



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

A INFLUÊNCIA DA GUERRA NA EUROPA NO *BURNOUT* E NA
ANSIEDADE

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Aconselhamento

Autor: Raúl Filipe dos Santos Lino

Orientador: Professor Doutor José Manuel Guimarães de Magalhães

Número de candidato: 30002592

Março de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Em primeiro lugar, este é o culminar de cinco anos de dúvidas, sacrifício, stresse, mas também de muita aprendizagem, específica, geral e pessoal. Num primeiro momento considerei que o trajeto seria mais simples do que se mostrou ser, o caminho foi longo, foi duro, estudar ao mesmo tempo que mantinha um trabalho a full-time, um trajeto que termino por ter encontrado em mim uma resiliência inimaginável, mas claro está, nada seria possível sem o apoio dos que me são mais próximos, amigos, família, colegas de turma e de trabalho. A este nível, não cito nomes pois poderia ser injusto com alguns. De uma ou outra forma, todos deram o seu contributo, todos ajudaram e todos me motivaram, por esta via vos agradeço, vocês sabem quem são. Não poderia construir esta parte sem que abordasse o panorama geral, porque este trabalho faz parte de um todo, um todo para mim como parte do meu trajeto, um todo para mim como parte da minha história. Tenho muito também a agradecer a todos os meus professores pelas suas aulas cheias de “sumo”, mas quero em especial agradecer ao meu Orientador, o Professor Doutor José Magalhães, pela sua agilidade de resposta às minhas dúvidas e aos meus e-mails, por sempre se ter mostrado disponível, pelo seu apoio e pelas suas orientações, assim como também me motivar por ser um “poço de conhecimento” e por ter aceitado orientar o meu trabalho. Mais uma vez, elaborar este trabalho que por vezes me tirou o sono, com alguns contratempos, que me provocou dúvidas, que me pôs á prova, mas que no final me deixa com um sentimento de gratidão e orgulho, assim como também com um sentimento de alívio, não foi fácil como não esperava que fosse, mas que só foi possível graças ao apoio de quem me é próximo, uma vez mais, muito obrigado a todos.

“Não te desvies do teu caminho. Em cada impulso, dá à justiça o que lhe é devido e, em todos os pensamentos, certifica-te que compreendes (...) ama a arte que aprendeste, por mais humilde que possa ser, encontra nela a tua recreação. E passa o resto da tua vida como alguém que, de todo o coração, confia aos deuses as suas preocupações e não age como tirano nem escravo de nenhum membro da humanidade.”

(Aurélio, 2021, pp. 59-61)

Resumo

O presente estudo, no contexto da psicologia clínica, tem como tema “A influencia da guerra na europa no *burnout* e na ansiedade”, escolhido exatamente por ser um tema atual e ainda com poucos estudos de referência publicados. Trata-se de um estudo probabilístico de metodologia quantitativa e de corte transversal, e pretende verificar se existem associações entre *burnout*, ansiedade, e a guerra na Europa (Rússia- Ucrânia), na população trabalhadora em Portugal. A amostra deste estudo compreende 131 participantes sem distinção de género, entre os 18 e maiores de 65 anos, e teve como critério de inclusão ser trabalhador no ativo. O *burnout* é uma doença exclusiva do mundo laboral, por outro lado a perturbação de ansiedade não afeta só, mas também os trabalhadores. Por forma a cumprir os objetivos, foi elaborado um questionário sociodemográfico, e dois instrumentos validados para a população portuguesa, o EADS-21 (Escala de Ansiedade Depressão e Stresse) e o CBI-PT (*Copenhagen Burnout Inventory*), que após digitalizados foram partilhados via link da google forms, o que permitiu que tivesse uma maior abrangência a nível nacional. A análise dos dados apresentados, mostraram uma taxa de *burnout* elevada e associações com a ansiedade, mas não apresentou resultados estatisticamente significativos em relação á guerra na Europa.

Palavras-Chave: psicologia clínica, *burnout*, ansiedade, guerra, influência

Abstract

The subject of this study, in clinical psychology, is “The influence of the war in Europe on burnout and anxiety, chosen precisely because it is a current topic that has few reference studies published. This is a probabilistic, quantitative, cross-sectional study that aims to see if there are associations between burnout, anxiety, and the war in Europe (Russia- Ukraine) in the working population in Portugal. The study sample comprised 131 participants, regardless of gender, between the ages of 18 and 65, and had the inclusion criterion of being an active worker. Burnout is a disease exclusive to the world of work, while anxiety disorders affect not only workers, but people in general. In order to meet the objectives, a socio-demographic questionnaire was drawn up, along with two instruments validated for the Portuguese population, the EADS-21 (Anxiety Depression and Stresse Scale) and the CBI-PT (Copenhagen Burnout Inventory), which after being digitized were shared via Google Forms Link, allowing them to be used nationwide. The analysis of the data presented showed a high burnout rate and associations with anxiety, but no statistically significant results in relation to the war in Europe.

Keywords: clinical psychology, burnout, anxiety, war, influence

Índice

Introdução.....	11
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO.....	13
1.Revisão da Literatura	14
1.1. Concetualização de Guerra	14
1.2. Impacto da Guerra na Saúde Mental	15
1.3. Concetualização de Burnout	16
1.4. Concetualização de Ansiedade	18
1.5. Estudos sobre o Burnout.....	19
1.6. Implicações do Burnout	20
1.7. Estudos sobre a Ansiedade	20
1.8. Implicações da Ansiedade.....	20
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO	22
2.1. Método.....	23
2.1.1. Objetivos	23
2.1.2. Questão de Investigação.....	23
2.1.3. Desenho de Investigação	23
2.1.4. Amostra	23
2.2. Instrumentos	24
2.2.1. Questionário Sociodemográfico	24
2.2.2. Estados de Ansiedade.....	24
2.2.3. Burnout.....	25
2.3. Procedimentos Éticos	26
2.4. Procedimentos Estatísticos de Análise de Dados.....	26
PARTE III – RESULTADOS.....	27
3.1. Apresentação dos resultados	28
<i>Caracterização da Amostra de Acordo com as Variáveis Sociodemográficas e de Trabalho</i>	<i>28</i>
3.2. Descrição da amostra por variáveis sociodemográfica, do trabalho e da percepção do impacto da guerra	29
<i>Média (MD), Desvio Padrão (DP) e Coeficiente de Consistência Interna Alfa de Cronbach dos Questionários CBI-PT e EADS-21</i>	<i>35</i>
<i>Consistência Interna dos Instrumentos CBI-PT e EADS-21, no Estudo de Validação e no Presente Estudo.</i>	<i>36</i>
<i>Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Questionários.</i>	<i>37</i>
<i>Coeficiente de Correlação de Spearman entre as Variáveis Sociodemográficas e o Impacto da Guerra na Europa.</i>	<i>38</i>

<i>Coeficiente de Correlação de Spearman entre as Variáveis Sociodemográficas e o CBI-PT.</i>	39
<i>Coeficiente de Correlação de Spearman entre as Variáveis Sociodemográficas e o EADS-21.</i>	40
PARTE IV- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	47
4. Discussão e Análise dos Resultados	48
4.1. Discussão de Resultados	48
4.1.1. Objetivo Principal	48
4.1.1.1. Estudar a influencia que a guerra na europa tem na emergência da síndrome de burnout e consequentemente nos níveis de ansiedade de pessoas adultas em Portugal.	48
4.1.2. Objetivos Secundários	49
4.1.2.1. Compreender as Taxas de Burnout, de Ansiedade, e em que Medida é Percecionada a Guerra da Europa na Amostra.	49
4.1.2.2. Verificar se Existem Associações Positivas e Negativas entre as Variáveis Sociodemográficas e a Guerra, o Burnout e a Ansiedade.	50
4.1.3. Probabilidades de Hipóteses Futuras	51
4.2. Conclusão	53
Referências Bibliográficas	56

Lista de tabelas

Tabela 1- <i>Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e de trabalho</i>	28
Tabela 2- <i>Testes de Normalidade</i>	35
Tabela 3- <i>Média (MD), Desvio Padrão (DP) e coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach dos questionários CBI-PT e EADS-21.</i>	35
Tabela 4- <i>Consistência interna dos instrumentos CBI-PT e EADS-21, no estudo de validação e no presente estudo.</i>	36
Tabela 5- <i>Coeficiente de correlação de Spearman entre os questionários</i>	37
Tabela 6- <i>Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis sociodemográficas e o impacto da guerra na europa.</i>	38
Tabela 7- <i>Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis sociodemográficas e o CBI-PT</i>	39
Tabela 8- <i>Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis sociodemográficas e o EADS-21</i>	40
Tabela 9- <i>Estatística descritiva CBI-PT e EADS-21</i>	41
Tabela 10- <i>Resultados relativos ao Burnout Pessoal</i>	42
Tabela 11- <i>Resultados relativos ao Burnout relacionado com o trabalho</i>	43
Tabela 12- <i>Resultados relativos ao Burnout relacionado com o cliente</i>	44
Tabela 13- <i>Resultados da EADS-21 relativos á Ansiedade</i>	45

Lista de Figuras

Figura 1 – Representação gráfica da variável sociodemográfica Sexo	29
Figura 2 – Representação gráfica da variável sociodemográfica Idade	30
Figura 3 – Representação gráfica da variável sociodemográfica Civil	31
Figura 4 – Representação gráfica da variável sociodemográfica Agregado Familiar	31
Figura 5 – Representação gráfica da variável sociodemográfica Escolaridade	32
Figura 6 – Representação gráfica da variável sociodemográfica Trabalha.....	33
Figura 7 – Representação gráfica da variável sociodemográfica Regime de Trabalho	33
Figura 8 – Representação gráfica da variável sociodemográfica Impacto da Guerra na Europa	34

Lista de anexos

Anexo 1 – Consentimento informado	66
Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico	69
Anexo 3 – Instrumento EADS-21	71
Anexo 4 – Instrumento CBI-PT	72
Anexo 5 – Pedido de autorização CBI-PT	75
Anexo 6 – Pedido de autorização EADS-21	76
Anexo 7 – Parecer favorável da Comissão de Ética.....	77

Introdução

O presente projeto surge no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa, e divide-se em quatro capítulos. Começa por um enquadramento teórico acerca das variáveis em estudo e respetivas implicações, seguindo-se da metodologia, em que a proposta deste capítulo passa por apresentar todos os procedimentos metodológicos utilizados para desenvolver este estudo. Compreende a descrição de objetivos, o delineamento do estudo, a amostra, os procedimentos e instrumentos aplicados.

O terceiro capítulo deste trabalho é dedicado à apresentação dos resultados, à caracterização da amostra e respetiva descrição, assim como à correlação entre as escalas dos instrumentos utilizadas e a análise de confiabilidade dos mesmos, fazendo no final uma comparação entre os resultados obtidos nos estudos de validação dos instrumentos com os resultados obtidos no presente estudo.

Segue-se então o quarto e último capítulo deste estudo, a discussão dos resultados, tendo em linha de conta todo o embasamento bibliográfico apresentado no enquadramento teórico, os objetivos específicos e a formulação de hipóteses. Portanto, este estudo apresentou como objetivo estudar a influencia que a guerra na europa tem na emergência da síndrome de *burnout* e consequentemente nos níveis de ansiedade de pessoas adultas em Portugal.

O tema do projeto: “A influencia da guerra na europa no *burnout* e na ansiedade”, é um tema atual, retrata a situação de conflito entre a Rússia e a Ucrânia, conflito este que se vive na europa e que tem impacto em todo o globo, referimos as sociedades, e as sociedades são constituídas por organizações que, por sua vez, são constituídas por pessoas (Leon et al., 2022; McKee & Murphy, 2022). É exatamente esse o foco deste projeto, compreender os impactos que o conflito na europa tem, na emergência do *burnout* e na ansiedade, porque de acordo com Surzykiewicz (2022), há indicadores do detrimento da saúde mental tendo em conta o conflito.

Uma vez que, à medida que o conflito armado deteriora a situação económica dos países, especialmente por vias da inflação, assim se pode especular que a situação da saúde mental se deteriore também, não só pelo medo e expetativa que gera às populações de países próximos do conflito, mas também como é que isso pode levar à doença mental, falamos de estados de ansiedade e da emergência do *burnout* na classe trabalhadora.

Embora, o *burnout* seja uma síndrome exclusiva do mundo laboral, o *burnout* também pode levar a outras patologias como a depressão e a ansiedade, e como se o anterior não fosse grave o suficiente, pode ainda levar a situações mais graves como a ideação e planeação suicida e o suicídio em si. Ou seja, aborda-se neste trabalho uma “crise externa/social” que pode gerar

uma “crise interna/pessoal” e daí a importância da Psicologia Clínica e do *Counselling* da Abordagem Centrada na Pessoa.

A Abordagem Centrada na Pessoa tem três pilares base: tendência atualizante, as seis condições necessárias e suficiente para a mudança, e a não-diretividade, e para que o aconselhamento da abordagem centrada na pessoa possa ser feito, têm de estar reunidas todas as condições básicas para a mudança terapêutica, caso isso não seja possível então não existirá mudança, ou seja: a) tem de existir contato psicológico entre duas pessoas, b) o cliente por sua vez tem de estar fragilizado/incongruente, c) o terapeuta tem de estar congruente, d) olhar incondicional positivo por parte do terapeuta, e) compreensão empática do terapeuta, e por ultimo mas não menos importante f) o cliente tem de perceber as atitudes do terapeuta (Alves, 2020; Leal, 2018).

As pessoas têm uma direção e recursos próprios, que podem ser potencializados se houver um clima de confiança e de não julgamento, ou seja, aceitação e olhar incondicional positivo (Alves, 2020).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO

1. Revisão da Literatura

1.1. Concetualização de Guerra

Desde o início da humanidade, e até onde se sabe, sempre existiram guerras, exemplos disso são as guerras púnicas, as conquistas bárbaras, as guerras napoleónicas, as guerras mundiais, as guerras árabes-israelenses, entre outras (Magnoli, 2011).

Atualmente, vive-se na Europa uma situação de guerra, com a Rússia a invadir a Ucrânia, provocando uma catástrofe humanitária e milhares de mortos de ambos os lados (Weiss, 2024). A união europeia sanciona a Rússia, com o intuito de travar o conflito (Alekseenkov & Sokolan, 2024). No entanto isso tem impacto em todo o globo, pois provocou um aumento da inflação astronómico, e todos os países sem exceção são afetados, os países também são afetados de outra forma, de forma direta os países em guerra, e de forma indireta os países vizinhos e outros, exemplo disto é a ajuda humanitária aos civis ucranianos ter sido altamente ativada, especialmente nos países vizinhos da Ucrânia, como é o exemplo da: Roménia; Hungria; Polónia; entre outros, para onde os civis fugiram para salvar a própria vida (Council on Foreign Relations, 2024). Porém, a maioria dos refugiados procurou refúgio na Polónia (UNHCR, 2023). De acordo com Kirby (2023), as notícias da guerra Rússia-Ucrânia em fevereiro de 2022, tiveram impacto emocional em pessoas que vivem em vários países da Europa.

