



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Paula Almeida Ferreira

O IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O PAPEL DO
AUTOCRITICISMO NOS NÍVEIS DE BURNOUT

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde orientada pela Professora Doutora Maria do Céu Salvador e pela Doutora Marcela Matos e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

julho de 2022

**O impacto da pandemia COVID-19 em profissionais de saúde: o papel do
autocriticismo nos níveis de *burnout***

Ana Paula Almeida Ferreira

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde

Professora Doutora Maria do Céu Salvador

Professora Doutora Marcela Matos

julho de 2022

Declaração de integridade.

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Enquadramento institucional.

A presente dissertação foi realizada no âmbito do projeto estratégico do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) (UIDB/00730/2020).

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Maria do Céu Salvador, pelo incansável apoio, por todos os esclarecimentos, por todo o conhecimento transmitido e pela incrível capacidade de fazer com que tudo pareça mais simples. Obrigada por ser um exemplo enquanto profissional.

À minha coorientadora, Professora Doutora Marcela Matos, por toda a ajuda e partilha de conhecimentos, pela disponibilidade e orientação.

Aos meus pais, por todos os esforços ao longo destes anos e por me apoiarem sempre. Sem eles, teria sido impossível cumprir este objetivo. Nunca chegarão os agradecimentos.

Aos meus amigos do Pinheiro e de Oliveira, pelos momentos de descontração, pela motivação e por continuarem presentes depois de tantos anos de amizade.

Às minhas amigas de Coimbra, por me ouvirem sempre e me transmitirem confiança, por me fazerem acreditar que sou capaz e por terem tornado estes anos mais bonitos. Vou para sempre recordar os momentos passados com elas.

Aos meus companheiros deste quinto ano, pela partilha de experiências e entreajuda.

A todos os profissionais de saúde, que despenderam do seu tempo para responder ao protocolo. Sem eles, este projeto não teria sido possível. Obrigada por se disponibilizarem a participar nesta investigação entre as suas rotinas já muito preenchidas e cansativas.

A todas as pessoas com quem me cruzei ao longo deste percurso e que, de uma maneira ou de outra, me ajudaram e melhoraram os meus dias.

A Coimbra, por se ter tornado casa e me ter feito tão feliz nestes anos.

Índice

Introdução	9
Objetivos	14
Metodologia.....	14
Resultados.....	20
Discussão	25
Conclusões	33
Bibliografia	34
Anexos	46

O impacto da pandemia COVID-19 em profissionais de saúde: o papel do autocrítico nos níveis de *burnout*

Resumo: A pandemia COVID-19 trouxe desafios e dificuldades marcadas para os profissionais de saúde da linha da frente, que se encontram expostos a elevados níveis de *stress*, tornando-os num grupo de risco. Por este motivo, torna-se fundamental perceber o impacto da pandemia na saúde mental destes profissionais. Assim, o presente estudo pretendeu explorar as suas experiências emocionais, através de uma nova medida – a Escala de Reações Pós-Tragédia. Para além disso, este estudo explorou a relação entre o impacto traumático da pandemia, o *burnout* e o autocrítico nestes profissionais e testou o papel moderador do autocrítico na relação entre o impacto traumático da pandemia e o *burnout*. Através de um protocolo de investigação *online*, foi recolhida uma amostra de 106 profissionais de saúde que trabalhavam diretamente com doentes COVID-19.

Os resultados revelaram a presença sintomas psicopatológicos e dificuldades emocionais que comprovam que o trauma associado à pandemia, apesar de abarcar sintomas e experiências emocionais semelhantes ao trauma baseado no medo, apresenta outras características, nomeadamente a tristeza, a raiva, a frustração, o sofrimento empático pela impossibilidade de salvar todos os doentes por falta de meios e por assistir diariamente a mortes. Neste estudo, o impacto traumático, o *burnout* e o autocrítico mostraram estar positiva e significativamente correlacionados e o autocrítico revelou ter um papel moderador na associação entre o impacto traumático da pandemia e o *burnout*, amplificando este efeito. Estes resultados apontam para a necessidade de se desenharem estratégias específicas que contribuam para a prevenção e tratamento do *burnout* e de dificuldades psicológicas sentidas pelos profissionais de saúde no contexto da pandemia.

Palavras-Chave: COVID-19; Profissionais de saúde; Experiências emocionais; Impacto traumático da pandemia, Autocrítico; *Burnout*.

The impact of the COVID-19 pandemic on healthcare professionals: the role of self-criticism in burnout levels

Abstract: The COVID-19 pandemic has brought marked challenges and difficulties for frontline health professionals, who are exposed to high levels of stress, making them an at-risk group. For this reason, it is essential to understand the impact of the pandemic on these professionals' mental health. Thus, the present study aimed to explore their emotional experiences, through a new measure – the Post-Tragedy Reactions Scale. In addition, this study explored the associations between the traumatic impact of the pandemic, burnout and self-criticism in these professionals and the moderating effect of self-criticism in the relationship between the traumatic impact of the pandemic and burnout. Through an online research protocol, a sample of 106 health professionals working directly with COVID-19 patients was collected. The results revealed the presence of psychopathological symptoms and emotional difficulties that prove that the trauma associated with the pandemic, despite including symptoms and emotional experiences similar to trauma based on fear, presents other characteristics, namely sadness, anger, frustration and empathic suffering due to the impossibility of saving all patients, to the lack of means, and to witnessing daily deaths. In this study, traumatic impact, burnout and self-criticism showed to be positive and significantly correlated and self-criticism revealed to have a moderating role in the association between the traumatic impact of the pandemic and burnout, amplifying this effect. These results point to the need to design specific strategies that may contribute to the prevention and treatment of burnout and psychological difficulties experienced by health professionals in the context of the pandemic.

Keywords: COVID-19; Healthcare professionals; Emotional experiences; Traumatic impact of the pandemic; Self-criticism; Burnout.

**O impacto da pandemia COVID-19 em profissionais de saúde: o papel do
autocriticismo nos níveis de *burnout***

Ana Paula Almeida Ferreira

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde

Professora Doutora Maria do Céu Salvador

Professora Doutora Marcela Matos

julho de 2022

O impacto da pandemia COVID-19 em profissionais de saúde: o papel do autocrítico nos níveis de *burnout*

Resumo: A pandemia COVID-19 trouxe desafios e dificuldades marcadas para os profissionais de saúde da linha da frente, que se encontram expostos a elevados níveis de *stress*, tornando-os num grupo de risco. Por este motivo, torna-se fundamental perceber o impacto da pandemia na saúde mental destes profissionais. Assim, o presente estudo pretendeu explorar as suas experiências emocionais, através de uma nova medida – a Escala de Reações Pós-Tragédia. Para além disso, este estudo explorou a relação entre o impacto traumático da pandemia, o *burnout* e o autocrítico nestes profissionais e testou o papel moderador do autocrítico na relação entre o impacto traumático da pandemia e o *burnout*. Através de um protocolo de investigação *online*, foi recolhida uma amostra de 106 profissionais de saúde que trabalhavam diretamente com doentes COVID-19.

Os resultados revelaram a presença sintomas psicopatológicos e dificuldades emocionais que comprovam que o trauma associado à pandemia, apesar de abarcar sintomas e experiências emocionais semelhantes ao trauma baseado no medo, apresenta outras características, nomeadamente a tristeza, a raiva, a frustração, o sofrimento empático pela impossibilidade de salvar todos os doentes por falta de meios e por assistir diariamente a mortes. Neste estudo, o impacto traumático, o *burnout* e o autocrítico mostraram estar positiva e significativamente correlacionados e o autocrítico revelou ter um papel moderador na associação entre o impacto traumático da pandemia e o *burnout*, amplificando este efeito. Estes resultados apontam para a necessidade de se desenharem estratégias específicas que contribuam para a prevenção e tratamento do *burnout* e de dificuldades psicológicas sentidas pelos profissionais de saúde no contexto da pandemia.

Palavras-Chave: COVID-19; Profissionais de saúde; Experiências emocionais; Impacto traumático da pandemia, Autocrítico; *Burnout*.

Introdução

Em dezembro de 2019, em Wuhan (China), foi identificada a COVID-19, uma doença respiratória aguda, causada pelo vírus SARS-CoV-2. Tratava-se de uma doença infecciosa e altamente transmissível, que rapidamente se propagou pelo mundo inteiro, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar, em março de 2020, uma pandemia global (OMS, 2021).

Em Portugal, foram decretados quinze Estados de Emergência, o primeiro a 18 de março de 2020 (Decreto Lei n.14-A/2020) e o último a 14 de abril de 2021 (Decreto Lei n.41-A/2021). No total, 3 413 013 pessoas foram infetadas pelo vírus até à data (06 de junho de 2022), sendo que se contam 21 342 vítimas mortais (Direção-Geral da Saúde, 2022). Para prevenir a infeção, foram impostas várias medidas, como o distanciamento social, uso de máscara respiratória e desinfeção das mãos (OMS, 2021), e durante os períodos de confinamento, os cidadãos estavam sujeitos a regras, proibições e limitações (ex.: limitação de circulação entre concelhos, recolhimento obrigatório, proibição de ajuntamentos, fecho de escolas).

A duração da pandemia tornou cada vez mais relevante estudar o seu impacto na saúde mental. Segundo o DSM-5 (APA, 2013), o sofrimento psicológico e os sintomas que se seguem à exposição a um evento traumático ou stressante, como uma pandemia, são bastante variáveis, desde sintomas de ansiedade ou medo, a agressividade ou sintomas dissociativos, podendo culminar numa perturbação de *stress* pós-traumático.

Nesta linha, vários estudos têm concluído que o confinamento, o medo da infeção, o distanciamento social e a insegurança podem ter contribuído para o aumento generalizado do medo (Fitzpatrick et al., 2020; Ladeia et al., 2020), da ansiedade e da depressão (Figueiredo et al., 2020; Fitzpatrick et al., 2020; Karatzias et al., 2020; Ladeia et al., 2020; Serafini et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020), da insónia e do *stress* (Figueiredo et al., 2020; Ladeia et al., 2020; Serafini et al., 2020), assim como de sintomas de trauma/stress pós-traumático (Karatzias et al., 2020; Serafini et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020), frustração, exaustão, luto e dormência (Serafini et al., 2020). Também um estudo de Matos et al. (2022), com participantes de 21 países, concluiu que a ameaça percebida do COVID-19 aumentou sintomas de *stress* pós-traumático.

