmente associada aos padrões de desempenho cognitivo de um sujeito, contudo torna-se muito importante ter em consideração os padrões de desempenho emocional uma vez que estes padrões se associam entre si (Mayer & Salovey, 1995).

Surgindo então a necessidade de distinguir as habilidades de inteligência emocional de traços de personalidade, Salovey e Mayer desenvolveram um modelo com ênfase cognitiva, concentrando-se em aptidões mentais específicas para reconhecer e organizar

emoções (por exemplo, saber o que alguém está a sentir é uma aptidão mental, enquanto ser extrovertido é um comportamento) (Mayer & Salovey, 1995).

A perspetiva de Mayer e Salovey (1997 citados por Stys & Brown, 2004), foca um modelo de habilidades que defende que a inteligência emocional engloba quatro competências, nomeadamente:

- Competência para a perceção, avaliação e expressão de emoções: que é a habilidade para se consciencializar das suas emoções e expressá-las corretamente, bem como as suas necessidades emocionais, sendo também capaz de perceber, avaliar e identificar a expressão de emoções nos outros;
- Competência para gerar e aceder a sentimentos que facilitem as atividades cognitivas: que consiste numa assimilação emocional onde importa ser capaz de distinguir entre as diferentes emoções e identificar aquelas que estão a influenciar o seu processamento cognitivo e as suas ações;
- Competência para compreender e analisar informação emocional: que consiste numa compreensão emocional quer de emoções básicas quer de emoções complexas e reconhecer quando se dá a transição de uma emoção para outra;
- Capacidade para regular emoções para promover o desenvolvimento e o bem-estar emocional e intelectual: reflete-se na habilidade em se ligar ou desligar de emoções, conforme a sua utilidade no contexto em que o indivíduo se insere.

Conforme Mayer, Salovey e Caruso afirmaram (2002, citados por Queros & Neri, 2005), a inteligência emocional pode ser considerada como a capacidade de conhecer e entender informações emocionais, o que lhe pode conferir um carácter de aptidão cognitiva podendo, deste modo, ser vista como a capacidade de reconhecer significados e de utilizar esse conhecimento quer para racionalizar as respostas perante os problemas quer no processamento adaptativo de informações emocionais.

Numa outra perspetiva, considera-se a inteligência emocional como um conjunto de habilidades não cognitivas relacionada com a assertividade e controlo de impulsos, podendo ser, desta forma, considerada como um traço de personalidade surgindo assim o modelo misto, onde podemos inserir o Modelo Misto de Goleman, que constrói o conceito de Inteligência Emocional com base em dois aspetos importantes: a habilidade

mental e traços de personalidade. Goleman (2001, citado por Stys & Brown, 2004) propôs este modelo focando-se no desempenho do indivíduo, integrando habilidades e os traços de personalidade e verificando os seus efeitos, principalmente, em contexto laboral. Este autor, na sua perspetiva procurou adotar uma visão mais ampla da inteligência procurando reinventá-la dentro daquilo que considera ser o necessário para se ter êxito na vida, afirmando a importância da inteligência emocional (Goleman, 2012), tendo incorporado na sua definição básica de inteligência emocional, cinco domínios principais:

- Conhecer as próprias emoções: autoconsciência - o reconhecer um sentimento quando este ocorre, considerando como um aspeto base fundamental na inteligência emocional na medida em que se caracteriza numa capacidade de controlar as sensações facilitando uma introspeção psicológica e o autoconhecimento. A falta desta capacidade pode levar a que os indivíduos se deixem envolver demasiado, permitindo que as emoções tenham um forte controlo sobre si;
- Gerir as emoções: através do autoconhecimento é possível controlar e lidar com as emoções e as sensações que estas proporcionam na medida em que podemos ser capazes de nos tranquilizar gerindo os sentimentos bons e maus, o que é fundamental para o nosso bem-estar emocional;
- Motivar-nos a nós mesmos: consiste numa capacidade de mobilizar as emoções em prol de um objetivo, o que se torna essencial para a automotivação e para a criatividade, podendo ser igualmente considerada um autocontrolo emocional que interfere nas realizações pessoais de cada indivíduo;
- Reconhecer as emoções dos outros: mais propriamente a capacidade de empatizar, que nasce da autoconsciência. Nesta Goleman considera que pessoas empáticas apresentam uma maior sensibilidade perante o que o outro necessita ou deseja;
- Gerir relações interpessoais: esta capacidade pode ser interpretada como sendo a habilidade para gerir as emoções nos outros tornando o indivíduo competente a nível social criando relações coesas e de confiança, com capacidade para a liderança e bem-sucedido na interação com terceiros.

Goleman (2012) defende que a inteligência emocional é uma atuação que integra capacidades individuais e traços de personalidade, representando um dado objetivo que inclui disposições individuais relativamente à personalidade, ao afeto e, também, a aspetos cognitivos e motivacionais responsáveis pela perceção, assimilação, compreensão e regulação das emoções. Este autor acrescenta ainda que a inteligência emocional engloba a capacidade que a pessoa tem de se automotivar e persistir perante situações que provocam frustração, a capacidade de controlar impulsos, de regular o seu estado de espírito, controlar a interferência de uma emoção com o seu pensamento, capacidade de ser empático e de ter esperança. Menciona assim competências necessárias para o desempenho afetivo, especificando cinco que considera fundamentais no contexto laboral, estendendo-se também a outros contextos onde o indivíduo se insere, nomeadamente:

- Autoconsciência emocional: compreendida como a facilidade em lidar com as próprias emoções para que seja capaz de as identificar, nomeá-las e reconhecê-las. Traduz na capacidade em ler as emoções e perceber a sua influência nas próprias decisões e pensamentos. É a aptidão para saber o que se sente no exato momento e utilizar essa informação no processo de resolução de problemas e tomada de decisão, com base numa avaliação conscienciosa das próprias capacidades. Pode-se revelar uma alavanca para a autoconfiança;

- Autocontrolo: compreendida como a facilidade em administrar os seus impulsos, bem como os seus sentimentos, pensamentos e comportamentos. Consiste num controlo adaptativo e funcional das emoções e das reações de acordo com o contexto onde o sujeito se insere e as circunstâncias. Inclui o saber gerir as emoções de modo a facilitarem as tarefas, e, também incluindo as características da autoconsciência emocional, permitindo assim a conquista de objetivos, tornando-se fundamental para recuperar de uma depressão emocional;

- Motivação: compreendida como a facilidade em planear a própria vida, de forma a lidar com possíveis adversidades que surjam no seu percurso, acreditar, persistir e manter uma postura positiva de forma a propiciar a concretização de metas futuras e objetivos. Incide na utilização dos recursos e preferências dos sujeitos, guiando-os e permitindo que estes avancem na conquista dos seus objetivos e metas pessoais, sociais, profissionais, agindo como uma alavanca para a tomada de iniciativa, para tornar os

sujeitos eficientes e capazes de continuar mesmo enfrentando contrariedades e frustrações;

- Empatia: esta componente permite aos sujeitos perceberem o que as pessoas sentem, tornarem-se capazes de tomar a perspectiva destes e relacionar-se, criando ligações saudáveis e verdadeiras que revelem sintonia com uma grande diversidade de pessoas;

- Competências sociais: esta componente permite aos sujeitos regular e gerir bem as emoções, quer as suas quer as dos outros, nas ligações que cria e ser capaz de entender e ler com precisão as situações sociais e as redes. Permite ainda que estes sejam capazes de interagir com harmonia. Estas competências podem ser úteis uma vez que permite aos sujeitos persuadir, liderar, resolver situações, permitindo uma cooperação, por exemplo, num grupo em contexto de trabalho.

Goleman (2012) defende que as competências emocionais não são inatas e sim habilidades aprendidas que exigem treino e dedicação de forma a serem trabalhadas e desenvolvidas para alcançar um desempenho excelente. O autor defende que um indivíduo nasce com inteligência emocional geral que determina o seu potencial para aprender e desenvolver as devidas competências emocionais, contudo esta pode ser aprimorada ao longo da vida.

Estes processos são fundamentais para o funcionamento adaptativo do indivíduo perante o meio onde se envolve, na medida em que este autor destacou no enquadramento da inteligência emocional as relações e as experiências quotidianas dos sujeitos, considerando que estas influenciam a capacidade para a gestão de conflito e resolução de problemas (Goleman, & Rhee, 2000; Petrides & Furnham, 2003; Tett, Fox, & Wang, 2005, citados por Woyciekoski & Hutz, 2009).

Posto isto, o autor veio afirmar a inteligência emocional como a capacidade de conhecer os próprios sentimentos e reconhecê-los nos outros, bem como a capacidade do sujeito para se automotivar e para gerir as suas emoções em diversos contextos, principalmente nos interpessoal e intrapessoal, incluindo-lhe competências emocionais como a empatia – já supramencionada – compreendida como a facilidade em identificar emoções, desejos, intenções, problemas, motivos e interesses dos outros, através da leitura e compreensão do seu comportamento não-verbal (expressão facial, postura corporal, tom de voz) e a sociabilidade – compreendida como a facilidade em se relacionar e preservar

amizades, ser aceite pelos outros, valorizar as relações sociais, adaptar-se a novas situações, liderar e orientar ações dos outros (Queroz & Neri, 2005).

Goleman sugere que é a inteligência emocional que determinará a longo prazo a capacidade e apetência para o sucesso (ou a incapacidade, o que por sua vez levará ao fracasso) das relações interpessoais do indivíduo e das suas experiências de vida (Woyciekoski & Hutz, 2009).

Recentemente este autor sugeriu que as competências e as construções agregadas à inteligência emocional se definem em dois domínios: o reconhecimento e a regulação das emoções em si e nos outros (Quadro 1), na medida em que tem de haver uma consciência da emoção e uma compreensão do processo de ‘emoção *versus* razão’ e, também, o processo do ‘eu *versus* o outro’, levando ao surgimento de quatro domínios fundamentais: consciência das emoções em si; consciência das emoções nos outros; gestão de emoções em si e gestão de emoções nos outros (Stys & Brown, 2004; Zeidner, Matthews & Roberts, 2004).

Tabela 1. Competências emocionais propostas por Goleman

	Eu	Outro
	Competência Pessoal	Competência Social
Reconhecimento	Autoconhecimento Autoconsciência emocional Autoavaliação precisa Autoconfiança	Conhecimento social Empatia Consciência organizacional
Regulação	Autocontrolo Confiabilidade Conscientização Realização pessoal Iniciativa para a mudança	Regulação de emoções Gestão de conflitos Influencia Comunicação Liderança Promotor de mudança e desenvolvimento dos outros

Perante esta intrusão, Mayer e Salovey (1997) procederam a uma revisão e redefinição do seu conceito de inteligência emocional, propondo assim um modelo com quatro dimensões que passaria a explicar o processamento de informações emocionais, nomeadamente:

- A capacidade para perceber, avaliar e expressar emoções;
- A capacidade de perceber e/ou gerar emoções para facilitar o pensamento, a resolução de problemas e a criatividade;
- Capacidade de compreensão das emoções;
- Capacidade de controlar emoções para promover um crescimento emocional e intelectual (Mayer & Salovey, 1997 citados por Woyciekoski & Hutz, 2009).

Importa frisar que existem diferenças de umas pessoas para outras no que respeita a estes domínios e que possíveis lapsos nestas aptidões emocionais podem ser revertidos na medida em que se considera que estas são habilidades aprendidas passíveis de ser melhoradas e trabalhadas (Goleman, 2012). Quando se fala em inteligência emocional importa perceber que estamos perante um construto relativamente recente que se caracteriza pela existência de uma multiplicidade de perspetivas que tornam muito difícil a definição de um só conceito que as abranja a todas (Mayer, Salovey & Caruso, 2008; Zneider, Matthews & Roberts, 2004; citados por Rodrigues, Rebelo & Coelho, 2011). Esta diversidade concetual reflete-se nas ferramentas existentes de medição da inteligência emocional, onde por um lado existem testes objetivos e de desempenho que são mais requisitados e adequados para a abordagem do modelo de habilidade de processamento de emoções e, por outro lado, nos modelos mistos é mais frequente a utilização de escalas de autorrelato que são projetadas para avaliar crenças e perceções dos sujeitos sobre as suas competências e domínios específicos (Salovey, Woolery & Mayer, 2011; citados por Zneider, Matthews e Roberts, 2004), como é o caso da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) -*WLEIS-P*, que utilizámos no estudo empírico.

1.3. Síntese Integrativa

Os modelos conceituais sobre a inteligência emocional mais frequentes na literatura são o modelo de Salovey & Mayer (Mayer & Salovey, 1997) e o modelo misto de Goleman (1998). Estes revelaram as implicações da inteligência emocional sobre a saúde mental, relacionamentos, auto-motivação, adaptabilidade e resolução de problemas, sugerindo que sem essas capacidades ou componentes os indivíduos não se apresentam emocionalmente inteligentes (Shabani, Hassan, Ahmad & Baba, 2010).

A inteligência emocional pode ser definida como a capacidade de processar informações emocionais com precisão e eficiência, informações essas, que são relevantes para o reconhecimento, construção e regulação das emoções em si mesmo e nos outros (Salovey & Mayer, 1990, citados por Woyciekoski & Hutz, 2009).

Apesar de ser um conceito recente, a inteligência emocional tem-se revelado importante, apresentando um papel preditivo de adequação e bem-estar em diferentes contextos de vida (Mayer, Roberts, & Barsade, 2008, citados por Extremera, Ruiz-Aranda, Pineda-Galán, & Salguero, 2011). Assim, o próximo capítulo aborda a noção de saúde mental e de bem-estar.

Capítulo 2. Saúde mental e Bem-estar

2.1 Saúde Mental

A definição de Saúde Mental (SM²), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS³), *refere que esta não é apenas a ausência de doença mental, sendo definida como um estado de bem-estar onde cada indivíduo tem consciência do seu próprio potencial, lidando normalmente com acontecimentos indutores de stress da vida, trabalhando produtivamente e sendo capaz para contribuir para a sua comunidade* (Figueira et al., 2014, pág.). Os três componentes principais desta definição são (1) o bem-estar, (2) o funcionamento efetivo de um indivíduo e (3) o funcionamento efetivo de uma comunidade (World Health Organization 2005, citado por Westerhof & Keyes, 2009).

A saúde mental foi definida, há relativamente 50 anos, como a ausência de psicopatologias, contudo o desejo crescente em prevenir a doença e promover a saúde

² Sigla descritiva para Saúde Mental

³ Sigla descritiva para Organização Mundial de Saúde

evidenciou a necessidade de regresso às medidas que diferenciasssem o nível de saúde mental dos sujeitos, em vez de se avaliar apenas a presença ou a ausência de psicopatologia (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). A investigação na área tem demonstrado que a saúde mental não inclui apenas a ausência de doença mental, mas também a presença de algo positivo, designado de saúde mental positiva (Keyes, 2002; 2005; 2006, citado por Keyes, Dhingra & Simoes, 2010). A saúde mental positiva é defendida como sendo uma síndrome de sintomas de sentimentos positivos e funcionamento positivo, operacionalizada através de medidas de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, lida com o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva (Keyes, 2002; 2005; 2007; Keyes & Shapiro, 2004) e frutífera (WHO, 2005), estabelece relações positivas com outros indivíduos (Keyes, 2002; 2005; 2007; Keyes & Shapiro, 2004) e é capaz de dar um contributo a si ou à sua comunidade (WHO, 2005).