Mas o que é a guerra? A guerra pode ser definida segundo Clausewitz (1977) como um ato violento com o intuito de forçar um determinado adversário a submeter-se a vontade do outro, através da força. Ou seja, a guerra pode-se caracterizar como o ato de violência coletiva perpetrado por um grupo com o propósito de atingir objetivos, políticos, económicos e sociais (Krug et al., 2002) e a violência pode-se considerar como sendo uma condição inerente às relações humanas (Fiorillo & Gorwood, 2020).

No entanto, para falar de guerra devemos abordar política, e a política pode ser considerada como a interação de vontades que não convergem, ainda, podendo ser feita política de forma pacífica ou não, sendo que a guerra ou a subjugação do opositor pelo uso da força é, nada mais, nada menos, que um instrumento da política em si (Gallie, 1979).

Embora a guerra seja de natureza maioritariamente política, não tem como único objetivo incapacitar o outro, pois existe o pré e o pós-guerra; não contemplar isto seria negligenciar o fundamento do conflito, e as possíveis ameaças relacionadas com uma guerra não podem ser interpretadas apenas no contexto da vida ou da morte, mas também da perspetiva das consequências económicas e financeiras. (Lee et al., 2019). A tomada de decisão em fazer guerra não surge por irracionalidade, antes pelo contrário, é o fruto de cálculos e deliberações,

sendo esta uma ferramenta à disposição dos estados de forma a facilitar a realização dos seus interesses (Macedo, 2018).

Segundo Lima et al. (2020), compreendem-se as guerras por crises, tal como os desastres naturais e ambientais, e também as pandemias, e essas condições, são condições que geram tensão e essa tensão tem impacto na vida e saúde física e mental, de quem está próximo do conflito, ou, por ele é afetado de alguma forma. Um exemplo disto é, mesmo países que estão longe do conflito temerem uma guerra nuclear (Lybarger, 2018).

1.2. Impacto da Guerra na Saúde Mental

Os efeitos psicológicos negativos resultantes da exposição contínua a informações sobre a guerra, têm contribuído para um aumento geral da psicopatologia, problemas de saúde mental, disfunção psicossocial, autodestruição e outras perturbações mentais (Rozanov et al., 2019).

Os efeitos negativos das guerras na saúde mental têm sido bastante estudados, os estudos apontam na sua maioria para a emergência de perturbações de ansiedade, stresse agudo, depressão, e perturbações de personalidade, no entanto, estes efeitos negativos afetam não só os combatentes como seria de esperar, mas também populações mais afastadas, e isto deve-se aos veículos de *mass media*. (Bryant, 2019; Eshel et al., 2023; Rona et al., 2017; Thériault et al., 2020; Thole et al., 2021).

Os conflitos armados geram uma grande quantidade de vítimas, sejam elas, mortes, desaparecimentos, violações, destruição de lares de família, entre outras (Acosta, 2016; Campo-Arias et al., 2014).

Geralmente, em estudos com vítimas de conflitos armados e guerras, são encontrados impactos psicológicos, depressão, ansiedade, e stresse pós-traumático (Ramírez-Giraldo et al, 2017). Outro aspeto é que, no caso da emergência da guerra Rússia-Ucrânia levou ao medo, preocupação e ansiedade entre as pessoas, e principalmente em pessoas nos países imediatamente vizinhos da Ucrânia (Kalcza-Janosi et al., 2023; Lederer, 2012), e o medo provocado pela guerra tem efeitos a nível individual e social, pode minar as decisões dos líderes dos diferentes países, decisões essas que seriam teoricamente seguras (Buzan, 2009), compreende-se que isto não afete apenas as pessoas que tenham doença mental (Boehnke & Schwartz, 1997).

Portanto, a somar a estas emoções e sentimentos negativos, podemos acrescentar a somatização, como dores de cabeça, dores não específicas e desconforto no tronco ou membros, tonturas, a fraqueza e a fadiga (Summerfield, 2000), assim como se encontram também outros fatores, como a diminuição da qualidade de vida, isolamento social, problemas afetivos, e

mudanças na estrutura e papéis familiares (Larizgoitia et al., 2011). Como exemplo, temos o estudo de Kurapov et al. (2022) realizado na Ucrânia que revelou que 97,8% dos participantes indicou deterioração no seu estado emocional.

Se há uma indicação de deterioração do estado emocional da pessoa, isso pode indicar que a saúde mental está em causa, ou está comprometida. De acordo com a Organização Mundial da Saúde ([OMS] 2001), a saúde mental é o estado de bem-estar psicológico e emocional no qual a pessoa exerce as suas capacidades de forma plena, e trabalha de forma frutífera para si e para a sociedade em que se insere. De acordo com Monteiro-Ferreira (2020), a saúde mental assenta nas relações sociais, relações sociais essas que são perturbadas pela guerra, e dessa perspetiva entende-se a deterioração dos estados emocionais e psicológicos de quem é afetado pela guerra. Portanto, existem riscos de desenvolver perturbações mentais, como é o caso do stress pós-traumático, da depressão, ansiedade (Karam et al., 2008; Sheater, 2022), assim como são apresentados efeitos negativos relacionados à saúde mental em pessoas afetadas pela guerra, como o medo, o aumento do consumo de tóxicos, stress, solidão e *burnout* (Barchielli et al., 2022).

O facto de as pessoas passarem por esta experiência traumática que é a guerra, poderá trazer outro tipo de angústias, como é o caso da depressão e da ansiedade (Miller & Rasmussen, 2010) mas não, só também pode aumentar a presença de emoções e sentimentos negativos.

De acordo com o estudo sobre a guerra da Ucrânia de Cricenti et al. (2022) na população italiana, os resultados revelaram a presença de emoções negativas como a raiva, o desgosto, e a ansiedade sobre um conflito em que a população desse país não está diretamente envolvida, e isto pode ter implicações significativas na saúde mental da população (Forbes et al., 2015; Kopper & Epperson, 1996; Tebeka et al., 2018).

1.3. Concetualização de *Burnout*

O *burnout* começa a ser objeto de atenção social e de investigação na década de 1970 (Maslach & Leiter, 2017), após ser mencionado pela primeira vez por Bradley (1969), que utiliza o termo para explicar o esgotamento e a exaustão depois de ter trabalhado com guardas prisionais americanos que trabalhavam mais que as oito horas normais de trabalho, durante quatro a seis meses, mas só em 1974 é que é associado por Freudenberg (1974) ao mundo do trabalho.

Freudenberg (1974), relativamente à experiência de *burnout*, refere a subjetividade da pessoa, que a experiência de *burnout* variava de pessoa para pessoa, em mais ou menos grau, e descreveu os sintomas: raiva, frustração, cefaleias, exaustão, entre outros, como problemas

gastrointestinais, ou seja, descreveu um conjunto de sintomas físicos e emocionais experienciados pelo trabalhador.

Para Maslach e Jackson (1981), a relação é direta entre *burnout* e trabalho. O *burnout* tem vindo até à atualidade a tomar proporções epidémicas, seja ao nível psicossocial ou organizacional (Maroco et al., 2016). Demerouti (2003) concebe o *burnout* como uma síndrome de experiências negativas relacionadas com o trabalho, incluindo os sentimentos de exaustão e desinteresse do trabalho. Existem diversos estudos sobre o tema, ou seja, uma evolução ao nível do conhecimento sobre o *burnout*, sendo que se tem procurado não só consciencializar como também prevenir e curar.

Se generalizarmos, os sintomas centrais do *burnout* manifestam-se por exaustão e afastamento/cinismo no trabalho em geral (Schaufeli & Taris, 2005), contudo, Maslach e Jackson (1981) definem o *burnout* como sendo uma síndrome tridimensional, mantendo-se atualmente esta definição. O *burnout* é considerado uma síndrome tridimensional que surge como resposta à exposição ao stresse profissional excessivo, sendo estas dimensões: a exaustão emocional que é o sentimento de esgotamento físico e emocional, em que se descrevem os sentimentos de cansaço e falta de energia no trabalho; o cinismo/despersonalização, que tem a ver com as relações interpessoais no trabalho, ou seja, o tratamento insensível e impessoal; a diminuição da realização profissional/ineficácia, que é a emergência do sentimento de inadequação face às solicitações do seu meio laboral, ou seja, é difícil ter um sentimento de realização quando se está exausto ou quando se ajuda uma pessoa, ou alguém, a quem se é indiferente (Loerbroeks et al., 2017; Loureiro et al., 2008; Maslach et al., 2001).

Embora se saiba que o *burnout* profissional afeta negativamente a satisfação do trabalhador no trabalho e o seu empenho na organização, cria também comportamentos indesejáveis como, por exemplo, a rotação de pessoal e o absentismo, ambos maus tanto para o trabalhador como para a organização (Bakker et al., 2004).

Ou seja, o *burnout* emerge como uma resposta a uma situação limite de exposição a stresse excessivo, e o stresse por seu turno é quase como uma característica inerente de uma sociedade desenvolvida (Magalhães et al., 2013).

Classificado em 2022 pela Organização Mundial de Saúde (2023) como uma doença profissional e adicionada à Classificação Internacional de Doenças [CID-11], o *burnout* é uma patologia, diversificada, sem limites e exclusiva do mundo laboral (Esteves & Magalhães, 2020). Esta síndrome é problemática não só ao nível individual, contribuindo para a manifestação psicossomática, dificuldades ao nível relacional, distúrbios psicológicos, o abuso de tóxicos, e ainda o suicídio, como também ao nível profissional, aumentando assim os erros,

diminuindo a produtividade e a eficácia, resultando numa má qualidade do serviço que a pessoa que experiencia o *burnout* presta (Santos, 2019).

1.4. Concetualização de Ansiedade

As perturbações de ansiedade foram mencionadas no séc. IV a.C. nos escritos de Hipócrates (Regier et al., 1988).

Historicamente, os psiquiatras do séc. XIX preocuparam-se sobretudo com a descrição e classificação das perturbações psicóticas, deixando para outros especialistas de medicina, interna e neurologia, os desenvolvimentos no campo das perturbações de ansiedade, como Briquet, Beard, Charcot e Freud (Pichot, 1994). A intervenção da psiquiatria convencional nas perturbações de ansiedade permaneceu limitada na primeira metade do séc. XX, devido à crença de que as perturbações neuróticas eram condições benignas e de causas não orgânicas (Klerman, 1990). De acordo com Beck et al. (1988), as distorções no processamento da informação fazem com que a pessoa absorva a ameaça e subestime a capacidade de lidar com ela, o que acaba levando à angústia e/ou ansiedade disfuncional.

De acordo com Spielberg (1972), a ansiedade é um estado emocional, condição que, embora real, é passageira. A ansiedade pode ser vista como um estado de humor que se orienta por uma linha temporal futura, sendo que gera apreensão uma vez que é impossível prever ou controlar eventos que podem vir a acontecer (Oliveira et al., 2017), ou seja, é o clima de incerteza que provoca a ansiedade e isso remete-nos para o mundo do trabalho.

Segundo Story e Alves (2022), quando os trabalhadores não conseguem prever e compreender a reação das organizações face a possíveis ameaças a que organizações às quais pertencem estão sujeitas, os níveis de stresse e ansiedade sentidas pelos trabalhadores aumenta. Ameaças externas percecionadas, como as crises pandémicas, as guerras, o desemprego e catástrofes naturais, são alguns desses exemplos, no entanto, existem ameaças internas como a competitividade entre colegas, a pressão para o aumento da produtividade e a insegurança que os trabalhadores possam sentir face a lidar com clientes, ou seja, no atendimento ao público. De notar que, as perturbações de ansiedade são as perturbações mais prevalentes em todo o mundo, e estão associadas significativamente a comorbilidades assim como morbilidades (Stein et al., 2017).

Em relação à ansiedade: “A ansiedade pode aumentar em quase três vezes as chances de *burnout* entre os indivíduos” (Story & Alves, 2022, p.38) e isto, indica que em situações de crise que aumentem a ansiedade, aumenta também o risco de *burnout*.

Enquanto isso, a ansiedade disfuncional é conceituada em termos de um processo fisiológico que representa uma resposta fisiológica devido a sentimentos inespecíficos de tensão

psicológica e uma sensação de ameaça, acompanhada por uma excitação da atividade do sistema nervoso autónomo e uma série de sintomas psicossomáticos (Hamm, 2020).

Contudo, a ansiedade é na maioria das vezes considerada como uma emoção humana normal, que toda a gente já sentiu, e que toda a gente sabe o que é sentir ansiedade. No entanto, quando se fala em ansiedade não-normativa ou exacerbada, pode-se tratar de um distúrbio psicológico, ou seja, acaba por assumir um significado patológico. Ocorrendo isto, afeta as atividades do quotidiano da pessoa, sendo classificado como uma perturbação emocional (Zuardi, 2017).

É comum associar-se a ansiedade à depressão, especialmente quando se trata de perturbação de ansiedade generalizada ou perturbação de pânico, o que muitas das vezes complica o diagnóstico e o tratamento adequado. Portanto, na maioria dos casos a perturbação de ansiedade é sudiagnosticada e consequentemente subtratada (Lopes et al., 2021). Alguns sinais que poderão estar presentes na Perturbação de Ansiedade, são o medo e preocupação excessiva, assim como uma sensação de *overloading*. A preocupação sentida por pessoas com perturbação de ansiedade generalizada é caracterizada como excessiva e persistente, além de irreal, podendo até ser multifocal, envolvendo várias dimensões da vida da pessoa tais como: o futuro, a família, as finanças e a saúde (Gottschalk & Domschke, 2017).

1.5. Estudos sobre o *Burnout*

Um estudo dirigido à classe médica em Portugal, indicou que 66% dos médicos mostraram um nível elevado de Exaustão Emocional, 39% um nível elevado de Despersonalização dos doentes e 30% um índice elevado da Diminuição da Realização Profissional, e ainda 7% apresentaram níveis elevados nos 3 indicadores de *burnout* referidos (Vala et al., 2017). Anteriormente a isto, já se tinham realizados estudos sobre o *burnout*, como é o exemplo de Keller e Koenig (1989) e Thommasen et al. (2001), especialmente nos Estados Unidos da América e no Canadá, que sugeriram que os sintomas de *burnout* nos médicos poderiam ser frequentes, tendo encontrado resultados entre 46% a 80% a reportar níveis médios e elevados de Exaustão Emocional, entre 22% a 93% a indicar níveis médios e elevados a Despersonalização com os doentes, e 16% a 79% níveis médios a elevados da Diminuição da Realização Profissional (Chopra et al., 2004). Em estudos posteriores a estes, como é o caso Shanafelt et al. (2012), Soler et al. (2008), e West et al. (2016), os resultados são semelhantes.

1.6. Implicações do *Burnout*

Encontra-se na literatura, a associação de perturbações mentais ao *burnout*, o que pode indicar que, o *burnout* pode funcionar como um *trigger* para o desenvolvimento de outras perturbações. Exemplos disso são: as depressões major, as perturbações de ansiedade generalizada e a perturbação obsessiva-compulsiva (Ahola et al., 2014; Armon et al., 2008; Bianchi et al., 2015). E, poderá emergir do *burnout*, o aumento do risco de suicídio, e o abuso de substâncias tóxicas como é o caso do álcool e das drogas (Awa et al., 2010; Nubling et al., 2006).

