



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS SENSÍVEIS AO TRAUMA NO ACOLHIMENTO RESIDENCIAL: RESULTADOS PRELIMINARES

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

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

Inês Alexandra Sousa Clemente

Porto, julho de 2021



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS SENSÍVEIS AO TRAUMA NO ACOLHIMENTO RESIDENCIAL: RESULTADOS PRELIMINARES

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

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

Inês Alexandra Sousa Clemente

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Elisa Veiga
Professora Doutora Mariana Negrão

Porto, julho de 2021

Agradecimentos

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Elisa Veiga por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste percurso.

À minha co-orientadora Professora Doutora Mariana Negrão, pela orientação prestada, pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio indispensável neste percurso.

Ao corpo docente da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, por me ter ajudado a crescer e desenvolver enquanto pessoa e profissional.

À minha irmã Diana, por ser sempre o meu porto seguro e fonte de admiração.

Ao Ricardo, por todo o carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por acreditares em mim, nas minhas capacidades e pelo amor demonstrado em todo o caminho que já percorremos juntos.

Aos meus amigos, que estiveram ao meu lado durante estes anos, obrigada pelo companheirismo, força e apoio nos momentos mais difíceis. Ao vosso lado quero igualmente celebrar as alegrias.

À minha madrinha Bianca, por ser um modelo e uma amiga excepcional durante estes anos. Obrigada por me apoiares e orientares sempre.

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto teria sido possível, dirijo um especial agradecimento aos meus pais, por serem modelos de força e coragem, pelo apoio incondicional, incentivo e paciência demonstrados e total ajuda na superação de obstáculos ao longo deste caminho. Para vocês, nunca encontrarei as palavras certas para exprimir a minha gratidão e amor.

Resumo

Em Portugal, o Acolhimento Residencial (AR) consiste na medida de colocação extrafamiliar mais expressiva, objetivando a promoção e proteção da criança ou do jovem, colocando-o aos cuidados de uma entidade que garanta cuidados adequados às suas necessidades e bem-estar, com vista ao seu desenvolvimento integral. Aquando do ingresso nas casas de acolhimento (CAR), frequentemente, as crianças/jovens carregam consigo trajetórias de vida traumáticas, relacionadas com os cuidadores primários, o contexto social e à própria medida de remoção do seio familiar. Estas crianças/jovens, pelas suas vivências passadas, apresentam necessidades específicas, sendo que, para lhes responder adequadamente, é fundamental a implementação de cuidados sensíveis ao trauma.

O presente estudo, procurou caracterizar os cuidados sensíveis ao trauma em AR, a partir das dimensões consideradas críticas neste domínio. Trata-se de um estudo que compreende uma metodologia mista, e que utiliza como método de recolha de dados o QACST – SPIJ (CAR). Participaram na investigação 85 profissionais integrados nas EE (equipa educativa) e ET (equipa técnica) de 14 CAR.

As principais conclusões demonstram que, face à caracterização dos cuidados sensíveis ao trauma, a partir do QACST, as equipas demonstram melhores perceções quanto ao rastreio e avaliação do trauma – práticas de planeamento dos serviços, e ao ambiente físico das CAR. No que diz respeito às restantes dimensões, formação e educação, supervisão, suporte e autocuidado e políticas, apresentam níveis de perceção mais baixos, o que demonstra a necessidade das CAR para estabelecer uma cultura que priorize os cuidados sensíveis ao trauma, e consequentemente apoiem as equipas na sua execução.

Palavras Chave: Acolhimento Residencial, Necessidades das Crianças/Jovens, Cuidados Sensíveis ao Trauma, Sistema de Proteção, Direitos das Crianças

Abstract

In Portugal, Residential Care, is the most expressive measure of extra-family placement, aiming the promotion and protection of the children/youngsters, placing them in the care of an entity that guarantees adequate care for their needs and well-being, considering their integral development. When entering residential care, children/youngsters often carry traumatic life trajectories, related to the primary caregivers, the social context and the very measure of removal from the family. These children/youngsters, due to their past experiences, have specific needs, and in order to respond adequately to them, it is fundamental to implement trauma-informed care.

The present study sought to feature trauma-informed care in residential care, based on the dimensions considered critical in this domain. This is a study with mixed methodology, and uses the QACST – SPIJ (CAR) as a data collection method. Have participated in this investigation 85 professionals integrated in the EE (educational staff) and ET (technical staff) from 14 residential care.

The main findings show that, given the feature of trauma-informed care, based on the QACST, the staff demonstrate better perceptions regarding trauma screening and assessment – service planning practices, and the physical environment of the residential care. With regard to the other dimensions, training and education, supervision, support and self-care, and politics, they present lower levels of perception, which demonstrates the need for residential care to establish a culture that prioritizes trauma-informed care, and consequently support the staff.