Podem-se apontar como sendo as componentes principais e fundamentais da saúde mental positiva, os sentimentos de felicidade e satisfação com a vida, que se inserem no bem-estar emocional, o funcionamento individual positivo em termos de autorrealização, que se encaixa no bem-estar psicológico e o funcionamento social positivo em termos de valorização social, aspeto inserido no bem-estar social (Westerhof & Keyes, 2009). O modelo de saúde mental proposto por Keyes (2005, citado por Lamers et al., 2011), refere que a saúde mental positiva está relacionada com a doença mental sendo, no entanto, diferente pois um sujeito pode apresentar sintomas psicopatológicos, o que lhe permite uma maior chance de experimentar níveis baixos de bem-estar, poucas emoções positivas, baixa satisfação com a vida ou menor funcionamento na vida individual ou social. No entanto, esta relação não se torna perfeita pois o sujeito pode, de facto, apresentar uma doença mental e paralelamente uma saúde mental positiva relativamente alta. E, por outro lado, a ausência de psicopatologia não é um critério suficiente para garantir que um indivíduo viva uma vida produtiva com um funcionamento equilibrado e adequado (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster & Keyes, 2011).

Um dos grandes impulsionadores deste constructo, Corey Keyes, defende que o conceito de saúde mental poder ser concetualizado em dois estados: *languishing*, no qual o estado de saúde mental do indivíduo reflete que este não está bem emocionalmente o que interfere no seu funcionamento e o estado de *flourishing*, que se caracteriza pela combinação entre bem-estar emocional e funcionamento positivo

(Matos et al., 2010). Para este autor, o conceito de saúde mental reflete um estado no qual os sujeitos estão em *flourishing* e onde há ausência de psicopatologia e altos níveis de bem-estar e a sua operacionalização acaba por ser consistente com a maioria dos componentes que a definição de saúde mental proposta pela Organização Mundial de Saúde integra, nomeadamente: sentimento de bem-estar, funcionamento individual eficaz e funcionamento eficaz numa comunidade (Westerhof & Keyes, 2009).

Assim, a saúde mental pode ser avaliada por três realidades concretamente, o estado de *flourishing* de saúde mental em que as pessoas estão livres de transtornos mentais e apresentam altos níveis de bem-estar emocional, psicológico e social. O estado de *languishing*, que é uma condição de vazio em que os indivíduos são desprovidos de bem-estar emocional, psicológico e social, mas não estão mentalmente doentes. E, saúde mental moderada, onde os sujeitos não estão deprimidos ou em *languishing*, no entanto não atingiram o nível de *flourishing* na vida (Keyes, 2006).

Keyes (2002, 2004, 2005a), em estudos que conduziu relativamente à saúde mental em população nos EUA, revelou que poucos adultos com idades compreendidas entre os 25 e 74 anos, são verdadeiramente mentalmente saudáveis (ou seja, pouco menos de 20% estavam estado *flourishing*), que se traduz numa maior proatividade, neste caso relativamente ao contexto laboral uma vez que os indivíduos mentalmente saudáveis perderam menos dias do trabalho, tornaram-se mais produtivos no trabalho, revelaram menos limitações de saúde nas atividades da vida diárias e apresentavam menor risco de desenvolver doenças físicas crónicas (Keyes, 2006). Conclusões que permitem considerar o estado de *flourishing* como uma combinação de bem-estar emocional e funcionamento positivo na vida, que se reflete no bem-estar psicológico e no bem-estar social (Keyes, 2006; Keyes et al., 2010, citados por Machado & Bandeira, 2015).

Keyes (2005), define assim a saúde mental como uma ‘*síndrome de sintomas de hedonia*’ e de funcionamento positivo e eficaz operacionalizada por medidas de bem-estar, pelas perceções e avaliações dos indivíduos sobre a sua vida e a qualidade do seu funcionamento psicológico e social. Por funcionamento eficaz pressupõe-se a capacidade plena do indivíduo de utilizar as suas habilidades e competências para satisfazer as próprias necessidades, objetivos e metas pessoais e interpessoais (Gallagher, Lopez & Preacher, 2009; Keyes, 2002; Keyes & Ryff, 2002; Linley et al., 2009 citados por Machado & Bandeira, 2015).

A posição eudemónica, em contraste com a visão hedónica, sugere que o fundamental não é sentir-se positivo por si mesmo, mas sim na medida em que o indivíduo se encontra em funcionamento pleno (Rogers, 1963 citado por Ryan & Deci, 2001). Por funcionamento pleno, entenda-se o estado em que o indivíduo se encontra com um nível de bem-estar adequado ao vivenciar todas as experiências na íntegra, tanto as positivas como as negativas, ao invés de evitar as que lhe proporcionem emoções negativas ou mal-estar, existindo indicações de que o bem-estar emocional é afetado por eventos de vida negativos e positivos. Na perspetiva eudemónica questões como a repressão de emoções/experiências emocionais, saber expressar a emoção, o comportamento adequado perante uma experiência emocional e o controlo das emoções, são questões altamente pertinentes para a definição de bem-estar (Headey & Wearing, 1989 citados por Ryan & Deci, 2001). *Waterman* (1993 citado por Ryan & Deci, 2001) afirmou que enquanto a felicidade é hedonicamente definida, a conceção eudemónica de bem-estar procura que as pessoas vivam de acordo com o seu verdadeiro *self*. Fonseca (1985, citado por Martins, 2004) refere que é exequível considerar saúde mental como um equilíbrio que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas, nomeadamente o seu meio interno e externo, as suas características inerentes e os seus antecedentes pessoais e familiares. Ao nível profissional, percebe-se que tanto as condições como a adequação às exigências do trabalho e ainda a capacidade do indivíduo em desempenhar as suas funções devidamente e as relações interpessoais que surgem nesse meio, são fatores que podem contribuir para o bem-estar psicológico dos profissionais e para a sua saúde mental (Martins, 2004). Saúde mental pode ser considerada como um estado de funcionamento mental bem-sucedido, resultante da prática de atividades produtivas, relações positivas com os outros e a habilidade para se adaptar, para mudar e para lidar com as adversidades (Keyes, 2005; Martins, 2004).

Keyes (2002, citado por Machado & Bandeira, 2015) propõe um modelo continuum com dois extremos, que defende que saúde mental inclui componentes positivos que por sua vez, se dispõem em três dimensões: bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. Embora independentes, estas dimensões de bem-estar relacionam-se entre si, levando assim ao surgimento do *Mental Health Continuum*, por Keyes. Este será o instrumento utilizado neste estudo para a avaliação deste conceito, tratando-se de uma escala traduzida e aferida para a população portuguesa. Foi essencialmente

desenvolvida devido à necessidade de um questionário reduzido que abrangesse o bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social (Keyes 2002 citado por Figueira et al., 2014). Como tal, os seguintes pontos vêm apresentar o que é o bem-estar e as respetivas dimensões.

2.2 Bem-Estar

É possível considerar a saúde mental positiva como um equilíbrio, físico e emocional, que resulta da interação do indivíduo com o seu meio interno e externo, as suas características pessoais, com as condições em contexto de trabalho (e.g. adequação às exigências, capacidade para desempenhar as suas funções e as relações interpessoais nesse meio), sendo estes fatores que podem contribuir para os níveis de bem-estar emocional, psicológico e social dos profissionais (Martins, 2004).

A saúde mental pode ser medida através do bem-estar (BE⁴) que, por sua vez, pode ser identificado em três dimensões: emocional, social e psicológico. Pode-se considerar que o bem-estar consiste numa felicidade subjetiva e diz respeito à experiência de prazer *versus* desagrado do sujeito, interpretando e incluindo nesta definição todos os julgamentos sobre os elementos bom/mau da vida (Ryan & Deci, 2001).

O conceito de bem-estar torna-se uma conceção fundamental no estudo da saúde mental devido às suas características relacionadas com a vida social e privada e devido à sua ligação ao conceito de felicidade (Siqueira & Padovam, 2008), merecendo a atenção de várias áreas da psicologia como a psicologia clínica, a social, a organizacional (Strack, Argyle, & Schwarz, 1991, citados por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Este constructo apresenta-se como sendo a ausência de condições adversas e sentimentos negativos, resultado do ajuste e adaptação do sujeito ao mundo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

A história do conceito de bem-estar é recente e a psicologia descreve uma ótica que considera o bem-estar uma avaliação subjetiva da vida através da satisfação com a vida e afetos (Campbell 1981, Diener, 1984, Gurin, Veroff and Feld, 1960) ou do funcionamento pessoal (Ryff, 1989, Ryff e Keyes, 1995, citados por Keyes, 1998). Wilson (1967 citado por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) propôs-se a estudar duas hipóteses do bem-estar, onde relacionou os conceitos de satisfação e de felicidade numa abordagem onde a felicidade se produz com base na satisfação imediata de necessidades

⁴ Sigla descritiva de bem-estar que será utilizada ao longo desta investigação.

enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causaria infelicidade e, uma outra perspectiva onde o grau de satisfação necessário para produzir felicidade dependeria da adaptação ou nível de aspiração que é influenciado por fatores como experiências do passado, comparações com outros e valores (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Segundo Ryan e Deci (2001), o conceito de bem-estar refere-se ao ótimo funcionamento psicológico e experiências positivas, ou seja, o bem-estar é uma prevalência de sentimentos positivos sobre os negativos bem como um funcionamento psicológico pessoal positivo, sendo este a presença de uma visão mais positiva sobre si mesmo relativamente a atributos pessoais e crescimento pessoal.

McCullough, Heubner, & Laughlin (2000) falam do modelo de bem-estar constituído por três componentes interrelacionadas, mais concretamente a satisfação com a vida, o afeto positivo e o afeto negativo. A satisfação com a vida consiste numa avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo. O afeto positivo refere-se à frequência de experiências emocionais positivas num indivíduo (emoções como alegria, sentimentos de felicidade, orgulho, interesse) enquanto que o afeto negativo se refere à frequência das emoções e sentimentos negativos (raiva, hostilidade, cansaço) (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Pode-se considerar que as pessoas que demonstram uma saúde mental positiva, níveis equilibrados de bem-estar, experienciam uma predominância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Sirgy (2002, citado por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) define o bem-estar como um estado afetivo durável que é composto por três componentes: a experiência acumulada de afetos positivos em domínios da vida, experiência acumulada de afetos negativos em domínios da vida e avaliação da satisfação com a vida em todos os seus domínios com ênfase nos que o sujeito considera mais importantes. O bem-estar está assim estruturado, na medida em que estes componentes principais formam um fator global de avaliação (Diener, Suh, e Oishi 1997, citados por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Diener, Suh, Lucas, & Smith (1999) definem o bem-estar como uma área de estudo e não como um constructo já definido e singular (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). As conceções científicas mais recentes sobre bem-estar podem ser organizadas em duas perspectivas: a abordagem do estado subjetivo de felicidade (bem-estar emocional/Hedonomia) – que adota uma visão de bem-estar como prazer/felicidade que se foca na

procura da felicidade e define bem-estar em função da obtenção de prazer e evitamento da dor e conforme a avaliação do grau de satisfação com a vida que o sujeito faz (Diener, 1984, citado por Figueira et al., 2014). Esta concepção hedónica do bem-estar é necessária para a avaliação da saúde mental sendo uma perspetiva que alude à existência de um bem-estar emocional que envolve sentimentos de felicidade, satisfação e interesse na vida (Keyes 2007, citado por Westerhof & Keyes, 2009). No entanto não é considerado um sintoma essencial para que exista um alto nível de saúde mental.

A outra perspetiva, consiste numa abordagem que investiga o potencial humano (bem-estar psicológico/Eudaimonia) – adota uma visão de bem-estar como funcionamento pleno das potencialidades de uma pessoa, ou seja, na sua capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso, foco no significado das experiências de vida e na autorrealização do sujeito (Ryff, 1989; Keyes, 2002, citados por Ryan & Deci 2001).

Podem ser assim consideradas estas duas tradições de bem-estar, sendo uma mais centrada no bem-estar emocional, com uma perspetiva hedónica e outra centrada no bem-estar psicológico e social com uma perspetiva eudaimónica (Keyes et al. 2002; Ryan e Deci 2001; Waterman, 1993 citados por Westerhof & Keyes, 2009).

Considera-se que os sujeitos apresentam um funcionamento positivo quando estes percecionam a sociedade como passível de potenciar o seu crescimento, quando sentem que pertencem e são aceites pelas comunidades onde se integram, quando aceitam a maioria das individualidades da sociedade e quando sentem que contribuem para a sociedade.

Em suma, a saúde mental é operacionalizada como uma síndrome que combina sintomas de bem-estar emocional com sintomas de bem-estar psicológico e social (Keyes, 2002).

Assim, os pontos seguintes vêm apresentar as respetivas definições das componentes da saúde mental positiva.

2.2.1 Bem-estar Emocional/Subjetivo

A dimensão do bem-estar emocional/subjetivo (BEE⁵) é constituída por sintomas que refletem a vitalidade emocional, nomeadamente as emoções positivas, avaliadas pelo grau de felicidade, interesse e satisfação pela vida (Keyes, 2005).

⁵ Sigla descritiva de bem-estar emocional.

Diener (1984) refere que o bem-estar emocional pode ser traduzido em satisfação com a vida, sentimento de felicidade e afetividade positiva e negativa. O bem-estar emocional/subjetivo constitui-se como um campo de estudos que procura compreender as avaliações que as pessoas fazem das suas próprias vidas (Diener, Suh & Oishi, 1997 citado por Siqueira & Padovam, 2008). Considera-se que o nível de bem-estar emocional seja adequado quando um sujeito apresenta níveis altos de satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixa frequência de experiências emocionais negativas, o que ajuda a diferenciar os níveis de bem-estar que os indivíduos alcançam durante a sua vida. Na exploração deste construto importa ter em atenção que um indivíduo que se insira num ambiente já definido é ao mundo subjetivamente definido que vai dar resposta, uma vez que na dimensão cognitiva do bem-estar emocional, no que diz respeito à satisfação com a vida, esta torna-se um julgamento que o indivíduo faz perante a sua vida refletindo o quanto se encontra próximo ou distante face aos seus objetivos/metapessoais (Queroz e Neri, 2005; Keyes et al., 2002; Campbell et al., 1976; citados por Siqueira & Padovam, 2008).

O bem-estar emocional/subjetivo tornou-se um indicador fundamental de qualidade de vida pois os dois componentes que integram a visão contemporânea deste constructo são a satisfação com a vida e a felicidade, dando relevância aos afetos positivos, mas com atenção nos afetos negativos. A afetividade entra na composição emocional do bem-estar, na medida em que é necessário um equilíbrio entre as duas dimensões do afeto: emoções positivas e emoções negativas. É desejável que surja uma relação positiva entre as emoções vividas ao longo da vida, no sentido em que é expectável que sejam maioritariamente emoções positivas do que emoções negativas. O bem-estar emocional tende a enquadrar-se na perspetiva hedónica da felicidade, na medida em que releva as experiências afetivas positivas da vida (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; citados por Siqueira & Padovam, 2008).

A perspetiva hedónica equipara o bem-estar à sensação plena de prazer e felicidade. O hedonismo é uma visão que tem vindo a ser expressa de várias formas e varia com base nos interesses pessoais dos indivíduos. Quem adota esta perspetiva, tende a focar-se na conceção do hedonismo que inclui as preferências e os prazeres da mente e do corpo e tende a considerar que o bem-estar consiste numa felicidade subjetiva e engloba experiências de prazer *versus* experiências desagradáveis, tornando-se um construto amplo na medida em que inclui o julgamento do que é bom e do que é mau na vida.

A felicidade pode ser derivada da obtenção/concretização de resultados/metast significativos em vários contextos de vida do indivíduo (Kubovy, 1999; Diener et al, 1998 citados por Ryan & Deci, 2001).