1.7. Estudos sobre a Ansiedade

O estudo de Wang et al. (2011), indica que Portugal é dos países com maior prevalência da doença mental, destacando-se as perturbações de humor e as perturbações de ansiedade. O estudo de Pinto et al. (2015), analisou através da EADS-21 uma amostra de 280 jovens adultos em que os resultados obtidos em relação à depressão foram reduzidos. Por outro lado, o estudo feito por Zampieri (2013), utilizando o EADS-21, analisou uma amostra 147 estudantes universitários, e os resultados que encontrou foram moderados em relação à ansiedade.

O estudo conduzido por Queirós et al. (2019), analisou uma amostra de 343 enfermeiros portugueses, e os resultados que encontrou em relação à ansiedade foram moderados/baixos. Em contrapartida, o estudo de Santana et al. (2021) que analisou uma amostra de 285 participantes durante a pandemia COVID-19, indicou que 47% apresentavam sintomas de ansiedade em níveis altos. Todos os estudos indicaram que a prevalência é maior no grupo feminino.

1.8. Implicações da Ansiedade

Alguns estudos indicam que sentir ansiedade em situações específicas e ter pensamentos persistentemente negativos podem ser sinais importantes de como a mente reage durante uma crise (El Baba & Colucci, 2017; Ginzburg et al., 2010; Thabet et al., 2016). Por outras palavras, quer dizer que os níveis de ansiedade tendem a aumentar durante um período de crise, e isso tem implicações a vários níveis, ou seja, referimo-nos à esfera social e laboral da pessoa (Mendlowicz & Stein, 2000; Wells et al., 1989).

A nível do trabalho, pessoas com perturbação de ansiedade ou sintomática de ansiedade são menos produtivas, assim como estão mais vezes incapacitadas para trabalhar (Kessler & Frank, 1997). A nível do funcionamento familiar e social, pessoas com perturbação de ansiedade ou pessoas com sintomas de ansiedade tendem a ver as suas dinâmicas sociais e

familiar afetadas (Olfson et al., 2000), ou seja, quer-se dizer que a ansiedade é incapacitante em várias dimensões da vida quotidiana da pessoa, conseqüentemente acaba por afetar a qualidade de vida.

As pessoas que sofrem de perturbações de ansiedade apresentam uma baixa satisfação com a vida e, além disso, no caso específico da PAG (Perturbação de Ansiedade Generalizada), é raro não existir comorbilidades com outros tipos de ansiedade, perturbação de pânico, e depressão entre outros (Massion et al., 1993). Segundo Ferraz e Mota (2023), os sintomas de ansiedade prevalecem devido ao estilo de vida acelerado e à cultura capitalista.

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

2.1. Método

2.1.1. Objetivos

Este estudo tem como principal objetivo, estudar a influencia que a guerra na europa tem na emergência da síndrome de *burnout* e consequentemente nos níveis de ansiedade de pessoas adultas em Portugal, e, como objetivos secundários, compreender as taxas de *burnout*, de ansiedade, e em que medida é percecionada a guerra da europa na amostra, assim como verificar associações positivas e negativas entre as variáveis sociodemográficas e o impacto da guerra na europa, *burnout* e ansiedade, e ainda formular hipóteses que possam ser pertinentes para estudos futuros sobre o tema.

2.1.2. Questão de Investigação

Será que a guerra na europa influencia a emergência do *burnout* e o estado de ansiedade?

2.1.3. Desenho de Investigação

Este é um estudo de metodologia quantitativa, de corte transversal e não experimental, uma vez que os dados serão recolhidos num único momento. A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário sociodemográfico, bem como de dois instrumentos de autorrelato validados para a população portuguesa sobre as variáveis em estudo.

2.1.4. Amostra

Participaram neste estudo 131 pessoas, trabalhadores, de ambos os sexos, sendo a maior população deste estudo os jovens adultos entre os 26 - 33 anos. A amostra foi recolhida de forma aleatória dentro do território nacional de Portugal.

Todos os participantes deste estudo, aceitaram o consentimento informado. Como critérios de inclusão foram aceites todos os maiores de idade sem distinção de género, que estivessem a trabalhar, e como critérios de exclusão pessoas que não estivessem a trabalhar, ou que não fossem maiores de 18.

A amostra do estudo corresponde a (N=131). O sexo feminino está representado com 86 participantes (65,6%) o sexo masculino com 45 participantes (34,4%), numa ordem de idades entre os 18 e maiores de 65 anos. A maioria dos participantes está entre os 26-33 (26,7%), seguindo-se das faixas etárias 18-25 anos (21,4%), 42-49 anos (20,6%), 34-41 anos (13,7%), 50-57 anos (10,7%), 58-65 anos (6,1%) e maiores de 65 anos (0,8%). Destes, 78 são solteiros (59,5%), 33 são casados (25,2%), e 30 vivem em união de facto (15,3%). Na amostra deste estudo, todos são trabalhadores (100%), dentre os quais, 78 em regime de trabalho presencial

(59,5%), 28 trabalham por turnos (21,4%), 15 em regime híbrido (15,3%), e 5 em teletrabalho (15,3%). A maioria tem estudos ao nível do ensino superior, 61 com licenciatura (46,6%), 25 com o 12º ano (19,1%), 24 com mestrado (18,3%), 14 com outros estudos (10,7%), e 7 participantes com o 9º ano (5,3%). A nível da perceção que o impacto da guerra tem em si, 63 (48,1%) indicou bastante, 35 (26,7%) indicou muito, 16 (12,2%) indicaram pouco, 10 (7,6%) nada, e 7 (5,3%) não sabem.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário Sociodemográfico

Foi construído um questionário sociodemográfico (Anexo 2) que permite a caracterização da amostra e a recolha das variáveis pertinentes para o estudo. Este questionário pretende recolher informações sobre a pessoa tais como, a idade, o sexo, a perceção do impacto da guerra na europa, a escolaridade, o regime de trabalho, agregado familiar, se trabalha e o estado civil, ou seja, consiste em recolher dados pertinentes para a investigação (Chizzoti, 2006), com base numa interlocução esquematizada (Gil, 1999).

2.2.2. Estados de Ansiedade

Foi utilizada a EADS-21 (Escala da Ansiedade, Depressão e Stresse) que foi criada por Lovibond & Lovibond (1995), traduzida e validada para a população portuguesa em 2004 por Pais-Ribeiro et al.. Pretende avaliar a sintomatologia associada à ansiedade, depressão e stresse para as populações de jovens adultos e adultos portugueses.

Esta escala é constituída por 21 itens, agrupados em três subescalas de sete itens. A subescala Ansiedade constitui-se por: (a) Excitação do Sistema Autónomo, itens 2, 4 e 19; (b) Efeitos Músculo-esqueléticos, item 7; (c) Ansiedade Situacional, item 9; (d) Experiências Subjetivas de Ansiedade, itens 15 e 20. Relativamente, à subescala, é constituída por: (e) Disforia, item 13; (f) Desanimo, item 10; (g) Desvalorização da Vida, item 21; (h) Auto-depreciação, item 17; (i) Falta de Interesse ou de Envolvimento, item 16; (j) Anedonia, item 3; (k) Inércia, item 5; A Subescala Stresse é constituída por: (l) Dificuldade em relaxar, itens 1 e 12; (m) Excitação Nervosa, item 8; (n) Facilmente Agitado/Chateado, item 18; (o) Irritação/Reação Exagerada, itens 6 e 11; (p) Impaciência, item 14.

Os itens são avaliados numa escala de resposta tipo Likert de 4 pontos, que remetem para a severidade e frequência dos sintomas experimentados nos últimos sete dias, sendo que: 0 = não se aplicou nada a mim; 1 = aplicou-se a mim alguma vez; 2 = aplicou-se a mim muitas vezes; 3 = aplicou-se a mim a maioria das vezes. A cotação é feita somando-se os resultados

dos 7 itens, obtendo desta forma uma nota por cada subescala, mínimo 0 e máximo 21. Deste modo, as notas mais elevadas são correspondentes a estados afetivos mais negativos.

Relativamente à consistência interna, os resultados obtidos por Pais-Ribeiro et al. (2004), demonstram alfas de Cronbach elevados para as 3 subescalas, sendo os alfas: Ansiedade= 0,74; Depressão= 0,85; Stresse =0,81.

2.2.3. Burnout

Foi utilizado o *Copenhagen Burnout Inventory* [CBI] criado pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga em 2004 (Kristensen et al., 2005). Este questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa por Fonte (2011).

O CBI é um questionário que tem como objetivo avaliar o *burnout* em três escalas: *Burnout* Pessoal; *Burnout* Relacionado com o Trabalho; *Burnout* Relacionado com o Cliente. A escala *Burnout* Pessoal, avalia o grau de exaustão física e psicológica experienciada pela pessoa, e dirige-se a todos os trabalhadores, ou seja, diz respeito à sintomatologia geral de exaustão que nem sempre está ligado à vivência de determinadas situações profissionais.

A escala *Burnout* Relacionado com o Trabalho, avalia o grau de fadiga física e psicológica percecionada relativamente ao trabalho que executa.

A escala *Burnout* Relacionado com o Cliente, por seu turno, avalia o grau de fadiga física e psicológica percecionado pela pessoa relativamente ao seu trabalho com clientes.

A escala de *Burnout* Pessoal é constituída por 6 questões, que medem a frequência com que cada sentimento ocorre. Cada uma das questões avalia-se numa escala com cinco opções que varia entre 0 = Nunca e 100 = Sempre. Tem uma boa consistência interna com um Alfa de Cronbach de 0,845 (Fonte, 2011).

A escala de *Burnout* Relacionado com o Trabalho é constituída por sete questões, é avaliada numa escala com 5 opções, que pode ir do 0 = Muito pouco e 100 = Muito, nas primeiras três questões. Para as restantes questões a frequência de cada sentimento percecionado é avaliada numa escala que varia entre 0 = Nunca e 100 = Sempre, sendo que a cotação do último item inverte 0 = Sempre e 100 = Nunca. Alcança uma consistência interna de 0,866 (Fonte, 2011).

A escala de *Burnout* Relacionado com o Cliente é constituída por seis questões, sendo as primeiras quatro avaliadas numa escala com cinco opções, que pode variar entre 0 = Muito Pouco e 100 = Muito. Nas restantes questões a escala varia entre 0 = Nunca e 100 = Sempre. Atinge uma consciência interna de 0,843 (Fonte, 2011).

Durante a aplicação do instrumento, deve-se misturar as questões, por forma a eliminar a tendência de resposta. A pontuação total de cada uma das escalas corresponde à media de resposta dos itens presentes em cada escala. Caso apenas forem respondidas duas questões por escala, considera-se o questionário como não respondido. Os resultados iguais ou superiores a cinquenta pontos, permitem uma classificação de *burnout* elevado.

2.3. Procedimentos Éticos

A proposta de realização desta pesquisa surge de um *brainstorming* feito com o Professor Orientador Doutor José Magalhães, que se colocou à disposição para a participação e acompanhamento de todo processo, quer por via de orientações, como de supervisões. Consequentemente, para o desenvolvimento deste estudo foi elaborada uma revisão bibliográfica acerca do tema proposto.

O projeto de estudo foi enviado para a Comissão de Ética do CIP – Centro de Investigação e Pesquisa da Universidade Autónoma de Lisboa- UAL, tendo obtido um parecer favorável. Após a aprovação pela Comissão Científica de Psicologia da Ual, foi divulgado através da ferramenta Google Forms, uma compilação dos questionários acima mencionados, bem como a Declaração de Consentimento Informado conforme a lei do RGPD (Regulamento Geral de Proteção de Dados), e assegurando o compromisso de Sigilo, colocando-me à disposição para qualquer assunto ou dúvida existente.

2.4. Procedimentos Estatísticos de Análise de Dados

Após a etapa inicial e depois dos dados recolhidos, procedeu-se ao tratamento de dados e análise quantitativa obtidos, através do programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 29.0.0 para o *Windows*.

A análise englobou dados estatísticos em percentagens, frequências, valores máximos, mínimos, média e desvio padrão, assim como foi calculado o coeficiente de consistência interna (*alfa de Cronbach*). A normalidade foi testada através do teste Kolmogorov-Smirnov, e a correlação através do rho de Spearman.

PARTE III – RESULTADOS

3.1. Apresentação dos resultados

Na tabela 1 são apresentados os dados descritivos da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas, de trabalho e da perceção do impacto da guerra na europa sem distinção de género entre homens e mulheres.

Tabela 1

Caracterização da Amostra de Acordo com as Variáveis Sociodemográficas e de Trabalho

	Frequência (n)	Percentual (%)
Idade		
18-25	28	21,4%
26-33	35	26,7%
34-41	18	13,7%
42-49	27	20,6%
50-57	14	10,7%
58-65	8	6,1%
>65	1	0,8%
Sexo		
Feminino	86	65,6%
Masculino	45	34,4%
Estado civil		
Solteiro	78	59,5%
Casado	33	25,2%
União de facto	30	15,3%
Agregado familiar		
Sim	58	44,3%
Não	73	55,7%
Escolaridade		
9º ano	7	5,3%
12º ano	25	19,1%
Licenciatura	61	46,6
Mestrado	24	18,3%
Outro	14	10,7%

Trabalha		
Sim	131	100%
Regime de trabalho		
Presencial	78	59,5%
Turnos	28	21,4%
Teletrabalho	5	3,8%
Híbrido	20	15,3%
Impacto da Guerra na Europa		
Nada	10	7,6%
Pouco	16	12,2%
Não Sabe	7	5,3%
Bastante	63	48,1%
Muito	35	26,7%

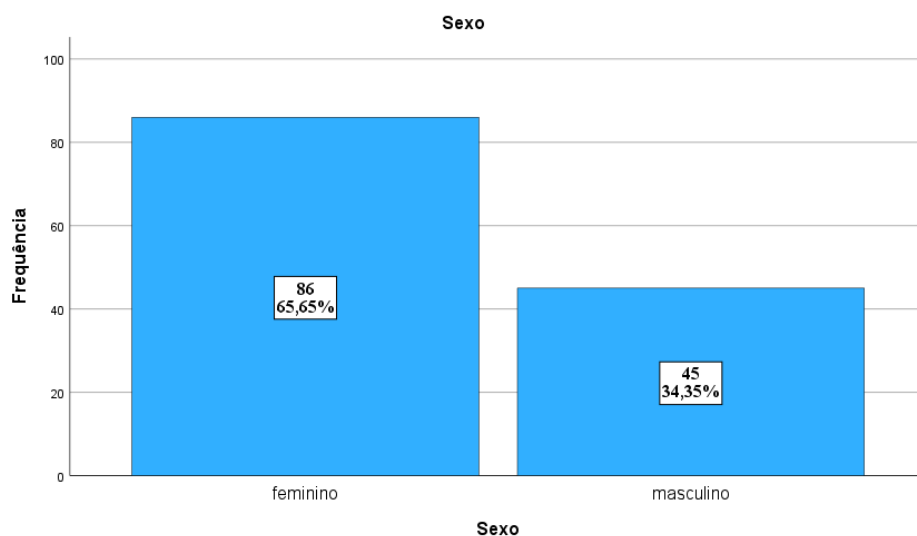
A amostra do estudo corresponde a (N=131).