Keywords: Residential Care, Children/Youth Needs, Trauma-Informed Care, Welfare System, Children Rights

Índice

Introdução	1
Enquadramento	1
Acolhimento Residencial em Portugal	1
Características e Necessidades das Crianças e Jovens em Acolhimento Residencial	2
Cuidados Sensíveis ao Trauma em Acolhimento Residencial	6
Método	9
Objetivos do estudo	9
Participantes	10
Instrumentos	11
Procedimentos	12
Recolha de Dados	12
Tratamento e Análise de Dados	13
Resultados	13
Discussão	25
Conclusão	29
Referências Bibliográficas	32
Anexos	1

Lista de Tabelas

Tabela 1 - *Caracterização da Equipa Técnica*

Tabela 2 - *Caracterização da Equipa Educativa*

Tabela 3 - *Médias das Dimensões do QACST*

Tabela 4 - *A. Políticas*

Tabela 5 - *B. Formação e Educação*

Tabela 6 - *B. Formação e Educação (Tópicos)*

Tabela 7 - *C. Rastreio e Avaliação do Trauma – Práticas e Planeamento dos Serviço*

Tabela 8 - *D. Supervisão, Suporte e Autocuidado da Equipa*

Tabela 9 – *E. Ambiente Físico*

Tabela 10 - *A. Políticas*

Tabela 11 - *B. Formação e Educação*

Tabela 12 - *B. Formação e Educação (Tópicos)*

Tabela 13 - *C. Rastreio e Avaliação do Trauma – Práticas e Planeamento dos Serviço*

Tabela 14 - *D. Supervisão, Suporte e Autocuidado da Equipa*

Tabela 15 - *E. Ambiente Físico*

Lista de Anexos

Anexo I – Tabela do Sistema de Categorias EE

Anexo II – Tabela do Sistema de Categorias ET

Lista de Abreviaturas

AR – Acolhimento Residencial

CAR – Casa de Acolhimento Residencial

C/J – Criança(s) e Jovem(ns)

EE – Equipa Educativa

ET – Equipa Técnica

LPCJP – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

TIC – Trauma-Informed Care

QACST – SPIJ (CAR) – Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma nos Serviços de Proteção à Infância e Juventude (Casa de Acolhimento Residencial)

Introdução

No nosso país, a medida mais expressiva em regime de colocação é o Acolhimento Residencial (AR). De acordo com o relatório CASA, publicado em 2020, são 7.046 as crianças e jovens em situação de acolhimento, das quais 87% residem em casas de acolhimento generalistas. Tal facto, implica proporcionar um ambiente familiar, emocionalmente estável, protetor e promotor do desenvolvimento, através de práticas adequadas às necessidades e especificidades de cada uma das C/J (Anglin, 2004; Calheiros, Lopes & Patrício, 2011; Martín, 2012; Sánchez, 2008; Valle & Zurita, 2000).

Objetivando a promoção de um ambiente sensível e seguro aos indivíduos que partilham os mesmos espaços físicos, com extensão de benefícios para as equipas (Bloom, 2016; Hanson & Lang, 2016), e de forma a melhorar a qualidade dos serviços prestados, tem sido proposto que os sistemas de proteção se modifiquem a nível organizacional, introduzindo os cuidados sensíveis ao trauma nas CAR (Bailey et al., 2019; Hall et al., 2019).

O presente estudo tem como objetivo geral a caracterização dos cuidados sensíveis ao trauma em AR, a partir das dimensões consideradas críticas neste domínio (*A. políticas, B. formação e educação, C. práticas no rastreio e avaliação do trauma – práticas de planeamento dos serviços, D. supervisão, suporte e autocuidado e E. ambiente físico*), considerando as perceções das EE e das ET.

Consideramos este estudo pertinente, não só em consequência de uma preocupação crescente relacionada com o bem-estar das crianças e dos jovens acolhidos e da escassez de estudos a nível nacional, no que diz respeito a esta problemática, mas também face à valorização da participação e da perspetiva dos profissionais das equipas. Para uma melhor leitura do presente documento, importa referir que este se encontra estruturado pelo enquadramento teórico, método, apresentação dos resultados, discussão e, para terminar, conclusão.

Enquadramento

Acolhimento Residencial em Portugal

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), decretada através da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro, recentemente atualizada pela Lei nº 164/2019 de 25 de Outubro, expressa a intervenção tutelar de promoção e proteção relativamente a casos em que se verifique ameaça dos direitos essenciais (sociais, económicos, cívicos e culturais) da criança ou jovem, que se encontra em situação de perigo, pondo em causa a sua saúde,

segurança, formação, educação e desenvolvimento, exigindo a intervenção do sistema de Promoção e Proteção Português. A lei tem então como finalidade a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, de forma a garantir o seu bem-estar e o desenvolvimento integral. Neste sentido, com o objetivo de proteger e retirar o perigo a que as C/J estão expostas, o sistema procede à aplicação de medidas de promoção e proteção (apoio juntos dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea, apoio para a autonomia de vida, acolhimento familiar, acolhimento em instituição), as quais são executadas no meio natural de vida ou em regime de colocação, consoante a sua natureza (Decreto-Lei n.º 147/99 artigo 35.º).

O Acolhimento Residencial (AR) consiste numa medida extrafamiliar de promoção e proteção que visa a colocação da criança ou do jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações adaptadas e recursos humanos permanentes, devidamente dimensionados e habilitados, que garantam cuidados adequados às suas necessidades e bem-estar, com vista ao seu desenvolvimento (Decreto-Lei n.º 164/19). De acordo com o relatório CASA, publicado em 2020, são 7.046 as C/J em situação de acolhimento, das quais 87% residem em casas de acolhimento generalistas, sendo o sexo masculino de maior prevalência (52%), do que o sexo feminino (48%). O grupo dos jovens representa a maioria nas CAR (35,4%), entre a faixa etária dos 15 aos 17 anos de idade. As C/J acolhidas caracterizam-se geralmente pela presença de problemas de comportamento (28%), onde os jovens entre os 12 e os 17 anos (77%) apresentam maior prevalência. É ainda mencionado no relatório que estas C/J beneficiam de acompanhamento psicológico regular (36%) e de acompanhamento pedopsiquiátrico/psiquiátrico regular (25%).