Keyes e outros autores, consideraram que o bem-estar emocional e o bem-estar psicológico (BEP⁶) se relacionam entre si, no entanto, são dois constructos que diferem no que respeita à sua fundamentação (Queroz & Neri, 2005). Assim, o seguinte ponto vem explicar o construto bem-estar psicológico.

2.2.2 Bem-estar Psicológico

Segundo a literatura, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico são fortes indicadores de um ajustamento pessoal positivo (Queroz & Neri, 2005).

O trabalho conceitual e empírico de Carol Ryff tornou-se o mais influente nesta área (Ryff 1989; Ryff e Essex 1991; Ryff e Keyes, 1995, citados por Westerhof & Keyes, 2009), na medida em que esta analisou as teorias já existentes sobre o desenvolvimento ótimo da vida, o funcionamento ótimo e auto-atualização e sobre a saúde mental positiva, dando origem a uma construção que engloba seis elementos básicos de funcionamento positivo. A associação destes componentes constitui o que considera bem-estar psicológico.

Ryff & Keyes (1995) referem-se ao bem-estar psicológico (BEP) como distinto do bem-estar emocional, apresentando uma abordagem multidimensional (cf. Quadro 2). Para a medição do mesmo, utiliza seis aspetos distintos: autonomia, crescimento pessoal, autoaceitação, propósito de vida, domínio e relações positivas. Estas seis componentes definem o bem-estar psicológico tanto teórica como operacionalmente e especificam o que promove a saúde mental positiva, focando a saúde emocional. Assim, colocam ênfase na visão eudaimónica que sendo representada pelo bem-estar psicológico pode ter influência na promoção quer da saúde física quer da saúde mental (Ryff & Singer, 1998 citados por Ryan & Deci, 2001). Carol Ryff (1995) define o bem-estar psicológico como o resultado de competências do *self*, relacionadas com satisfação e afetos, propondo um modelo teórico como o supramencionado, que se apoia na visão eudaimónica do bem-estar (Queroz e Neri, 2005).

⁶ Sigla descritiva de bem-estar psicológico.

A perspectiva eudaimónica, define o bem-estar como envolvendo uma sensação de realização e significado na vida (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989 citados por Extremera, Ruiz-Aranda, Pineda-Galán, & Salguero, 2011). Nesta abordagem, considera-se que um indivíduo se apresenta psicologicamente bem quando desenvolve o seu verdadeiro potencial, ou quando apresenta congruência entre os objetivos propostos e seu verdadeiro *self*. Assim, o bem-estar que é compreendido a partir desta perspectiva é frequentemente rotulado como bem-estar psicológico (Extremera, Ruiz-Aranda, Pineda-Galán, & Salguero, 2011).

Tabela 2. Componentes do bem-estar psicológico, adaptado de Ryff, 2013.

Autonomia	Tem como indicadores o <i>locus</i> interno de avaliação e independência acerca de aprovações externas
Propósito de vida	Manutenção de objetivos, intenções e de senso de direção perante a vida, mantendo o sentimento de que a vida tem um significado
Domínio do ambiente	Capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes adequados às suas características psíquicas, de participação acentuada no seu meio e manipulação e controlo de ambientes complexos.
Crescimento pessoal	Necessidade de constante crescimento e aprimoramento pessoais, abertura a novas experiências, vencendo desafios que se apresentam em distintas fases da vida.
Autoaceitação	Aspeto central da saúde mental, referindo-se a uma característica que revela o nível de autoconhecimento, ótimo funcionamento e maturidade. Atitudes positivas sobre si mesmo emergem como uma das principais características do funcionamento psicológico positivo.
Relações positivas com os outros	Descritas como fortes sentimentos de empatia e afeição por todos os seres humanos, capacidade de amar, manter uma amizade e identificação com o outro.

A sensação de bem-estar psicológico pode ser percebida pela interação entre condições de vida e oportunidades, a forma como os indivíduos organizam o conhecimento sobre si e a forma como respondem a uma procura pessoal e social (Ryff & Keyes, 1995; citados por Siqueira & Padovam, 2008).

Muito importante dentro deste construto é a existência de maturidade individual e de capacidade de ajustamento perante a condição volúvel na qual se envolve, ou seja, é desejável que exista uma consciência relativamente ao processo de constante mudança de metas e objetivos a que o indivíduo pode estar sujeito (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002 citados por Queroz e Neri, 2005).

2.2.3 Bem-estar Social

Para entender o funcionamento ótimo e a saúde mental, alguns investigadores dedicaram-se ao estudo do bem-estar social com o principal objetivo de comprovar e testar um modelo social de bem-estar que reflita a saúde social positiva, discutindo assim a natureza social da vida e os seus desafios uma vez que estes podem ser critérios que os indivíduos usam para avaliar a qualidade de suas vidas (Keyes, 1998).

O bem-estar social envolve cinco dimensões que o caracterizam, nomeadamente: a integração social, aceitação social, atualização social, contribuição social e coerência social (Keyes, 1998). Keyes propôs um modelo de bem-estar social que alarga a visão eudemónica do bem-estar na medida em que se distancia do foco intrapessoal proposto por Ryff, e dá origem a uma vertente mais interpessoal (Keyes, 1998, citado por Gallagher, Lopez & Preacher, 2009).

Segundo a perspetiva de Keyes (1998), os lados privado e público da vida são duas potenciais fontes de desafios na vida com possíveis consequências distintas para julgar uma vida bem vivida. Na dimensão de bem-estar social dá-se elevada ênfase aos desafios que ocorrem na vida privada e na vida pública dos sujeitos, uma vez que estes refletem se a vida é bem vivida ou não. Contudo, com base nas principais conceções sobre o funcionamento positivo, considera-se o bem-estar um fenómeno com características predominantemente privadas, no entanto os sujeitos permanecem integrados numa estrutura social que lhes proporciona inúmeros desafios e tarefas sociais (Larson, 1992, 1996, citado por Keyes, 1998).

Assim, o bem-estar social é caracterizado e promovido pela qualidade da vida social de um sujeito, na medida em que uma vida social ativa proporciona um bom nível de bem-estar, sendo o bem-estar social influenciado pelas circunstâncias e funcionamento de cada um em sociedade. Assim sendo, surgem então as dimensões de bem-estar social propostas por Keyes:

- Integração social: consiste na evolução da qualidade das relações de cada um em sociedade e comunidade. A integração social surge, quando um indivíduo sente que tem algo em comum com a realidade social onde se insere e na medida em que se sente parte integrante da mesma, consistindo assim numa coesão social;
- Aceitação social: consiste na compreensão da sociedade através da índole e das qualidades do outro, como uma categoria generalizada. Ou seja, um sujeito que confia no outro, sente que o outro é afável e acredita que este possa ser eficiente, reflete uma aceitação social que por sua vez permite ao sujeito sentir-se confortável em contexto social (Horney, 1945 citado por Keyes, 1998);
- Atualização social: esta consiste na evolução do potencial e o percurso da sociedade. Reflete a crença na evolução da sociedade e o sentimento de que a sociedade tem potencial que é determinado pelos organismos integrantes, nomeadamente pessoas e instituições (Keyes, 1998), esta aproxima-se de ideias de crescimento e de desenvolvimento, que podem refletir o funcionamento ótimo do sujeito, tendo em consideração as experiências, bem como o desejo e o esforço em crescer continuamente enquanto pessoa;
- Contribuição social: consiste na evolução do valor social de cada um e no seu grau de cooperação em sociedade. Esta dimensão engloba a ideia de que cada sujeito é importante na sociedade, sendo membro vital da mesma, na medida em que é um organismo com algo útil para dar. A contribuição social pode ser considerada uma analogia relativamente aos conceitos de eficácia e responsabilidade do sujeito enquanto parte integrante de uma sociedade, onde a autoeficácia reflete a ideia de que alguém seja capaz de executar determinado comportamento com objetivos específicos associados, o que na contribuição social significa o que o sujeito pode dar à sociedade (Bandura, 1977 & Gecas, 1989, citados por Keyes, 1998). A responsabilidade, que neste contexto admite um carácter social, por sua vez, consiste na nomeação de obrigações pessoais que o sujeito tem para com a sociedade. A contribuição social retrata assim, o nível em que

um indivíduo se sente útil em contexto social, de acordo com o que tem para contribuir para a mesma e tendo em conta os seus comportamentos, sentindo que qualquer coisa que façam tem validade para a sociedade e contribuindo para a vida em comunidade (Keyes, 1998);

- Coerência Social: a coerência social é a percepção da qualidade, organização e a atuação do mundo social, que inclui a preocupação de saber sobre o mundo e a percepção e avaliação da sociedade como sendo discernível, sensível e previsível (Ryff & Keyes, 1995; Keyes, 1998). Segundo Ryff (1989), sujeitos com níveis de bem-estar psicológico estáveis, percebem as suas vidas pessoais como portadoras de sentido e coerentes. A noção de coerência pessoal torna-se uma marca de existência de bem-estar social, na medida em que sujeitos que a suportem tendem a mantê-la mesmo quando se deparam com situação de vida traumáticas ou indesejáveis (Antonovsky, 1994, citado por Keyes, 1998).

As pessoas mentalmente saudáveis apresentam esperança no futuro de uma sociedade, particularmente na que se inserem, e demonstram reconhecer a competência da mesma em tornar-se um lugar melhor. Por sua vez, uma pessoa socialmente saudável com um nível de bem-estar social equilibrado, percebe a sua importância para a sociedade (contribuição social) considerando a si e aos outros, fontes de crescimento social e beneficiários do mesmo. Ser capaz de potencializar uma sociedade, torna-se análogo à capacidade de autorrealização e ao crescimento pessoal do sujeito, bem como, à perspectiva eudemónica da felicidade (Maslow, 1968, Ryff, 1989 & Waterman, 1993, citados por Keyes, 1998).

Em suma, a perspectiva de Keyes (1998) enfatiza que a vertente social do bem-estar é tão importante quanto a pessoal, uma vez que se influenciam mutuamente. O autor considera então que a integração social, o envolvimento social e a consciência social, são consideradas desafios sociais que os sujeitos enfrentam que influenciam o seu bem-estar social. Indivíduos socialmente mais saudáveis preocupam-se tanto com o mundo pessoal como com o mundo social sentindo que podem compreender o que surge à sua volta, pois cada pessoa é um organismo complexo que procura o bem-estar social através de distintos recursos, assim, a sua estrutura social deve permitir que este responda aos desafios sociais com sucesso (Keyes, 1998).

2.2. Síntese Integrativa

Pode-se considerar a saúde mental não somente como a ausência de doença mental, mas também a presença de bem-estar, sendo um aspeto elementar da qualidade de vida (Keyes, 2006). A investigação efetuada à volta do que é a saúde mental permite considerar que se trata de um estado de funcionamento pleno, ou seja, referida com aspetos como funcionar bem na vida e o sujeito sentir-se bem consigo, com os outros e com o que o rodeia (Keyes, Dhingra & Simões, 2010).

A operacionalização da saúde mental positiva sugerida por Keyes (2002) é consistente com as componentes que originam o conceito de saúde mental, formulado pela Organização Mundial de Saúde, nomeadamente o sentimento de bem-estar, o funcionamento individual eficiente e o funcionamento eficaz em comunidade (Westerhof & Keyes, 2010, citados por Machado & Bandeira, 2015).

A dimensão positiva da saúde mental operacionalizada por Keyes (2002, 2007; Keyes & Lopez, 2002 citados por Machado e Bandeira, 2015) defende um modelo hierárquico com três componentes interrelacionadas, mais concretamente o bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. Posto isto, a saúde mental positiva pode representar um preditor de saúde mental ou um fator de risco de doença mental (Keyes, 2002; Keyes et al., 2010), ao que a sua promoção e proteção pode reduzir a incidência da doença mental na população (Keyes, Dhingra & Simões 2010).

Keyes e outros autores, consideraram que o bem-estar emocional (BEE⁷) e o bem-estar psicológico (BEP⁸) se relacionam entre si, no entanto, são dois constructos que diferem no que respeita à sua fundamentação. Duas características que estão na base desta diferença são os aspetos sociodemográficos do indivíduo e traços da personalidade (Queroz & Neri, 2005). Segundo a literatura, o bem-estar emocional/subjetivo e o bem-estar psicológico são fortes indicadores de um ajustamento pessoal positivo (Queroz & Neri, 2005).

As dimensões de bem-estar social e bem-estar psicológico associam-se ao funcionamento positivo, na medida em que um sujeito mentalmente saudável se autoavalia de forma positiva e se aceita como é. Isto significa que está num processo contínuo de desenvolvimento pessoal onde se estipulam objetivos, onde se tem a

⁷ Sigla descritiva de bem-estar emocional.

⁸ Sigla descritiva de bem-estar psicológico.

capacidade de perceber e direcionar acontecimentos na sua vida e se apresenta um grau significativo de autodeterminação. Um indivíduo que perceba a sociedade como significativa para si ao nível do seu desenvolvimento pessoal e que se percebe como aceite e integrado na mesma entendendo-se como contribuinte para a sua evolução, apresenta-se mentalmente saudável ao nível social, ou seja, com bem-estar social positivo (Keyes, 2005). Enquanto que o bem-estar psicológico representa mais critérios privados e pessoais para avaliação do seu funcionamento, o bem-estar social resume-se a critérios mais públicos e sociais pelos quais as pessoas avaliam o seu funcionamento na vida (Keyes, 2005).

A literatura sugere a possibilidade da presença de um efeito moderador da inteligência emocional na saúde mental, incutindo uma possível associação entre as demais dimensões subjacentes a cada construto (Mikolajczak et al., 2012, citados por Mendes, 2014) desta forma, o próximo capítulo debruça-se sobre esta afirmação procurando fundamentá-la.

Capítulo 3. Saúde Mental e Inteligência Emocional em Técnicos de Apoio à Vítima

3.1- Relação entre Saúde Mental, Bem-Estar e Inteligência Emocional

Compreender as emoções é um complemento fundamental da competência emocional e existem pressupostos teóricos que apontam esta habilidade como sendo um fator preditor do ajustamento social e da saúde mental, o que leva a que se associem positivamente altos níveis de inteligência emocional à saúde mental (Schutte & Loi, 2014; Izard et al., 2001; Schultz, Izard, Ackerman, & Youngstrom, 2001; Southam-Gerow & Kendall, 2002 citados por Franco & Santos, 2015).

As emoções podem ser consideradas como fundamentais no dia-a-dia dos indivíduos, uma vez que se tornam numa ferramenta de auxílio à tomada de decisão, bem como nas respostas adaptativas perante diversas situações e para enfrentar as adversidades quotidianas. Desempenham, ainda, um papel importante na medida em que ajudam a preservar o bem-estar social e o bem-estar emocional/subjetivo. Saber gerir as próprias emoções permite aos sujeitos conseguir identificar os estados afetivos e, de acordo com cada um, adaptar uma reação, uma ação, um pensamento e um comportamento de forma adaptativa para lidar com as experiências emocionais (Lazarus, 1991; Gross, 1998; John & Gross, 2004; citados por Santana e Gondim, 2016).

King & Pennebaker (1998, citados por Ryan & Deci, 2001), sugerem nos seus estudos que suprimir ou negar emoções é, claramente, um fator que influencia negativamente a saúde mental, ou seja, sugerem que pessoas com alta tendência a suprimir/negar emoções tendem a apresentar baixos níveis de bem-estar subjetivo, isto porque ambos os construtos, emoções e bem-estar, se relacionam.