3.2. Descrição da amostra por variáveis sociodemográfica, do trabalho e da percepção do impacto da guerra

A figura 1 corresponde à representação gráfica da variável sociodemográfica “Sexo”.

Figura 1

Representação Gráfica da Variável “Sexo”



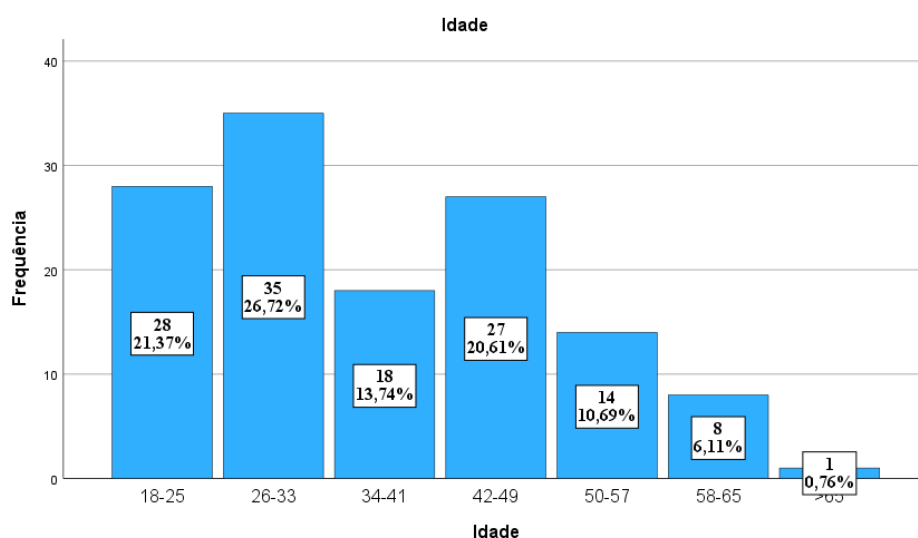
O gráfico representado na figura 1 revela que a amostra apresenta uma predominância do sexo feminino, totalizando 86 participantes (65,6%), em comparação com o sexo masculino, representado por 45 participantes (34,4%).

Estes dados abrangem uma ampla faixa etária, desde os 18 anos até pessoas com mais de 65 anos.

A figura 2 corresponde à representação gráfica da variável sociodemográfica “Idade”.

Figura 2

Representação Gráfica da Variável “Idade”



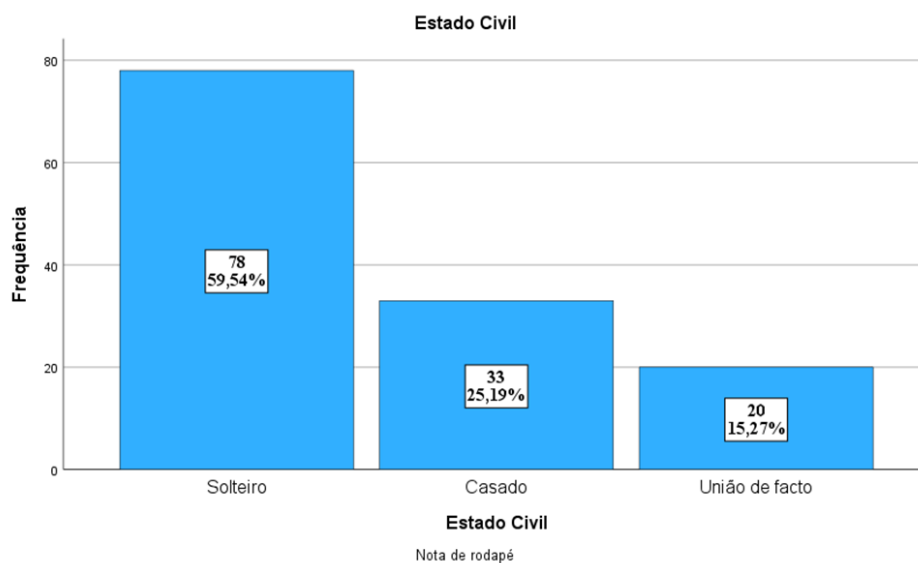
A figura 2 demonstra que a maioria dos participantes se encontra na faixa etária de 26 a 33 anos, compreendendo 26,7% da amostra.

Em sequência, as faixas etárias de 18 a 25 anos (21,4%), 42 a 49 anos (20,6%), 34 a 41 anos (13,7%), 50 a 57 anos (10,7%), 58 a 65 anos (6,1%) e, por fim, as pessoas com mais de 65 anos representam 0,8%.

A figura 3 corresponde à representação gráfica da variável sociodemográfica “Estado Civil”.

Figura 3

Representação Gráfica da Variável “Estado Civil”

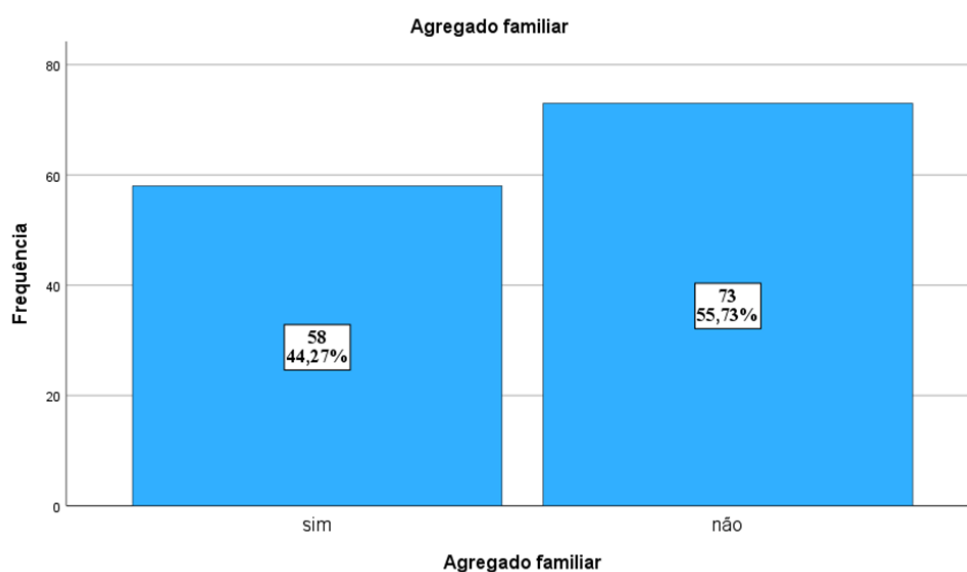


A figura 3 revela uma predominância de 78 solteiros (59,5%), seguidos por 33 casados (25,2%) e 20 participantes que vivem em união de facto (15,3%).

A figura 4 corresponde à representação gráfica da variável sociodemográfica “Agregado familiar”.

Figura 4

Representação Gráfica da Variável “Agregado Familiar”

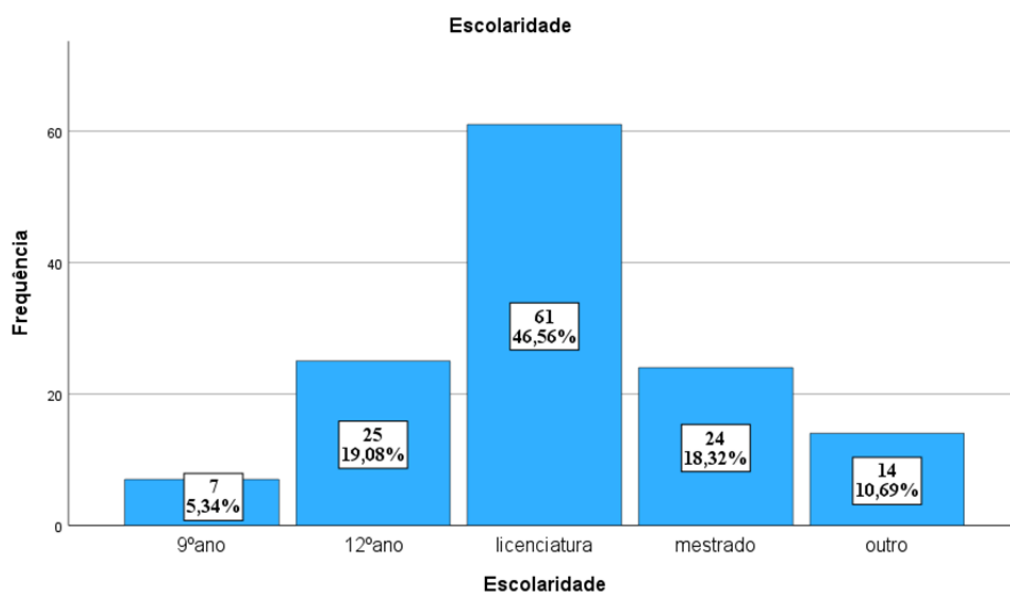


A nível da variável “Agregado familiar” 58 participantes (44,27%) indicam sim, e 73 participantes (55,73%) indicam não.

A figura 5 corresponde à representação gráfica da variável sociodemográfica “Escolaridade”.

Figura 5

Representação Gráfica da Variável “Escolaridade”

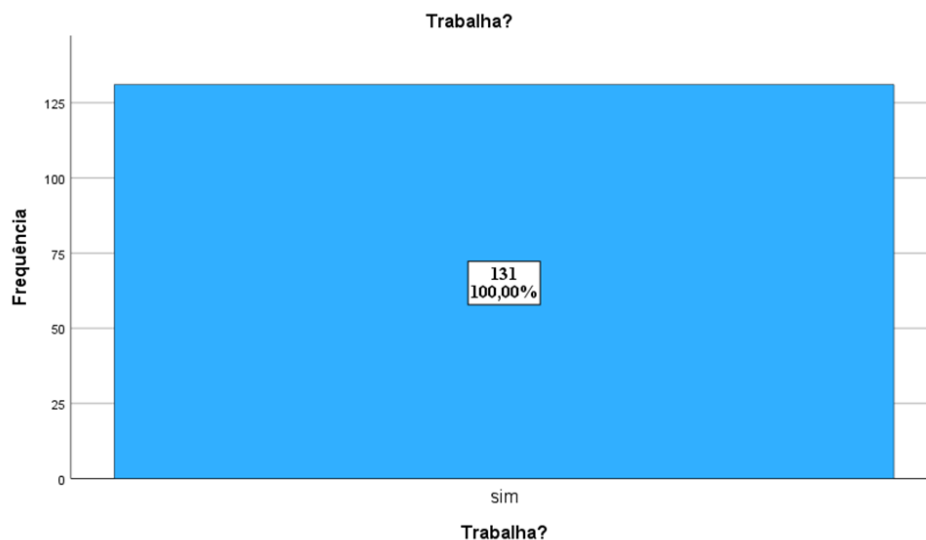


A predominância educacional na amostra revela que a maioria dos participantes possui formação no nível do ensino superior, com 61 participantes detentores de licenciatura (46,6%). Em sequência, 25 participantes alcançaram o 12º ano (19,1%), 24 obtiveram mestrado (18,3%), 14 possuem outros níveis de formação (10,7%), e 7 participantes concluíram até ao 9º ano (5,3%).

A figura 6 corresponde à representação gráfica da variável sociodemográfica “Trabalha?”.

Figura 6

Representação Gráfica da Variável “Trabalha?”

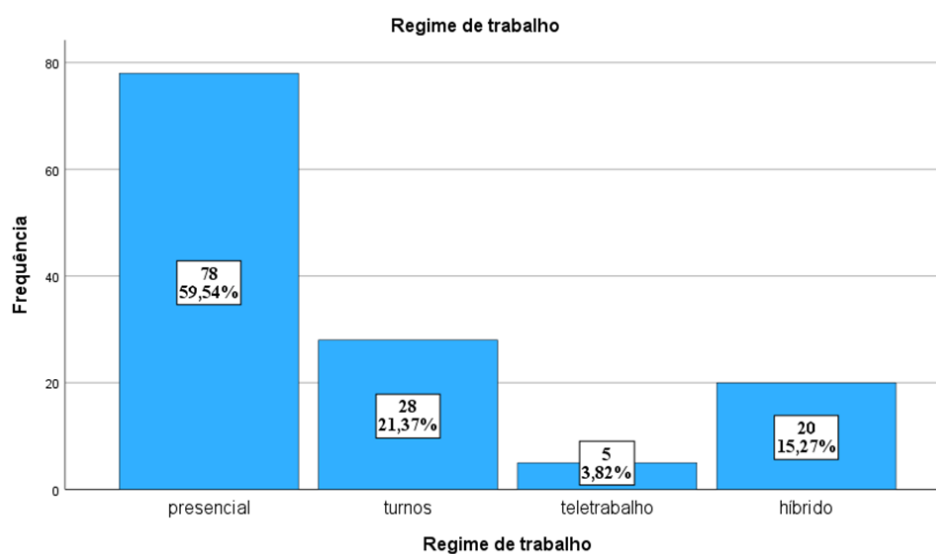


O gráfico indica que todos os participantes (N=131) são elegíveis para o estudo, de acordo com os critérios de exclusão apresentados.

A figura 7 corresponde à representação gráfica da variável sociodemográfica “Regime de trabalho”.

Figura 7

Representação Gráfica da Variável “Regime de Trabalho”



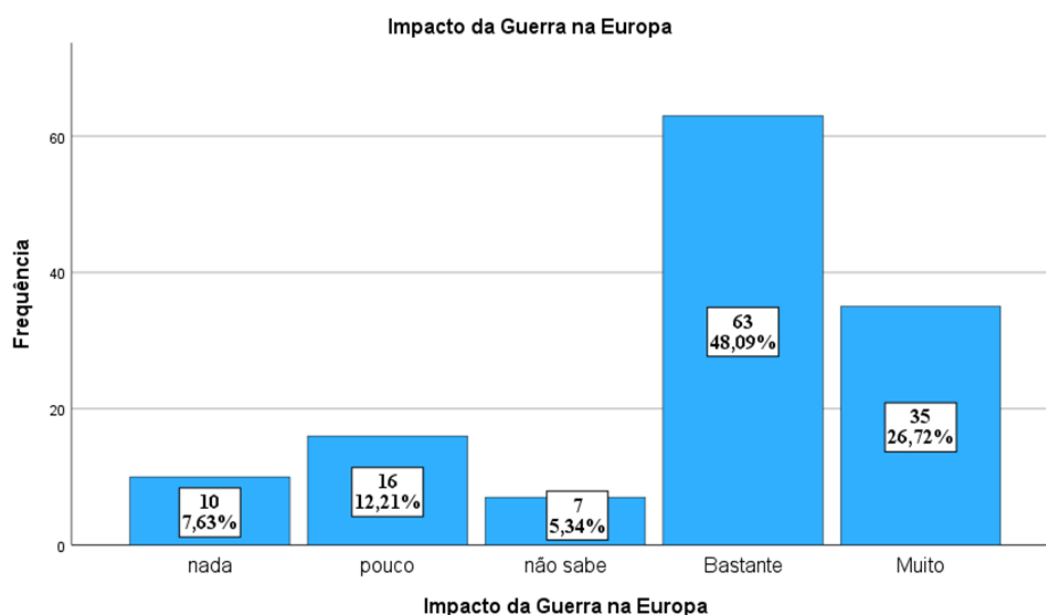
Quanto ao regime de trabalho, a maioria dos participantes, 78 no total (59,54%), está empregada em regime presencial.