Características e Necessidades das Crianças e Jovens em Acolhimento Residencial

Os contextos de risco e perigo para as C/J assumem um carácter epidemiológico significativo na sociedade atual (OPP, 2019). Neste ponto, importa sublinhar que cada criança/jovem poderá ter entrado no sistema de acolhimento, com uma ou mais situações de perigo diagnosticadas (ISSIP, 2020). São inúmeras as razões na origem do recurso ao AR, de acordo com o relatório CASA, os motivos que desencadeiam o acolhimento destas C/J prendem-se em grande número com a família, pelo que se verificam situações de negligência, como a falta de supervisão e acompanhamento parental (57%), a negligência ao nível da educação (33%) e da saúde (29%) e a exposição a modelos parentais desviantes (28%). Em situações de mau trato psicológico prevalece a exposição a

violência doméstica (9,8%), seguida da rejeição ativa (4,1%) e do exercício abusivo de autoridade (3,7%). No que diz respeito a outras situações de perigo, destaca-se a ausência temporária de suporte familiar (11%), comportamentos desviantes das próprias C/J que determinam a proteção extrafamiliar e comunitária (10%) e o abandono (4%) não havendo quem assegure a satisfação das necessidades (ISSIP, 2020).

A especificidade das trajetórias de vida destas C/J, impõe a necessidade de conhecer o panorama atual relativo aos problemas de saúde mental existentes nesta população (Campos et al., 2019), uma vez que o impacto das situações de risco e perigo constitui uma das primordiais causas de múltiplas dificuldades ao nível do funcionamento psicológico e do bem-estar (OPP, 2019). Segundo o relatório CASA, focando a análise das características particulares no acolhimento generalista, destacam-se os problemas de comportamento observados em 1.628 C/J acolhidos. Importa destacar a elevada prevalência de problemas de comportamento do tipo ligeiro (74%), associados a impulsividade, oposição, intimidação e fugas breves. Em seguida os problemas médios (23%), relacionados a agressões físicas, fugas prolongadas, pequenos furtos e destruição de propriedade. E por último, os problemas graves (3%), correspondentes a situações de roubo, utilização de armas brancas, destruição de propriedade com prejuízos e atividade sexual forçada. Neste seguimento, observa-se um aumento (3%) ao nível do acompanhamento psicológico e pedopsiquiátrico/psiquiátrico regular, pelo que esta evolução perspetiva uma maior intervenção por parte da área da saúde mental em AR generalista (ISSIP, 2020).

Conhecer as necessidades das C/J em AR implica avaliar o seu ajustamento psicológico, principalmente porque o índice de prevalência de problemas de saúde mental é reconhecidamente superior nesta população (Baker Kurland, Curtis, Alexander & Papan-Lentini, 2007; Casey et al., 2008). A literatura (Burns et al., 2004; Erol, Simsek & Münir, 2010; González-García et al., 2017; Serrão, 2020) expõe a elevada correlação entre a exposição a eventos potencialmente traumáticos e os problemas emocionais e de comportamento das C/J acolhidos (Siegel, 2007; van der Kolk, 2007) já que existe um reconhecimento de que o trauma afeta o seu desenvolvimento social, físico e neurológico, nomeadamente, quando experienciado no período de infância. A este respeito, destaca-se a perturbação de stress pós-traumático (PSPT), intrinsecamente associada à exposição a eventos traumáticos (Alisic et al., 2014; Shalev et al., 2017; Yehuda et al., 2015), podendo emergir após esta exposição, que assume as mais diversas formas, como a vivência direta do evento traumático pelo próprio indivíduo, o testemunho de um evento traumático

ocorrido com outras pessoas, a tomada de conhecimento de que um evento traumático foi experienciado por um familiar e/ou amigo próximo, ou a exposição, de forma recorrente ou extrema, a detalhes aversivos de um evento traumático (APA, 2013; WHO, 2018). No seguimento desta ideia, a natureza do evento traumático, a idade e fase desenvolvimental, as características individuais e familiares, determinam a reação das C/J (National Child Traumatic Stress Network [NCTSN], 2010; Teicher et al., 2002), pelo que, não existe uma reação tipificada ao trauma (Bartlett & Steber, 2019).

Considerando os estudos internacionais, a literatura clássica de Felitti et al. (1998) já vinha demonstrando os efeitos nocivos da exposição infantil a eventos traumáticos, na saúde, no comportamento e educação ao longo da vida. Atualmente, a literatura referencia os problemas de saúde mental consideravelmente superiores em C/J acolhidos, comparativamente a C/J que vivem com as famílias (Gearing, MacKenzie, Schwalbe, Brewer, & Ibrahim, 2014; Janssens & Deboutte, 2009; Schmid, Goldbeck, Nutzelt, & Fegert, 2008). O estudo de *Canadian Incidence Study of Reported Abuse and Neglect* (Trocmé et al., 2010) refere que 46% das C/J vítimas de maltrato/abuso apresentam problemas comportamentais e desenvolvimentais. Num estudo realizado nos EUA foi possível observar a existência de uma prevalência de perturbações psiquiátricas em C/J acolhidas de 54% (Simms, Dubowitz, & Szilagyi, 2000). O estudo, de Sempik, Ward e Darker (2008) determinou que face ao total de C/J em AR, 72.3% apresenta problemas emocionais e comportamentais, 50.2% apresenta problemas de comportamento e 22.9% apresenta problemas emocionais. Bronsard e colaboradores (2011), concluiu que na Europa, 48% das C/J em AR apresentam algum tipo de perturbação mental.