A literatura sugere que a relação existente entre a inteligência emocional e a saúde mental se deve à percepção de que um indivíduo emocionalmente mais inteligente se revela mais consciente das suas emoções e mais capaz de as regular, apresentando assim maiores níveis de bem-estar (Salovey, Bedell, Detweiler & Mayer, 1999, citados por Zneider & Olnick- Shemesh, 2009), à percepção de que indivíduos com maiores níveis de inteligência emocional apresentam maior competência social, uma rede social mais forte e rica e estratégias de *coping* mais eficazes de forma a que o seu bem-estar esteja equilibrado (Salovey et al., 1999; Salovey, Bedell, Detweiler & Mayer, 2000, citados por Zneider & Olnick- Shemesh, 2009) e, por fim, à percepção de que as emoções fornecem informações sobre como o indivíduo se relaciona com o meio e com os outros, onde a interpretação e a resposta a essas informações vai direcionar o comportamento e o pensamento do sujeito de forma a que este mantenha ou melhore o seu bem-estar (Lazarus, 1991; Parrott, 2002, citados por Zneider & Olnick- Shemesh, 2009).

Existem construções empíricas que relacionam o bem-estar emocional/subjetivo e as emoções, revelando que o indivíduo tem a capacidade de experienciar emoções de forma contínua, que as emoções são facilmente compreendidas como positivas e/ou negativas, que maior parte das pessoas mencionam que experienciaram mais emoções positivas e menos emoções negativas, e revelando claramente que as pessoas têm altos níveis de bem-estar subjetivo associados a experiências de emoções positivas apresentando-se assim num nível positivo do mesmo (Ryan & Deci, 2001, Zeidner & Olnick-Shemesh, 2009). Um estudo de Quoidbach et al. (2010) examinou o impacto de estratégias de regulação emocional positivas em dois componentes do bem-estar emocional/subjetivo: afetos positivos e satisfação com a vida. Os resultados revelaram que quando as pessoas mantêm as emoções positivas, os seus níveis de afetos positivos e de satisfação com a vida aumentam proporcionalmente. Os resultados desse mesmo estudo também sugerem que, quando essas estratégias não são utilizadas, a experiência

de estados negativos tende a ser mais frequente diminuindo a saúde mental positiva (Santana & Gondim, 2016).

Kahneman, Quoidbach e Schwarz & Strack (2010, citados por Santana & Gondim, 2016), defendem que as pessoas compreendem e equilibram o seu estado de humor ao longo do tempo, o peso que associam a cada experiência de vida e a forma como se adaptam e como respondem a cada experiência. Algumas concepções existentes defendem que o nível de bem-estar emocional pode ser maioritariamente baseado na frequência e na intensidade das experiências emocionais positivas (Diener et al., 1991; Kahneman, 1999; Schwarz & Strack 1991, citados por Ryan & Deci, 2001). Os poucos estudos que utilizam as capacidades da inteligência emocional, foram realizados com indicadores isolados de bem-estar, e.g. satisfação com a vida, encontrando na maioria dos casos uma relação modesta ou até mesmo insignificante (Bastian, Burns, & Nettelbeck, 2005; Mayer, Caruso, & Salovey, 1999 citados por Extremera, Ruiz-Aranda, Pineda-Galán, & Salguero, 2011).

Aparentemente a inteligência emocional apresenta ligeiras correlações com aspetos associados ao bem-estar emocional e uma correlação moderada com o bem-estar psicológico (Brackett & Mayer, 2003; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner e Salovey, 2006, citados por Extremera, Ruiz-Aranda, Pineda-Galán, & Salguero, 2011).

Perante a informação mencionada, considera-se que a competência emocional se insere na perspetiva eudemónica, na medida em que perante as experiências quer positivas quer negativas para o bem-estar do indivíduo, é importante que exista uma consciência emocional que, por sua vez, leva a que se considere a congruência das emoções fundamental para o bem-estar. A regulação emocional é, na literatura da prática clínica, referida como um fator crucial no bem-estar sendo fundamental para o funcionamento adaptativo dos sujeitos, onde a sua ineficácia acarreta consequências negativas para o bem-estar (Nyklicek, Vingerhoets & Zeelenberg, 2011; Gross & Muñoz, 1995; citados por Santana & Gondim, 2016). No ponto seguinte procuramos especificar estas dimensões enquadradas em técnicos de apoio a vítimas que são profissionais cujas funções podem acarretar riscos para a sua própria saúde mental.

3.2 Definição de Técnico/a de Apoio à Vítima (TAV⁹)

Na Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, de onde foi extraída a nossa amostra, entende-se por técnico/a de apoio à vítima aquele que é devidamente qualificado para identificar, acompanhar e avaliar vítimas de crime, assegurando uma resposta válida, breve e eficaz atenta nas necessidades e pedidos recebidos, prestando assim serviços de apoio direto às vítimas. Trabalhar com população vítima de crime e, possivelmente, traumatizada requer uma elevada concentração, calma, empatia e uma qualificação ajustada a tal (APAV, 2010; Figley 1995; Munroe et al. 1995, citados por Mckim & Smith-Adcock, 2014).

O contacto direto com pessoas em risco ou vítimas de trauma pode repercutir-se na qualidade de vida do/a técnico/a na medida em que este/a se pode deixar contagiar pela dor e sofrimento podendo inclusive envolver-se e, conseqüentemente, desenvolver problemas de saúde mental que acabam por se refletir na sua prestação de serviço (Barbosa, Souza & Moreira, 2014).

3.3- Riscos Psicossociais de ser técnico/a de apoio à vítima

A capacidade de empatia dos/as técnicos e a valorização da visão do utente se for superior ao que é desejável pode colocá-los em risco psicológico afetando a sua saúde mental. Isto pode surgir da dificuldade em gerir as suas próprias emoções perante a exposição ao trauma do utente. Algumas das dificuldades existentes na intervenção com vítimas passam pela forte responsabilização que pode surgir da parte do terapeuta relativamente à segurança dos/as utentes e o conflito que pode surgir entre o que seria terapeuticamente expectável e o que é a sua obrigação legal (Figley 1995; Kassam-Adams 1995, Schauben & Frazier 1995, Pearlman & Maclan, 1995, citados por Barbosa, Souza & Moreira, 2014).

Figley (1995 citado por Barbosa, Souza & Moreira, 2014), conduziu um estudo relativo à qualidade de vida profissional dos técnicos que lidam com esta população, despertando a atenção sobre um fenómeno denominado de *'compassion fatigue'*, que reflete aquilo que são os efeitos negativos, a nível emocional e comportamental, de se ser técnico/a de apoio a vítimas de crime/trauma. Esta agrega sintomatologia idêntica a critérios de perturbações psicológicas (e.g. perturbação de stress pós-traumático) pois,

⁹ Sigla descritiva de técnico/a de apoio à vítima

por vezes, surgem algumas reações pós-traumáticas em resposta a situações de *stress* como: ansiedade, raiva, imagens intrusivas relacionadas com as experiências relatadas pelo utente, dificuldades de sono, queixas somáticas e sintomas depressivos (Machado, 2004). As reações pós-traumáticas podem dever-se à exposição permanente a experiências dolorosas e atípicas e, também, à forma como estas podem vir alterar as crenças do terapeuta sobre o mundo e o *self*. O trabalho com vítimas pode interferir, alterando ou dificultando os tipos de relacionamentos interpessoais e até mesmo afetivos do terapeuta, na medida em que pode aumentar o sentimento de insegurança, desconfiança interpessoal, vulnerabilidade e consciência do risco (Figley, 1995; Courtois, 1988; citados por Machado, 2004).

Este processo decorre então da compaixão, empatia e cuidado que estes profissionais têm para com o outro, mais do que é desejável, o que pode resultar num declínio da capacidade de experienciar emoções ou sentir preocupação com alguém. Courtois (1988, citado por Machado, 2004) fala na fadiga por compaixão e enfatiza a forma como estes sinais de ativação podem alternar com fases de incapacidade emocional, distanciamento e sentimentos de exaustão. Por compaixão entende-se uma ação altruísta que move o indivíduo a aliviar o desconforto do outro e sendo uma atitude em prol do bem-estar do outro envolve a capacidade de ter empatia que, por sua vez, significa colocar-se no lugar da outra pessoa procurando entendê-la, sendo que esta nasce da autoconsciência, na medida em que ao se ser mais aberto perante as emoções em si e nos outros, consegue-se entender melhor os sentimentos do outro (Lago, 2008; Potter et al., 2010, citados por Barbosa, Souza & Moreira, 2014; Goleman, 2012). A qualidade de vida, por sua vez, pode ser descrita como positiva na medida em que ocorre satisfação por compaixão quando o/a técnico/a se sente feliz por ajudar o outro e como negativa quando surgem sentimentos de esgotamento emocional e frustração com o trabalho e possíveis traumas relacionados. A fadiga por compaixão é uma síndrome de exaustão biológica, psicológica e social que pode afetar os indivíduos, podendo considerar-se que é uma redução da capacidade de cuidado e de preocupação para com o outro, devido ao uso excessivo de compaixão e empatia para com o outro e o problema que esse apresenta. Esta afeta facilmente os profissionais que têm contato direto com quem sofre e que prestam apoio a vítimas de trauma e pessoas em situações de crise (e.g. psicólogos/as, assistentes sociais, advogados), uma vez que se tornam mais vulneráveis pois a empatia e a compaixão são elementos essenciais nas suas atividades

profissionais. Considera-se então um fenómeno que ocorre devido à responsabilização do terapeuta para com o/a utente (Figley, 2002; Stamm, 2002 citado por Barbosa, Souza & Moreira, 2014).

Contudo, uma envolvimento exagerada pode afetar a qualidade de vida profissional, que diz respeito ao quanto o indivíduo se sente bem por poder ajudar o outro que se encontra em situação de crise, dor ou sofrimento. Na maioria das circunstâncias, as ações que expressam compaixão e empatia geram consequências psicológicas que, em alguns casos, podem levar ao esgotamento e a uma redução gradual na capacidade de suportar a dor e a aflição alheia. Pode-se, deste modo, constatar que aspetos positivos e negativos exercem uma forte influência na qualidade de vida, neste caso, dos/as técnicos/as de apoio à vítima (Figley, 2002); Stamm 2005; citados por Barbosa, Souza & Moreira, 2014).

Surge então uma dicotomia referente ao estado em que se pode encontrar o/a técnico/a, nomeadamente:

- Satisfação por compaixão, que abarca os afetos positivos mencionados no âmbito da sua atividade profissional como sentir-se capaz de ajudar, de fazer a diferença, sendo atencioso e recompensado nos seus esforços;
- Fadiga por compaixão, que é constituída pelas vivências negativas inerentes à atividade de cuidar, envolvendo assim sentimentos de exaustão, frustração e irritabilidade, medos e possíveis traumas, uma vez que os/as técnicos/as são passíveis de absorver receios e angústias dos/as utentes. Estas causas são frequentemente provocadas pelo facto de haver um envolvimento do/a técnico/a na dor do/a utente (Teixeira, Sampaio & Guimarães, 2004).

Ao incorporar estes dois conceitos como dimensões da qualidade de vida profissional, Figley (1995) preconiza a utilização do termo '*compassion fatigue*', argumentando que possui a vantagem de ser menos patológico e de pôr em evidência o desgaste empático dos/as técnicos/as. Ter qualidade de vida profissional significa manter um equilíbrio entre as experiências emocionais positivas e negativas no trabalho de forma a que os sentimentos positivos prevaleçam sobre os negativos. O desequilíbrio entre ambos pode provocar uma condição de satisfação ou de fadiga, dependendo assim da forma como o indivíduo vive as experiências de ajudar o outro (Barbosa, Souza & Moreira, 2014).

Em suma, pode-se considerar que a fadiga por compaixão se pode desenvolver após o contacto com o evento traumático relatado pelo utente bem como através da evitação e/ou manipulação de emoções que, por sua vez, poderá traduzir-se num aspeto negativo na qualidade de vida do/a técnico/a influenciando a sua saúde mental e, por consequente, o seu bem-estar (Figley, 1995 citado por Machado, 2004).

O impacto da sobrecarga poderá fazer-se notar também no domínio comportamental e interpessoal, traduzindo-se na perturbação das relações do/a técnico/a ou no risco de que este/a se envolva em comportamentos de alienação como forma de lidar com o excesso de responsabilidade. Uma fonte adicional de *stress* para os técnicos serão também os problemas de segurança pessoal com que estes têm que lidar. As possíveis ameaças que podem ocorrer, acabando por suportar um forte peso emocional que se pode tornar difícil de gerir. A terapia é, em qualquer contexto e com qualquer tipo de população, uma tarefa afetivamente investida e, por conseguinte, potencialmente exigente ou desgastante (Hamby, 1998; citado por Machado, 2004).

3.4. Síntese Integrativa

É possível considerar a saúde mental positiva como um equilíbrio, físico e emocional, que resulta da interação do indivíduo com o seu meio interno e externo, as suas características pessoais, com as condições em contexto de trabalho (e.g. adequação às exigências, capacidade para desempenhar as suas funções e as relações interpessoais nesse meio), sendo estes fatores que podem contribuir para os níveis de bem-estar emocional, psicológico e social dos profissionais (Martins, 2004).

A inteligência emocional pode estar efetivamente relacionada com o sucesso da vida (Bar-On, 2001; Goleman, 1995), satisfação e bem-estar com vida (Martinez-Pons, 1997; Bar-On, 2002; Palmer et al, 2002), desempenho individual (Lam & Kirby, 2002), relações interpessoais (Fitness, 2001; Flury & Ickes, 2001), desempenho académico (Van der Zee et al., 2002; Parker et al., 2004), o sucesso e o desempenho do trabalho (Dulewicz & Higgs, 1998; Vakola et al., 2004) (citados por Shabani, Hassan, Ahmad & Baba, 2010).

Alguns fatores psicológicos como o stress, a vulnerabilidade, a não satisfação, a fadiga entre outros aspetos, podem contribuir para um desgaste emocional, aumentando a probabilidade de o sujeito padecer de problemas de comportamento ou emocionais

concedendo riscos para a manutenção da saúde mental positiva (Martins, 2004). Pode-se considerar que a capacidade de regular as emoções positivas é de particular relevância para a adaptação e para a saúde mental, pois fortalece a atenção, a cognição e a criatividade, aumentando o bem-estar (Fredrickson & Losana, 2005), a qualidade das relações sociais (Lopes, Salovey, Côté, & Beers, 2005) e o desempenho no trabalho (Quoidbach & Hansenne, 2009, citados por Santana & Gondim, 2016).

A inteligência emocional está associada a uma menor propensão a experimentar emoções negativas e uma maior propensão a experimentar emoções positivas, contribuindo assim para uma sensação mais satisfatória de bem-estar (Mikolajczak, Nelis, Hansenne e Quoidbach, 2008, citados por Zeidner & Olnick-Shemesh, 2009). Por estas razões, este construto tem sido geralmente identificado como uma hipótese de prever o senso do bem-estar e a saúde mental positiva (Zeidner & Olnick-Shemesh, 2009).

A fadiga que os profissionais de apoio a vítimas podem apresentar é considerada como a capacidade reduzida em ser empático ou suportar o sofrimento do outro, que pode transportar também comportamentos e emoções desadaptativos devido ao conhecimento de um evento traumático experimentado pelo outro (Figley, 1995, citado por Adams, Boscarino & Figley, 2006). Assim, esta torna-se um risco associado à função de um/a técnico/a de apoio à vítima.