Em contraste, 28 participantes (21,37%) desempenham as suas funções por turnos, enquanto 20 participantes (15,27%) adotam um regime de trabalho híbrido. O teletrabalho é adotado por apenas 5 participantes (3,82%).

A figura 8 corresponde à representação gráfica da variável sociodemográfica “Impacto da Guerra na Europa”.

Figura 8

Representação Gráfica da Variável “Impacto da Guerra na Europa”



No que concerne à percepção do impacto da guerra, o gráfico revela que 63 participantes (48,1%) indicaram um impacto considerável, enquanto 35 (26,7%) expressaram uma percepção muito significativa. Adicionalmente, 16 participantes (12,2%) relataram um impacto moderado, 10 (7,6%) indicaram nenhum impacto, e 7 (5,3%) afirmaram não ter certeza sobre sua percepção em relação ao impacto da guerra.

A tabela 2 apresenta os resultados dos testes de normalidade, necessários para a escolha de testes não-paramétricos em detrimento de testes paramétricos.

Tabela 2*Testes de Normalidade*

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatístic			Estatístic		
	a	gl	Sig.	a	gl	Sig.
Sexo	,421	131	<,001	,600	131	<,001
Impacto da Guerra na Europa	,334	131	<,001	,801	131	<,001
CBI-PT Pessoal	,106	131	<,001	,975	131	,017
CBI-PT Trabalho	,089	131	,014	,977	131	,023
CBI-PT Clientes	,103	131	,002	,983	131	,092
EADS-21 Ansiedade	,113	131	<,001	,943	131	<,001

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tendo em conta que a amostra em estudo é superior a 50 participantes, interpretam-se os resultados do teste Kolmogorov-Smirnov que indicam que a amostra não segue uma distribuição normal. Os resultados apresentam um nível de significância inferior a $p=,05$ o que indica que são estatisticamente significativos. Ou seja, a variável “sexo” ($p<,001$), a variável “impacto da guerra na Europa” ($p<,001$), a variável “CBI-PT pessoal” ($p<,001$), a variável “CBI-PT trabalho” ($p<,014$), a variável “CBI_PT clientes” ($p<,002$), e a variável “EADS-21 ansiedade” ($p<,001$) obtiveram resultados estatisticamente significativos.

A Tabela 3 apresenta as Médias (MD), os Desvios Padrão (DP) e a alfa de Cronbach dos questionários CBI-PT e EADS-21.

Tabela 3

Média (MD), Desvio Padrão (DP) e Coeficiente de Consistência Interna Alfa de Cronbach dos Questionários CBI-PT e EADS-21.

	Média	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
CBI-PT			
Escala de <i>burnout</i> pessoal	59,75	16,336	,840
Escala de <i>burnout</i> relacionado com o trabalho	59,29	16,608	,765
Escala de <i>burnout</i> relacionado com o cliente	52,93	17,758	,831

EADS-21

Escala de ansiedade	0,80	0,771	,876
---------------------	------	-------	------

Observa-se que todas as escalas tiveram valores considerados bons de consistência interna e confiabilidade ($\alpha > 0.7$). A escala de *burnout* pessoal atingiu o valor de: ,840; A escala de *burnout* relacionado com o trabalho atingiu o valor de: ,765; A escala de *burnout* relacionado com o cliente atingiu o valor de: ,831 e a escala de ansiedade atingiu a maior pontuação quando comparada com as outras escalas testadas, com o valor de: ,876.

A tabela 4 apresenta a comparação entre os Alfas de Cronbach obtidos no presente estudo e no estudo de validação do instrumento para a população portuguesa.

Tabela 4

Consistência Interna dos Instrumentos CBI-PT e EADS-21, no Estudo de Validação e no Presente Estudo.

		Alfa de Cronbach	
Escalas		Presente estudo	Estudo de validação
CBI-PT Amostra		N=131	N=229
Escala de <i>burnout</i> pessoal	6	,840	,845
Escala de <i>burnout</i> relacionado com o trabalho	7	,765	,866
Escala de <i>burnout</i> relacionado com o cliente	6	,831	,843
EADS-21 Amostra		N=131	N=200
Escala de ansiedade	7	,876	,740

Observa-se que, em termos globais, os índices de consistência interna apresentam níveis aceitáveis e adequados $\alpha > .70$ (DeVellis, 2017). Quando comparados entre si, compreende-se que os resultados entre estudos atingem valores idênticos.

A tabela 5 apresenta as correlações entre as dimensões dos questionários CBI-PT, EADS-21 e o Impacto da guerra na Europa.

Tabela 5*Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Questionários.*

CBI-PT				EADS-21	Impacto da guerra na europa
Pessoal Trabalho Clientes				Ansiedade	
CBI-PT					
Pessoal	--	,782**	,401**	,439**	,089
Trabalho	--	--	,543**	,301**	,053
Clientes	--	--	--	,332**	,082
EADS-21					
Ansiedade	--	--	--	--	,106
Impacto da Guerra na Europa					
	--	--	--	--	--

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Observam-se através da tabela 5, correlações positivas entre todas as dimensões das escalas. Correlações fortes ($\rho \geq 0.70$) entre as escalas *burnout* pessoal e *burnout* relacionado com o trabalho, e entre *burnout* relacionado com o trabalho e *burnout* relacionado com clientes. Correlações moderadas ($\rho \geq 0.40$) entre as escalas *burnout* pessoal, *burnout* relacionado com clientes e com a ansiedade. Correlações fracas ($\rho \geq 0.30$) entre as escalas *burnout* relacionado com o trabalho, *burnout* relacionado com o cliente, com a ansiedade e o impacto da guerra na europa. Com a exceção da escala impacto da guerra na europa, todas as correlações foram consideradas estatisticamente significativas no nível de significância de ($p < 0.01$).

A tabela 6 apresenta os coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis sociodemográficas e o impacto da guerra na europa.

Tabela 6

Coeficiente de Correlação de Spearman entre as Variáveis Sociodemográficas e o Impacto da Guerra na Europa.

	Impacto da Guerra na Europa	Idade	Sexo	Regime De Trabalho	Escolaridade
Impacto da Guerra na Europa	--	-,123	,023	-,039	-,208*
Idade	--	--	,008	-,032	,298*
Sexo	--	--	--	,094	,004
Regime De Trabalho	--	--	--	--	-,093
Escolaridade	--	--	--	--	--

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Observam-se através da tabela 6, correlações positivas e negativas entre as variáveis sociodemográficas. Associações muito fracas ($\rho \leq 0.30$), entre o impacto da guerra na europa e o sexo (,023) e entre sexo e idade. (,008), entre sexo e regime de trabalho (,094) e entre sexo e escolaridade (,004).

Correlações negativas entre idade e impacto da guerra na europa (-,123), entre impacto da guerra na europa e regime de trabalho (-,039), entre idade e regime de trabalho (-,032), entre regime de trabalho e escolaridade (-,093). Associação estatisticamente significativa entre idade e escolaridade (,298*) ao nível de significância de $p \leq 0,05$, assim como correlação negativa estatisticamente significativa entre impacto da guerra na europa e escolaridade (-,208*), ambas as correlações muito fracas.

Apresenta-se na Tabela 7 os coeficientes de correlação de Spearman e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 7

Coeficiente de Correlação de Spearman entre as Variáveis Sociodemográficas e o CBI-PT.

	CBI-PT			Idade	Sexo	Regime De Trabalho	Escolaridade
	Pessoal	Trabalho	Clientes				
CBI-PT							
Pessoal	--	,782**	,401**	,075	-,219*	-,409*	,147
Trabalho	--	--	,543**	,072	-0,10	-,354*	,090
Clientes	--	--	--	-,068	,078	-,241*	,047
Idade	--	--	--	--	,008	-,032	,298*
Sexo	--	--	--	--	--	,094	,004
Regime De Trabalho	--	--	--	--	--	--	-,093
Escolaridade	--	--	--	--	--	--	--

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Observam-se através da tabela 7, correlações positivas e negativas entre as dimensões das escalas. Associações muito fracas ($\rho \leq 0.30$), entre *burnout* pessoal e idade (,075) *burnout* relacionado com o trabalho e a idade (,072), e, entre *burnout* pessoal e escolaridade (,147) *burnout* relacionado com o trabalho e a escolaridade (,090), *burnout* relacionado com o cliente e escolaridade (,047), e, entre *burnout* relacionado com o cliente e sexo (,078). Correlações negativas muito fracas ($\rho \leq 0.30$) entre *burnout* relacionado com o cliente e idade (,068) e *burnout* relacionado com o cliente e sexo (,010).

Correlações negativas muito fracas ($\rho \leq 0.30$) entre *burnout* pessoal e sexo (-,219*) e entre *burnout* relacionado com o cliente e regime de trabalho (-,241*), embora estatisticamente significativas ao nível de significância de $p \leq 0,05$. Correlações negativa e fraca ($\rho \geq 0.30$) entre *burnout* relacionado com o trabalho e o regime de trabalho (-,354*) sendo estatisticamente significativa ao nível de significância $p \leq 0,05$. Correlação negativa e moderada (< 0.40) entre *burnout* pessoal e regime de trabalho (-,409), sendo também esta estatisticamente significativa ao nível de significância de $p \leq 0,05$.

Apresenta-se na Tabela 8 os coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis sociodemográficas e a EADS-21.

Tabela 8

Coeficiente de Correlação de Spearman entre as Variáveis Sociodemográficas e o EADS-21.

	EADS-21		Idade	Sexo	Regime De Trabalho	Escolaridade
	Ansiedade					
EADS-21						
Ansiedade	--		-,120	-,066	-,353	,011
Idade	--	--	--	,008	-,032	,298*
Sexo	--	--	--	--	,094	,004
Regime De Trabalho	--	--	--	--	--	-,093
Escolaridade	--	--	--	--	--	--

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Observa-se na tabela 8 correlações positivas e negativas muito fracas e fracas. Associações fracas ($\rho \leq 0.30$) a escala de ansiedade e a escolaridade (,011). Correlações negativas e muito fracas ($\rho \leq 0.30$) entre a escala de ansiedade e a idade (-,120), entre a escala de ansiedade e sexo (-,066). Correlações negativas e fracas ($\rho \geq 0.30$) entre a escala de ansiedade e o regime de trabalho (-,353).

A Tabela 9, apresenta os mínimos e máximos de pontuação bruta obtida pelos participantes do estudo, apresenta também a média e o desvio padrão de cada escala.

Tabela 9*Estatística Descritiva CBI-PT e EADS-21*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<i>Burnout</i> Pessoal	100	600	59,07	16,336
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	125	625	59,29	16,608
<i>Burnout</i> relacionado com o cliente	25	575	52,92	17,758
Escala de Ansiedade	0	17	0,80	0,771

A tabela 9 indica-nos os resultados brutos mínimos e máximos obtidos pelos participantes do estudo, tendo que posteriormente se proceder á correção de resultados pela divisão do resultado bruto pelo número de itens de casa escala, obtendo dessa forma o resultado real. Sendo que, o CBI-PT mede três dimensões do *burnout*, e a EADS-21 só contemplamos a escala relativa á ansiedade.

Portanto, a nível de *burnout* pessoal o resultado mínimo bruto foi 100 e o máximo 600, e a média é de 59,07 com um desvio padrão de 16,336. A nível de *burnout* relacionado com o trabalho, o resultado mínimo bruto foi 125 e máximo 625, com uma média de 59,29 e desvio padrão de 16,608. No caso do *burnout* relacionado com o cliente o resultado mínimo bruto foi 25 e máximo 575, atingindo uma média de 52,92 e desvio padrão 17,758.

A nível da escala de ansiedade uma vez que o resultado é a soma dos itens, apresentamos o resultado real obtido pelos participantes. Sendo que o resultado mínimo obtido foi 0 e máximo 17, com uma média de 0,8 e desvio padrão de 0,771.

A tabela 10 apresenta os resultados reais de cada participante relativamente a *burnout* pessoal.

Tabela 10*Resultados Relativos ao Burnout Pessoal*

Pontuação	N	%
16.6 pontos	1	0,8
29.16 pontos	2	1,5
33.33 pontos	4	3,1
37.5 pontos	12	9,2
41.66 pontos	5	3,8
45.83 pontos	13	9,9
50 pontos	14	10,7
54.16 pontos	7	5,3
58.33 pontos	7	5,3
62.5 pontos	14	10,7
66,66 pontos	10	7,6
70.83 pontos	11	8,4
75 pontos	10	7,6
83.33 pontos	1	0,8
87.5 pontos	8	6,1
100 pontos	1	0,8

Tendo em conta os resultados apresentados na tabela 10 e a indicação do instrumento, em que é considerado uma pontuação $\geq$ a 50 pontos *burnout* elevado, podemos neste caso afirmar que, 83 participantes (63.3%) revelam *burnout* pessoal elevado. Ou seja, há 14 participantes que atingem 50 pontos (10,7%), 7 que atingem 54.16 pontos (5,3%), 7 participantes atingem 58.33 pontos (5,3%), 14 que chegaram a 62.5 pontos (10,7%), 10 atingiram 66.66 pontos (7,6%), 11 atingiram 70.83 pontos (8,4%), 10 chegaram a 75 pontos (7,6%), 1 teve 83.33 pontos (0,8), 8 tiveram 87.5 pontos (6,1%), e 1 dos participantes (0,8%) atingiu pontuação máxima com 100 pontos.

A tabela 11 apresenta os resultados reais de cada participante relativamente a *burnout* relacionado com o trabalho.

Tabela 11*Resultados Relativos ao Burnout Relacionado com o Trabalho*

Pontuação	N	%
17.85 pontos	1	0,8
21.42 pontos	1	0,8
25 pontos	4	3,1
32.14 pontos	2	1,5
35.71 pontos	7	5,3
39.28 pontos	5	3,8
42.85 pontos	9	6,9
46.42 pontos	4	3,1
50 pontos	10	7,6
53.57 pontos	10	7,6
57.14 pontos	7	5,3
60.71 pontos	9	6,9
64.28 pontos	14	10,7
67.85 pontos	7	5,3
71.42 pontos	13	9,9
75 pontos	6	4,6
78.57 pontos	11	8,4
82.14 pontos	3	2,3
85.71 pontos	4	3,1
89.28 pontos	4	3,1

Tendo em conta os resultados apresentados na tabela 11 e a indicação do instrumento, em que é considerado uma pontuação $\geq$ a 50 pontos *burnout* elevado, podemos neste caso afirmar que, 98 participantes (74,8%) revelam elevado *burnout* relacionado com o trabalho. Ou seja, há 10 participantes que atingem 50 pontos (7,6%), 10 que atingem 53.57 pontos (7,6%), 7 participantes atingem 57.14 pontos (5,3%), 9 que chegaram a 60.71 pontos (6,9%), 14 atingiram 64.28 pontos (10,7%), 7 atingiram 67.85 pontos (5,3%), 13 chegaram a 71.42 pontos (9,9), 6 tiveram 75 pontos (4,6%), 11 tiveram 78.57 pontos (8,4%), 3 dos participantes (0,8%) atingiram 82.14 pontos, outros 4 participantes atingiram 85.71 pontos (3,1), e ainda 4 participantes atingiram 89.28 pontos (3,1%).