Os estudos nacionais demonstram-se coerentes com investigação internacional, onde Campos et al. (2019) mostra que as C/J em AR vivenciam um maior número de eventos traumáticos, tendo maior probabilidade de sofrer de uma perturbação psicológica. O estudo de Rodrigues (2015) demonstra um maior número de sintomatologia a nível de perturbações psicológicas e dificuldades em jovens acolhidos, do que em jovens de amostra normativa. Existem ainda diferenças no que diz respeito ao género das C/J acolhidos, já que as raparigas tendem a reportar níveis mais elevados de problemas psicológicos do que os rapazes (Campos, Barbosa-Ducharme, Dias, & Rodrigues, 2019; Rodrigues, 2015). Marcelli e Braconnier (2007) demonstram a relação entre as experiências prévias negativas das C/J e o aparecimento de sintomatologia depressiva. O estudo recente de Serrão (2020) demonstra que maioria das C/J em AR foram expostas a duas ou mais experiências potencialmente traumáticas, comparativamente a uma amostra

normativa, pelo que este resultado vai ao encontro da literatura (Baptista et al., 2014; ISSIP, 2020), que retrata a polivitimização nas C/J acolhidas como um fenómeno comum. Em contrapartida, e num cenário mais positivo, Calejo (2019) demonstra que as C/J acolhidos apesar do percurso de eventos stressores e potencialmente traumáticos, são capazes de manifestar um ajustamento psicológico normativo e níveis elevados de satisfação com a vida, de autoestima e afetividade positiva. Do mesmo modo, Azevedo (2016) evidenciou que os jovens em AR manifestam níveis de bem-estar subjetivo semelhantes à amostra normativa.

Num panorama global, a investigação reconhece os múltiplos efeitos da exposição a eventos traumáticos, como a elevada incidência de perturbações como as perturbações disruptivas do comportamento, problemas ao nível da linguagem, défices cognitivos e ansiedade (Dozier & Peloso, 2006; Pears et al., 2008; Stirling & Amaya-Jackson, 2008; Mills et al., 2011; Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006), que consequentemente condicionam o desempenho académico (Calejo, 2019; Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2012), sintomas de psicopatologia (McLaughlin, Zeanah, Fox, & Nelson, 2012), problemas de internalização, depressão, fobia social (Jozefiak et al., 2015; Kjelsberg & Nygren, 2004), reações de evitamento, agressividade e culpa (Bartlett & Steber, 2019; Machado, 2002), isolamento, queixas sintomáticas (Campos et al., 2019), problemas de externalização como problemas de conduta (Jozefiak et al., 2015), que num extremo, se transpõe aos relacionamentos, objetivos e projetos de vida das C/J (Reis, 2009). Posto isto, estas C/J apresentam uma panóplia de sinais, sintomas, fatores de risco e/ou proteção pessoais, interpessoais e contextuais, de co-morbilidade, que dificultam tanto o enquadramento do ponto de vista diagnóstico, como a definição de objetivos prioritários de intervenção (Klein et al., 2014; O'Connor & Scott, 2007; OPP, 2019). A incapacidade para compreender e abordar as C/J, cujas vidas foram marcadas por experiências adversas, pode agravar inadvertidamente a saúde mental das mesmas (Murphy, Moore, Redd, & Malm, 2017), pelo que, as CAR devem preparar-se para dar resposta às suas necessidades e exigências (Delgado & Gersão, 2018). Em função disso, responder às necessidades das C/J em AR torna-se um dos maiores desafios de todo o sistema de proteção (ISSIP, 2020), onde primeiramente importa perceber quais as necessidades que estas percecionam como não correspondidas (Rodrigues, Barbosa-Ducharne & Del Valle, 2013). Segundo a literatura, os fatores que influenciam negativamente a qualidade do AR são, o desrespeito pela individualidade e a falta de integração comunitária (Martín, 2012; Prada, William & Weber, 2007). A nível do envolvimento das famílias (Rodrigues, 2019), a falta de

empenho no estabelecimento de uma relação positiva com as famílias e insuficiente trabalho no sentido da reunificação familiar (Altshuler & Poertner, 2002; Bravo, 2009; Carvalho & Manita, 2010; Del Valle, 2009; Prada et al., 2007; Southwell & Fraser, 2010; Stevens, 2008; Zem-Mascarenhas & Dupas, 2001). A nível das práticas e consequências educativas (Rodrigues, 2019), as regras e a forma como é realizada a gestão de consequências (Carvalho & Manita, 2010; Delfabbro et al., 2002; Prada et al., 2007; Rauktis et al., 2011). A nível das medidas de ajustamento psicológico e bem-estar (Rodrigues, 2019), o considerável número de casos não diagnosticados atempadamente, pelo que a necessidade de apoio é usualmente negligenciada (Ford et al., 2007; Goodman et al., 2004; Janssens & Deboutte, 2009).