O próprio ato de ter compaixão e ser empático constitui um elevado risco na maioria das situações ocorrentes na prática da função de técnico pois o alto envolvimento emocional, por vezes sem suporte social adequado ou sentimentos de realização e satisfação no trabalho, podem deixar o profissional vulnerável (Adams, Boscarino & Figley, 2006). O facto de um/a técnico/a suportar o sofrimento do outro em demasia, pode levar à redução da capacidade e do interesse em estar disponível para ouvir e ajudar o outro. Segundo Figley (1995, 2002a, citado por Adams, Boscarino & Figley, 2006), a empatia e a energia emocional são capacidades motoras no trabalho com vítimas, que permitem estabelecer e manter uma aliança terapêutica e uma prestação adequada ao trabalho. Envolver a capacidade de ter empatia que, por sua vez, significa colocar-se no lugar da outra pessoa procurando entendê-la, sendo que esta nasce da autoconsciência, permite aos técnicos uma maior abertura perante as suas emoções,

conseguindo entender melhor os seus sentimentos e do outro (Lago, 2008; Potter et al., 2010, citados por Barbosa, Souza & Moreira, 2014; Goleman, 2012).

A fadiga por compaixão pode causar efeitos negativos na saúde mental, mais propriamente a saúde mental positiva dos técnicos, bem como nas capacidades da inteligência emocional. Assim, o estudo empírico realizado nesta investigação, a ser apresentado na segunda parte, recai numa análise estatística de forma a fundamentar a situação mencionada.

Parte II

Estudo Empírico

Capítulo 4. Caracterização da inteligência emocional e da saúde mental nos/as técnicos/as de apoio à vítima.

Neste capítulo passaremos à descrição detalhada da metodologia adotada para realização desta investigação, salientando objetivos da mesma, participantes e respetiva caracterização sociodemográfica, instrumentos administrados e procedimentos para a recolha de dados e análise estatística.

Este estudo apresenta-se como sendo de carácter quantitativo, sendo uma investigação com um desenho analítico-descritivo, uma vez que os resultados são explicados através da análise de relações estatísticas.

4.1 Objetivos da investigação

Os capítulos anteriores permitiram contextualizar a problemática desenvolvida nesta investigação, facilitando a compreensão do estudo empírico que apresentamos de seguida. Procura-se analisar em que medida a inteligência emocional pode ser considerada como um fator protetor da saúde mental e do bem-estar nos técnicos de apoio à vítima.

Para tal, foram previamente estipulados os seguintes objetivos:

- A. Caracterizar a amostra em termos dos níveis de bem-estar total e níveis de inteligência emocional;
- B. Caracterizar a amostra em relação aos aspetos percecionados como positivos e como negativos de ser técnico e as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com as adversidades;
- C. Analisar a associação entre as dimensões do bem-estar e as dimensões da inteligência emocional:
 - C.1. Associação entre o bem-estar subjetivo e as dimensões da inteligência emocional, concretamente, a avaliação das próprias emoções, avaliação das emoções nos outros, uso das emoções e regulação das emoções;
 - C.2. Associação entre o bem-estar psicológico e as dimensões da inteligência emocional, concretamente, a avaliação das próprias emoções, avaliação das emoções nos outros, uso das emoções e regulação das emoções;

- C.3. Associação entre o bem-estar social e as dimensões da inteligência emocional, concretamente, a avaliação das próprias emoções, avaliação das emoções nos outros, uso das emoções e regulação das emoções;
- D. Analisar as diferenças relativamente ao tempo de experiência enquanto técnico de apoio à vítima face às dimensões do bem-estar e às dimensões da inteligência emocional;

4.2 Método

4.2.1 Amostra

Nesta investigação a análise foi conduzida tendo por base uma amostra de 50 técnicos de apoio à vítima pertencentes à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, de entre os quais 43 participantes são do sexo feminino, representando 94% da amostra total e 7 do sexo masculino, com uma representação de 6%. No que concerne ao Estado Civil, 66% ($n=33$) dos/as participantes são solteiros/as, 26% ($n=13$) encontram-se casados/as e/ou em união de facto, 6% ($n=3$) divorciados e 2% ($n=1$) viúvo/a (cf. Tabela 1). Apenas 26% ($n=13$) da amostra total tem filhos (cf. Tabela 2). A idade média da amostra total ($N=50$) é de 32.02 anos ($dp=11.415$), variando em idades compreendidas entre os 21 e os 62 anos. Distribuem-se por três categorias (cf. Tabela 6): técnico voluntário ($n=16$, 32%), técnico estagiário ($n=16$, 32%), técnico efetivo (36%, $n=18$) e, 14% ($n=7$) da amostra total tem outra atividade profissional (cf. Tabela 4).

A nível académico, 52% têm mestrado e 48% apenas licenciatura. Dos 50 participantes, 56% ($n=28$) são profissionais da área da Psicologia, 24% ($n=12$) são de Direito, 8% ($n=4$) são de Serviço Social e os restantes 12% ($n=6$) são de outras áreas (e.g. ciências da educação, criminologia) (cf. Tabela 3). Relativamente à experiência enquanto técnico/a de apoio à vítima, 68% da amostra total apresenta menos de 6 anos de experiência ($n=34$), 10% apresenta seis anos de experiência e 22% apresenta mais de seis anos de experiência (cf. Tabela 5). Relativamente ao número de horas que despendem por semana no gabinete de apoio à vítima onde exercem funções, a média geral é de 23,25 horas ($dp=13,231$), sendo o valor mínimo 3 horas e máximo de 45 horas.

Tabela 3. Distribuição da amostra quanto ao ‘Estado Civil’

Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado/Separado		Viúvo	
<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
33	66	13	26	3	6	1	2

Tabela 4. Distribuição da amostra quanto à questão ‘Tem filhos?’

Sim		Não	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
13	26	37	74

Tabela 5. Distribuição da amostra quanto à ‘Área de formação profissional’

Área Profissional	<i>n</i>	%
Psicologia	28	56
Direito	12	24
Serviço Social	4	8
Outra	6	12

Tabela 6. Distribuição da amostra quanto à questão ‘Tem outra atividade profissional?’

Sim		Não	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
7	14	43	86

Tabela 7. Distribuição da amostra quanto ao ‘Tempo de experiência como técnico(a) de apoio à vítima (meses)’

Menos de 6 anos		6 anos		Mais de 6 anos	
<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
34	68	5	10	11	22

Tabela 8. Distribuição da amostra quanto à questão ‘*Situação Profissional*’

Técnico Voluntário		Técnico Estagiário		Técnico Efetivo	
<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
16	32	16	32	18	36

4.2.2 Instrumentos

Neste estudo, os instrumentos utilizados para medir as variáveis foram: um questionário sociodemográfico; a Escala de Inteligência Emocional de *Wong & Law* - adaptação portuguesa (WLEIS-P) e o *Mental Health Continuum-short form: O continuum de Saúde Mental (MHC-SF)* versão portuguesa.

4.2.2.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (cf. Anexo B) foi construído para o presente estudo e aborda as questões mais gerais da caracterização sociodemográfica, nomeadamente a idade, o sexo, o estado civil, se tem filhos, habilitações académicas, área de formação, se têm outra atividade profissional. Inclui ainda questões adequadas ao levantamento dos dados pretendidos, nomeadamente o tempo de experiência enquanto técnico/a de apoio à vítima, situação profissional enquanto técnico/a (técnico/a efetivo, estagiário ou voluntário), quantas horas despende por semana no exercício da função enquanto técnico/a de apoio à vítima e questões abertas relativamente ao que consideram aspetos negativos e positivos desta função e estratégias/atividades que utilizam como forma de enfrentar as adversidades.

4.2.2.2 Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002)- WLEIS-P

A Escala de Inteligência Emocional de *Wong & Law* - adaptação portuguesa (WLEIS-P) (cf. Anexo D), mede quatro dimensões da inteligência emocional, respetivamente a *Avaliação das próprias emoções*, *Avaliação das emoções dos outros*, *Uso das emoções* e a *Regulação das emoções*. A consistência interna da WLEIS e das respetivas sub-dimensões num estudo realizado em população portuguesa, apresentam-se como o coeficiente *Alpha* de Cronbach com o valor de .82 para a escala global, o que indica uma boa consistência interna da escala. Na mesma linha, os valores de *alpha* de .84 para

a dimensão *Avaliação das Próprias Emoções*, de .80 para a dimensão *Avaliação das Emoções dos Outros*, de .73 para a dimensão *Uso das Emoções* e de .89 para a dimensão *Regulação das Emoções* indicam uma adequada consistência interna das sub-dimensões desta medida (Nunnally, 1978, citado por, Rodrigues, Rebelo e Coelho 2011).

Neste estudo, verificou-se a confiabilidade da escala perante a amostra total ($N=50$), obtendo um valor do alfa de *cronbach* de 0,607 para a escala global, e alfa de 0,529 para a dimensão *avaliação das próprias emoções*, 0,594 para a dimensão *avaliação das emoções nos outros*, alfa de .505 para a dimensão *uso das emoções* e alfa de .493 para a dimensão *regulação das emoções* (cf. Tabela 9). Estes resultados revelam uma consistência fraca.

Tabela 9. Estatísticas de confiabilidade

	Número de itens	Alpha de Cronbach
Escala Total	4	,607
Avaliação das emoções	1	,529
Avaliação das emoções nos outros	1	,594
Uso das emoções	1	,505
Regulação das emoções	1	,493

4.2.2.3. Mental Health Continuum- short form: O continuum de saúde mental- versão reduzida (adultos)- MHC-SF

O *Mental Health Continuum- short form*: O *continuum* de saúde mental, foi proposto por Keyes (2002) (cf. Anexo C), o qual operacionaliza a saúde mental num *continuum* e avalia diferentes estados, estimados a partir do grau de bem-estar emocional, psicológico e social (citado por Figueira et al, 2010). Estas três dimensões são, efetivamente independentes, no entanto relacionam-se. Assim, Keyes (2005, citado por Matos et al., 2010) propôs que estas fossem medidas com um único instrumento que avaliaria a existência de saúde mental. O continuum de saúde mental varia entre três estados, nomeadamente: *languishing*, *flourishing*, e saúde mental moderada.

Este instrumento é composto por 14 itens que avaliam as dimensões supracitadas (Keyes et al., 2012; Keyes, et al, 2008; Lamers et al., 2011; Matos et al., 2010). Cada item representa o sentimento de bem-estar, bem como a frequência com que o experienciou, classificada numa escala tipo *likert* de 6 pontos, em que 1 representa “nunca” e 6 “todos os dias” (Joshano et al., 2013). Assim, os itens encontram-se distribuídos pelas três dimensões, sendo o bem-estar subjetivo composto pelos itens 1, 2 e 3, o bem-estar social pelos itens 4, 5, 6, 7 e 8 e o bem-estar psicológico pelos itens 9, 10, 11, 12, 13 e 14 (Matos et al., 2010). Os níveis totais para cada dimensão, encontram-se entre os valores 3-18 no bem-estar subjetivo, 6-36 no bem-estar psicológico e, por fim, 5-30 no bem-estar social (Joshano et al., 2013).

Este instrumento categoriza os indivíduos em três níveis – *flourishing*, *languishing* e saúde mental moderada. Para que estes sejam categorizados como *flourishing* devem pontuar com 5 ou 6 em pelo menos um dos três itens de bem-estar subjetivo e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo – bem-estar social e bem-estar psicológico. Por seu turno, para que os indivíduos sejam classificados como *languishing* necessitam pontuar com 1 ou 2 em, pelo menos, um dos três itens de bem-estar subjetivo e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo. Quando os indivíduos pontuam 3 ou 4 em pelo menos um dos três itens de bem-estar subjetivo e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo são classificados com saúde mental moderada (Keyes, 2007). Inúmeros estudos em diferentes contextos culturais revelam a validade e confiança deste instrumento de avaliação, confirmando o modelo do duplo contínuo e que possui boas qualidades psicométricas (Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011; Matos et al., 2010; Monte, Fonte & Alves, 2014; Ferreira, Fonte & Alves, 2015). A versão portuguesa da MHC-SF foi a utilizada neste estudo (Fonte, Silva, Vilhena & Keyes, no prelo).

Tabela 10. Estatísticas de confiabilidade

	Número de itens	Alfa de Cronbach
Escala Total	3	,824
Bem-estar emocional/subjetivo	1	,821
Bem-estar social	1	,715
Bem-estar psicológico	1	,689

4.3 Procedimento

Para realização do presente estudo procedeu-se, primeiramente, ao pedido de autorização aos autores dos instrumentos utilizados. Deste modo, no que respeita à Escala Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (MHC-SF) a Professora Doutora Carla Fonte autorizou a sua utilização. Quanto à Escala de Inteligência Emocional de Wong & Law- WLEIS-P, os itens desta encontram-se publicados, não sendo necessária a autorização por parte dos seus autores. Seguidamente apresentou-se o projeto à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, com um pedido de permissão para colocar o estudo em prática, tendo sido aprovado em fevereiro de 2017 (cf. [Anexo F](#)) apenas requerendo algumas alterações ao nível do questionário sociodemográfico de forma a impossibilitar a identificação dos participantes.

A seleção dos elementos que constituíram a amostra obedeceu apenas a um critério, nomeadamente ser Técnico de Apoio à Vítima da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Trata-se de uma amostra de conveniência obtida através de um pedido de colaboração enviado para a sede da APAV, dando conhecimento do pretendido (cf. [Anexo E](#)) tendo o estudo sido autorizado pela direção nacional da APAV, via e-mail. O contacto com os técnicos para participação no estudo, foi através dos gestores dos devidos gabinetes da rede nacional de gabinetes de apoio à vítima. Foi enviado a todos um *e-mail* com um *link* para acesso onde se encontrava, antes de tudo uma declaração de assentimento e de seguida o questionário sócio demográfico, bem como ambas as escalas. Sendo em formato *online*, tomaram-se as devidas precauções de modo a garantir total confidencialidade das respostas obtidas. Depois de diferido, iniciou-se a recolha de dados recorrendo-se aos instrumentos apresentados anteriormente.

4.4. Apresentação e análise dos resultados

A análise exploratória dos dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos uma vez que a distribuição da amostra não é normal. Assim, a análise estatística efetuada teve por base os testes de diferenças de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*, e para associação utilizou-se o teste de Correlação de *Spearman*.

Para se verificar a inteligência emocional como fator protetor da saúde mental analisaram-se os seguintes pontos:

A. Caracterizar a amostra em termos dos níveis de bem-estar total e níveis de inteligência emocional.

Na Escala de Inteligência Emocional de *Wong e Law* (2002) - WLEIS-P comparando os valores estatísticos obtidos (cf. Tabela 11), nomeadamente a média em relação aos valores mínimo e máximo possíveis de cada dimensão, podemos afirmar que na dimensão *avaliação das próprias emoções*, na dimensão *avaliação das emoções nos outros*, na dimensão *uso das emoções* e na dimensão *regulação das emoções*, as médias se aproximam do valor máximo. Estes resultados permitem-nos considerar a população deste estudo como portadora das capacidades descritas, uma vez que apresenta bons níveis de inteligência emocional.

Tabela 11. Estatísticas descritivas referentes à Escala de Inteligência Emocional de Wong & Law- versão traduzida para português (2002) (WLEIS-P)

	N=50	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Avaliação das emoções		16,58	2,20473	10	25
Avaliação das emoções nos outros		17,02	1,80125	13	20
Uso das emoções		15,20	2,96235	7	20
Regulação das emoções		14,16	2,78744	7	20

No *Continuum* de Saúde Mental- versão reduzida (adultos)- MHC-SF, os resultados obtidos (cf. Tabela 12) demonstram que as médias se encontram dentro dos intervalos dos valores totais para cada dimensão do bem-estar. Contudo, pode-se afirmar que a média obtida na dimensão *Bem-estar Social* é baixa, tendo em conta o intervalo dos valores totais. Nas dimensões *Bem-estar Emocional* e *Bem-estar Psicológico* os valores são bons.