A tabela 12 apresenta os resultados reais de cada participante relativamente a *burnout* relacionado com o cliente.

Tabela 12

Resultados Relativos ao Burnout Relacionado com o Cliente.

Pontuação	N	%
4.16 pontos	1	0,8
8.33 pontos	1	0,8
12.5 pontos	1	0,8
20.83 pontos	2	1,5
25 pontos	5	3,8
29.16 pontos	8	6,1
33.33 pontos	6	4,6
37.5 pontos	6	4,6
41.66 pontos	3	2,3
45.83 pontos	11	8,4
50 pontos	16	12,2
54.16 pontos	19	14,5
58.33 pontos	10	7,6
62.5 pontos	9	6,9
66.66 pontos	9	6,9
70.83 pontos	9	6,9
75 pontos	4	3,1
79.16 pontos	3	2,3
83.33 pontos	2	1,5
87.5 pontos	4	3,1
91.66 pontos	1	0,8
95.83 pontos	1	0,8

Tendo em conta os resultados apresentados na tabela 12 e a indicação do instrumento, em que é considerado uma pontuação $\geq$ a 50 pontos *burnout* elevado, podemos neste caso afirmar que, 87 participantes (66,6%) revelam elevado *burnout* relacionado com o trabalho. Ou seja, há 16 participantes que atingem 50 pontos (12,2%), 19 que atingem 54.16 pontos (14,5%), 10

participantes atingem 58.33 pontos (7,6%), 9 que chegaram a 62.5 pontos (6,9%), 9 atingiram 66.66 pontos (6,9%), 9 atingiram 70.83 pontos (5,3%), 13 chegaram a 71.42 pontos (9,9), 4 tiveram 75 pontos (3,1%), 3 tiveram 79.16 pontos (2,3%), 2 participantes (1,5%) atingiram 83.33 pontos, outros 4 participantes atingiram 87.5 pontos (3,1), 1 participante atingiu 91.66 pontos (0,8%), e ainda 1 participante atingiu 95.83 pontos (0,8%).

A tabela 13 apresenta os resultados reais de cada participante relativamente a ansiedade.

Tabela 13

Resultados da EADS-21 Relativos á Ansiedade.

Pontuação	N	%
0 pontos	12	9,2
1 pontos	16	12,2
2 pontos	12	9,2
3 pontos	8	6,1
4 pontos	12	9,2
5 pontos	7	5,3
6 pontos	11	8,4
7 pontos	6	4,6
8 pontos	12	9,2
9 pontos	13	9,9
10 pontos	9	6,9
11 pontos	5	3,8
12 pontos	1	0,8
13 pontos	2	1,5
14 pontos	1	0,8
15 pontos	1	0,8
16 pontos	1	0,8
17 pontos	2	1,5

Tendo em conta os resultados relativamente à ansiedade representados na tabela 13, e a indicação do instrumento em que pontuações maiores indicam estados afetivos mais negativos, 119 participantes (90,8%) revelaram ter sentido pelo menos 1 sintoma de ansiedade, e 12 participantes revelaram não ter sentido qualquer sintoma relacionado com a ansiedade (9,2%).

A nível da pontuação da escala houve 16 participantes que atingiram apenas 1 ponto (12,2%), 12 participantes atingiram 2 pontos (9,2%), 8 participantes tiveram 3 pontos (6,1%), 12 participantes atingiram 4 pontos (9,2%), 7 participantes atingiram 5 pontos (5,3%), 11 participantes tiveram 6 pontos (8,4%), 6 participantes tiveram 7 pontos (4,6%), 12 participantes tiveram 8 pontos (9,2%), 13 participantes tiveram 9 pontos (9,9%), 9 participantes tiveram 10 pontos (6,9%), 5 participantes tiveram 11 pontos (3,8%), 1 participante teve 12 pontos (0,8%), 2 participantes tiveram 13 pontos (1,5%), 1 participante 14 pontos (0,8%), 1 participante 15 pontos (0,5%), 1 participante 16 pontos (0,5%), e ainda 2 participantes com 17 pontos (1,5%).

PARTE IV- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

4. Discussão e Análise dos Resultados

4.1. Discussão de Resultados

O presente estudo apresentou como objetivo principal verificar a existência de associações significativas, positivas ou negativas entre a percepção de impacto da guerra na Europa, o *burnout* e a ansiedade, numa amostra de 131 pessoas em Portugal. Em simultâneo este estudo procurou explorar a taxa de *burnout*, de ansiedade e em que medida é percecionada a guerra na Europa na amostra, e consequentemente formular hipóteses futuras. Tendo por base a revisão de literatura apresentada na primeira parte, e os resultados obtidos neste estudo, segue-se a discussão de resultados.

4.1.1. Objetivo Principal

4.1.1.1. Estudar a influencia que a guerra na europa tem na emergência da síndrome de *burnout* e consequentemente nos níveis de ansiedade de pessoas adultas em Portugal.

Podemos afirmar que o objetivo principal foi cumprido “**estudar a influencia que a guerra na europa tem na emergência da síndrome de *burnout* e consequentemente nos níveis de ansiedade de pessoas adultas em Portugal**” pois, de acordo com a análise feita através do coeficiente de correlação de Spearman, e tendo em conta os seguintes resultados, verificou-se que não existem correlações estatisticamente significativas entre a percepção de impacto da Guerra na europa e a Ansiedade, mas identificou-se que há efetivamente associações estatisticamente significativas entre a Ansiedade e o *burnout* pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com cliente, correlações moderadas ($\rho \geq 0.40$) entre as escalas *burnout* pessoal e ansiedade ($.439^{**}$) estatisticamente significativa ao nível de $p \leq 0,01$, correlações fracas ($\rho \geq 0.30$) entre as escalas *burnout* relacionado com o trabalho e ansiedade ($.301^{**}$), *burnout* relacionado com o cliente e a ansiedade ($.332^{**}$), ambas estatisticamente significativas ao nível $p \leq 0,01$. Portanto, isto sugere que o aumento do *burnout* aumenta também a ansiedade.

No entanto, embora não tenhamos conseguido apresentar dados que indicassem que a guerra está relacionada com o *burnout* e com a ansiedade. Uma das razões para isso poderá ter a ver com não termos utilizado neste estudo instrumentos que medissem exatamente esse fator, uma vez que existem alguns que por sua vez medem os impactos da guerra mas de pessoas diretamente afetadas, mas não encontramos nenhum que medisse a guerra em pessoas que se percecionam afetadas indiretamente. Porém, conseguimos mostrar que a ansiedade e *burnout* estão associadas, quando uma sobe a outra sobe também. Contudo, conforme nos indica o estudo de Kurapov et al. (2022) realizado na Ucrânia que revelou que 97,8% dos participantes

indicou deterioração no seu estado emocional, podemos cogitar que os resultados relativamente ao tema de estudo seriam outros, tendo em conta a proximidade do conflito quando comparado com a distância de Portugal da zona de guerra, ou seja, podemos dizer que não podemos comparar os resultados deste estudo com os de outros estudos porque as populações são diferentes, diferentes na medida em que os estudos encontrados se referem a pessoas dos países em guerra ou imediatamente vizinhas, e sendo o foco do nosso estudo a periferia da Europa, encontro-nos bastante afastados geograficamente da guerra em si. Importante deixar uma nota, que seria interessante ser elaborado um instrumento de medida que avaliasse a influencia ou o impacto da guerra em países e populações afastadas e, nesse caso, os resultados tornar-se-iam mais relevantes.

4.1.2. Objetivos Secundários

4.1.2.1. Compreender as Taxas de *Burnout*, de Ansiedade, e em que Medida é Percecionada a Guerra da Europa na Amostra.

Podemos também afirmar que o objetivo secundário: “**compreender as taxas de burnout, de ansiedade, e em que medida é percecionada a guerra da europa na amostra**” foi cumprido, pois, de acordo com os resultados deste estudo, consegue-se compreender que a população amostral (N=131) tem uma taxa elevada de *burnout*, 83 participantes (63,3%) revelam elevado *burnout* pessoal, 98 participantes (74,8%) revelam elevado *burnout* relacionado com o trabalho, e 87 participantes (66,6%) revelam elevado *burnout* relacionado com o cliente. Isto vai de encontro ao encontrado na literatura (Chopra et al., 2004; Shanafelt et al., 2012; Soler et al., 2008; Vala et al., 2017; West et al., 2016). Ou seja, os resultados sugerem ao olharmos para a média de casos de *burnout* elevado que, é prevalente e além disso afeta a maioria dos participantes deste estudo sendo que o *burnout* relacionado com o trabalho segundo indicam os resultados é o que afeta mais participantes, embora não muito mais que os outros domínios, o que indica gravidade e sugere mais estudos na população. E embora existam vários estudos sobre o *burnout* especialmente na classe médica e profissionais clínicos, são raros os estudos encontrados que avaliem o *burnout* noutros ramos profissionais, e que seria de relevo compreender.

A nível da ansiedade, 119 participantes (90,8%) revelaram ter sentido pelo menos 1 sintoma de ansiedade, e 12 participantes revelaram não ter sentido qualquer sintoma relacionado com a ansiedade (9,2%), ou seja, os resultados não vão ao encontro do descrito na literatura (Queirós et al., 2019; Santana et al., 2021; Zampieri, 2013), uma vez que são moderados/altos, isto tendo em conta os critérios de Lovibond e Lovibond (1995), em que

ansiedade ligeira está entre os 4 e os 5 pontos, o que significa que apenas 48 participantes (36,7%) estão livres de ansiedade mesmo tendo sintomas. Os restantes 83 participantes (63,3%) têm ansiedade desde ligeira a extremamente severa; extremamente severa em (16,9%) da amostra, ou seja, em 22 participantes. Os achados na literatura indicam o contrário, ou seja, ligeira/moderada, o que nos leva a pensar que conforme o tempo passa e evolui assim evoluem os casos de ansiedade, ou seja, os resultados sugerem uma tendência crescente quando comparados com o descrito na literatura.

A nível da perceção da guerra na europa, 63 participantes (48,1%) indicaram um impacto considerável, enquanto 35 (26,7%) expressaram uma perceção muito significativa. Adicionalmente, 16 participantes (12,2%) relataram um impacto moderado, 10 (7,6%) indicaram nenhum impacto, e 7 (5,3%) afirmaram não ter certeza sobre a sua perceção em relação ao impacto da guerra na Europa. Pese embora não haja estudos de referência publicados sobre o tema em específico, notamos nestes resultados que há preocupação com a guerra na Europa por parte dos participantes deste estudo, pois, apenas 17 participantes (12,9%) referiram nenhum impacto ou sem certeza sobre o tema, o que significa que a grande maioria expressa preocupação com o tema e tem uma perceção que a guerra tem um alto impacto nas suas vidas, o que é relevante; relevante no sentido em que existe a possibilidade de estudos futuros sobre o tema obterem resultados mais significativos quando relacionados com a saúde mental. Convém frisar que existem diversos estudos sobre as guerras e os seus impactos na doença mental, embora por ser uma guerra recente (Rússia-Ucrania) não existam ainda muitos estudos de referência publicados sobre esta guerra em específico.

4.1.2.2. Verificar se Existem Associações Positivas e Negativas entre as Variáveis Sociodemográficas e a Guerra, o *Burnout* e a Ansiedade.

Podemos afirmar que este objetivo “**Verificar se existem associações positivas e negativas entre as variáveis sociodemográficas e a guerra , o burnout e a ansiedade** “ foi parcialmente cumprido, uma vez que foram testadas através do coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis sociodemográficas a guerra, o *burnout* e ansiedade, encontrando associações positivas e negativas entre as mesmas, porém, em apenas um caso é estatisticamente significativo ($\rho = -,208^*$) entre impacto da guerra e a escolaridade, o que sugere que, à medida que a perceção de impacto da guerra sobe a escolaridade desce, ou seja, quanto menos escolaridade mais impacto é percecionado em relação à guerra e vice-versa. Embora seja fraca, pode indicar a necessidade de esmiuçar mais. Sobre outras variáveis, por

não terem obtido resultados relevantes ou significativos quando correlacionadas, não as trazemos para discussão, ficando este objetivo parcialmente cumprido.

4.1.3. Probabilidades de Hipóteses Futuras

Dividimos este objetivo em duas partes, uma com probabilidades de hipóteses futuras relacionadas com este estudo de forma direta, e outra com possibilidades de hipóteses relacionados com este estudo, mas de forma indireta.

Com o propósito de atingir a primeira parte deste objetivo enumeram-se as seguintes probabilidades de hipóteses:

H1: Perceciona-se que quanto maior a escolaridade, menores os níveis de ansiedade em relação a guerras distantes.

H2: Perceciona-se que existam diferenças a nível de género em relação à percepção de impacto da guerra na Europa em pessoas diagnosticadas com burnout.

H3: Perceciona-se que existam diferenças a nível de género em relação à percepção de impacto da guerra na Europa em pessoas diagnosticadas com ansiedade ligeira.

H4: Espera-se que pessoas mais afastadas das zonas de guerra tenham menor taxa de burnout.

H5: Espera-se que pessoas mais afastadas das zonas de guerra tenham menor taxa de ansiedade.

H6: Perceciona-se que pessoas com burnout elevado tenham uma percepção mais exacerbada em relação à guerra na Europa.

H7: Espera-se que pessoas mais jovens se sintam mais inquietas e com sintomas de ansiedade em relação ao tema da guerra na Europa.

De forma a concluir a segunda parte deste objetivo, enumeram-se as possibilidades de hipóteses:

H1: Espera-se que pessoas que consumam mais notícias sobre a guerra também tenham maiores níveis de ansiedade.

H2: Perceciona-se que a guerra tenha maior impacto no burnout por vias da inflação.

H3: Perceciona-se que pessoas que vejam mais imagens sobre a guerra na europa tenham maior propensão a desenvolver burnout e consequentemente ansiedade.

H4: Espera-se que pessoas que não acompanham os desenvolvimentos da guerra na Europa, tenham menores sintomas de ansiedade e com isso menor risco de desenvolver uma perturbação de ansiedade.

H5: Espera-se que pessoas com maiores níveis literários estejam menos suscetíveis de desenvolver ansiedade relativamente a uma guerra distante.

H6: Perceciona-se que pessoas que tenham de trabalhar mais horas devido ao aumento da inflação provocado pela guerra, desenvolvam maiores níveis de burnout e ansiedade.

4.2. Conclusão

As guerras, os conflitos armados, são condições que afetam o bem-estar, a saúde mental, a saúde física, ou seja, não se percebem *outcomes* positivos destes conflitos, e causam morte e destruição. Os únicos *outcomes* positivos da guerra, são a níveis políticos e económicos das potências mundiais, pois adquirem mais território, soberania, apropriam-se possivelmente dos despojos e dos recursos naturais dos territórios conquistados, tudo com o propósito de crescimento económico e expansão. Por outro lado, os territórios/nações invadidas, veem-se numa luta pela sobrevivência. Quando dizemos isto, conseguimos perceber que uma pessoa que luta para sobreviver, que está entre a espada e a parede, não só sente medo de morte, incerteza, ansiedade, assim como se pode perceber que deve colocar a pessoa numa sobrecarga de stress, e todos estes fatores têm implicações futuras e imediatas: imediatas quando a pessoa tem de se adaptar a um clima de guerra a que possivelmente não está habituada, e futuras quando surgem as perturbações mentais, sequelas de guerra.