Enquanto alguns autores defendem a substituição do AR por acolhimento familiar (Dozier et al., 2014; Noonan & Menashi, 2010), outros perspetivam o AR como parte essencial de um continuum de serviços para C/J, reconhecendo uma atenção adicional face à qualidade dos cuidados prestados (Blau et al., 2010; Farmer, Murray, Ballentine, Rauktis & Burns, 2017; James et al., 2006; Leichtman, 2006; Whittaker et al., 2016). De forma a melhorar a qualidade dos serviços, tem sido proposto que os sistemas de proteção se modifiquem a nível organizacional, introduzindo os cuidados sensíveis ao trauma nas CAR (Bailey et al., 2019; Hall et al., 2019). Nas últimas décadas, o conceito *trauma-informed care* (TIC), alusivo aos cuidados sensíveis ao trauma, atingiu um grande impulso entre profissionais nos campos da psicologia, psiquiatria, educação, saúde, justiça e trabalho social (Champine, Matlin, Strambler, & Tebes, 2018; Donisch, Bray & Gewirtz, 2016; Hanson & Lang, 2016). Segundo Harris e Fallot (2001) a consciencialização face ao trauma, iniciou um conjunto de apelos para o desenvolvimento de serviços que incorporem, em todos os aspetos, cuidados concebidos especificamente para responder ao trauma. Como resultado, muito do trabalho inicial sobre os cuidados sensíveis ao trauma focou-se na criação de uma definição universal e na identificação de valores orientadores a serem implementados nos contextos organizacionais (Fallot & Harris, 2009).

Cuidados Sensíveis ao Trauma em Acolhimento Residencial

Apesar do perceptível foco no trauma, os cuidados sensíveis ao trauma são inerentemente uma perspetiva baseada em valores e princípios que enfatizam a resiliência ao invés da patologia (Elliot et al., 2005). Não existindo concordância, foram definidos e implementados nas mais variadas formas (Bartlett & Steber, 2019). SAMHSA (2014)

identifica quatro elementos-chave, que podem ser amplamente utilizados em programas, instituições e/ou sistemas, começando por compreender os impactos generalizados do trauma e possíveis caminhos para a recuperação; reconhecer os sinais e sintomas do trauma em indivíduos e/ou grupos; responder de forma ajustada, tendo por base as políticas, procedimentos e práticas; e transformar o ambiente de forma a evitar traumatizar, novamente, indivíduos e/ou grupos.

O *San Francisco Department of Public Health* (SFDPH) adota, tendo por base a revisão da literatura sobre o modelo de cuidados sensíveis ao trauma e serviços específicos ao trauma (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2010; Harris & FalLOT, 2001; Loomis, Epstein, et al., 2019), as desigualdades socioculturais (Tervalon & Murray-Garcia, 1998) um conjunto de princípios inspiracionais como, compreender o trauma e stress, compaixão e confiança, segurança e estabilidade, colaboração e capacitação, humildade e capacidade de resposta, resiliência e recuperação. Na perspectiva de Hanson e Lang (2016), existem três grandes domínios principais, o “desenvolvimento de competências profissionais”, que incluiu a consciencialização da força de trabalho, treino e compreensão do stress traumático secundário, os “serviços focados no trauma”, que compreendem cuidados baseados em evidência empírica, e o “ambiente organizacional e as práticas”, que inclui ambientes físicos seguros, colaboração das equipas, definição de políticas e liderança. No entanto, a implementação desses cuidados ainda é introdutória (Beyerlein & Bloch, 2014), pelo que a transição para um ambiente de cuidados sensíveis ao trauma requer alteração de processos, equipas e sistemas (Hummer et al., 2010), exigindo proatividade acrescida e uma avaliação constante para efetivar tais mudanças organizacionais (Harris & FalLOT, 2001; Rivard, Bloom, McCorkle, & Abramovitz, 2005). Uma cultura organizacional que influencia o bem-estar e o desempenho no trabalho (Harenstam, 2005; Millet & Sandberg, 2005; Morin et al., 2016), surge de interações entre indivíduos e de relações positivas que se constroem com base em valores e cuidados comumente partilhadas (Moran & Volkwein, 1992). Neste sentido, a capacidade das ET e EE que integram as CAR, para construir relações, tem sido considerada fundamental no envolvimento com as C/J acolhidas (McKellar & Kendrick, 2013), ao qual, Kohlsteadt (2010) reconhece o potencial transformador das relações positivas nas CA, e ainda, De Boer e Coady (2007), identificam as características consideradas primordiais para o estabelecimento dessas relações, entre equipas e C/J, que incluem a confiança, cordialidade, respeito, comunicação e colaboração. Em contrapartida, autores como Gunnar et al. (2000), Schofield e Beek (2005) e Smyke et al. (2002), consideram que a

construção destas relações, representa um desafio para as C/J em acolhimento, face às características dos cuidados prestados, como os elevados rácios cuidador-crianças, oportunidades limitadas para interação, elevada rotatividade dos cuidadores e a inflexibilidade das rotinas, que representam um entrave ao estabelecimento de relações efetivas e estáveis, o que contribui para o aparecimento de problemas emocionais e comportamentais (Baptista et al., 2014; Gunnar, Bruce et al., 2000; Lawler et al., 2014). Compreende-se então, que as CAR devem, antes de tudo, representar um "santuário", com abundância de salvaguardas ambientais e relacionais (Bloom et al., 2003; Hummer et al., 2010), o mais parecidas possível com um ambiente familiar acolhedor e protetor (Lourenço, 2015), que resguardem as C/J de adversidades, propiciem a resiliência, segurança e previsibilidade, possibilitando a sua recuperação (SAMHSA, 2014).