Experiências emocionais dos profissionais de saúde no contexto da pandemia COVID-19

Torna-se fundamental perceber qual o impacto da pandemia nos profissionais de saúde, principalmente daqueles que estão na linha da frente e em contacto direto com doentes COVID-

19. Estes profissionais foram (e continuam a ser) expostos a altos níveis de *stress*, o que poderá ter um impacto especialmente negativo na sua saúde mental (Morais et al., 2021)

Numa fase inicial, em que não existiam vacinas nem tratamentos comprovadamente eficazes, as medidas de distanciamento social, a etiqueta respiratória e o uso de equipamento de proteção individual constituíam a maior recomendação. Para profissionais de saúde, porém, o distanciamento e a recomendação de permanecer em casa não se aplicam, pois faz parte da sua profissão estar em contacto direto com pacientes diagnosticados ou com suspeita de COVID-19 (Conti et al., 2020; Teixeira et al., 2020; Trumello et al., 2020). Assim, estes profissionais tornam-se um grupo de risco, porque estão diariamente expostos a altas cargas virais e têm maior probabilidade de serem infetados, e porque a nível psicológico estão expostos ao *stress*, ao sofrimento e/ou à morte dos doentes (Teixeira et al., 2020) colocando-os vulneráveis para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica. Além disso, ficam longe das suas famílias e amigos, com receio de os infetar (Ladeia et al., 2020; Trumello et al., 2020), o que poderá também impactar negativamente o seu bem-estar e saúde mental.

Vários estudos têm sido feitos e as conclusões apontam que os profissionais de saúde que trabalham diretamente com doentes COVID-19 estão a passar por experiências adversas de sofrimento psicológico e/ou de exaustão física (Conti et al., 2020; Teixeira et al., 2020; Trumello et al., 2020), havendo um aumento significativo dos níveis de ansiedade e depressão (Shreffler et al., 2020; Silva et al., 2021), dos sintomas de trauma (Benfant et al., 2020; d’Ettorre et al., 2021), e dos níveis de *stress* e *burnout* (Romero et al., 2020; Shreffler et al., 2020; Trumello et al., 2020).

O grande número de doentes nos hospitais, aliado à falta de tratamentos e ao desconhecimento desta doença, trouxeram uma sobrecarga de trabalho, em especial, para médicos e enfermeiros, expondo-os a níveis mais elevados de *stress* (Soares et al., 2022) e tornando-os mais suscetíveis à exaustão física e emocional, que parece torná-los mais propensos ao desenvolvimento de sintomas de *burnout* (Borges et al., 2021; Luz et al., 2021).

O *burnout* é uma resposta ao *stress* que envolve exaustão emocional, fadiga física e cognitiva, que se desencadeia por exposição contínua ao *stress* no ambiente de trabalho (Melamed et al., 2006) e que ocorre de forma diferente para cada indivíduo, pois é uma experiência psicológica interna, negativa, que causa desconforto, sofrimento e disfunção (Maslach et al., 2009). Está inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), sendo descrito como um síndrome crónico ocupacional que relaciona três dimensões: (1) exaustão emocional, (2) despersonalização e (3) falta de realização profissional.

Durante a pandemia vários estudos avaliaram a presença de sintomatologia de *burnout* nos profissionais de saúde da linha da frente no combate à pandemia. Uma revisão sistemática com meta-análise de Luz et al. (2021) concluiu que a sobrecarga horária, pobres condições de trabalho, recursos materiais escassos, desvalorização do trabalho e baixa remuneração são fatores que, associados às problemáticas já anteriormente mencionadas, aumentam o risco de desenvolvimento de problemas psicológicos, como o *stress* e o *burnout*. A literatura aponta que os enfermeiros/as apresentam níveis mais elevados de *burnout*, em comparação com médicos/as (Borges et al., 2021; Luz et al., 2021; Soares et al., 2022) e que a sintomatologia de *burnout* foi mais prevalente em profissionais com menos anos de trabalho. Nos profissionais de saúde da linha da frente, foram também encontrados níveis de *burnout* mais elevados, em comparação com profissionais que trabalham com doentes com outras patologias. O sexo feminino, a situação financeira e a relação entre o trabalho e a família são também fatores que poderão predizer o desenvolvimento deste síndrome (Soares et al., 2022). Estes dados são preocupantes, não só pelo impacto negativo na saúde mental, mas também porque a sintomatologia de *burnout* nestes profissionais está associada a uma maior probabilidade de erro médico (Barba et al., 2021; Soares et al., 2022).

Reação Pós-Tragédia – Escala de Reação Pós-Tragédia

A compaixão é definida por Gilbert (2014) como “uma sensibilidade ao sofrimento do *self* e dos outros, com um profundo compromisso em tentar aliviá-lo” (p. 19). Esta motivação pró-social é evidente em várias profissões, nomeadamente em equipas médicas. No entanto, quando os desejos de cuidar ou salvar alguém falham, pode ser profundamente stressante e os indivíduos sofrem uma variedade de reações emocionais a este tipo de acontecimentos. Durante a pandemia, os profissionais de saúde foram confrontados com uma taxa de mortalidade elevada e não tinham como salvar todos os doentes. Por isso, Gilbert e colegas (2021) sugeriram que estar envolvido com pessoas que estão a morrer de COVID-19, dia após dia, poderá ativar reações de luto e tristeza repetidamente. Essas experiências criarão diferentes tipos de reação ao *stress* em relação ao medo. Num certo sentido, o tipo de trauma que os profissionais de saúde estão a experienciar é único, por estar associado a uma elevada intenção de compaixão e coragem, mas também às consequências de não serem capazes de salvar todos os doentes (Gilbert et al., 2021). Uma proposição óbvia, é que, se houvesse tratamentos e instalações para salvar a maioria das pessoas, a experiência teria sido exaustiva, mas não tão angustiante. Além disso, estes profissionais foram confrontados com intensa tristeza, associada à especificidade desta situação trágica e sem precedentes que é a pandemia da COVID-19, que

se revela assim uma experiência única que difere de outras formas de trauma pessoal (Gilbert et al., 2021).

O trauma é definido como uma experiência perturbadora capaz de causar sentimentos difíceis como o medo, a impotência, a dissociação, entre outros, e que pode ter um efeito negativo e duradouro no funcionamento da pessoa. São considerados eventos traumáticos aqueles causados pelo comportamento humano, como uma guerra, ou os causados pela natureza, como um terremoto. Uma experiência de trauma pode alterar a visão que o indivíduo tem do mundo, passando a percecioná-lo como um lugar imprevisível ou em que não está seguro (APA, 2022). Sabe-se que muitas pessoas passam por experiências traumáticas e que uma percentagem destas pessoas desenvolve problemas a longo prazo, que podem ser caracterizados por memórias intrusivas/*flashbacks*, evitamentos, hiperativação e/ou entorpecimento face às situações traumáticas (Grey, 2009). A análise do trauma depende do que é medido, pois também depende da natureza do trauma. No contexto da pandemia, parece haver três domínios de trauma para os profissionais de saúde: (1) medo do próprio vírus, (2) ser repetidamente confrontado com sofrimento intenso e (3) não conseguir salvar todos os pacientes. Suspeita-se que é nestes três domínios, em particular, que os profissionais de saúde experienciam reações únicas em relação à pandemia.

Por este motivo, Gilbert e colegas (2021) propuseram uma nova classificação para a reação a este tipo de trauma a que designaram de Reação Pós-Tragédia. Neste sentido, desenvolveram uma nova medida – Escala de Reações Pós-Tragédia – que pretende avaliar este tipo de reações e perceber que outras reações emocionais podem ter surgido no contexto pandémico. Entende-se que um aspeto importante no trauma destes profissionais são as altas taxas de mortalidade em comparação com os esforços diários para salvar todos os pacientes. O trauma associado à pandemia pode englobar características e tipos de resposta ao trauma já conhecidas, mas o problema da compaixão e da tristeza pela impossibilidade de salvar todos e/ou terem de decidir sobre a vida e a morte dos doentes deve ser avaliado de forma mais profunda. A literatura não distingue o sistema motivacional que é ativado pelo trauma e, por isso, as reações traumáticas são definidas em termos gerais mas, para os autores da escala, o trauma baseado no medo e o trauma baseado na compaixão devem ser olhados de formas diferentes. Esta escala, provavelmente, terá características sobrepostas às medidas padrão para o trauma, mas acrescentará outras que se situarão em um sistema motivado para o cuidado-compaixão no qual as pessoas estão altamente motivadas a cuidar dos outros, mas são incapazes de cumprir isso

na medida em que gostariam e, portanto, são confrontados por um imenso sofrimento que não podem evitar.

O autocrítico como fator de risco para o impacto traumático da pandemia

O autocrítico é um tipo de relacionamento interno que consiste em responder a si próprio de forma dura e hostil, através de ataques autodirigidos (Gilbert et al., 2004). Está ligado à forma como os indivíduos se condenam e avaliam negativamente, em relação a aspetos físicos, emocionais e/ou cognitivos, principalmente quando interpretam que fizeram alguma coisa de forma errada ou quando descobrem defeitos seus. O autocrítico pode ter duas funções: autocorreção, para prevenir erros futuros, ou ataque, com o objetivo de magoar (Gilbert, 2010). No que concerne às suas formas, o autocrítico pode manifestar-se sobre a forma de sentimentos de inadequação e de inferioridade ou sobre a forma de ódio a partes de si próprio (Gilbert, 2010).

Um conjunto de estudos sugere que este construto está associado a sintomas de psicopatologia, como a depressão, a má qualidade das relações interpessoais, e a sentimentos de subordinação e inferioridade (Gilbert et al., 2004; Gilbert et al., 2006; Gilbert & Irons, 2009; Mills et al., 2007). Lucena-Santos et al. (2020), através de uma meta-análise que tinha como objetivos, entre outros, perceber a que variáveis o autocrítico tem sido associado e de que maneira este processo pode levar a piores resultados terapêuticos, concluíram que o autocrítico está associado a um grande número de perturbações mentais, entre as quais episódios depressivos, *stress* pós-traumático, ansiedade social e perturbação de personalidade *Borderline*. Além disso, o autocrítico parece ser um preditor do agravamento da sintomatologia psicopatológica apresentada e é considerado um fator de risco transdiagnóstico, pois os pacientes autocríticos tem vindo a apresentar piores resultados em psicoterapia e em tratamentos farmacológicos (Rector et al., 2000). Sabe-se ainda que o autocrítico está negativamente correlacionado com o afeto positivo, uma vez que não está associado à ativação de emoções positivas nem a sentimentos de relaxamento ou segurança, pelo que, pessoas com níveis de autocrítico mais elevados são, também, mais vulneráveis à psicopatologia (Gilbert et al., 2008; Gilbert & Irons, 2009). Os aspetos patológicos do autocrítico estão ligados ao conteúdo hostil e de repugnância das críticas autodirigidas, mas também à incapacidade que indivíduos autocríticos têm em sentir calor, sentirem-se aceites e de se tranquilizarem (Gilbert et al., 2004).

Sendo este contexto pandémico uma situação sem precedentes, torna-se necessário perceber o impacto da pandemia na saúde mental da população geral, mas também deste grupo

particularmente vulnerável a sofrimento psicológico no contexto da pandemia: os profissionais de saúde que lidam diretamente com os doentes. Entende-se que as experiências destes profissionais podem ir além do trauma, envolvendo sintomas de depressão, ansiedade, somatização, *burnout* e sintomas de *stress* pós-traumático ou ainda envolver outro tipo de experiências emocionais como tristeza, luto, raiva, desamparo e medo. É fundamental compreender melhor a natureza das experiências emocionais destes profissionais para que seja possível desenhar estratégias capazes de aliviar o seu sofrimento.