Tendo em conta os objetivos que nos propusemos a cumprir neste estudo e a relação destes com a sugestão de hipóteses apresentadas, devemos dizer que não existindo um trabalho anterior que nos permitisse fazer uma comparação de resultados, as hipóteses sugeridas surgem em consideração com os resultados obtidos, sendo este um estudo probabilístico servindo desta feita de base a outros estudos sobre a temática, onde nesse caso já se poderá fazer a testagem de hipóteses, confirmá-las ou não, ou seja, podemos dizer que os objetivos deste trabalho são relevantes no sentido em que servem de base para “exploração”. Todavia, as hipóteses sugeridas são cenários possíveis de perceber tendo em conta os resultados deste trabalho e do panorama mundial atual.

Também compreendemos que a guerra não só influencia quem está nela, ou seja, quem a vive diretamente, como afeta quem a vive todos os dias de forma indireta, seja com o aumento da inflação, seja com os sentimentos de raiva, injustiça, e de inquietação de quem vê e ouve os *mass media*.

Compreendemos também, que a síndrome de *burnout* é grave, é impactante, é debilitante, e que se não houver ação, ou melhor, se houver inação por parte da pessoa pode levar ao suicídio, o que podemos dizer que é uma catástrofe. Portanto, uma pessoa com sintomatologia de *burnout* deve procurar auxílio médico e deve ser acompanhado por um serviço de psicologia clínica. O mesmo ocorre com a ansiedade, que é cada vez mais presente nas sociedades contemporâneas, e que apresenta como mencionado neste estudo, uma alta taxa de comorbilidades, quase se pode dizer que anda de braço dado com a depressão.

Além disso, cada vez mais há “awareness” sobre a saúde mental e a sua importância, o equilíbrio e o bem-estar, o que é um ponto positivo, porque quando reconhecemos um problema, procuramos solucioná-lo, quando não o reconhecemos, procuramos saber qual é, e o caminho é mais longo. A nível da guerra conseguimos compreender que a percepção da guerra atinge níveis elevados, em que a população amostral refere sentir-se bastante ou muito influenciada por isso. A nível geral, este trabalho contribui, ou, poderá servir de base para estudos futuros, mais alargados, mais aprofundados se for o caso.

Os resultados deste estudo, mostram-nos que os níveis tanto de *burnout* como de ansiedade estão altos. Por estarem altos poderá ser preocupante, embora seja de frisar que não encontramos indício neste estudo que relacione com significância estatística a guerra na Europa, *Burnout* e Ansiedade.

Salienta-se a importância da psicologia, não só em contexto organizacional, como também em contexto clínico. Poderíamos sugerir como medida de prevenção, os trabalhadores terem acompanhamento da parte das entidades patronais através da contratação de psicólogos. Por outro lado, estes poderiam encaminhar casos ocasionados pelo trabalho para a psicologia clínica, podendo fazer o rastreio. No que à psicologia clínica diz respeito, seria interessante tal como existe a obrigatoriedade de consultas de medicina do trabalho, também houvesse a oportunidade de ter consultas com o psicólogo promovida pela entidade patronal em casos de risco, uma vez que em certos mercados de trabalho os valores salariais não são altos.

Com base nos resultados apresentados neste estudo e o *Counselling* centrado na pessoa poderíamos, em linhas gerais, sugerir uma proposta de intervenção com o objetivo de reduzir as taxas de *burnout* e ansiedade: 1) levar a cabo um rastreio numa empresa/organização que se mostrasse interessada em aderir; 2) compreender quais os trabalhadores dentro dos critérios (*burnout* e ansiedade altos); 3) oferecer aos trabalhadores que encaixassem no ponto anterior 10 sessões de Acompanhamento psicológico; 4) ao final das 10 sessões aplicar novamente as escalas e perceber os efeitos.

O presente estudo, apresenta limitações. Tendo em conta que, quando se começou a desenhar este projeto ainda a guerra na Europa entre a Rússia e a Ucrânia era muito recente, não havia à data estudos suficientes sobre o tema. E, sendo um evento recente, pouco estudado e estando Portugal longe do conflito, o impacto que a guerra tem não é o mesmo que se esperaria se fosse num país vizinho. Portanto, seria de esperar que os *outcomes* disso ainda não fossem muito presentes, pese embora se tenha tido em consideração o aumento da inflação e o acolhimento de refugiados, sendo também esta última uma causa social e que move as pessoas.

Outra limitação foi não terem sido avaliados outros parâmetros como o stresse e o absentismo, uma vez que falámos de *Burnout*. Podemos também indicar que, apenas foi aplicada parte da EADS-21, a parte correspondente à dimensão da Ansiedade, deixando de parte as outras 2 dimensões da escala o Stresse e a Depressão.

No entanto, para este estudo, a amostra foi recolhida de forma aleatória e por meio de canais digitais, conseguimos uma amostra de 131 participantes, o que foi bom. Mas, seria interessante avaliar um maior número de pessoas.

Podemos apontar outra limitação, que incide exatamente em não ter sido utilizado um instrumento de medida em relação à influência da guerra na Europa, seria pertinente desenvolver/adaptar instrumentos que pudessem ser mais robustos e recolher mais informação para se poder apurar se existe realmente relação entre as variáveis estudadas.

Outro fator limitante, o facto de este estudo ter sido de corte transversal, e desta forma não podemos analisar a evolução dos resultados, que caso a recolha de dados fosse efetuada em pelo menos 2 momentos distintos, a robustez dos resultados seria maior.

Contudo, apesar das limitações referidas, este estudo apresentou resultados relevantes sobre a temática estudada, com boas informações e que pode ser relevante para a comunidade científica,

Os aspetos relevantes desta pesquisa, nortearam em avaliar a influencia da guerra na Europa no *burnout* e na ansiedade, e os resultados descritos no estudo podem contribuir para novos estudos sobre o tema, e para direccionar pesquisas futuras e também mais aprofundadas.

Pode-se pontuar como recomendações futuras, e seria bastante enriquecedor, a replicação deste estudo numa amostra mais abrangente. Outra questão relevante é estudos comparativos em diferentes regiões para aferir a correlação dos resultados entre regiões, assim como também se pode sugerir um estudo longitudinal por forma a poder acompanhar a evolução dos resultados e compreender se existem diferenças.

Também se pode pontuar como sugestão de estudo, estudos comparativos entre países próximos e afastados dos conflitos armados, as guerras.

Conforme apresentado neste estudo, os conflitos armados estão na história humana e não deixarão de existir, mas, no entanto, podemos tentar adaptar e tentar encontrar estratégias por forma a mitigar os efeitos emocionais e psicológicos, que estes podem ter em nós.

Referências Bibliográficas

- Acosta, C. A. P. (2016). La salud mental y el postconflicto. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 45(4), 229. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.003>
- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.003>
- Alekseenkov, D. A., & Sokolan, D. S. (2024). The impact of anti-Russian sanctions on the EU. In E. G. Popkova, A. V. Bogoviz, B. S. Sergi, O. V. Kaurova, & A. N. Maloletko (Eds.), *Sustainable development of the agrarian economy based on digital technologies and smart innovations* (pp. 55-60). Springer Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-51272-8>
- Alves, F. R. (2020). *Compreendendo a pessoa em experiência suicida a partir de um serviço de plantão psicológico centrado na pessoa*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal de Mato Grosso.
- Armon, G., Shirom, A., Shapira, I., & Melamed, S. (2008). On the nature of burnout–insomnia relationships: A prospective study of employed adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(1), 5-12.
- Aurélio, M. (2021). *Meditações*. Ideias de Ler.
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83-104. <https://doi.org/10.1002/hrm.20004>
- Barchielli, B., Cricenti, C., Gallé, F., Sabella, E. A., Liguori, F., Da Molin, G., Liguori, G., Orsi, G. B., Giannini, A. M., Ferracuti, S., & Napoli, C. (2022). Climate changes, natural depletion, COVID-19 pandemic, and Russian-Ukrainian war: What is the impact on the habits change and mental health? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191911929>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Is it time to consider the “Burnout Syndrome” a distinct illness? *Frontiers in Public Health*, 3, 158. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00158>

- Boehnke, K., & Schwartz, S. H. (1997). Fear of war: Relations to values, gender, and mental health in Germany and Israel. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 3(2), 149-165. https://doi.org/10.1207/s15327949pac0302_3
- Bradley, H. B. (1969). Designing for change: Problems of planned innovation in corrections. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 381(1), 89-98. <https://doi.org/10.1177/000271626938100111>
- Bryant, Richard A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18(3), 259–269. doi:10.1002/wps.20656
- Buzan, B. (2009). *People, states and fear: An agenda for international security studies in the post-cold war era*. Wheatsbeaf Books.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 43(4), 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.00>
- Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (8ª Ed.). Cortez.
- Chopra, S. S., Sotile, W. M., & Sotile, M. O. (2004). Physician burnout. *Journal of the American Medical Association*, 291(5), 633. <https://doi:10.1001/jama.291.5.633>
- Clausewitz, C. (1996). *Da Guerra* (M. T. Ramos, Trans.; 2ª ed.). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1977)
- Council on Foreign Relations (2024, March 4). *War in Ukraine*. Global Conflict Tracker. <https://www.cfr.org/global-conflict-tracker/conflict/conflict-ukraine>
- Cricenti, C., Mari, E., Barchielli, B., Quaglieri, A., Burrai, J., Pizzo, A., D'Alessio, I., Giannini, A. M., Ferracuti, S., & Lausi, G. (2022). Can emotion regulation affect aggressive responses? A study on the Ukrainian- Russian conflict in a non-directly exposed sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10). doi:10.3390/ijerph19106189
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 296-307.
- DeVellis, R. F. (2017) *Scale development: Theory and applications* (4ª Ed.). Sage.
- El Baba, R., & Colucci, E. (2017). Post-traumatic stress disorders, depression, and anxiety in unaccompanied refugee minors exposed to war-related trauma: A systematic review. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(2), 194-207. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1355929>

- Eshel, Y., Kimhi, S., Marciano, H., & Adini, B. (2023). Predictors of PTSD and Psychological Distress Symptoms of Ukraine Civilians During war. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17, e429. doi:10.1017/dmp.2023.69
- Esteves, M. L., & Magalhães, J. (2020). Psicologia em uma visão global, perspectivas dinâmicas, positivo e simplificado. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 351–358. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v2.1846>
- Ferraz, A. A., & Mota, L. S. (2023). Abordagens psicológica e farmacológica para transtorno de ansiedade generalizada (TAG) [Supplement 1]. *Ulakes Journal of Medicine*, 3(3).
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), Artigo e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Fonte, C. M. S. (2011). *Adaptação e validação para portugueses do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade de Coimbra.
- Forbes, D., Alkemade, N., Waters, E., Gibbs, L., Gallagher, H. C., Pattison, P., Lusher, D., MacDougall, C., Harms, L., Block, K., Snowdon, E., Kellet, C., Sinnott, V., Ireton, G., Richardson, J., & Bryant, R. (2015). The role of anger and ongoing stressors in mental health following a natural disaster. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(8), 706-713.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gallie, W. B. (1979). Wanted: A philosophy of international relations. *Political Studies*, 27(3), 484-492. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1979.tb01218.x>
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª Ed.). Atlaws.
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 249–257. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2009.08.006>
- Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 19(2), 159-168.
- Hamm, A. O. (2020). Fear, anxiety, and their disorders from the perspective of psychophysiology. *Psychophysiology*, 57(2), Artigo e13474. <https://doi.org/10.1111/psyp.13474>

- Kalcza-Janosi, K., Kotta, I., Marschalko, E. E., & Szabó, K. (2023). The Fear of War Scale (FOWARS): *Development and initial validation. Social Sciences, 12*(5), 1-12. <https://doi.org/10.3390/socsci12050283>
- Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Dimassi, H., Fayyad, J. A., Karam, A. N., Nasser, S. C., Chatterji, S., & Kessler, R. C. (2008). Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: First onset, treatment, and exposure to war. *PLoS Medicine, 5*(4), e61.
- Keller, K. L., & Koenig, W. J. (1989). Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine, 18*(1), 42-47.
- Kessler, R. C., & Frank, R. G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine, 27*(4), 861-873.
- Kirby, P. (2023, February 24). *Has Putin's war failed and what does Russia want from Ukraine?* BBC News. <https://www.bbc.com/news/world-europe-56720589>
- Klerman, G. L. (1990). Approaches to the phenomena of comorbidity. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 13-37). American Psychiatric Association.
- Kopper, B. A., & Epperson, D. L. (1996). The experience and expression of anger: Relationships with gender, gender role socialization, depression, and mental health functioning. *Journal of Counseling Psychology, 43*(2), 158-165. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.2.158>
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 31*(6), 438-449.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Organização Mundial da Saúde. <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>
- Kurapov, A., Pavlenko, V., Drozdov, A., Bezliudna, V., Reznik, A., & Isralowitz, R. (2022). Toward an understanding of the Russian-Ukrainian war impacts on university students and personnel. *Journal of Loss and Trauma, 28*(2), 1-8. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2084838>
- Larizgoitia, I., Izarzugaza, I., Iraugi, I., Ballesteros, J., Forero, C., Markez, I., & Alonso, J. (2011). Impacto de la violencia colectiva en la salud. Resultados del estudio ISAVIC en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria, 25*(2), 108-114.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. Pactor.