A necessidade de melhorar a qualidade do AR resultou no crescimento do modelo de cuidados sensíveis ao trauma entre profissionais (Purtle, 2020), e no desenvolvimento de programas específicos para CA, originando uma mudança de abordagens psicossociais (cognitivas, comportamentais), para uma abordagem holística biopsicossocial mais ampla (Larkin, Felitti, & Anda, 2014). Vários instrumentos foram desenvolvidos para apoiar as organizações a adotar cuidados sensíveis ao trauma (Sprang, Ross, Miller et al., 2017), como o *Trauma System Readiness Tool* (Chadwick Center for Children & Families, 2013), um instrumento que avalia o sistema de proteção a partir das perceções das equipas acerca da capacidade de adoção de princípios e cuidados sensíveis ao trauma, o *Trauma Responsive Systems Implementation Advisor* (Epower & Associates, 2011), que inclui ferramentas para implementação dos cuidados sensíveis ao trauma nas organizações, o *Trauma Informed Care Organizational Self-Assessment for Consumer-Run Recovery Organizations* (Guarino, Soares, Konnath, Clervil, & Bassuk, 2009) utilizado para avaliar a implementação dos cuidados sensíveis ao trauma num contexto, o instrumento *Creating Cultures of Trauma Informed Care* (Fallot & Harris, 2009) que inclui um conjunto de perguntas que permite a avaliação das perceções das equipas, e o *Creating Trauma-Informed Care Environments* (Hummer et al., 2010), um currículo que concentra as ferramentas necessárias de apoio à mudança organizacional, de modo a que os cuidados sensíveis ao trauma sejam implementados com sucesso. Neste sentido, a revisão dos instrumentos (Sprang, Ross, Miller, Blackshear & Ascienzo, 2017) revelou domínios de avaliação comuns a todos, como as políticas e procedimentos sensíveis ao trauma, programas, educação e/ou treino das equipas, identificação de sinais/sintomas de trauma, segurança ao nível físico e psicológico, avaliação/identificação e gestão de stress

traumático secundário. Neste seguimento, a literatura identifica intervenções realizadas junto das equipas das CAR, que têm por base os cuidados sensíveis ao trauma e os respetivos resultados de intervenção (Purtle, 2020). A grande maioria dos estudos apresenta resultados consistentes no aumento do conhecimento generalizado do trauma e dos cuidados sensíveis ao trauma, na utilização e apropriação dos cuidados sensíveis ao trauma e conseqüente alteração das práticas individuais (Brown, Baker & Wilcox, 2012; Conners-Burrow et al., 2013; Kenny et al. 2017; Kramer, Sigel, Conners-Burrow et al., 2013; Kuhn, Cyperski, Gracey et al., 2019; Lang, Campbell, Shanley, Crusto & Connel, 2016). Neste sentido, existe homogeneidade nos resultados de intervenções onde não se verificaram alterações significativas nas políticas e práticas organizacionais, dificuldade na disseminação de uma intervenção baseada nos cuidados sensíveis ao trauma e lacunas nos serviços, recursos e coordenação para implementação dos cuidados (Bartlett et al., 2016; Hanson, Saunders, Ralston et al., 2019; Miron & Scheeringa, 2019). No geral, a revisão indica que o conhecimento, as atitudes e os comportamentos das equipas melhoram após a participação em intervenções/programas de cuidados sensíveis ao trauma (Purtle, 2020), mas também cabe às organizações estabelecer uma cultura que priorize estes cuidados e o desenvolvimento das habilidades das equipas (Cutuli, Alderfer & Marsac, 2019).

Método

O presente estudo tem como objetivo geral a caracterização dos cuidados sensíveis ao trauma em AR a partir das dimensões consideradas críticas neste domínio: políticas da organização, formação e educação dos profissionais, práticas no rastreio e avaliação do trauma – práticas de planeamento dos serviços, supervisão, suporte e autocuidado da equipa e ainda ambiente físico.

Objetivos do estudo

No âmbito da caracterização dos cuidados sensíveis ao trauma em AR, este estudo tem como objetivos específicos:

1. Caracterizar os cuidados sensíveis ao trauma em AR, nas suas diversas dimensões, a partir da perceção das equipas técnicas;
2. Caracterizar os cuidados sensíveis ao trauma em AR, nas suas diversas dimensões, a partir da perceção das equipas educativas;

3. Compreender a perspetiva dos profissionais, acerca dos fatores envolvidos na mudança organizacional, orientada para os cuidados sensíveis ao trauma.

Participantes

Foi realizado um levantamento das CAR já identificadas em bases de dados da equipa de investigação que enviou convite à respetiva direção técnica, solicitando a colaboração dos profissionais das equipas técnicas e equipas educativas no estudo, salientando a sua atualidade e pertinência para a qualidade do AR em Portugal. A cada organização foi atribuído um código (apenas conhecido pela equipa de investigação), que permitiria a agregação dos dados dos diferentes profissionais da mesma CAR, ao mesmo tempo que assegurava a confidencialidade e o anonimato das respostas. A amostra assim constituída é uma amostra de conveniência.