Tabela 12. Estatísticas descritivas referentes ao *Continuum* de Saúde Mental- versão reduzida (adultos)- MHC-SF

	N=50	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Bem-Estar Emocional		11,20	2,45781	2	15
Bem-Estar Social		11,32	4,30206	3	20
Bem-Estar Psicológico		23,22	5,01951	9	30

B. Caracterizar a amostra em relação aos aspetos percecionados como positivos e como negativos de ser técnico e as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com as adversidades da função.

De acordo com os dados analisados, relativamente aos aspetos percecionados como positivos no decorrer da sua função enquanto técnico/a de apoio à vítima onde 94% da amostra total ($n=47$) responderam, 14% dos participantes referem a aprendizagem, 20% dos participantes referem a experiência profissional, 32% dos participantes referem o ajudar as pessoas, 16% dos participantes referem a gestão/realização pessoal e, 12% dos participantes referem o apoio no local de trabalho.

Quanto aos aspetos percecionados como negativos na prática da sua função, apenas 86% ($n=43$) dos participantes responderam, onde 16% destes participantes referem a sobrecarga de trabalho, 4% destes participantes referem a exposição ao trauma, 42% destes participantes referem a falta de rede de suporte adequado e, 24% destes participantes referem o desgaste emocional/físico.

No que respeita às estratégias de *coping*, 98% da amostra total responderam a esta questão, obtendo-se respostas enquadradas dentro de duas categorias, mais concretamente, atividades de lazer e supervisão e suporte no local de trabalho. 46% desta amostra mencionam investir em atividades de lazer (e.g. prática de exercício físico, ler, conviver com a rede social e familiar, praticar atividades prazerosas) e 52% referem recorrer à supervisão e suporte no trabalho para lidar com as adversidades advindas da sua função (e.g. partilha de processos com a equipa, esclarecimento de dúvidas junto dos gestores de gabinete e outros técnicos).

C. Analisar a associação entre as dimensões do bem-estar e as dimensões da inteligência emocional:

C.1. Associação entre o bem-estar emocional e as dimensões da inteligência emocional, concretamente, a avaliação das próprias emoções, avaliação das emoções nos outros, uso das emoções e regulação das emoções.

O bem-estar emocional associa-se positivamente com três dimensões (cf. Tabela 13), nomeadamente a dimensão da *Avaliação das Próprias Emoções* ($rs=0,428$; $p<0,05$); a dimensão *Uso das emoções* ($rs=0,456$, $p<0,05$) e a dimensão *Regulação das Emoções* ($rs=0,442$; $p<0,05$), apresentando relações positivas e muito fortes. Destas associações

pode-se concluir que na medida em que aumenta a capacidade do sujeito em conhecer-se melhor e sabendo identificar adequadamente o que sente, vai levar a um aumento do bem-estar emocional e subjetivo deste. Quanto ao *Uso das emoções*, sendo uma relação forte o que acontece é que na medida em que aumenta a capacidade do sujeito de usar as suas emoções adequadamente em diversas situações e contextos consequentemente proporciona o aumento do seu bem-estar emocional. Por fim, na dimensão *Regulação das Emoções*, o saber adequar e adaptar a intensidade das suas emoções reflete-se no nível de bem-estar subjetivo. Assim, podemos considerar que o bem-estar emocional aumenta e as dimensões referidas também aumentam, havendo uma forte associação entre as variáveis.

C.2. Associação entre o bem-estar psicológico e as dimensões da inteligência emocional, concretamente, a avaliação das próprias emoções, avaliação das emoções nos outros, uso das emoções e regulação das emoções.

O bem-estar psicológico apresenta associações positivas e significativas apenas com três dimensões (cf. Tabela 13), nomeadamente a dimensão *avaliação das próprias emoções*, apresentando uma correlação forte ($r_s = 0,406$; $p < 0,05$), a dimensão do *uso das emoções* onde se verifica uma correlação forte ($r_s = 0,557$; $p < 0,05$) e a dimensão da *regulação das emoções*, também com uma correlação forte ($r_s = 0,436$; $p < 0,05$). Consoante estes dados podemos considerar que, quanto maior o nível de bem-estar psicológico maior a capacidade de avaliar e reconhecer as próprias emoções, maior a capacidade em utilizar as emoções de forma adaptativa e maior a capacidade de regular as emoções.

C.3. Associação entre o bem-estar social e as dimensões da inteligência emocional, concretamente, a avaliação das próprias emoções, avaliação das emoções nos outros, uso das emoções e regulação das emoções;

O bem-estar social apresenta uma associação positiva e significativa com duas dimensões da inteligência emocional (cf. Tabela 13), nomeadamente a dimensão *uso das emoções* ($r_s = 0,522$; $p < 0,05$) e a dimensão *regulação das emoções* ($r_s = 0,316$; $p < 0,05$). Esta associação entre o bem-estar social e a dimensão *Regulação das Emoções*, permite-nos considerar que na medida em que o sujeito ao saber regular a intensidade das suas emoções e, de certo modo, manipulá-las consoante o contexto ou circunstância sociais em que se insira, apresenta um nível de bem-estar social funcional e adaptativo.

Assim, quanto maior for o nível de bem-estar social maior será a capacidade do sujeito em regular os estados emocionais e vice-versa. A associação significativa existente entre o bem-estar social e a dimensão *Uso das Emoções* revela que, à medida que aumenta a capacidade do sujeito em usar as emoções adequadamente em diversas situações e contextos também aumenta o bem-estar social do mesmo, na medida em que este apresenta a capacidade de adaptar as suas emoções às circunstâncias sociais. Assim, quanto maior for o nível de bem-estar social maior será a capacidade do sujeito em utilizar os estados emocionais.

Tabela 13. Resultados do teste de Correlação de *Spearman*, para associação entre as quatro dimensões da inteligência emocional e as três dimensões de bem-estar relativas à saúde mental

	Avaliação das emoções		Avaliação das emoções nos outros		Uso das emoções		Regulação das emoções		Bem-estar emocional		Bem-estar social		Bem-estar psicológico	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Avaliação das emoções														
Avaliação das emoções nos outros	.223	.120												
Uso das emoções	.287*	.043	.235	.100										
Regulação das emoções	.332*	.019	.229*	.120	.335*	.018								
Bem-estar emocional	.428**	.002	.137	.343	.456**	.001	.442**	.001						
Bem-estar social	.269	.059	.146	.311	.522**	.000	.316	.026	.562**	.000				
Bem-estar psicológico	.406**	.003	.247	.084	.557**	.000	.436**	.002	.693**	.000	.677**	.000		

Nota. ** . $p < .01$; * . $p < .05$

D. Analisar as diferenças relativamente ao tempo de experiência enquanto técnico de apoio à vítima face às dimensões do bem-estar e as dimensões da inteligência emocional.

Não existem diferenças estatisticamente significativas face ao tempo de experiência como técnico/a de apoio à vítima no que respeita às três dimensões do bem-estar (cf. Tabela 14). No entanto, em relação às dimensões da inteligência emocional, existem diferenças significativas na dimensão *avaliação das emoções nos outros* e na dimensão *regulação das emoções* face ao tempo de experiência enquanto técnico de apoio à vítima ($\chi^2=7,822$, $p<0,05$) (cf. Tabela 12). Neste caso, os resultados significam que os sujeitos com 6 anos ou menos de experiência revelam uma maior capacidade de perceção e compreensão das emoções dos outros e, também, uma maior capacidade de regular as próprias emoções.

Tabela 14. Resultados referentes ao teste de diferenças (*Kruskal-Wallis*) entre o tempo de experiência dos TAV e as dimensões da saúde mental positiva.

	<i>n</i>	<i>Médias</i>	χ^2	<i>P</i>
Bem-estar emocional/subjetivo			1,421	.491
Menos de 6 anos	34	26.38		
6 anos	5	29.00		
Mais de 6 anos	11	21.18		
Bem-estar Social			0,476	.788
Menos de 6 anos	34	25.63		
6 anos	5	28.90		
Mais de 6 anos	11	23.55		
Bem-estar Psicológico			1,737	.420
Menos de 6 anos	34	25.50		
6 anos	5	32.60		
Mais de 6 anos	11	22.27		

Face às restantes questões, não se verificaram diferenças relativamente à área de formação profissional dos indivíduos (Psicologia, Direito, Serviço social ou Outra) em relação às dimensões do bem-estar. Não se verificaram diferenças face ao estado civil dos participantes e não se verificaram diferenças face às habilitações académicas dos participantes. Também não existem diferenças estatisticamente significativas entre ter e não ter filhos, relativamente a ter ou não ter outra atividade profissional e, por fim, não existem diferenças estatisticamente significativas face à situação profissional dos participantes (técnico efetivo, voluntário e estagiário).

Tabela 15. Resultados referentes ao teste de diferenças (*Kruskal-Wallis*) entre o tempo de experiência como TAV e as dimensões de inteligência emocional.

	<i>n</i>	<i>Médias</i>	χ^2	<i>p</i>
Avaliação das emoções			.046	.977
Menos de 6 anos	34	25.47		
6 anos	5	26.70		
Mais de 6 anos	11	25.05		
Avaliação das emoções dos outros			7.822	.020
Menos de 6 anos	34	27.09		
6 anos	5	35.50		
Mais de 6 anos	11	16.05		
Uso das emoções			3.102	.212
Menos de 6 anos	34	24.71		
6 anos	5	36.10		
Mais de 6 anos	11	23.14		
Regulação das emoções			5.963	.051
Menos de 6 anos	34	26.03		
6 anos	5	37.30		
Mais de 6 anos	11	18.50		

Relativamente às dimensões da Inteligência Emocional, nomeadamente *Avaliação das Próprias Emoções*, *Avaliação das Emoções nos Outros*, *Uso das Emoções* e *regulação das Emoções*, existe uma proximidade no valor de significância no que respeita à dimensão *Avaliação das Emoções nos Outros*, tendo em consideração a situação profissional dos sujeitos, contudo não se verifica uma diferença significativa.

Não se verificaram diferenças significativas relativamente às quatro dimensões da inteligência emocional no que respeita à área profissional dos sujeitos, não existem diferenças significativas nas dimensões face ao ter ou não ter filhos, não existem diferenças nas dimensões relativamente a ter outra atividade profissional e, também não se verificam diferenças significativas nas dimensões face ao estado civil dos participantes.

Existem diferenças significativas ($\chi^2 = 5,011$ $p < 0,05$) na dimensão *avaliação das emoções nos outros*, face ao grau de habilitação académica, neste caso, os participantes que possuem mestrado apresentam melhores resultados nessa dimensão (cf. Tabela 16).

Tabela 16. Resultados referentes ao teste de diferenças (*Kruskal-Wallis*) entre o nível de habilitação académica dos TAV e as dimensões de inteligência emocional

	<i>n</i>	<i>Médias</i>	χ^2	<i>P</i>
Avaliação das emoções			.980	.322
Licenciatura	24	23.42		
Mestrado	26	27.42		
Avaliação das emoções dos outros			5.011	.025
Licenciatura	24	20.83		
Mestrado	26	29.81		
Uso das emoções			.764	.382
Licenciatura	24	23.65		
Mestrado	26	27.21		
Regulação das emoções			1.698	.193
Licenciatura	24	22.73		
Mestrado	26	28.06		

4.5. Discussão dos resultados

Esta investigação teve como principal objetivo verificar a possibilidade de a inteligência emocional ser um fator protetor da saúde mental e do bem-estar dos técnicos de apoio à vítima.

No que respeita ao primeiro objetivo - caracterizar a amostra em termos dos níveis de bem-estar total e níveis de inteligência emocional procuramos analisar os níveis inteligência emocional, nomeadamente o nível de cada dimensão, e os níveis de saúde mental positiva, nomeadamente o nível de bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social na amostra.

Na Escala de Inteligência Emocional de *Wong e Law* (2002) - WLEIS-P, comparando os valores estatísticos obtidos, nomeadamente a média em relação ao intervalo entre o valor mínimo e o valor máximo, podemos afirmar nas quatro dimensões o valor da média reflete que os níveis de inteligência emocional nesta amostra estão equilibrados, significando assim que a amostra apresenta bons resultados no que respeita a estas capacidades.

Estes resultados permitem-nos considerar este conjunto de participantes como emocionalmente inteligentes, apresentando, portanto, a existência das quatro capacidades. Consideramos que são técnicos com boa capacidade para avaliar e perceber as próprias emoções, bem como avaliar e perceber as emoções dos outros, capacitados de igual forma para regular a informação emocional e utilizá-la de forma adequada e adaptativa. A utilização desta informação dá-se não só no contexto de trabalho, mas também de forma a regular a sua saúde mental positiva, uma vez que esta é vista como um equilíbrio emocional, que resulta da interação do indivíduo com o seu meio interno e externo, as suas características pessoais, com as condições em contexto de trabalho (e.g. adequação às exigências, capacidade para desempenhar as suas funções e as relações interpessoais nesse meio), sendo estes fatores que podem contribuir para os níveis de bem-estar emocional, psicológico e social dos profissionais (Martins, 2004).

Nos resultados do MHC-SF, podemos verificar que as médias se encontram dentro dos intervalos dos valores totais para cada dimensão do bem-estar. Contudo, pode-se afirmar que a média obtida na dimensão *Bem-estar Social* é baixa, tendo em conta o intervalo dos valores totais. Nas dimensões *Bem-estar Emocional* e *Bem-estar*

Psicológico os valores são bons. Assim os valores obtidos na dimensão bem-estar emocional, permite-nos considerar que os participantes apresentam satisfação com a vida, interessados na vida e sentem emoções positivas com maior frequência (e.g. felicidade) (Keyes, 2006; Zneider & Olnick- Shemesh, 2009). O bem-estar psicológico associa-se positivamente com a satisfação com a vida e a experiência em afetos positivos e, também, com a inteligência emocional (Ryff, 1989; citado por Queroz & Neri, 2005). Quanto ao bem-estar social, a literatura defende que, afirmar que existe uma relação entre a idade e o bem-estar social é um lapso (Keyes, 1998), pois tal como se verificou nos resultados obtidos, não existem diferenças significativas relativamente à idade e às dimensões de bem-estar. Quanto às diferenças referentes às dimensões de bem-estar e o nível de habilitação académica estas não se verificaram, contudo algumas condições pessoais sofrem, aparentemente, um declínio com a idade, e há estudos que revelam que os adultos se sentem mais felizes e satisfeitos com a vida e apresentam maiores níveis do bem-estar psicológico na medida em que se debruçam sobre as componentes respetivas ao funcionamento positivo para melhorar a sua qualidade de vida (Heidric & Ryff 1996, Ryff & Keyes 1995, citados por Keyes, 1998).

O valor do nível de *bem-estar social* obtido, permite compreender a maioria desta amostra como socialmente integrada. As estratégias de *coping* permitem que consideremos que são pessoas com uma vida social ativa que procuram estar na companhia de outros, realizar atividades de grupo e procurar conviver em sociedade. Após esta aferição, podemos incluir a informação que se verifica na literatura, ou seja, pessoas que se sentem socialmente integradas, próximas de algo/alguém, e confortáveis em comunidade, sentindo que vivem numa vizinhança saudável e vital. Pessoas socialmente integradas, devem, portanto, perceber a sua vizinhança como sendo de confiança e como segura. Pessoas que veem a vida socialmente coerente devem também sentir a sua vida pessoal como igualmente coerente (Keyes, 1998).