Objetivos

A presente investigação teve vários objetivos. O primeiro consistiu em aprofundar a compreensão da natureza das experiências emocionais dos profissionais de saúde diretamente envolvidos no tratamento de doentes COVID-19 em Portugal, através da análise descritiva da Escala de Reação Pós-Tragédia. Como segundo objetivo, pretendeu explorar a relação entre o impacto traumático da pandemia, o *burnout* e o autocrítico nestes profissionais. Por fim, pretendeu compreender o papel que o autocrítico teria na relação acima mencionada. Especificamente, pretendeu-se explorar as experiências emocionais dos profissionais de saúde que estiveram/estão em contacto direto com doentes COVID-19 e testar o papel moderador do autocrítico na relação entre o impacto traumático da pandemia e o os níveis de *burnout* destes profissionais. Hipotetiza-se que o impacto traumático da pandemia, o *burnout* e o autocrítico se correlacionem positivamente entre si e que o autocrítico amplifique o efeito do impacto traumático da pandemia nos sintomas de *burnout*.

Metodologia

Procedimentos de investigação e recolha de dados

O presente estudo enquadra-se no âmbito de um projeto internacional, iniciado em abril de 2021, por Paul Gilbert, em colaboração com Jaskaran Basran, Marcela Matos, Deborah Lee e William Kirby. Esta investigação tem como objetivo testar uma nova medida que pretende compreender as experiências emocionais dos profissionais de saúde que estiveram/estão na linha da frente no tratamento de doentes com COVID-19.

Em Portugal, deu-se início à colaboração no projeto internacional após ter sido obtida autorização da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da

Universidade de Coimbra. A equipa de investigação contactou direções clínicas de Centros Hospitalares e de Agrupamentos de Centros de Saúde no território nacional, no sentido de solicitar a colaboração dos serviços clínicos diretamente envolvidos no tratamento de doentes COVID-19, nomeadamente, Unidades de Cuidados Intensivos, Serviços de Urgência, Serviço de Medicina Interna, Serviço de Pneumologia e Serviços de Medicina Geral e Familiar. Os Centros Hospitalares e os Centros de Saúde que aceitaram colaborar, divulgaram o estudo junto das direções clínicas destes serviços e respetivos profissionais de saúde. A recolha iniciou-se a 25 de novembro de 2021 e terminou a 16 de abril de 2022.

Os dados da investigação foram recolhidos em formato *online*, através da plataforma *LimeSurvey*. Antes de responder aos questionários de autorresposta, os participantes deveriam ler e aceitar o consentimento informado, que continham informação sobre a confidencialidade dos dados e o carácter voluntário da investigação. Foi fornecido o contacto dos investigadores e Linhas de Apoio Psicológico, caso os participantes necessitassem de algum esclarecimento ou sentissem, durante o preenchimento do questionário, sentimentos desconfortáveis e/ou ativação emocional.

Caracterização da amostra

A amostra deste estudo (*cf.* Quadro 1) ficou constituída por 106 sujeitos, dos quais 82 (77.4%) do sexo feminino e 24 (22.6%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos ($M = 41.61$; $DP = 11.044$). Relativamente à região de proveniência, 32.1% estavam localizados na região norte, 33% na região centro, 29.2% na Área Metropolitana de Lisboa, e 5.7% dos sujeitos preferiram não responder a esta questão. No que se refere aos anos de escolaridade completos, estes situaram-se entre os 9 e os 25 anos ($M = 16.03$, $DP = 3.051$). Relativamente à profissão, 52 sujeitos eram médicos/as (49.1%), 47 eram enfermeiros/as (44.3%), um participante era psicólogo/a (0.9%), três sujeitos eram fisioterapeutas (2.8%), um/uma participante era assistente social (0.9%) e dois participantes eram assistentes operacionais (1.9%).

O número total de participantes que trabalham/trabalharam diretamente com doentes COVID-19 foi de 94 (88.7%), sendo que 12 participantes (11.3%) trabalhavam habitualmente na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O número total de anos de serviço variou entre 1 e 40 anos ($M = 16.52$; $DP = 11.441$). Dos 106 sujeitos da amostra total, 14.2% ($N = 15$) reportaram estar a ter acompanhamento psicológico no momento, maioritariamente por sintomas de

ansiedade, depressão e *burnout*, 38.7% referiram já ter contraído o vírus ($N = 41$) e 7.5% relatam já ter perdido colegas de trabalho devido à doença ($N = 8$).

Tratando-se de uma amostra relativamente pequena e que não seguia uma distribuição normal, foi aplicado o teste de Mann-Whitney que mostrou não existirem diferenças significativas entre os géneros relativamente à idade ($U = 975$, $p = .95$) e aos anos de escolaridade ($U = 900$, $p = .64$).

Quadro 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

		<i>N</i>	Percentagem %
Género	Feminino	82	77.4
	Masculino	24	22.6
Região	Norte	34	32.1
	Centro	35	33.0
	Área Metropolitana de Lisboa	31	29.2
	Prefere não responder	6	5.7
Habilitações literárias	12º ano ou equivalente (curso)	2	1.9
	Curso superior	101	56.6
	Doutoramento	2	1.9
	Prefere não responder	1	0.9
Profissão	Médico/a	52	49.1
	Enfermeiro/a	47	44.3
	Psicólogo/a	1	0.9
	Fisioterapeuta	3	2.8
	Assistente social	1	0.9
	Assistente operacional	2	1.9
Trabalho direto com doentes	Sim	94	88.7
	Não	12	11.3
U.C.I.	Sim	12	11.3
	Não	94	88.7
Acompanhamento psicológico	Sim	15	14.2
	Não	91	85.8
Infeção por COVID-19	Sim	41	38.7
	Não	58	54.7
	Não sabe	7	6.6

Perdeu colegas	Sim	8	7.5
	Não	98	92.5

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Este questionário é composto por sete perguntas que permitem recolher informação pessoal e profissional. Inclui questões relativas à idade, género, localidade, anos de escolaridade e habilitações literárias. É também questionado se cada indivíduo está, atualmente, a ter acompanhamento psicológico e, para os casos afirmativos, o motivo desse acompanhamento. Os dados recolhidos permitiram a caracterização da amostra (Quadro 1).

Escala de Reações Pós-Tragédia (Gilbert et al., 2021; Versão portuguesa: Matos et al., 2021)

Esta escala avalia um tipo único de trauma pessoal pelo qual os profissionais da linha da frente podem estar a passar, uma vez que a situação pandémica é também única. É dividida em duas partes. Primeiro, é apresentado um questionário que pretende recolher dados pessoais gerais e relacionados com a profissão (ex.: se trabalha na Unidade de Cuidados Intensivos) e relacionados com o vírus (ex.: se já contraiu o vírus). A segunda parte contém cinco subescalas. Em cada item, são pedidos dois tipos de resposta, se a situação descrita ocorreu no passado e/ou no presente e, através de uma escala de *Likert* de 7 pontos (1 = *Nada* a 7 = *Extremamente*), e que o sujeito indique em que grau cada situação se aplica a si. Alguns itens apenas solicitam que indiquem em que grau a situação se aplica a si. A primeira subescala - “Reações físicas e psicológicas” - contém 22 itens sobre pensamentos e sentimentos que podem ter experienciado no desempenho da sua profissão e ainda quatro itens que avaliam as emoções relativamente à pandemia. A segunda subescala inclui nove itens e avalia o “Stress Organizacional”, isto é, os sentimentos e pensamentos sobre a organização em que trabalham. A terceira subescala tem oito itens que avaliam os sentimentos e pensamentos relativos às “Relações com os outros”. O item oito é uma questão aberta que pretende perceber qual o aspeto mais difícil de lidar com outras pessoas fora do ambiente de trabalho. A quarta subescala avalia os “Estados mentais habituais” e visa compreender quais os estados mentais experienciados no papel de cuidador no âmbito do vírus. Contém 17 itens, sendo que os primeiros seis itens dizem respeito a *flashbacks* emocionais, à sua frequência e à sua associação ou não com os sentimentos descritos

em cada item. Inclui mais 11 itens relacionados com ajuda, nomeadamente qual a necessidade sentida para lidar com as emoções apresentadas em cada item e quem mais ajudou. Os itens 11 e 17 são questões abertas que pretendem perceber se existiu mais alguma coisa para a qual gostariam de ajuda e se há mais alguma coisa que os possa ter ajudado, para além das mencionadas na subescala. A quinta subescala mede a “Mudança Pessoal”. Contém 8 itens que pretendem compreender como e se os seus pensamentos e sentimentos estão a mudar em resultado da situação pandémica. Por fim, é questionado, através de uma pergunta fechada, se responder a esta escala foi útil e se sim, é pedido que descrevam a sua utilidade.

Escala das Formas de Autocriticismo e Auto-tranquilização (*Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale*; FSCRS; Gilbert, et al., 2004; Versão Portuguesa: Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J., 2011)

A FSCRS é um questionário de autorresposta que avalia como é que, perante situações de fracasso e erro, os indivíduos se autocriticam e se auto-tranquilizam. Contém 22 itens, divididos em 3 subescalas: *Eu Inadequado* – avalia os sentimentos de inadequação do eu em relação aos fracassos, obstáculos e erros; *Eu Tranquilizador* – avalia uma atitude positiva, de conforto e de compaixão perante o eu; e *Eu Detestado* – avalia respostas destrutivas, baseadas na raiva, aversão e auto-repugnância com o desejo de magoar e agredir o eu em situações de fracasso.

Em cada item, o sujeito deve indicar numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 = *Nada parecido comigo* a 4 = *Extremamente parecido comigo*), quanto considera que cada afirmação se aplica a si. No estudo original, a escala apresentou valores de consistência interna que variaram entre .86 e .90 (Gilbert et al., 2004) e no estudo de validação da versão portuguesa, a escala apresentou *alfas* de Cronbach a variar entre .62 e .89, e uma estabilidade temporal satisfatória, com valores entre .65 e .78 (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). No presente estudo, foi calculado um fator total de autocriticismo, adicionando o fator *Eu Inadequado* e o fator *Eu detestado*. A variável assim calculada apresentou uma consistência interna de .71.

Escala do Impacto do Evento – Revista (*Impacto of Event Scale – Revised*; IES-R; Weiss & Marmar, 1997; Versão portuguesa: Matos et al., 2011; Adaptação COVID-19: Matos, 2020)

A IES-R é um questionário de autorresposta que avalia o sofrimento subjetivo após uma experiência específica, isto é, pretende perceber o impacto de determinado acontecimento ao

nível da sintomatologia traumática. Contém 22 itens, nos quais o sujeito deve indicar numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (0 = *Nada* a 4 = *Muitíssimo*), o grau de sofrimento que cada dificuldade lhe tem provocado durante os últimos sete dias. As instruções da versão original da IES-R foram ligeiramente modificadas para melhor se adaptarem à natureza da nossa investigação, assim, é pedido que cada item seja relacionado com a pandemia por COVID-19 (Matos et al., 2011). Tanto no estudo original como na versão portuguesa, foi encontrada uma estrutura de três fatores: intrusão, evitamento e hiperativação. Os alfas de Cronbach encontrados em ambas as versões variaram entre .79 e .96 (Weiss & Marmar, 1997; Matos et al., 2011). Nesta investigação, foi utilizado o total desta escala, que apresentou uma consistência interna de .96.