Participaram neste estudo 85 profissionais integrados em 14 CAR. Estas CAR no que concerne ao número de C/J acolhidas, este varia entre oito e sessenta, tendo uma média de 21.3 ($DP = 11.4$). Quanto ao número de elementos integrantes nas equipas das CAR, constata-se que, relativamente às ET o seu número de elementos varia entre um e vinte, tendo uma média de 3.7 ($DP = 2.2$), no que concerne às EE, o número de elementos varia entre dois e vinte e três, tendo uma média de 9.7 ($DP = 4$). Participaram deste estudo 25 (30.6%) profissionais inseridos nas ET das CAR, com idades compreendidas entre os 24 e 54 anos, com uma média etária de 38.5 ($DP = 7.1$).

Na tabela 1, apresenta-se a caracterização da equipa técnica no que diz respeito ao nível de formação dos profissionais, sendo que a maioria possui o grau de licenciatura (76.9%), e o papel profissional na CAR, pelo que grande parte dos participantes possui funções de psicólogo/a (30,8%). Relativamente à variável anos de experiência na função, a média de anos de experiência dos profissionais das ET é 11.4 ($DP = 6.9$).

Tabela 1

Caracterização da Equipa Técnica

		N	%
Nível de formação	Licenciatura	20	76.9%
	Mestrado	6	23.1%
Papel profissional	Educador/a Social	7	26.9%
	Psicólogo/a	8	30.8%
	Diretor/a Técnico/a	3	11.5%
	Assistente Social	7	26.9%
	Criminólogo/a	1	3.8%

No que diz respeito aos elementos das EE, participaram neste estudo 60 (69.4%) profissionais, com idades compreendidas entre os 22 e 61 anos, com uma média etária de 40 ($DP = 10.6$). Na tabela 2, apresenta-se a caracterização da equipa educativa, relativamente ao nível de formação, verifica-se que este é diversificado, variando entre o 6º ano de escolaridade e grau de mestrado. Neste sentido, constata-se uma maior incidência de profissionais com o 12º ano de escolaridade (51.8%) e com grau de licenciatura (26.8%). Quanto ao papel profissional, pode verificar-se que existe uma grande diversificação de papéis, na qual predominam as funções de auxiliar de ação educativa (52.6%) e auxiliar de serviços gerais (22.8%). Em relação aos anos de experiência na CAR, dos profissionais que integram as EE, a média é de 6.7 ($DP = 7.42$).

Tabela 2

Caracterização da Equipa Educativa

		N	%
Nível de formação	6º ano	2	3.6%
	7º ano	1	1.8%
	9º ano	4	7.1%
	11º ano	1	1.8%
	12º ano	29	51.8%
	Licenciatura	15	26.8%
	Mestrado	4	7.1%
Papel profissional	Educador/a de Referência	9	15.8%
	Auxiliar de Ação Educativa	30	52.6%
	Educador/a Social	1	1.8%
	Auxiliar de Serviços Gerais	13	22.8%
	Psicólogo/a	1	1.8%
	Cozinheiro/a	1	1.8%
	Prefeito	1	1.8%
	Estagiário/a	1	1.8%

Instrumentos

Para a caracterização da amostra, foi utilizado um breve questionário sociodemográfico que integra, os dados institucionais (e.g tipo de instituição; número de C/J acolhidos) e os dados do profissional (e.g idade; anos de experiência).

O Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma nos Serviços de Proteção à Infância e Juventude (QACST – SPIJ) (CAR) (Veiga, Rocha, Negrão e Santa Roza, 2020), é um questionário que inclui uma versão para EE com 50 itens e 2 questões abertas e uma versão para ET com 79 itens e 15 questões abertas. Posteriormente são

fornecidas as instruções para o preenchimento do questionário, onde os itens são avaliados através de escalas de *Likert* de quatro (“1= Não cumprimos” e a “4= Cumprimos integralmente”; “1= Não recebi” e a “4= Satisfatório”) e através de questões abertas. Este instrumento, de natureza qualitativa e quantitativa, visa a caracterização das CAR de C/J em situação de perigo, quanto à prestação de cuidados sensíveis ao trauma. O questionário inicia-se com uma breve introdução, onde estão descritos o objetivo do projeto de investigação e o conceito de cuidados sensíveis ao trauma. O questionário está organizado em cinco dimensões, designadamente: *A. Políticas*, as políticas de uma organização orientam as ações que visam alcançar os seus objetivos, apoiando a tomada de decisão (e.g as políticas da organização são baseadas numa compreensão do impacto do trauma nos seus clientes); *B. Formação e Educação*, práticas na minha organização que visam a preparação/aperfeiçoamento dos colaboradores para o seu papel profissional (e.g existe um plano de formação interna dirigido à ET/EE que inclui a temática dos cuidados sensíveis ao trauma); *C. Rastreio e Avaliação do Trauma – Práticas de Planeamento dos Serviços*, práticas na minha organização respeitantes ao rastreio, referenciação e acessibilidade a serviços de saúde mental especializados; incorporação da informação disponível nas práticas profissionais (e.g uma avaliação especializada do trauma está acessível, atempadamente, às C/J acolhidos pela organização, sempre que essa necessidade é sinalizada); *D. Supervisão, Suporte e Autocuidado da Equipa*, práticas na minha organização respeitantes ao papel da supervisão e a importância do autocuidado dos colaboradores (e.g recebo supervisão regular que inclui tópicos relacionados com a compreensão do trauma e o modo como pode afetar a equipa); por último, a quinta dimensão, *E. Ambiente Físico*, perceção de segurança e bem-estar proporcionada pelo ambiente físico na minha organização (e.g o ambiente físico promove uma sensação de segurança e tranquilidade para os profissionais).