Os participantes, de acordo com as médias de bem-estar apresentadas, revelam um comportamento positivo no trabalho o que se deve ao fato de o bem-estar no trabalho ser composto por componentes fortemente influenciadas pela saúde mental do indivíduo, como é o caso da satisfação com a vida, que por consequente proporciona satisfação com o trabalho, do envolvimento no desempenho da sua função e do comprometimento organizacional afetivo (Siqueira & Padovam ,2008; Diener, Lucas & Oshi, 2003). É possível afirmar que se encontram equilibrados no que respeita ao

funcionamento positivo, o que se traduz num autoconhecimento razoável, na manutenção de relações positivas e saudáveis com os outros, investimento no crescimento pessoal, capazes de se adequar aos contextos onde se inserem e autónomos na procura pelos seus interesses e na concretização dos seus objetivos. Apresentam um equilíbrio entre as experiências positivas e negativas da vida, demonstrando também satisfação com a vida no geral, sendo que maioria da amostra revela um sentimento de felicidade. Uma vez que a média do bem-estar social é baixa em relação ao intervalo dos valores mínimo e máximo, podemos considerar que as dimensões que o proporcionam não se encontram compensadas entre si, por exemplo pode-se verificar uma forte integração e atualização social neste conjunto de participantes, contudo já não se verifica uma grande aceitação social. Segundo os aspetos positivos desta função e as estratégias mencionadas pelos participantes, podemos verificar componentes do bem-estar social positivamente desenvolvidas (e.g. integração social, atualização social, contribuição social), que auxiliam na manutenção da saúde mental positiva.

No que concerne ao segundo objetivo deste estudo- caracterizar a amostra em relação aos aspetos percecionados como positivos e como negativos de ser técnico e as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com as adversidades- foi importante perceber os aspetos positivos e negativos que os/as técnicos/as percecionam na prática da sua profissão.

Como tal, dos aspetos percecionados como positivos no decorrer da prática laboral enquanto técnico/a de apoio à vítima, obtivemos respostas onde relataram elementos como o reconhecimento do seu trabalho pela vítima, o ouvir um *feedback* positivo, receber apreço e ver satisfação pela ajuda facultada a cada utente. A participação e promoção de mudança no outro, ajudando-o, bem como a familiares e amigos próximos da vítima, a promoção de bem-estar e harmonia no outro. Relativamente ao contexto laboral e relações interpessoais, mencionaram aspetos como horário laboral agradável, questões como a multidisciplinariedade dos casos, sendo notável uma grande diversidade de ocorrências, a elevada aprendizagem devido à aquisição de conhecimentos quanto às diversas áreas profissionais existentes, realidades distintas com que se deparam, diferentes intervenções nas diversas áreas do apoio (jurídico, social e psicológico), o desenvolvimento de competências sociais, pessoais e emocionais, adotando estratégias de resolução de problemas, procurando aprender a gerir, controlar e manipular emoções, praticando intervenções em contexto.

Muitos dos participantes mencionaram a perspectiva de utilidade do trabalho executado para uma vida em sociedade, contribuindo para uma maior informação da mesma, sensibilizando e prevenindo no âmbito das várias temáticas que a APAV aborda.

Mencionam o bom ambiente que se faz sentir nos GAV, referindo a comunicação e ajuda entre técnicos, com partilha e discussão de processos, também o trabalho interinstitucional. A nível pessoal, referiram aspetos como o sentimento de realização latente, na medida em que o trabalho desenvolvido promove a proatividade dos sujeitos e sentem que evoluem.

No que concerne a aspetos percecionados como negativos, ao longo da análise das respostas é evidente e transversal aos participantes, a referência ao desgaste emocional que a experiência enquanto TAV suporta. Há uma forte referência ao stress, relacionado com as exigências pela parte da entidade patronal não compatíveis com o tempo de trabalho, com a elevada quantidade de casos por técnico, com diversas situações e problemas urgentes a precisar de resolução por vezes imediata, com o volume de trabalho, com a incapacidade de planeamento de intervenções atempadamente e a existência de casos complicados de (di)gerir. Na prática, consideram que a falta de resposta que por vezes surge, bem como a existência quer de escassos recursos quer de opções para os utentes provocam uma deficiência laboral que acaba por influenciar o bem-estar do técnico. Tal como a literatura apresenta, é evidente que profissionais que trabalham com pessoas traumatizadas, vítimas de crime, sejam emocionalmente afetadas pelas características do trauma (e.g. histórias perturbadoras, imagens chocantes, sofrimento do/a utente), uma vez que ouvem, discutem e ajudam estas pessoas. Esta ajuda consiste num trabalho com os sentimentos da vítima, que por vezes torna concebível o envolvimento empático do/a técnico/a, acabando por experienciar o relato do utente como se fosse uma experiência própria (Confield, 2005 citado por Baum, 2015).

As condições de trabalho, nomeadamente a exposição direta com as vítimas de crime, o número de processos por técnico e o tempo despendido em cada atendimento e, muitas vezes, o fato de ter de lidar com as patologias associadas ao trauma são fortes potenciadores de descidas no nível de saúde mental e de inteligência emocional dos técnicos (Adams et al., 2008, Craig & Sprang, Cunningham 2003, Kassam Adams 1995, Schauben & Frazier 1995, Sprang et al. 2007 citados por Barboza, Souza & Moreira, 2014).

Esta situação pode afetar a vida profissional, bem como vida pessoal e social dos/as técnicos/as, uma vez que trabalhar com este tipo de população, requer que o/a técnico/a se apresente com elevada concentração, capacidade de manter a calma, capaz de empatia sem se deixar envolver e, convém, ser qualificado para a função (Mckim & Smith-Adcok, 2014).

Segundo Machado (2004), alguns elementos que podem exercer ingerência no desenvolvimento de implicações na saúde mental dos/as técnicos/as bem como potenciar o risco de fadiga por envolvimento são: a idade, o género e os anos de experiência dos/as técnicos/as, bem como as condições de trabalho como a exposição direta com a vítima de crime, o número de processos em que se envolve, o tempo despendido em cada atendimento e lidar com as reações adversas ao trauma. Alguns fatores como: o número de processos, a vulnerabilidade e dependência dos utentes, a ausência de supervisão, a falta de uma rede de suporte adequada e a história pessoal de vitimação também se incluem no grupo de fatores de risco; (Adams et al., 2008, Craig & Sprang, Cunningham 2003, Kassam Adams 1995, Schauben & Frazier 1995, Sprang et al. 2007 citados por Mckim & Smith-Adcok, 2014).

Quanto às estratégias de *coping*, o trabalho em equipa, supervisão e discussão com colegas, interação com colegas e entreajuda, criação de esquemas e linhas orientadoras de trabalho, são algumas das estratégias adotadas pelos participantes desta investigação no contexto laboral. Quanto à promoção do bem-estar os TAV adotam estratégias como: praticar desporto, meditar, realizar atividades de lazer prazerosas (como ler, passear, ir ao teatro, cinema, ouvir música, dança), procuram ter períodos de sono estáveis, períodos de repouso mais regulares e prolongados, procuram não levar trabalho para casa para poder desfrutar de um fim de semana mais folgado e conviver com família e amigos tentando manter uma vida social ativa. Um bom suporte social e um autocuidado com a saúde mental, são considerados fatores atenuadores do impacto das problemáticas dos utentes no TAV (Chrestman, 1999; Ducharme et al., 2008; Schauben & Frazier, 1995, citados por Mckim & Smith-Adcok, 2014).

Referem ainda a prática de voluntariado e de formações, investindo assim em maiores competências profissionais. Estes aspetos são considerados fundamentais para o equilíbrio mental e físico de cada TAV, tal como se verificou na literatura, pois os técnicos que apresentem um suporte sólido para o seu bem-estar, rapidamente verificam

a influência que estas atividades exercem na sua saúde mental, bem como no seu serviço (Clukey, 2010 citado por Mckim & Smith-Adcock, 2014).

Manter uma gestão adequada do seu tempo, incluindo nestes períodos de lazer e descanso; procurando integrar um estilo de vida saudável; promovendo a separação da sua vida pessoal e profissional; envolvendo-se noutras atividades profissionais; integrando grupos de supervisão ou outras formas de suporte profissional; procurando ajuda no sentido de lidar com experiências pessoais da vítimação e desenvolver regras de segurança na sua prática profissional (Courtois, 1988; Hamby, 1998; Hambergerr & Holtzworth-Monroe, 1994), são apontadas por Machado (2004) como sendo algumas das estratégias e/ou atividades consideradas necessárias para o equilíbrio do/a técnico/a. As estratégias ou atividades que os participantes realizam como forma de enfrentamento para lidar com as suas exigências laborais vão de encontro ao que Machado (2004) aponta como sendo benéfico para que o técnico possa lidar com as questões laborais. Considera-se que as pessoas emocionalmente inteligentes podem ser mais propensas a utilizar estratégias de *coping* positivas (e.g. a expressão de sentimentos, obtenção de apoio social), ao invés de estratégias inadequadas (e.g. ruminações ou evasões), e assim reduzir o efeito negativo e aumentar o bem-estar (Matthews et al., 2006, citados por Extremera, Ruiz-Aranda, Pineda-Galán & Salguero, 2011). Shulman & Hemenover (2006, citados por Extremera, Ruiz-Aranda, Pineda-Galán & Salguero, 2011) sublinharam ainda que estes indivíduos também sentem ter um maior controlo sobre o seu meio ambiente, na medida em que podem controlar as suas emoções negativas, levando a sentimento de domínio da sua vida e proporcionando maior bem-estar psicológico.

E, na medida em que é necessária uma gestão e conhecimento das emoções, entramos assim no terceiro objetivo deste estudo, onde procurámos analisar a possibilidade de existir uma associação entre as dimensões do bem-estar e as dimensões da inteligência emocional, nos/as técnicos/as.

A inteligência emocional foca-se na resolução emocional de problemas (Mayer & Geher, 1996) envolvendo o processamento e manipulação dos estados emocionais. Relaciona-se com a satisfação com a vida, ou seja, bem-estar emocional, na medida em que as pessoas emocionalmente mais inteligentes tendem a ser mais eficazes em prol da

sua satisfação com o que as rodeia e da sua realização pessoal (Rego & Fernandes, 2005).

Assim, entre as correlações significativas verificadas relativamente à inteligência emocional e a saúde mental positiva dos participantes, destacam-se a correlação significativa entre o bem-estar emocional com as dimensões *avaliação das próprias emoções*, *uso das emoções* e *regulação das emoções*, podendo-se reter desta associação que, quanto maior a capacidade do sujeito em entender as próprias emoções e expressá-las de forma natural e espontânea; quanto maior a capacidade de adaptar as suas emoções no sentido de facilitar o seu desempenho e, quanto maior a capacidade em regular as suas emoções, controlando-as, maior será o nível de bem-estar emocional.

Obteve-se também uma correlação significativa entre o bem-estar social e as dimensões *uso das emoções* e *regulação das emoções*, o que revela que o aumento do bem-estar social proporciona um aumento da capacidade do sujeito em direcionar as suas emoções para um bom desempenho da sua capacidade em regular e controlar os seus estados emocionais. O bem-estar social relaciona-se positivamente com a inteligência emocional no geral, contudo também se foca na empatia, que facilita a criação de relações sociais de qualidade e positivas (Ryff, 2013).

Obteve-se ainda uma correlação significativa entre bem-estar psicológico e as dimensões *avaliação das próprias emoções*, *uso das emoções* e *regulação das emoções* o que, por sua vez, significa que o aumento do bem-estar psicológico, proporciona um aumento das capacidades dos sujeitos em avaliar as suas emoções, utilizá-las de forma adaptativa e regulá-las adequadamente. Estes resultados enquadram-se no que a literatura menciona, revelando que o bem-estar psicológico se correlaciona positivamente com a satisfação com a vida e afetos positivos, bem como com habilidade sociais e com a inteligência emocional (Machado & Bandeira, 2012).

De acordo com a perspetiva de Salovey, os indivíduos que sejam capazes de regular as suas emoções são mais saudáveis, na medida em que compreendem como e quando expressar as suas emoções, e tornam-se competentes na avaliação e perceção precisas dos seus estados emocionais. Este conjunto de características, lidando com a perceção, expressão e regulação de estados de espírito e emoções, sugere que deve haver uma ligação direta entre inteligência emocional e saúde mental (Shabani et al., 2010).

A inteligência emocional torna-se necessária na medida em que está relacionada com a capacidade para se reconhecer os próprios sentimentos e os dos outros, para administrar as próprias emoções e os relacionamentos e, também, se relaciona com a automotivação para lidar com as dificuldades e os acontecimentos que podem ocorrer ao ser-se técnico de apoio à vítima. Pessoas emocionalmente inteligentes, mostram-se capazes de se ajustar, bem como aos seus objetivos, para se adequarem à realidade social em que se inserem e à sua realidade. Isto, porque a capacidade de regular as emoções positivas é de particular relevância para a saúde mental, pois fortalece a atenção, a cognição e a criatividade, aumentando o bem-estar, a qualidade das relações sociais e o desempenho no trabalho (Fredrickson & Losana, 2005, Lopes, Salovey, Côté, & Beers, 2005 & Quoidbach & Hansenne, 2009, citados por Santana & Gondim, 2016). E permite que sejam realizadas correções na capacidade do sujeito em regular as emoções com base nas experiências destes ao longo da sua vida pessoal, social e profissional. A literatura afirma que a inteligência emocional estabelece uma associação com as relações sociais saudáveis e de qualidade, contribuindo para a qualidade do trabalho na medida em que capacita os indivíduos para nutrirem relações positivas e regularem as suas emoções (Lopes, Grewal, Kadis, Gall & Salovey, 2006).

A literatura sugere uma possível ligação entre a inteligência emocional e a saúde mental, onde a IE adota um papel de moderadora, na medida em que existe uma associação entre as dimensões de ambos os construtos (Mendes, 2014). Este estudo vai de encontro a esta afirmação, confirmando-a. Os sujeitos que apresentem maiores níveis de inteligência emocional, apresentam capacidade em regular as suas emoções de forma adaptativa e funcional, mesmo quando inseridos em situações que dificultam esta regulação. Assim, ao ser condicionada a regulação emocional, esta vai influenciar o bem-estar (Mendes, 2014). Esta investigação vai de encontro a estas noções, na medida em que se alcançaram associações entre as dimensões do bem-estar e as dimensões da inteligência emocional, o que predita a possibilidade de existir uma relação entre as variáveis e podendo a inteligência emocional tornar-se, efetivamente, um fator protetor da saúde mental nos/as técnicos/as.

Em relação ao quarto objetivo deste estudo- analisar as diferenças relativamente ao tempo de experiência enquanto técnico de apoio à vítima face às dimensões do bem-estar e as dimensões da inteligência emocional. O tempo de experiência laboral e um maior nível de habilitação académica são considerados fortes preditores de bem-estar

nos adultos, na medida em que a literatura defende que o bem-estar aumenta em função destas (Ryff, 2013). No entanto, foi possível reter da análise efetuada, que estas variáveis não causam efeito na saúde mental dos/as técnicos/as, não surgindo qualquer relação e diferença significativas entre estas e as dimensões do bem-estar. Assim, não se verificam diferenças significativas entre o tempo de experiência em relação às dimensões do bem-estar.

Verificaram-se diferenças na dimensão *avaliação das emoções nos outros* da inteligência emocional, apresentando uma diferença significativa onde podemos verificar que os/as técnicos/as com seis anos de experiência apresentam uma maior competência na perceção, avaliação e expressão das emoções dos outros, o que torna esta amostra capaz de se consciencializar relativamente às emoções e as expressões adjacentes a estas, nos outros.

A fadiga por compaixão pode afetar subjetiva, social e psicologicamente um indivíduo, provocando um declínio na capacidade de experienciar emoções, dificultando os relacionamentos interpessoais e até mesmo afetivos dos técnicos (Machado, 2004). Fatores como a idade e os anos de experiência podem, também, estar relacionados com o desenvolvimento desta condição e revelar diferenças relativamente aos níveis de bem-estar e aos níveis de inteligência emocional (Kassam-Adams 1995; Meyers & Cornille 2002; Cunningham 2003, citados por Barboza, Souza & Moreira, 2014).