Shiram-Melamed Burnout Measure (MBSM; Shiram & Melamed, 2006; Versão portuguesa: Gomes, 2012)

A MBSM é uma medida que avalia os níveis de *burnout* no trabalho. A escala original foi desenvolvida por Shirom e Melamed, em 2006. Contém 14 itens, divididos em 3 subescalas: (1) Fadiga física, (2) Exaustão emocional e (3) Fadiga cognitiva. Em cada item, é pedido que o sujeito indique, numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (1 = *Nunca ou quase nunca* a 7 = *Sempre ou quase sempre*), a frequência com que sentiu o que é descrito em cada afirmação no seu trabalho nos últimos trinta dias. Resultados elevados indicam maiores níveis de fadiga física, cognitiva ou exaustão emocional. Não existem valores normativos, pelo que se considera que valores iguais ou superiores a 5 são indicadores de problemas no domínio avaliado (Gomes, 2012). No estudo original a escala apresentou um *alfa* de Cronbach total de .92, que variou entre .87 e .92 para cada subescala. Num estudo de Baganha et al. (2016) pôde concluir-se que em Portugal este instrumento tem vindo a demonstrar boas qualidades psicométricas, nomeadamente com *alfas* de Cronbach que variaram entre .87 e .97. No presente estudo, utilizou-se o valor total da escala, que apresentou uma consistência interna de .88.

Análise dos dados

A análise estatística foi feita através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 25).

Realizou-se a organização das variáveis sociodemográficas e o cálculo dos totais de cada escala e subescala. Para cada um dos instrumentos, foi feita uma análise da consistência interna,

de maneira a obter os valores do *alfa* de Cronbach para avaliar a fiabilidade das variáveis. Para todas as análises realizadas neste estudo foi considerado um intervalo de confiança de 95%. A existência de *missings* e de *outliers* foi verificada, sendo que apenas se encontraram dois *missings* na variável “Anos de escolaridade completos”. Foram também feitas análises descritivas para possibilitar uma melhor caracterização da amostra relativamente às variáveis sociodemográficas.

Dado o tamanho da amostra, foi aplicado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para uma análise comparativa entre dois grupos, para perceber se existiam diferenças de género significativas relativamente à idade e aos anos de escolaridade. Para além disso, o mesmo teste não-paramétrico foi calculado para analisar a existência de diferenças de género significativas relativamente às variáveis usadas no modelo de moderação (impacto traumático da pandemia, autocrítico e *burnout*).

Antes da análise de moderação, procedeu-se a uma análise das correlações entre as variáveis em estudo (impacto traumático da pandemia, autocrítico e *burnout*), através do cálculo das correlações de *Pearson*. A magnitude dos efeitos foi avaliada seguindo as recomendações de Cohen (1988), através dos seguintes parâmetros: ± 0.10 a ± 0.29 (fraco); ± 0.30 a ± 0.49 (moderado); e ± 0.50 a ± 1.0 (forte).

Foram levadas a cabo análises de moderação através da macro *PROCESS* do SPSS (Hayes, 2018), de maneira a analisar o efeito principal e de interação do autocrítico nas variáveis *burnout* e impacto traumático da pandemia. Foi utilizado o modelo 1 da macro *PROCESS*, sendo o impacto do evento (IES-R) a variável independente, o *burnout* (MBSM) a variável dependente e o autocrítico (FSCRS) a variável moderadora. Os tamanhos do efeito principal e dos efeitos de interação foram baseados nos valores de R^2 .

Resultados

Escala de Reações Pós-Tragédia

Os resultados desta escala serão analisados de forma descritiva, pois esta avalia experiências emocionais complexas e subjetivas. Os resultados pormenorizados podem ser encontrados no material suplementar (Quadro 1 e Quadro 2, em Anexos).

Entre os 106 participantes, 43.4% ($N = 46$) afirmam que desde o início da pandemia, houve mais do que uma altura difícil/stressante, 18.9% dos participantes ($N = 20$) apontaram a altura de março a junho de 2020 como a altura mais desgastante, 17% dos participantes ($N = 18$)

escolheram a opção *Sempre, desde o início da pandemia* e 13.2% dos participantes ($N = 14$) escolheram a altura mais difícil entre janeiro e março de 2021.

Na “Parte 1 – Reações físicas e psicológicas”, os itens mais pontuados no passado (“Vivencie”) estavam relacionados com o medo e/ou ansiedade de contrair o vírus e de o transmitir para outras pessoas, com sofrimento empático e tristeza por não terem capacidade de salvar todos os pacientes, e com o sofrimento associado ao facto de experienciarem mortes pandémicas, sentindo-se incapazes de impedir que houvesse tantas mortes e que o sofrimento de todos fosse diminuído. Um dos itens mais pontuados refletia o sofrimento associado à incerteza da duração da pandemia. Além disso, um número significativo dos participantes relatou sentir-se perturbado pelos problemas específicos relacionados com as dificuldades respiratórias causados por esta doença. As emoções primárias mais presentes foram a ansiedade e a tristeza. Relativamente às reações físicas, as mais assinaladas refletiram dificuldades ligadas ao sono, exaustão emocional e física e dificuldade em usar equipamento de proteção individual por ser desconfortável e por interferir na relação com os pacientes. No presente (“Vivencio”), relativamente às reações psicológicas, o sofrimento associado ao medo de transmitir o vírus, o sofrimento empático e tristeza por assistirem ao sofrimento dos pacientes sem os conseguirem salvar todos e o sofrimento por tristeza mantiveram-se presentes, assim como a ansiedade e a tristeza que continuaram a ser as emoções primárias mais associadas à pandemia. Nas reações físicas, a exaustão física e emocional continuaram a ser os itens pontuados de forma mais elevada, assim como as dificuldades em usar equipamento de proteção pessoal.

Na “Parte 2 – Stress Organizacional”, os itens pontuados de forma mais elevada no passado (“Vivencie”) estavam relacionados com raiva, irritação e frustração pela falta de equipamento de proteção pessoal e pela falta de equipamento para os doentes (ex.: ventiladores), e relacionados com a perturbação associada à forma como o serviço estava a ser gerido. No presente (“Vivencio”), apenas a perturbação associada à gestão do serviço continuou a ser pontuada de forma elevada. Importa referir que tanto no passado como no presente, o item relativo ao fornecimento de suporte psicológico por parte da organização não foi pontuado de forma elevada, o que demonstrou que os participantes não sentiram que lhes tivesse sido dado apoio psicológico para os ajudar durante a crise pandémica.

Na “Parte 3 – Relação com os Outros”, os participantes relataram sentir que, no passado (“Vivencie”), podiam encontrar suporte na família, amigos e colegas de trabalho, sentindo-se confortáveis em partilhar os seus sentimentos difíceis com os outros e em aceitarem ajuda. Contudo, também relataram sentir que as expectativas dos outros em relação a eles próprios eram superiores ao que sentiam na realidade, isto é, sentiram que os outros esperavam que

estivessem a lidar com a situação pandémica de forma mais fácil do que o que na realidade acontecia. Importa referir que o item 1 (“Sentir que as outras pessoas podem compreender aquilo por que tem passado”) foi pouco pontuado. Fora do ambiente de trabalho (item 8), os profissionais de saúde relataram sentir que os aspetos mais difíceis de lidar eram, principalmente, o afastamento social, a insegurança, o medo do vírus e de poder infetar os outros, o estigma e sentirem-se incompreendidos. No presente (“Vivencio”), os itens mais pontuados continuaram a ser os mesmos.

Na “Parte 4 – Estados mentais habituais”, estes refletiam, no passado (“Vivenciei”), uma elevada presença de *flashbacks* emocionais relacionados com a ansiedade, com o autocriticismo, mas também com a auto-tranquilização e com a capacidade de se apoiar a si próprio quando as coisas eram difíceis. No presente (“Vivencio”), apenas o autocriticismo e auto-tranquilização se mantiveram pontuados de forma elevada. Quando questionados sobre quem mais os ajudou, as opções mais pontuadas indicavam a família, amigos, colegas de trabalho e formação profissional. Contudo, uma vez mais, o apoio organizacional não foi sentido pela maioria dos participantes como algo que possa ter amenizado as suas dificuldades. No item 11 (“Há mais alguma coisa para a qual gostaria de ter ajuda?”), os participantes afirmaram sentir necessidade de mais programas de apoio à saúde mental, uma vez que sintomatologia psicopatológica está presente em grande escala nestes profissionais, de um maior número de profissionais de saúde devido à grande carga de trabalho existente, e de maior reconhecimento superior do seu trabalho.

Na “Parte 5 – Mudança Pessoal”, todos os itens foram pontuados de forma elevada, o que denota a existência de mudança nos pensamentos e sentimentos em resultado da crise COVID-19. Os participantes relataram, em grande escala, sentir que contribuíram significativamente para a melhoria da situação, afirmam ter desenvolvido resiliência, ter havido crescimento pessoal, serem agora mais capazes de lidar com as dificuldades da vida, serem capazes de desenvolver relações mais próximas, de serem autocompassivos e de lidar com a situação tão bem como os colegas de trabalho, havendo menos espaço para comparações. Contudo, o item 6 (“Sinto que as minhas relações pessoais com os outros se tornaram mais difíceis”) foi também altamente pontuado. De forma geral, os participantes relataram que esta escala lhes foi útil por lhes ter permitido refletir sobre as suas próprias experiências e avaliar as dificuldades e a evolução que fizeram desde o início da pandemia.

Em todas as subescalas, os participantes demonstraram, em média, ter vivenciado no passado níveis mais elevados de cada experiência do que experienciam no presente, exceto na “Parte 3 – Relação com os Outros” em que os níveis de suporte familiar se mantiveram, em

média, iguais, e em que os níveis de suporte dos colegas, de capacidade de se voltar para os outros e de aceitar ajuda foram mais elevados no presente do que no passado.

Correlações entre o impacto traumático da pandemia, o autocrítico e o *burnout*

Os resultados do teste Mann-Whitney revelaram não existirem diferenças significativas entre homens e mulheres nas variáveis impacto traumático da pandemia ($p = .36$), autocrítico ($p = .61$) e *burnout* ($p = .06$). Como tal, as análises com as variáveis do estudo foram conduzidas com a amostra como um todo, sem considerar diferenças de género.