- Lederer, D. (2012). Fear of the thirty years war. In M. Laffan, & M. Weiss (Eds.). *Facing fear: The history of an emotion in global perspective* (pp. 10-30). Princeton University Press. <https://doi.org/10.23943/princeton/9780691153599.003.0002>
- Lee, J., Lee, E.-H., & Moon, S. H. (2019). Systematic review of the measurement properties of the Depression Anxiety Stress Scales–21 by applying updated COSMIN methodology. *Quality of Life Research*, 28(9), 2325-2339. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02177-x>
- Leon, D. A., Jdanov, D., Gerry, C. J., Grigoriev, P., Jasilionis, D., Mckee, M., Meslé, F., Penina, O., Twigg, J., Vallin, J., & Vågerö, D. (2022). The Russian invasion of Ukraine and its public health consequences. *The Lancet Regional Health – Europe*, 15. <https://doi.org/10.1016/J.LANEPE.2022.100358>
- Lima, S. O., Silva, M. A., Santos, M. L. D., Moura, A. M. M., Sales, L. G. D., Menezes, L. H. S., Nascimento, G. H. B., Oliveira, C. C. C., Reis, F. P., & Jesus C. V. F. (2020). Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: Revisão narrativa [Volume Especial]. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 46, Artigo e4006. <https://doi.org/10.25248/reas.e4006.2020>
- Loerbroks, A., Glaser, J., Vu-Eickmann, P., & Angerer, P. (2017). Physician burnout, work engagement and the quality of patient care. *Occupational Medicine*, 67(5), 356-362.
- Lopes, A. B., de Souza, L. L., Camacho, L. F., Nogueira, S. F., Vasconcelos, A. C. M. C., de Paula, L. T., Santos, M. O., Atavila, F. P., Cebarro, G. F., & Fernandes, R. W. B. (2021). Transtorno de ansiedade generalizada: Uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 35, Artigo e8773.
- Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P., & Pessoa, A. R. (2008). Burnout no trabalho. *Referência*, 2(7), 33-41.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales* (2^a Ed.). Psychology Foundation of Australia.
- Lybarger, J. (2018). The threat of nuclear war. *American Psychological Association*, 49(3), 20. <https://www.apa.org/monitor/2018/03/nuclear-war>
- Macedo, P. E. V. B. (2018). A guerra e a violência na política em Clausewitz. *Revista Quaestio Iuris*, 11(04), 2916-2947. <https://doi.org/10.12957/rqi.2018.37233>
- Magalhães, J., Silva, G. A., & Santos, Y. R. (2013). Os efeitos do stresse e burnout em militares: Uma breve revisão bibliográfica para a identificação da problemática. *Psique*, 9, 75-97.
- Magnoli, D. (2011). *História das guerras*. Editora Contexto.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding burnout: New models. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 36–56). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Massion, A. O., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4), 600-607.
- Maroco, J., Maroco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Burnout em profissionais da saúde portuguesas: Uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29, 24-30. <http://hdl.handle.net/10400.12/5081>
- McKee, M., & Murphy, A. (2022). Russia invades Ukraine again: how can the health community respond? *British Medical Journal*, 376. <https://doi.org/10.1136/BMJ.O548>
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7-16. doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.029
- Monteiro-Ferreira, J. (2022). *Guerra e saúde mental*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2006). Measuring psychological stress and strain at work-Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *Psychosomatic Medicine*, 3(5), 197-202.
- Olfson, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Nomura, Y., Gameroff, M., & Weissman, M. M. (2000). Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Archives of Family Medicine*, 9(9), 876-883.
- Oliveira, G. F., do Nascimento Pereira, T., Carreiro, D. L., Coutinho, W. L. M., & Coutinho, L. T. M. (2017). Existe relação entre transtorno de ansiedade e trabalho entre estudantes de psicologia? *Revista Laborativa*, 6(1), 27-42.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>

- Organização Mundial da Saúde (2023). *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-11)*. <http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2) 229-239.
- Pichot, P. (1994). Nosological models in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 164(2), 232-240.
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: Um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(2), 148-163.
- Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Ansiedade, engagement e burnout em enfermeiros. In H. M. A. Loureiro (Ed.), *International Congress of Occupational Health Nursing: Proceedings* (pp. 57-63). Universidade de Aveiro.
- Ramírez-Giraldo, A., Hernández-Bustamante, O., Romero-Acosta, K., & Porras-Mendoza, E. (2017). Estado de salud mental de personas víctimas del conflicto armado en Chengue. *Psicología desde el Caribe*, 34(1), 1-20.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M., & Locke, B. Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45(11), 977-986.
- Rona, Roberto J; Burdett, Howard; Khondoker, Mizanur; Chesnokov, Melanie; Green, Kevin; Pernet, David; Jones, Norman; Greenberg, Neil; Wessely, Simon; Fear, Nicola T (2017). Post-deployment screening for mental disorders and tailored advice about help-seeking in the UK military: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 389(10077), 1410–1423. doi:10.1016/S0140-6736(16)32398-4
- Rozanov, V., Franciskovic, T., Marinic, I., Macarenco, M. M., Letica-Crepulja, M., Mužinic, L., Jayatunge, R., Sisask, M., Vevera, J., Wiederhold, B., Wiederhold, M., Miller, I., & Pagkalos, G. (2019). Mental health consequences of war conflicts. In A. Javed, & K. Fountoulakis (Eds.). *Advances in psychiatry* (pp. 281-304). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_17
- Santana, M. M., Gonçalves, A. M., Henriques, D., Velho, D., Cardoso, J., Antunes, J., & Coimbra, M. (2021). Ansiedade e depressão durante o estado de emergência nacional por COVID-19: Realidade numa Unidade de Saúde Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(6), 498-505.

- Santos, R. S. (2019). *Revisão Sistemática sobre o burnout na classe médica e o seu impacto no panorama nacional* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/89681>
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256-262.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J. & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377-1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Sheater, J. (2022). As Russian troops cross into Ukraine, we need to remind ourselves of the impact of war on health. *British Medical Journal*, 376. <https://doi.org/10.1136/bmj.o499>
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteve, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., Ozvacic, Z., Desgranges, J. P., Moreau, A., Lionis, C., Kotányi, P., Carelli, F., Nowak, P. R., Zaeredo, Z. A. S., Marklund, E., Churchill, D., & Ungan, M. (2008). Burnout in European family doctors: The EGFRN study. *Family Practice*, 25(4), 245-246. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn038>
- Spielberger C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D., Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 23-49). Elsevier. <https://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-657401-2.50009-5>
- Summerfield, D. (2000). War and mental health: A brief overview. *British Medical Journal*, 321(7255), 232-235. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7255.232>
- Surzykiewicz, J., Skalski, S. B., Niesiobędzka, M., Gładysz, O., & Konaszewski, K. (2022). Brief screening measures of mental health for war-related dysfunctional anxiety and negative persistent thinking. *Personality and Individual Differences*, 195. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111697>
- Stein, D. J., Scott, K. M., de Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: From surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 127-136.
- Story, J., & Alves, T. C. (2022). O que fazer com a epidemia de ansiedade no trabalho. *GV Executivo*, 21(2). 37-42. <https://doi.org/10.12660/gvexec.v21n2.2022.85945>
- Tebeka, S., Pignon, B., Amad, A., Le Strat, Y., Brichant-Petitjean, C., Thomas, P., Vaiva, G., Roelandt, J. L., Benradia, I., Etain, B., Rolland, B., Dubertret, C., & Geoffroy, P. A. (2018). A study in the general population about sadness to disentangle the continuum

- from well-being to depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 226, 66-71.
doi:10.1016/j.jad.2017.08.085
- Thabet, A. M., Thabet, S. S., & Vostanis, P. (2016). The relationship between war trauma, PTSD, depression, and anxiety among Palestinian children in the Gaza strip. *Health Science Journal*, 10(5), 1-8.
- Thériault, F. L., Gardner, W., Momoli, F., Garber, B. G., Kingsbury, M., Clayborne, Z., ... & Colman, I. (2020). Mental health service use in depressed military personnel: a systematic review. *Military medicine*, 185(7-8), e1255-e1262.
<https://doi.org/10.1093/milmed/usaa015>
- Thole H Hoppen;Stefan Priebe;Inja Vetter;Nexhmedin Morina; (2021). Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis . *BMJ Global Health*, (), -.
doi:10.1136/bmjgh-2021-006303
- Thommasen, H. V., Lavanchy, M., Connelly, I., Berkowitz, J., & Grzybowski, S. (2001). Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physician*, 47(4), 737-744.
- UNHCR (2023). *Refugee Data Finder*. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- Vala, J., Pinto, A. M., Moreira, S., Lopes, R. C., & Januário, P. (2017). *Burnout na classe médica em Portugal: Perspetivas psicológicas e psicossociológicas*. Universidade de Lisboa.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Almeida, J. M. C., Florescu, S., Girolamo, G., Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Hinkov, H. R., Hu, C-y., Karam, E. G., Kovess, V., . . .Kessler, R. C. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide: Results from the World Health Organization World Mental Health (WMH) surveys. *Oxford Textbook of Community Mental Health*.
<https://doi.org/10.1093/med/9780199565498.003.0027>
- Weiss, T. G. (2024). Finessing R2P, an International Peace Force to protect heritage and humans. In R. Falk, & A. Lopez-Claros (Eds.), *Global governance and international cooperation: Managing global catastrophic risks in the 21st century* (pp. 297-314). Routledge.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients:

- Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 262(7), 914-919.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta- analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272-2281. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- Zampieri, R. C. (2013). Manifestações psicossomáticas em universitários portugueses, a partir da identificação de sintomas de ansiedade, depressão e stress. [Dissertação de pós-graduação não publicada]. Universidade Metodista de São Paulo.
- Zuardi, A. W. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. *Medicina*, 50(1), 51-55.

Consentimento Informado



A influência da guerra na europa no burnout e na ansiedade

Olá! O meu nome é Raul Lino, e estou a desenvolver um estudo no âmbito do ciclo de estudos conducentes a grau de mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa, e gostaria de contar com a sua participação. O seu honesto contributo é importante. Grato pela sua participação

[Inicie sessão no Google](#) para guardar o seu progresso. [Saiba mais](#)

* Indica uma pergunta obrigatória

Acordo de consentimento informado

O presente consentimento admite a participação num estudo a desenvolver no âmbito da unidade curricular de Seminário de Dissertação, do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento. Neste estudo pretende-se realizar um estudo sobre a influência da guerra na europa no Burnout e na Ansiedade. Durante a recolha de dados não serão recolhidas imagens e todos os dados serão trabalhados sem a identificação nem nomes, não permitindo em qualquer momento que a pessoa em questão seja identificada. Garantimos assim, absoluto anonimato e

Consentimento informado – Continuação

confidencialidade dos dados.

Arquivo e divulgação dos dados:

Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação e respeitarão as regras de proteção de dados da ética científica e da lei geral europeia.

Os dados recolhidos de forma informática, serão arquivados, codificados e sem o nome do participante.

Participação voluntária:

A participação é voluntária. Tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar os investigadores.

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados:

Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais

automatizadas, nem para definição de perfis. Não serão transferidos para países

terceiros. O titular dos dados tem o direito de

retirar o seu consentimento a qualquer

altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou

pedir a portabilidade dos seus dados e

limitar ou opor-se ao tratamento dos dados,

devendo para o efeito contactar-nos

através dos e-mails: 30002592@students.ual.pt.

O Fundamento Jurídico da legitimidade do

tratamento é feito por assinatura do

consentimento informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº

67/98, de 26 de outubro e no Regulamento UE

2016/679 do Parlamento Europeu e do

Conselho.

Consentimento informado – Continuação

Tomei conhecimento das condições de participação neste estudo. *

☐ Aceito participar

Página 1 de 2

Seguinte

Limpar formulário

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.
[Denunciar abuso](#) · [Termos de Utilização](#) · [Política de privacidade](#)

Google Formulários

QSD

Guerra na Europa (Rússia-Ucrânia)

Por vezes situações que nos são alheias, acabam por nos afetar, como crises económicas, aumento da inflação, crises humanitárias, guerras, como por exemplo a guerra na europa (Rússia-Ucrânia). Afetam possivelmente as nossas condições de vida, o nosso bem-estar, diminuindo os nossos rendimentos e aumentando a nossa ansiedade, devido á incerteza. Este questionário é anonimo e serve exatamente para compreender o impacto que a atual conjuntura tem nos trabalhadores a nível nacional. A sue resposta honesta é muito importante, e a qual agradeço desde já. Muito obrigado.

Sexo:

Masculino ☐ Feminino ☐

Idade:

18-25 ☐26-33 ☐34-41 ☐42-49 ☐50-57 ☐58-65 ☐>65 ☐

Agregado Familiar- Filhos

Sim ☐ Não ☐

Se sim- Quantos?

1 ☐2 ☐3 ☐

Mais de 3 ☐

Escolaridade:

9º ano ☐

12º ano ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

Outro ☐

Trabalha?

Sim ☐

Não ☐

Regime de trabalho

Presencial ☐

Turnos ☐

Híbrido ☐

Teletrabalho ☐

Em que medida se sente afetado pela guerra na europa (Rússia-Ucrânia)?

Nada ☐

Pouco ☐

Assim, assim ☐

Bastante ☐

Muito ☐

Obrigado por participar

EADS-21

Nome _____ Data ____/____/____

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1 Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2 Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4 Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5 Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6 Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7 Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9 Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11 Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12 Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13 Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15 Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17 Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18 Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20 Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21 Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Questionário de Copenhagen Burnout Inventory – PT (CBI - PT)

As perguntas do questionário de Copenhagen Burnout Inventory - PT (CBI - PT) não devem ser impressas no questionário pela mesma ordem como a apresentada neste documento. As questões podem ser misturadas com os restantes temas, para evitar padrões de respostas estereotipadas.

Burnout pessoal

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

Burnout pessoal	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	☐	☐	☐	☐	☐

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	☐	☐	☐	☐	☐

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	☐	☐	☐	☐	☐

Nas primeiras três questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas quatro questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

Na última questão os scores são invertidos.

Pontuação: Nunca/quase nunca – 100; Raramente – 75; Às vezes – 50; Frequentemente – 25; Sempre – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com os clientes	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	☐	☐	☐	☐	☐
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	☐	☐	☐	☐	☐

Nas primeiras quatro questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas duas questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Nota: o termo cliente pode ser adaptado ao contexto do estudo. Por exemplo, num questionário destinado a enfermeiros o termo “cliente” o termo mais apropriado será utente ou doente; num questionário destinado a professores o termo a empregar será alunos ou estudantes.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

CBI-PT (Pedido de autorização)



Caixa de entrada



eu 19/01/2023

para cesaltinofonte@gmail.com ▾



Boa tarde Exmo. Dr. Cesaltino Fonte,

O meu nome é Raul Lino, e sou aluno do segundo ano do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, da Universidade Autônoma de Lisboa.

Venho por via deste, pedir a sua autorização para utilizar o CBI-PT no estudo que vou desenvolver.

Grato pela sua atenção,
Com os meus melhores cumprimentos

Atentamente,

Raul Lino

...



Cesaltino Fonte 24/01/2023

para mim ▾



Boa tarde,

Muito obrigado pelo interesse demonstrado para a utilização do questionário CBI - PT.

Informo que podem aplicar a escala no referido trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Cesaltino Fonte

...



eu 19/01/2023

para jlpr@fpce.up.pt ▾





Boa tarde Exmo. Professor Doutor. José País-Ribeiro,

O meu nome é Raul Lino, e sou aluno do segundo ano do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, da Universidade Autônoma de Lisboa.

Venho por via deste, pedir a sua **autorização** para utilizar o **EADS**-21 no estudo que vou desenvolver.

Grato pela sua atenção,
Com os meus melhores cumprimentos

Atentamente,

Raul Lino

...



José Pais Ribeiro 20/01/2023

para mim ▾





Caro Colega

Autorizamos o uso da versão da **EADS**-21 que desenvolvemos para uso com a população portuguesa. A escala encontra-se no texto de validação

Cordialmente

José Luis Pais Ribeiro



COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer (7/2023)

A Comissão de Ética do CIP – Universidade Autónoma de Lisboa, tendo analisado o projeto de investigação submetido pelo aluno Raúl Lino (30002592), com o título “A influencia da guerra na europa no burnout e na ansiedade”, sob a orientação científica do Professor Doutor José Magalhães (Universidade Autónoma de Lisboa), emite um parecer favorável.

Lisboa, 19 de Abril de 2023,

O Presidente da Comissão de Ética,

Professor Doutor João Hipólito

Assinado por: **JOÃO EVANGELISTA DE JESUS HIPÓLITO**
 Num. de Identificação: 01115610
 Data: 2023.04.19 15:05:17+01'00'