De acordo com Ryff (2013), sujeitos com formação em áreas que por si só, já exigem que os sujeitos tenham a capacidade de empatia com o outro, tornam-se mais suscetíveis de apresentar um declínio na saúde mental e na inteligência emocional. Neste estudo, nas áreas mais comuns, nomeadamente Psicologia, Direito e Serviço Social, não se verificam diferenças relativas às dimensões do bem-estar e das dimensões da inteligência emocional em função da área de formação. Embora houvesse menos diferenças de idade para a saúde mental, a literatura reporta para a ideia de que os adultos mais velhos apresentam melhores níveis de bem-estar psicológico, social e um bem-estar psicológico similarmente menor (Westerhof & Keyes, 2009). Neste estudo, no entanto, não se verificaram diferenças relevantes entre a idade e as dimensões da saúde mental positiva. No entanto, consideramos pertinente o desenvolvimento de mais estudos nesta área de forma a compreender melhor este fenómeno.

4.6. Conclusão

Ser técnico/a de apoio à vítima, pode ser considerada uma profissão bastante gratificante e desafiante, contudo, de igual forma esgotante e frustrante. No exercício desta função é muito importante e necessário que o/a técnico/a seja capaz de avaliar as próprias emoções, avaliar as emoções nos outros, usar as emoções e gerir as suas emoções e estar mentalmente saudável, isto porque se depara com relatos de histórias muitas vezes agressivas, situações traumatizantes, porque está constantemente em contacto com pessoas vítimas de crime que por vezes se apresentam emocionalmente e subjetivamente desestruturadas, instáveis, com dificuldades e, também, politraumatizadas fisicamente (e.g. marcas de agressões).

No decorrer desta investigação foi perceptível que a inteligência emocional está associada à saúde mental dos/as técnicos/as, podendo ser considerado um efeito da mesma na saúde mental positiva dos/as técnicos/as. Esta afirmação é evidenciada pelos resultados, uma vez que na medida em que o bem-estar emocional, bem-estar social e o bem-estar psicológico da amostra aumenta, em função do aumento da capacidade em avaliar as próprias emoções, avaliar as emoções nos outros, usar as emoções e regular as emoções. Consideramos assim a inteligência emocional como um fator protetor da saúde mental. Após revisão de literatura e perante a diversidade de postulações acerca do que é efetivamente a inteligência emocional, pode-se considerar que a sua definição científica mais amplamente aceite é a de que esta representa um conjunto de capacidades e competências que possibilitam a monitorização das emoções no eu e no outro, permitindo a discriminação das mesmas e também a utilização desse conhecimento e informação para orientar o pensamento e o comportamento. Indo de encontro ao modelo misto de *Goleman*, que considera a inteligência emocional como um conjunto de habilidades que podem ser aprendidas.

A presente dissertação, com foco na pesquisa e investigação que esta envolveu, permite perceber quais as estratégias de *coping* mais comuns nesta população, bem como os aspetos percecionados como positivos e negativos de se ser técnico/a de apoio à vítima, revelando o que mais pesa no exercício desta função. É necessária especial atenção relativamente aos custos emocionais e as necessidades que envolvem a saúde mental dos técnicos de apoio à vítima, uma vez que se inserem num contexto maioritariamente repleto de emoções negativas e condições de trabalho, por vezes, inadequadas (e.g.

muitos casos por técnico, falta de recursos para resolução de problemas) e a satisfação destes com a vida e respetiva qualidade, se pode refletir no serviço prestado (Mckim & Adcock, 2014).

Como limitações deste estudo apontamos a amostra reduzida perante o que seria expectável. No geral, sendo perceptível a relação existente entre o nível de inteligência emocional e a saúde mental dos/as técnicos/as, este resultado pode incentivar a uma investigação futuramente alargada, uma vez que a investigação não é congruente quanto à possibilidade de existir realmente uma relação eficaz entre a Inteligência Emocional, a Saúde Mental e as dimensões de bem-estar subjacentes. No entanto apenas algumas dimensões se relacionam com um tipo de bem-estar sugerindo, assim, a pertinência de continuar a aprofundar o estudo destas dimensões, em diferentes populações e contextos.

Mas, uma vez que a associação entre as variáveis se torna evidente na população estudada nesta investigação, contudo pouco explorada, apresenta-se como uma relevante área de estudos futuros, uma vez que a aplicabilidade da inteligência emocional no trabalho é um tema importante e em crescimento. Integrar a saúde mental nesta relação de efeito permitiria obter mais e melhores resultados, adotando uma perspetiva mais centrada no sujeito sendo as três dimensões de bem-estar possíveis de se refletir no funcionamento e desempenho do mesmo, não focando apenas o modo como as capacidades emocionais influenciam a forma como estes executam as suas funções. Esperamos, assim, que esta dissertação se possa apresentar como um passo em frente na investigação da relação entre a inteligência emocional e a saúde mental positiva.

A existência de inteligência emocional nos técnicos de apoio à vítima desta investigação torna-se um préstimo, bem como uma implicação na prática profissional destes e para a sua saúde mental auxiliando na forma como lidam com o stress, com as frustrações e como se ajustam às situações. Ou seja, pode considerada uma estratégia protetora que estes profissionais têm para lidar com a sua função de técnico de apoio à vítima e as adversidades subjacentes a esta.

Deduzimos assim, que estes sujeitos estão em menor risco de doença mental quanto mais treinarem a sua inteligência emocional. Assim, paralelamente ao que estes profissionais fazem para aquisição de conhecimentos técnico e científico, poderiam

aprimorar as respectivas capacidades de inteligência emocional, podendo inclusive a própria Associação de Apoio à Vítima investir neste tipo de formação para os técnicos como forma de os fortalecer emocionalmente para as adversidades.

No que concerne á experiência pessoal, foi com todo o empenho e dedicação que se realizou este trabalho, tratando-se evidentemente de duas áreas de maior interesse, aprofundando e contribuindo para a sua expansão e, também, aplicando-as a um contexto profissional nunca outrora explorado.

Referências

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Aveira, J. (2013). *A Inteligência Emocional, o Desempenho e a Satisfação Laboral em Funções Comerciais*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.12/2582>
- Barbosa, S. da C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações E Trabalho*, 14(3), 315–323. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007
- Baum, N. (2016). Secondary Traumatization in Mental Health Professionals. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(2), 221–235. <https://doi.org/10.1177/1524838015584357>
- Brackett, M., & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psychothema*, 34–41. Retrieved from <http://content.apa.org/books/10612-016>
- Bueno, J. M. H., & Primi, R. (2003). Inteligência emocional: um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 16(2), 279–291. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000200008>
- Butler, E. A., & Sbarra, D. A. (2013). Health, emotion, and relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(2), 151–154. <https://doi.org/10.1177/0265407512453425>
- Catarina, D., & Seabra, L. (2013). *Inteligência Emocional Estudo Exploratório*. Universidade da Beira Interior. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.6/2697>

- Cobêro, C., Primi, R., & Muniz, M. (2006). Inteligência emocional e desempenho no trabalho: um estudo com MSCEIT, BPR-5 e 16PF. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16(35), 337–348. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300005>
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305–314. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.305>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. Retrieved from http://stat.psych.uiuc.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith_1999.pdf
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 1–24. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1997-43193-002>
- Fernandes, C., & Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 50(24), 1–15. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figueira, C., Pinto, A. M., Lima, L., Matoss, A. P., & Cherpe, S. (2014). Adapting the Mental Health Continuum - LF - for adults in Portuguese university students. *Revista Iberoamericana de Diagnostico Y Evaluacion-E Avaliacao Psicologica*, 2(38), 93–116. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/4596/459645434006/>
- Fonte, C.; Silva, I.; Vilhena, E. & Keyes, C. (no prelo). The Portuguese adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)

- Franco, M. da G. S. d'Eça C., & Santos, N. N. (2015). Desenvolvimento da Compreensão Emocional. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 31(3), 339–348. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032099339348>
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203–214. Retrieved from <http://repositorio.ual.pt/handle/11144/1896>
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional* (17^a). Lisboa: Temas e Debates-Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5^a). Lisboa: Temas e Debates-Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (2001). Emotional Intelligence: Issues in Paradigm Building. In C. Cherniss & D. Goleman (Eds.), *The Emotionally Intelligent Workplace* (pp. 1–13). San Francisco: Jossey-Bass.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366–2371. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective Well-Being in Mental Health and Human Development Research Worldwide: An Introduction. *Social Indicators Research*, 77(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective Well-Being in Mental Health and Human Development Research Worldwide: An Introduction. *Social Indicators Research*, 77(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>

- Lago, K., & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(2), 213–221. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000200006>
- Libbrecht, N., Beuckelaer, A. De, Lievens, F., & Rockstuhl, T. (2014). Measurement Invariance of the Wong and Law Emotional Intelligence Scale Scores : Does the Measurement Structure Hold across Far Eastern and European Countries ? *Applied Psychology: An International Review*, 63(2), 223–237. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2012.00513.x>
- Machado, W. D. L., & Bandeira, D. R. (2015). Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum - Short Form. *Psico-USF*, 20(2), 259–274. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200207>
- Machado, W. de L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 587–595. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400013>
- Magnano, P., Craparo, G., & Paolilo, A. (2016). Resilience and Emotional Intelligence : which role in achievement motivation. *International Journal of Psychological Studies*, 9(1), 9–20. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-20842016000100002
- Marco, P. F., Cítero, V. de A., Moraes, E., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 178–183. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000300004>
- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2008). *Análise de Dados com SPSS: Primeiros passos* (2ª). Lisboa: Temas e Debates-Círculo de Leitores.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso a IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga:Psiquilibrios.
- Martins, M. (2004, June). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Millenium*, 255–268. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/575>

- Matos, A., André, R., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum - Short Form - for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *Psychologica*, 131–156.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 197–208. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80058-7](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80058-7)
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63(6), 503–517. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503>
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197–215. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1503_02
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D., & Cherkasskiy, L. (2011). Emotional Intelligence. In R. Sternberg & S. Kaufman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Intelligence* (pp. 528–550). New York: Cambridge University Press.
- McKim, L. L., & Smith-Adcock, S. (2014). Trauma Counsellors' Quality of Life. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(1), 58–69. <https://doi.org/10.1007/s10447-013-9190-z>
- Mendes, A. R. C., & Cunha, A. R. (2014). *O papel moderador da inteligência emocional na relação entre regulação emocional e bem-estar: um estudo com trabalhadores portugueses*. Universidade de Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/27684>
- Monte, K., Fonte, C., & Alves, S. (2015). Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 83–87.
- Neto, L. M., & Marujo, H. Á. (2007). Propostas estratégicas da Psicologia Positiva para a prevenção e regulação do stress. *Análise Psicológica*, 4(25), 585–593. Retrieved from <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/467/pdf>

- Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 1, 56–68. Retrieved from https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31042240/rbmt08.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1510271783&Signature=ZjYC%2FVVj352Rn%2BuACd5mY2kG1Tk%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DSaude_mental_dos_profissionais_de_saude.pdf
- Queroz, N. C., & Neri, A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 292–299. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000200018>
- Rego, A., & Fernandes, C. (2005). Inteligência emocional: contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. *Psicologia*, 19(1–2), 139–167. Retrieved from http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-20492005000100007&script=sci_arttext
- Roberts, R. D., Flores-Mendoza, C. E., & Nascimento, E. do. (2002). Inteligência emocional: um construto científico? *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 12(23), 77–92. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2002000200006>
- Rodrigues, N., Rebelo, T., & Coelho, J. V. (2011). Adaptação da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS) e análise da sua estrutura factorial e fiabilidade numa amostra portuguesa. *Psychologica*, 55, 189–207. Retrieved from [uri:http://hdl.handle.net/10316.2/5595](http://hdl.handle.net/10316.2/5595)
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Sánchez-Álvarez, N., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2016). The relation between emotional intelligence and subjective well-being: A meta-analytic investigation. *The Journal of Positive Psychology*, 11(3), 276-285.

Santana, V. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 21(1), 58–68. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>

Scherer, K. R. (2005). What are emotions ? And how can they be measured ? *Social Science Information*, 44(4), 695–729. <https://doi.org/10.1177/0539018405058216>

Schutte, N. S., & Loi, N. M. (2014). Connections between emotional intelligence and workplace flourishing. *Personality and Individual Differences*, 66(August 2014), 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.031>

Shabani, J., & Ahmad, A. (2010). Exploring the Relationship of Emotional Intelligence with Mental Health among Early Adolescents. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2), 209–216.

Shapiro, A., & Keyes, C. L. M. (2008). Marital status and social well-being: Are the married always better off?. *Social Indicators Research*, 88(2), 329-346.

Siddique, Z. (2007). The Influence of Strategic Human Resource Management on Emotional Competencies. *Review of Business*, 3(4), 294–305.

Silva, M. J. M. R. Da. (2010). *A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL COMO FACTOR DETERMINANTE NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS: Emoções, Expressões Corporais e Tomadas de Decisão*. Universidade Aberta. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.2/1529>

Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 24(2), 201–209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>

Sousa, D. (2014). *Inteligência emocional no trabalho*. Centro Universitário de Brasília. Retrieved from <http://hdl.handle.net/235/4955>

- Stys, Y., & Brown, S. L. (2004). *A Review of the Emotional Intelligence Literature and Implications for Corrections. Research Branch Correctional Service of Canada* (Vol. R-150). Ottawa: Cambridge University Press. Retrieved from <http://www.csc-scc.gc.ca/research/092/005008-0150-eng.pdf>
- Sulaiman, W., & Noor, M. (2015). Examining the Psychometric Properties of the Wong and Law Emotional Intelligences Scale (Wleis). *Journal of Social Sciences and Humanities*, 2(2), 81–90.
- Sy, T., Tram, S., & O'Hara, L. A. (2006). Relation of employee and manager emotional intelligence to job satisfaction and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 68(3), 461–473. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2005.10.003>
- Sydney-Agbor, N., E. Ebeh, R., E. Nwankwo, B., & A. Agu, S. (2014). Influence of Emotional Intelligence and Gender on Job Satisfaction among Local Government Employees. *Research in Psychology and Behavioral Sciences*, 2(4), 86–89. <https://doi.org/10.12691/rpbs-2-4-2>
- Teques, A., Ramón, G., Carrera, G., Ribeiro, J., & Teques, P. (2015). Desenvolvimento e avaliação das características psicométricas do Questionário de Auto-Percepção de Inteligência Emocional (QIE-AP). *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 28(2), 270–279. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528207>
- Verissimo, R. (2003). Inteligência emocional: Da alexitimia ao controlo emocional. *Acta Medica Portuguesa*, 16(6), 407–411. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/8098847%0A\[Emotional](https://www.researchgate.net/publication/8098847%0A[Emotional)
- Vestling, M., Tufvesson, B., & Iwarsson, S. (2003). INDICATORS FOR RETURN TO WORK AFTER STROKE AND THE IMPORTANCE OF WORK FOR SUBJECTIVE WELL-BEING AND LIFE SATISFACTION. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(3), 127–131. <https://doi.org/10.1080/16501970310010475>
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119

Wing, J. F., Schutte, N. S., & Byrne, B. (2006). The effect of positive writing on emotional intelligence and life satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 62(10), 1291-1302.

Woyciekoski, C., & Hutz, C. S. (2009). Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100002>

Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2004). Emotional Intelligence in the Workplace: A Critical Review. *Applied Psychology*, 53(3), 371–399. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2004.00176.x>