Os resultados reportados anteriormente que mostraram que o autocrítico foi um estado mental subjetivo identificado e que demonstrou impactar a saúde mental destes profissionais, tanto no passado como no momento atual, tornou relevante investigar a relação entre o impacto traumático da pandemia, o autocrítico e os sintomas de *burnout*. O Quadro 2 apresenta a matriz de correlações entre o impacto traumático da pandemia, o autocrítico e o *burnout*. Todas as correlações se revelaram positivas, moderadas e significativas, revelando uma associação entre o impacto traumático da pandemia, o autocrítico, e o *burnout*.

Quadro 2

Correlações entre as Variáveis em Estudo

Variáveis	MBSM – Burnout	FSCRS - Autocrítico	IES-R – Impacto traumático
MBSM - <i>Burnout</i>	1		
FSCRS - Autocrítico	.41**	1	
IES-R - Impacto traumático	.48**	.54**	1

** $p < 0.01$

O efeito moderador do autocrítico na relação entre o impacto traumático da pandemia e o *burnout*

Foi realizada uma análise de moderação simples com o objetivo de investigar em que medida o autocrítico (FSCRS) moderava a relação entre o impacto traumático da pandemia (IES-R) e o *burnout* (MBSM). O modelo total explicou 30% da variável dependente, o *burnout* $F(3,102) = 14.67, p < .001, R^2 = .30$.

Conforme apresentado no Quadro 3, tanto o impacto traumático da pandemia como o autocrítico demonstraram ser preditores significativos do *burnout*. Adicionalmente, também a interação entre o impacto traumático da pandemia e o autocrítico apresentou um efeito estatisticamente significativo no *burnout* $B = -.01, t = -2.41, 95\% \text{ IC } [-.022, -.0028], p = .018$, tendo esta interação acrescentado significativamente o valor de variância explicada $F(1,102) = 5.81, p = .018, \Delta R^2 = .04$. Estes resultados apontam para um efeito de moderação positivo do autocrítico na relação entre o impacto traumático da pandemia e o *burnout*.

Quadro 3

Efeito Moderador do Autocrítico na Relação entre o Impacto Traumático da Pandemia e o Burnout

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
IES-R	.48	.13	3.75	<.001
FSCRS	.68.	.02	3.22	.002
IES-R x FSCRS	-.01	.01	-2.41	.018

Nota. $N = 106$.

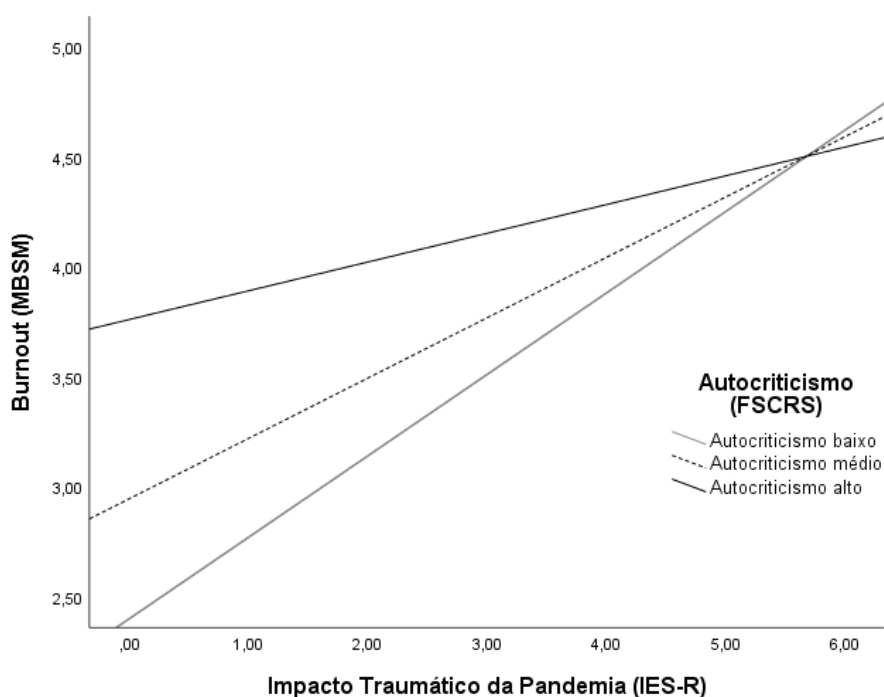
O efeito da interação foi calculado para os três níveis da variável moderadora: alto, médio e baixo, assim como representado na Figura 1. Para todos os níveis de autocrítico (baixo, médio ou alto), a relação entre o impacto da pandemia e o *burnout* foi sempre positiva e estatisticamente significativa ($b = .37, t = 4.17, p < .001$; $b = .27, t = 4.45, p < .001$; $b = .13, t = 2.12, p = .032$, respetivamente).

Para melhor entender a relação entre o impacto traumático da pandemia e o *burnout* com diferentes níveis de autocrítico, um gráfico (Figura 1) foi desenhado, considerando uma linha para cada um dos três níveis de autocrítico. É possível observar que para níveis baixos e médios de impacto traumático da pandemia, os participantes que apresentam níveis baixos e médios de autocrítico, revelaram menores níveis de *burnout*. Este efeito vai-se esbatendo à medida que os níveis de impacto traumático da pandemia aumentam, uma vez que quando o impacto traumático da pandemia é elevado, o seu efeito nos níveis de *burnout* é forte, independentemente dos níveis de autocrítico (alto, médio ou baixo). Este modelo sugere que indivíduos que apresentam níveis altos de autocrítico, apresentam níveis moderados ou elevados de *burnout*, mesmo que os níveis de impacto traumático da pandemia sejam nulos ou

baixos. Por outro lado, indivíduos com níveis médios ou baixos de autocrítica apenas apresentam níveis de *burnout* moderados ou elevados à medida que o impacto traumático da pandemia vai aumentando. O efeito de interação entre o impacto traumático da pandemia e o *burnout* foi corroborado, sugerindo que o autocrítica é um moderador significativo nesta relação, amplificando o efeito do impacto traumático da pandemia no *burnout*.

Figura 1

Efeito Moderador do Autocrítica na Relação entre o Impacto Traumático da Pandemia e o Burnout



Discussão

A presente dissertação visou aprofundar as experiências emocionais dos profissionais de saúde da linha da frente no combate à pandemia COVID-19, através de um estudo piloto da Escala de Reações Pós-Tragédia, desenvolvida por Paul Gilbert e colaboradores (2021). Além disso, investigou a relação entre o impacto traumático da pandemia, o *burnout* e o

autocriticismo nestes profissionais de saúde, nomeadamente, o papel moderador do autocriticismo nesta associação.

Relativamente às experiências emocionais dos profissionais de saúde, a Escala de Reações Pós-Tragédia permitiu aprofundar a compreensão da natureza multifacetada das suas reações emocionais no contexto da pandemia. A primeira parte da escala, permitiu, essencialmente, perceber quais as alturas mais desgastantes, que se mostram coincidentes com os picos da pandemia em Portugal, quando existia um maior número de casos ativos e de hospitalizações e, por conseguinte, mais horas de trabalho, associado a níveis mais elevados de cansaço e *stress*.

Relativamente à segunda parte, da qual fazem parte cinco subescalas, foi possível obter algumas informações relevantes. As conclusões relativas às reações físicas e psicológicas apontaram para a existência de medo, ansiedade, tristeza, sofrimento pelos outros, dificuldades ao nível do sono e em lidar com a incerteza, exaustão emocional e física e a existência de perturbação pelas consequências da doença observadas nos pacientes. Medo, ansiedade, tristeza, perturbações do sono e exaustão já tinham sido documentados em estudos anteriores (Conti et al., 2020; Shreffler et al., 2020; Teixeira et al., 2020). Nesta subescala foi ainda possível concluir que as emoções básicas mais assinaladas foram a ansiedade e a tristeza. A ansiedade é já comumente associada à sintomatologia traumática, mas a tristeza parece ser um sintoma que se associa ao tipo de trauma que a pandemia trouxe, em especial, para os profissionais de saúde da linha da frente que, diariamente, se confrontam com a impotência, o sofrimento e a perda de doentes. Este dado vai de encontro ao objetivo de Gilbert e colegas (2021), que os levou a desenvolvimento desta nova medida, uma vez que permitiu compreender que estes profissionais experienciaram outras reações emocionais que nem sempre estão associadas ao trauma e que contribuem para a definição do conceito de reações pós-tragédia, nomeadamente a tristeza, o sofrimento empático (pela impossibilidade de salvar todos os doentes por falta de meios, e por assistirem diariamente a mortes) e a incerteza da duração da pandemia.

Nesta linha, faz sentido refletir sobre a importância da compaixão. Sendo a compaixão bastante presente no exercício da profissão médica, a pandemia veio dificultar o compromisso dos profissionais em aliviar o sofrimento dos pacientes porque, principalmente nos primeiros tempos, não havia tratamentos e a falta de meios levava à morte de muitos doentes. Ora, estas condições podem ser extremamente stressantes para estes profissionais e levá-los até a sentir fadiga da compaixão. Apesar de a literatura não ter uma definição concreta para a fadiga por compaixão, esta pode ocorrer quando um profissional de saúde não consegue lidar de forma adaptativa com o sofrimento do doente, podendo por isso vir a sofrer com depressão, raiva,

apatia, desamparo e desesperança (Canhoto et al., 2021; Day & Anderson, 2011). A fadiga da compaixão é também definida por Coetzee e Klopper (2010) como “...o resultado final de um processo progressivo e cumulativo que é causado pelo contacto prolongado, contínuo e intenso com os pacientes, o uso de si mesmo e a exposição ao stress” (p. 237). No entanto, entende-se que a fadiga da compaixão deve ser distinguida de fadiga da empatia. De acordo com Gallese et al. (1996), os seres humanos possuem “neurónios-espelho” que consistem em neurónios ativados visualmente através da observação da ação de outros indivíduos e que levam à ação do observador, sendo provável que esta análise do movimento esteja associada às emoções e à capacidade de interpretar e emitir gestos comunicativos (Rizzolatti et al., 1996). Além disso, o ser humano tem a capacidade de imitar automaticamente os comportamentos de outros e a imitação está ligada à empatia, uma vez que, por meio da imitação, somos capazes de sentir o que outras pessoas sentem (Chartrand & Bargh 1999) e de sermos compassivos com os estados emocionais dos outros (Tangney et al., 2007). Se pensarmos nos profissionais de saúde no contexto da pandemia, e de acordo com os resultados apresentados nesta escala, podemos concluir que estes profissionais, ao estarem diariamente em contacto com pessoas em sofrimento, sentirão empatia pelo sofrimento que observam nos doentes e poderão experienciar eles mesmos este sofrimento, o que se traduz num elevado impacto negativo para a sua saúde mental. Isto é, a capacidade de ressonância empática nestes profissionais, poderá levá-los a experienciar sofrimento empático. Cuidar do outro é, por si só, desgastante, e associado a elevadas cargas horárias, a emoções como o medo e ansiedade e a lidar com o sofrimento dos doentes diariamente, poderá exacerbar os níveis de fadiga por compaixão nestes profissionais. A literatura sugere isto mesmo. Uma revisão integrativa (Coimbra et al., 2021) concluiu que profissionais de saúde em contacto direto com doentes COVID-19 e que assistem diariamente à morte de pacientes e apresentam níveis elevados de fadiga por compaixão. Além disso, entre os fatores associados a esta sintomatologia somam-se maiores riscos de depressão, perturbação de ansiedade generalizada, *stress*, *burnout*, queixas de perturbações do sono e exaustão.

Contudo, apesar de a literatura se referir ao conceito de fadiga da compaixão, o conceito de fadiga da empatia parece ser mais preciso. Ou seja, a fadiga poderá advir da exposição e experienciação do sofrimento do outro (o que é possível devido aos “neurónios-espelho”) e não necessariamente, apenas ou principalmente de cuidar do outro. Considerando os profissionais de saúde, em particular, a fadiga da empatia, poderá estar associada à experiência de ressonância empática e sofrimento empático perante o sofrimento dos doentes que assistem. Efetivamente, a investigação aponta para que a fadiga da empatia, pela exposição a uma variedade de doenças e acontecimentos traumáticos dos outros conduz a exaustão física e

emocional (Stebnicki, 2000). Estas conceptualizações vão de encontro aos resultados da Escala de Reações Pós-Tragédia, uma vez que os dados recolhidos apontam para a ideia de que o sofrimento por que estes profissionais de saúde tem vindo a passar é influenciado pela incapacidade de terem uma ação compassiva no sentido de aliviar o sofrimento dos doentes, apesar de toda a empatia e motivação que têm para o fazer. Por esta razão, é de extrema importância desenvolver estratégias e intervenções com o propósito de aliviar o sofrimento associado. Estas estratégias poderão passar por programas de desenvolvimento da compaixão com vista à regulação emocional que, conseqüentemente, reduzirá os sintomas da fadiga por compaixão e da fadiga da empatia e aliviará outros sintomas apresentados.

Ao nível do *stress* organizacional, os profissionais de saúde viram-se confrontados também com a raiva, irritação e frustração relativa à gestão desta pandemia que lhes colocou entraves sem precedentes (ex.: falta de equipamento de proteção pessoal e para os doentes, fraca gestão dos serviços, falta de suporte psicológico). A falta de suporte psicológico, numa altura tão stressante e desgastante como a pandemia, poderá ter contribuído para o desenvolvimento e intensificação de sintomatologia psicopatológica. Desta forma, é imperativo que as organizações apostem cada vez mais na saúde mental destes profissionais.

A terceira subescala, relativa às relações com os outros, e tendo em consideração que os itens mais pontuados estão ligados a experienciarem suporte familiar, de amigos e de colegas de trabalho, permitiu, uma vez mais, concluir a importância que este pode ter na melhoria do bem-estar destes profissionais. De acordo com Alnazly et al. (2021), que investigou o apoio social percebido pelos profissionais de saúde na Jordânia, concluiu, tal como neste estudo, que estes profissionais relatam sentir apoio em níveis significativos e que, por sua vez, os níveis elevados de apoio social estão correlacionados de forma baixa com medo, depressão, ansiedade e *stress*. Pelo contrário, os participantes mostraram sentir que as expectativas dos outros em relação às suas capacidades de lidar com a situação eram superiores à realidade e, talvez por isso, relataram sentir-se incompreendidos. No entanto, a literatura aponta para um papel protetor da compaixão, nomeadamente de receber compaixão dos outros. Hermanto et al. (2016) concluíram que não ter medo de receber compaixão dos outros enfraqueceu o poder da autocrítica, diminuindo a sintomatologia depressiva. Pelo contrário, o medo de receber compaixão dos outros exacerbou os efeitos depressogénicos da autocrítica. Assim, pode dizer-se que receber compaixão dos outros tem um efeito positivo e protetor de dificuldades emocionais, pelo que seria importante para estes profissionais de saúde estarem abertos ao cuidado e ao apoio dos outros. Esta necessidade pode ser ainda reforçada com os resultados

obtidos por Matos et al. (2022), que concluíram que tanto a autocompaixão como a compaixão dos outros predizem menor sofrimento psicológico e maior segurança social.

Por fim, o facto de os itens negativos serem, em média, mais pontuados no passado do que no presente, denota a possível existência de uma mudança pessoal positiva, apesar de todos os constrangimentos e sofrimento associado. Além disso, através das conclusões retiradas da análise da última parte da escala, relativa à mudança pessoal, os participantes relataram sentirem-se felizes pela contribuição que conseguiram dar, e sentirem que, atualmente, são mais resilientes, autocompassivos e capazes de lidar com adversidades. Estes resultados podem ser explicados à luz dos conceitos de adaptação, resiliência e crescimento pós-traumático (CPT). A adaptação psicológica inclui estratégias de *coping* e de autorregulação face a uma situação, que cada indivíduo pode encontrar para lidar com situações difíceis (Pires et al., 2021), nomeadamente recurso a suporte emocional familiar, foco no presente, religião ou hobbies (Viana et al., 2021). Além disso, com o avançar da pandemia, foram criados planos de contingência, alocados mais recursos e criadas novas logísticas que permitiram aliviar as dificuldades sentidas nos hospitais. Importa referir que o desenvolvimento da vacina veio reduzir, em grande número, a quantidade de doentes em estado grave e a precisar de hospitalização, por isso, seria de esperar que as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde se fossem amenizando. Uma outra hipótese de explicação destes resultados pode estar ligada ao desenvolvimento de resiliência, que tem a capacidade de moderar os efeitos negativos do *stress* e que consiste na capacidade de cada indivíduo se adaptar a adversidades e transformar as experiências negativas em algo que possa ser útil para lidar com as situações (Wagnild & Young, 1993). O crescimento pós-traumático, como uma possível consequência psicológica positiva depois de um evento traumático, é também uma hipótese explicativa destes resultados. Há evidência de que este fenómeno psicológico poderá estar a emergir em profissionais de saúde, em consequência da situação pandémica. Um estudo com enfermeiros da linha da frente no combate à pandemia (Cui et al., 2020) que visou explorar a existência e o nível de crescimento pós-traumático, os fatores que poderão influenciar estes valores e o impacto da ruminação, concluiu que os níveis de CPT variavam de moderados a elevados, o que demonstrou a presença deste indicador psicológico positivo. As razões encontradas para justificar estes resultados eram mais anos de trabalho, autoconfiança no seu trabalho, consciência do risco, intervenção psicológica e ruminação deliberada (versus deliberação intrusiva). Também num estudo de Matos et al. (2021) se concluiu que o medo de contrair COVID-19 aumenta o crescimento pós-traumático e que tanto a compaixão, nas suas três direções, como a segurança social têm o poder de aumentar este indicador positivo que é o

CPT. Por isso, e apesar de não fazer parte dos objetivos deste estudo, sugere-se que estudos futuros explorem de forma mais aprofundada se e de que forma a pandemia poderá ter permitido retirar mudanças e aprendizagens positivas apesar das experiências negativas.

O segundo objetivo deste estudo pretendia explorar a relação entre o impacto traumático da pandemia, o *burnout* e o autocriticismo. Tal como a revisão literária sugeriu, em virtude da situação pandémica, os profissionais de saúde estão expostos a níveis elevados de *stress* (Soares et al., 2022) que os torna propensos ao desenvolvimento de *burnout* (Borges et al., 2021; Luz et al., 2021; Romero et al., 2020; Shreffler et al., 2020; Trumello et al., 2020). Por outro lado, conforme a literatura sugere, o autocriticismo tem um papel negativo e é um fator de risco para várias perturbações mentais (Lucena-Santos et al., 2020). Contudo, neste contexto pandémico e nestes profissionais de saúde a relação entre estas variáveis estava ainda pouco estudada, pelo que este estudo contribuiu para aprofundar a compreensão sobre a associação destas variáveis e sobre o impacto que elas podem causar. Por outro lado, a Escala de Reações Pós-Tragédia, o item relativo ao autocriticismo foi pontuado de forma elevada, o que demonstrou a presença e o possível papel central do autocriticismo nas experiências emocionais e nos estados mentais destes profissionais. Assim, tornou-se ainda mais relevante compreender o seu impacto na relação com outras variáveis em estudo.

Como expectável, a relação entre as três variáveis em estudo mostrou-se positiva e significativa, revelando que indivíduos para os quais a pandemia teve um maior impacto traumático revelavam níveis mais elevados de autocriticismo e de sintomas de *burnout* e que indivíduos com níveis mais elevados de autocriticismo mostravam mais sintomas de *burnout*.

Nesta sequência, este estudo pretendeu ainda examinar o efeito moderador do autocriticismo na relação entre o impacto traumático da pandemia e os níveis de *burnout*. Os resultados apontaram para um efeito moderador significativo do autocriticismo nesta relação, revelando que o autocriticismo amplificou os níveis de impacto traumático da pandemia. Os resultados mostraram que para níveis baixos ou moderados de impacto traumático da pandemia e níveis altos e moderados de autocriticismo, os níveis de *burnout* são elevados. Contudo, quando os níveis de autocriticismo são baixos, os resultados apontaram que os indivíduos parecem desenvolver sintomatologia característica de *burnout* apenas quando o impacto traumático da pandemia é elevado. Por outro lado, quando o impacto traumático da pandemia é baixo, os níveis de *burnout* vão ser elevados, apenas se os níveis de autocriticismo forem elevado, isto é, indivíduos com níveis elevados de autocriticismo, vão sempre apresentar níveis elevados de *burnout*, independentemente do impacto traumático da pandemia. Para níveis moderados de impacto traumático da pandemia, essa diferença continua a verificar-se, isto é, indivíduos com

elevado autocrítico estão mais vulneráveis ao efeito do impacto traumático da pandemia nos sintomas de *burnout*. Indivíduos com níveis elevados de autocrítico, parecem apresentar sempre níveis elevados de *burnout*, independentemente do impacto traumático da pandemia. Porém, indivíduos que têm níveis baixos e médios de autocrítico, vão aumentando os níveis de *burnout* à medida que o impacto traumático da pandemia também vai aumentando. Em níveis moderados e baixos de impacto traumático da pandemia, o *burnout* vai aumentando consoante os níveis de autocrítico, mas quando o autocrítico é elevado, o impacto traumático tem menor poder preditivo, visto que os indivíduos apresentarão níveis moderados e elevados de *burnout*.

Estes resultados corroboram a nossa hipótese de que o autocrítico amplifica os efeitos do impacto traumático da pandemia e está associado a níveis mais elevados de *burnout*. Estudos anteriores tinham já observado o papel de risco que o autocrítico pode ter. Nomeadamente, Besser et al. (2022), concluíram que os indivíduos que relatam uma menor adaptabilidade à pandemia são aqueles que relatam maiores níveis de autocrítico e que o autocrítico está associado a reações emocionais mais negativas e a experienciar pensamentos sobre solidão. Um estudo de Zerach e Levi-Belz (2022), com profissionais de saúde israelitas que apresentavam sintomatologia de *stress* pós-traumático, concluiu que o autocrítico tinha um papel moderador na relação entre exposição a eventos potencialmente prejudiciais moralmente e sintomas de dano moral, e entre sintomas de dano moral e perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD), sendo que o efeito indireto da exposição a estes eventos nos sintomas de PTSD e de dano moral, apenas se observaram em participantes com elevado nível de autocrítico. Estes resultados, apesar de não estarem exclusivamente relacionados com os objetivos do presente estudo, mostraram que, tal como nesta investigação, o autocrítico teve um papel preponderante no impacto traumático da pandemia, quer na sintomatologia psicopatológica, quer no *burnout*, quer no dano moral que estes profissionais parecem experienciar.

Tendo em conta as implicações clínicas que este estudo sugere, considerando o impacto negativo que o *burnout* pode ter na prática clínica, por estar associado a maiores níveis de erro médico (Barba et al., 2021; Soares et al., 2022), e sendo também este um objetivo desta investigação, é imperativo que se desenhem estratégias específicas para atuar na redução dos níveis de *burnout* e de autocrítico. Segundo os resultados do presente estudo, o autocrítico amplifica os níveis do impacto traumático da pandemia e do *burnout*, por isso, uma vez mais, intervenções focadas na promoção de compaixão, em particular da autocompaixão e na diminuição do autocrítico, podem ser bastante úteis neste contexto.

Especificamente, o Treino da Mente Compassiva, que integra a Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2009, 2014) que foi desenvolvida especificamente para trabalhar com indivíduos com elevados níveis de autocrítica e vergonha, pode ser uma intervenção particularmente adequada neste contexto. De facto, diversos estudos têm demonstrado a eficácia do Treino da Mente Compassiva na promoção de autocompaixão, na redução do autocrítica e na melhoria do bem-estar (Irons & Heriot-Maitland, 2020; Matos et al., 2017; Matos et al., 2022). Outras intervenções têm vindo a ser desenvolvidas para cultivar a competência de autocompaixão. Um dos mais disseminados e investigados é o programa de Autocompaixão com Atenção Plena (Mindful Self-Compassion) de Kristen Neff e Chris Germer (2013), que demonstrou já eficácia em termos de ganhos significativos na autocompaixão, no *mindfulness* e no bem-estar dos participantes, que se mantiveram nos 6 e 12 meses seguintes. Delaney (2018) aplicou este programa em enfermeiros, com vista a examinar o seu efeito nos níveis de autocompaixão, *mindfulness*, trauma secundário e *burnout*, tendo comprovado que os níveis de trauma secundário e de *burnout* diminuíram significativamente e que os níveis de resiliência e de satisfação com a compaixão aumentaram. Mais recentemente, Neff et al. (2020), adaptaram este programa, de forma a torná-lo mais curto para se adaptar às restrições de tempo dos participantes, nomeadamente, profissionais de saúde, tendo o seu estudo incidido nestes profissionais. Os resultados mostraram que o programa teve a capacidade de aumentar a autocompaixão e o bem-estar dos participantes e que, além disso, foi capaz de reduzir o *stress* pós-traumático secundário e o *burnout*.

Estes dados, apoiam a importância e eficácia da implementação de programas baseados no desenvolvimento da autocompaixão no apoio à saúde mental dos profissionais de saúde, apostando na prevenção do *burnout* e/ou de outra sintomatologia psicopatológica e no aumento do bem-estar e da satisfação com a vida.

Limitações e sugestões de estudos futuros

Os resultados deste estudo devem ser interpretados tendo em consideração algumas limitações metodológicas. Em primeiro lugar, a dimensão reduzida da amostra dificulta a generalização dos resultados para a população de profissionais de saúde da linha da frente no combate à pandemia. Além disso, a amostra é constituída maioritariamente por profissionais do género feminino. Estudos futuros deverão replicar estes resultados usando uma dimensão de amostra superior e com maior homogeneidade de sexos, uma vez que a diferença de géneros poderá ter impacto na sintomatologia apresentada, por exemplo, no estudo de Soares et al.,

2022, em que o sexo feminino apresentou maior sintomatologia de *burnout*. Em segundo lugar, deve ser referida a inexistência de estudos psicométricos da Escala de Reações Pós-Tragédia, uma vez que a mesma ainda se encontra em desenvolvimento.

Conclusões

Apesar das limitações apresentadas, o presente estudo aponta, ainda assim, para implicações clínicas e de investigação relevantes, contribuindo para uma melhor conceptualização do fenómeno de reação pós-tragédia, para a compreensão deste fenómeno em profissionais de saúde, em geral, e na linha da frente de um contexto pandémico em particular. Adicionalmente, os resultados deste estudo constituem ainda uma contribuição para um melhor entendimento da relevância e impacto negativo que o autocrítico pode ter no desenvolvimento de sintomas de *burnout* nestes profissionais de saúde, considerando o impacto traumático da pandemia. Finalmente, recomenda-se a disponibilização de apoio clínico a estes profissionais, nomeadamente, intervenções já existentes, como a Terapia Focada na Compaixão/Treino da Mente Compassiva ou o programa Autocompaixão com Atenção Plena, com vista a aliviar o seu sofrimento e a aumentar o seu bem-estar.

De uma forma geral, espera-se que os dados apresentados nesta investigação possam ajudar e contribuir para uma compreensão enriquecedora da natureza complexa das experiências emocionais destes profissionais de saúde, do papel do autocrítico e da importância de levar a cabo intervenções eficazes no sentido de o reduzir.

Bibliografia

- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS ONE*, *16*(3), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/trauma>
- Baganha, C., Gomes, A. R., & Esteves, A. (2016). Stress ocupacional, avaliação cognitiva, burnout e comprometimento laboral na aviação civil. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *17*(2), 265-281. <https://doi.org/10.15309/16psd170212>
- Barba, M. L., Campos, M. M., Neves, G. C., Junqueira, A. B., Pereira, L., Estellita, R., Teixeira, E., & Santos, A. S. (2021). Síndrome de burnout na Covid-19: Os impactos na saúde dos trabalhadores da saúde. *Brazilian Journal of Development*, *7*(7), 72347-72363. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-420>
- Benfant, A., Tella, M., Romeo, A., & Castelli, L. (2020). Traumatic stress in healthcare workers during COVID-19 pandemic: A review of the immediate impact. *Frontiers in Psychology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.569935>
- Besser, A., Flett, G. L., Nepton, T., & Zeigler-Hill, V. (2022). Personality, cognition, and adaptability to the COVID-19 pandemic: Associations with loneliness, distress, and

positive and negative mood states. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 971-995. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00421-x>

Borges, F. E., Aragão, D. F., Borges, F. E., Sousa, A. S., & Machado, A. L. (2021). Fatores de risco para a síndrome de burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Revista de Enfermagem Atual*, 95(33). <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>

Canhoto, C., Silva, C., Santos, R., Santana, T., Andreto, L., & Moura, T. (2021). *Engagement and empathy of health professionals who work to combat COVID-19 in Pernambuco* [Dissertação de mestrado, Faculdade Pernambucana de Saúde] Repositório dos Trabalhos de Conclusão de Cursos da Faculdade Pernambucana de Saúde. <http://tcc.fps.edu.br/jspui/handle/fpsrepo/1109>

Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_3

Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 893–910. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.76.6.893>

Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, 12, 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Coimbra, M., Ikegami, E., Fernandes, A. P., Júnior, J. S., & Ferreira, L. (2021). Fadiga por compaixão em profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(7). <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.17028>
- Conti, C., Fontanesi, L., Lanzara, R., Rosa, I., & Porcelli, P. (2020). Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PLoS One*, 15(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242538>
- Cui, P., Wang, P., Wang, K., Ping, Z., Wang, P., & Chen, C. (2020). Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against COVID-19. *Journal of Occupation and Environmental Medicine*, 0, 1-7. <http://doi.org/10.1136/oemed-2020-106540>
- Day, J. R., & Anderson, R. A. (2011). Compassion fatigue: An application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nursing Research and Practice*, 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/408024>
- Decreto-lei n.º 14-A/2020 do Presidente da República. (2020). Diário da República: I série, n.º 55. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/14-a-2020-130399862>
- Decreto Lei n.º 41-A/2021 do Presidente da República. (2021). Diário da República: I série, n.º 72. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-presidente-republica/41-a-2021-161433529>
- Delaney, M. C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses compassion fatigue and resilience. *PLoS ONE* 13(11), e0207261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207261>

- d’Ettorre, G., Ceccarelli, G., Santinelli, L., Vassalini, P., Innocenti, G. P., Alessandri, F., Koukopoulos, A. E., Russo, A., d’Ettorre, G., & Tarsitani, L. (2021). Post-traumatic stress symptoms in healthcare workers dealing with the COVID-19 pandemic: A systematic review. *International Journal of Environmental. Research and Public Health*, 18(601). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020601>
- Direção-Geral da Saúde. (2022, junho 6). *Estado Epidemiológico COVID19 Portugal*. Covid-19 estamos ON. <https://covid19estamoson.gov.pt/estado-epidemiologico-covid19-portugal/>
- Figueiredo, C., Cunha, M., Sousa, L., & Santos, E. (2020). Impacto psicológico da pandemia da Covid-19 na população geral: Protocolo de revisão sistemática com meta-análise. *Millenium*, 2(7), 11-16. <http://doi.org/10.29352/mill0207e.01.00360>
- Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 17-21. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000924>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31–50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 183-200. <https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.183>

- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology* 3(3), 182–191. <http://doi.org/10.1080/17439760801999461>
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to facing the challenges of life*. Constable Robinson.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism and self-compassion in adolescence. In N. B. Allen, & L.B. Sheeber (Eds.), *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders* (pp. 195-214). Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9780511551963>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to Compassion Focused Therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., Basran, J., Matos, M., Lee, D., & Kirby, W. (2021). *Post-Tragedy Reaction Scale*. Unpublished manuscript.
- Gomes, A. (2012). *Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM)*. Relatório técnico não publicado. Braga: Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

Grey, N. (2009). *A casebook of cognitive therapy for traumatic stress reactions*. Routledge.

Hayes, A. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. The Guilford Press.

Hermanto, N., Zuroff, D. C., Kopala-Sibley, D. C., Kelly, A. C., Matos, M., Gilbert, P., & Koestner, R. (2016). Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Personality and Individual Differences*, 98, 324–332. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.055>

Irons, C., & Heriot-Maitland, C. (2020). Compassionate Mind Training: An 8-week group for the general public. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 443-463. <https://doi.org/10.1111/papt.12320>

Kessler, S. E. (2020). Why care: Complex evolutionary history of human healthcare networks. *Frontiers in Psychology*, 11, 199. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00199>

Kavaklı, M., Ak, M., Uğuz, F., & Türkmen, O. O. (2020). The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 23(1), 15-23. <https://doi.org/10.5505/kpd.2020.59862>

Karatzias, T., Shevlin, M., Murphy, J., McBride, O., Ben-Ezra, M., Bentall, R. P., Vallières, F., & Hyland, P. (2020). Posttraumatic stress symptoms and associated comorbidity during the COVID-19 pandemic in Ireland: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 33, 365–370. <https://doi.org/10.1002/jts.22565>

- Ladeia, D. N., Silva, A., Gonçalves, B., Damasceno, C., Vieira, J. P., Silva, J. A., Lopes, L., Queiroz, N., & Lopes, A. (2020). Análise da saúde mental na população geral durante a pandemia de Covid-19 *Electronic Journal Collection Health*, 46. <https://doi.org/10.25248/reas.e3925.2020>
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2020). *Autocriticismo enquanto processo psicológico humano e seu papel transdiagnóstico: Implicações para a clínica psicológica* [Paper presentation]. Anais do I Congresso Online e VI Jornada Internacional de Terapias Cognitivas e Comportamentais, Campinas.
- Luz, D. C., Campos, J. R., Bezerra, P., Campos, J. B., Nascimento, A. M., & Barros, A. (2021). Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID-19: Revisão sistemática com metanálise. *Revista Nursing*, 24(276), 5714-5719. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5714-5725>
- Maslach, C., Leiter, M., & Schaufeli, W. (2009). Measuring Burnout. In L. Cooper & S. Cartwright (Eds.), *The Oxford handbook of organizational well-being* (pp. 86-108). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199211913.003.0005>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O impacto traumático de experiências de vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psychologica*, 54, 413-438. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_16
- Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J. & Gilbert, P. (2017). Psychological and physiological effects of compassionate mind training: A pilot randomized controlled study. *Mindfulness*, 8(6), 1699-1712. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0745-7>

Matos, M., McEwan, K., Kanovský, M., Halamová, J., Steindl, S. R., Ferreira, N., Linharelhos, M., Rijo, D., Asano, K., Vilas, S. P., Márquez, M. G., Gregório, S., Brito-Pons, G., Lucena-Santos, P., Oliveira, M., Souza, E. L., Llobenes, L., Gumiy, N., Costa, M. I., ... Gilbert, P. (2021). The role of social connection on the experience of COVID-19 related post-traumatic growth and stress. *PLoS ONE*, *16*(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261384>

Matos, M., Albuquerque, I., Galhardo, A., Cunha, M., Lima, M.P., Palmeira, L., Petrocchi, N., McEwan, K., Maratos, F. A., & Gilbert, P. (2022). Nurturing compassion in schools: A randomized controlled trial of the effectiveness of a Compassionate Mind Training program for teachers. *PLoS ONE*, *17*(3), e0263480. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263480>

Matos, M., McEwan, K., Kanovský, M., Halamová, J., Steindl, S. R., Ferreira, N., Linharelhos, M., Rijo, D., Asano, K., Márquez, M. G., Gregório, S., Vilas, S. P., Brito-Pons, G., Lucena-Santos, P., Oliveira, M., Souza, E., Llobenes, L., Gumiy, N., Costa, M. I., ... Gilbert, P. (2022). Compassion protects mental health and social safeness during the COVID-19 pandemic across 21 countries. *Mindfulness*, *13*, 863-880. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01822-2>

Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, *132*(3), 327-353. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>

- Mills, A., Gilbert, P., Bellew, R., McEwan, K., & Gale, C. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*, 358-364. <https://doi.org/10.1002/cpp.537>
- Morais, C., Gomes, G., Machado, L. C., Daumas, L., & Gomes, M. (2021). Impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham na linha de frente da Covid-19 e o papel da psicoterapia. *Brazilian Journal of Development*, *7*(1), 1660-1668. <http://doi.org/10.34117/bjdv7n1-113>
- Neff, K. D., Knox, M. C., Long, P., & Gregory, K. (2020). Caring for others without losing yourself: An adaptation of the Mindful Self-Compassion Program for healthcare communities. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(9), 1543-1562. <https://doi.org/10.1002/jclp.23007>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Pires, M., Fonseca, C., João, R., & Santos, M. (2021). Covid-19, confinamento e teletrabalho: Estudo qualitativo do impacto e adaptação psicológica em dois estados de emergência. *New Trends in Qualitative Research*, *8*, 26-34. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34>
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, *24*(5), 571-584. <https://doi.org/10.1023/A:1005566112869>

- Romero, C. S., Delgado, C., Catalá, J., Ferrer, C., Errando, C., Iftimi, A., Benito, A., Andrés, J., & Otero, M. (2020). COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in Spain: The PSIMCOV group. *Psychological Medicine*, 52, 188-194. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001671>
- Serafini, G., Parmigiano, B., Amerio, A., Agulia, A., Sher, L., & Amore, A. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), 529-535. <http://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Shreffler, J., Petrey, J., & Huecker, M. (2020). The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: A scoping review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1059-1066. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48684>
- Silva, D. F., Cobucci, R., Soares-Rachetti, V., Lima, S. C., & Andrade, F. (2021). Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: Revisão sistemática com metanálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 693-710. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.38732020>
- Soares, J., Oliveira, N. H., Carvalho, T., Ribeiro, S., & Castro, J. (2022) Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: Revisão integrativa. *Saúde Debate*, 46(1), 385-398. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e126>
- Stebnicki, M. A. (2000). Stress and grief reactions among rehabilitation professionals: Dealing effectively with empathy fatigue. *Journal of Rehabilitation*, 66(1), 23-29.

- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345–72. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
- Teixeira, C., Soares, C., Souza, E., Lisboa, E., Pinto, I., Andrade, L., & Espiridão, M. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., Crudele, M., Lombardi, L., Pignataro, S., Viceconti, M. L., & Babore, A. (2020). Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: Differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>
- Viana, V., Araújo, M., Rocha, V., Pereira, L., Lima, J., Soares, J., Moura, M., Sousa, D., Carqueja, E., & Almeida, P. (2021). Impacto e adaptação psicológica ao COVID-19: Um estudo qualitativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 22(1), 326-337. <https://doi.org/10.15309/21psd220201>
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – revised. In: J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). Guilford Press.

World Health Organization. (2021, fevereiro 8). *Coronavirus Disease (COVID19)*. <https://www.who.int/news-room/q-adeail/coronavirus-disease-covid-19>

World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases 11th Revision*. (CID-11). World Health Organization.

Zerach, G., & Levi-Belz, Y. (2022). Moral Injury, PTSD, and complex PTSD among israeli health and social care workers during the COVID-19 pandemic: The moderating role of self-criticism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <http://doi.org/10.1037/tra0001210>

Anexos

Quadro 1

Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) dos Resultados da Escala de Reações Pós-Tragédia – Itens com Dois Tipos de Resposta (i.e., Passado e Presente)

Itens	Passado ("Vivencie1")		Presente ("Vivencio")	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Parte 1 – Reações físicas e psicológicas				
1. Sofrimento por medo	4.42	1.96	2.75	1.75
2. Sofrimento pela proteção de amigos/família	5.71	1.68	4.08	1.97
3. Sofrimento empático	5.33	1.43	4.36	1.85
4. Sofrimento por tristeza	5.35	1.51	4.10	1.79
5. Cheio/a de lágrimas	3.44	2.17	2.40	1.70
6. Salvar pacientes	4.41	2.01	3.44	1.91
7. Tragédia	4.08	2.08	2.99	1.70
8. Sofrimento por incapacidade de ajudar	2.86	2.19	2.31	1.87
9. Sofrimento por incapacidade de ajudar	4.43	2.02	3.45	1.89
10. Sofrimento por incerteza	5.39	1.72	4.38	1.90
11. Dormir	3.90	2.31	2.68	1.83
12. Pesadelos	3.13	2.32	2.16	1.69
13. Exaustão emocional	5.13	1.88	4.25	2.09
14. Sofrimento por adormecimento emocional	3.40	2.15	2.98	1.94
15. Exaustão física	5.35	1.71	4.47	1.93
16. Equipamento de proteção pessoal (desconfortável)	4.73	2.21	3.62	2.02
17. Equipamento de proteção pessoal (interfere na relação com doentes)	4.58	2.10	3.86	2.01
18. Respiração	3.88	1.99	3.13	1.78
19. Ansiedade	5.21	1.77	3.54	1.84
20. Raiva	3.14	2.14	2.23	1.72
21. Tristeza	5.02	1.77	3.58	1.83
22. Depressão	3.25	2.13	2.50	1.79

Parte 2 – Stress Organizacional				
3. Sofrimento por raiva e frustração por si	4.07	2.24	1.97	1.45
4. Sofrimento por raiva e frustração por outros	3.74	2.38	2.12	1.71
5. Gestão	4.80	1.99	3.79	2.13
6. Trabalho por turnos	3.39	2.32	2.87	2.18
7. Suporte psicológico	2.42	1.90	2.33	1.89
Parte 3 – Relação com os outros				
1. Ser compreendido	3.31	1.61	3.22	1.66
2. Suporte familiar	5.42	1.72	5.42	1.70
3. Suporte dos colegas	4.82	1.71	4.72	1.82
4. Expectativas	3.92	1.97	3.72	2.00
5. Evitamento	3.33	2.32	2.14	1.69
6. Abertura	4.02	1.93	3.86	1.92
7. Voltar-se para os outros	3.88	1.77	3.89	1.92
Parte 4 – Estados mentais habituais				
1. Frequência dos flashbacks	3.02	2.24	2.24	1.65
2. Tristeza e luto	3.01	2.13	2.35	1.71
3. Ansiedade	4.14	2.35	3.01	1.99
4. Raiva	2.81	2.15	2.13	1.61
5. Autocriticismo	4.05	2.12	3.49	1.90
6. Auto-tranquilização	3.82	1.85	3.98	1.86

Nota. $N = 106$.

Quadro 2

Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) dos Resultados Obtidos na Escala de Reações Pós-Tragédia – Itens com Um Tipo de Resposta

Itens	<i>M</i>	<i>DP</i>
Parte 2 – Stress Organizacional		
1. Familiaridade	3.19	2.36

2. Ansiedade sobre área de trabalho	2.64	2.27
-------------------------------------	------	------

Parte 4 – Estados mentais habituais

7. Tristeza e luto	2.59	1.73
8. Medo	2.58	1.84
9. Raiva	2.30	1.65
10. Encontrar alegria	3.25	2.17
12. Família	5.79	1.66
13. Amigos	5.23	1.65
14. Colegas de trabalho	4.75	1.76
15. A minha formação profissional	5.06	1.72
16. Apoio organizacional	2.72	1.61

Parte 5 – Mudança Pessoal

1. Contribuição	5.62	1.36
2. Resiliência	5.88	1.16
3. Crescimento pessoal	5.64	1.33
4. Dificuldades da vida	4.85	1.76
5. Relações mais próximas	4.22	1.88
6. Dificuldades nas relações pessoais	3.56	1.952
7. Autocompaixão	4.43	1.65
8. Comparações	4.86	1.57

Nota. $N = 106$.