Procedimentos

Recolha de Dados

A recolha de dados decorreu nos meses de maio e junho de 2021. Numa primeira fase, as CAR foram contactadas através da direção técnica e informadas sobre o objetivo do estudo e da administração do QACST-SPIJ (CAR), assim como, sobre os limites de anonimato e confidencialidade dos dados utilizados, exclusivamente, para investigação científica, sendo necessário o preenchimento do consentimento informado para se

proceder ao questionário. A recolha foi realizada online através da versão do QACST construída no *Google Forms*.

Tratamento e Análise de Dados

Para o tratamento dos dados recolhidos, procedeu-se à análise estatística dos resultados obtidos, através da utilização dos modelos da estatística descritiva. Inicialmente, realizou-se a construção e codificação de todas as variáveis, e posteriormente, os dados recolhidos foram compilados na base de dados e analisados através do *software* SPSS versão 25. Com a utilização da estatística descritiva, pretendeu-se descrever, de forma sucinta, algumas das características de uma ou mais variáveis obtidas através da recolha de dados (Hill & Hill, 2002), pelo que, a sua utilização permitiu a organização e interpretação dos resultados, através da utilização de medidas de frequências absolutas, de frequências relativas, e de medidas de tendência central como média e desvio padrão. No que diz respeito às respostas às questões abertas do questionário, o processo de codificação levado a cabo permitiu analisar o seu conteúdo, procedendo-se à construção de um sistema de categorias (Saldaña, 2013), que permitiu aprofundar a caracterização generalizada dos cuidados sensíveis ao trauma em AR, mas também, para a recolha de impressões e sugestões das equipas acerca da temática.

Resultados

Os resultados das análises de dados conduzidas serão apresentados seguidamente. Para aceder à caracterização dos cuidados sensíveis ao trauma em AR, parte-se da caracterização dos cuidados sensíveis ao trauma em AR, considerando as diversas dimensões previstas no QACST, a partir da perceção dos profissionais que integram as ET e as EE. A análise destes dados é aprofundada pela análise que realizámos dos dados qualitativos, uma vez que as questões abertas fornecem importantes pistas para contextualizar e melhor compreender esta caracterização.

Medidas descritivas: QACST – SPIJ (CAR)

A tabela 3 sumariza os resultados globais, avaliados através de escalas de *Likert* de quatro (“1= Não cumprimos” e a “4= Cumprimos integralmente”; “1= Não recebi” e a “4= Satisfatório”), face à caracterização dos cuidados sensíveis ao trauma, a partir do QACST, podendo apreciar-se que no que tange à EE e à ET, a dimensão *E. Ambiente Físico* apresenta a maior pontuação, seguindo-se a dimensão *C. Rastreio e Avaliação do Trauma – Práticas de Planeamento dos Serviços*. No que diz respeito especificamente à perceção das ET, as dimensões *D. Supervisão, Suporte e Autocuidado* e *B. Formação e*

Educação apresentam pontuações mais baixas. Quanto à percepção das EE, a dimensão *D. Supervisão, Suporte e Autocuidado* apresenta a pontuação mais baixa da tabela, e seguidamente a dimensão *B. Formação e Educação (Tópicos)*.

Tabela 3

Médias das Dimensões do QACST

Dimensões do QACST	ET	EE
	(N= 25) <i>Média (DP)</i>	(N=60) <i>Média (DP)</i>
<u>Políticas</u>	3 (0.5)	2.8 (0.6)
Formação e educação	2.7 (0.5)	2.8 (0.6)
Formação e educação (tópicos)	2.8 (0.7)	2.6 (0.8)
<u>Práticas de rastreio e avaliação do trauma</u>	3.2 (0.4)	2.9 (0.5)
Supervisão, suporte e autocuidado	2.6 (0.8)	2.5 (0.7)
Ambiente físico	3.3 (0.4)	3.3 (0.4)

Serão primeiramente enunciados os dados da análise das repostas (fechadas e abertas) relativas à EE, e posteriormente, à ET. A análise do conteúdo das respostas da EE às questões abertas originou 19 categorias e 9 subcategorias (identificadas a **bold**), o que permitiu alcançar um sistema categorias, que se encontra no anexo I.

Tabela 4

A. Políticas

	EE (N = 60) <i>M (DP)</i>
Existem políticas escritas acerca da resposta da instituição a situações de crise nas C/J e familiares.	2.9 (0.7)
A instituição envolve os colaboradores (ET/EE/EA) na revisão das suas políticas.	3 (0.6)
A Direção solicita ativamente a participação das C/J e familiares que usam os serviços da instituição, e que estiveram expostas a situações traumáticas, para revisão das suas políticas.	2.7 (0.7)

No que diz respeito à dimensão *A. Políticas* (tabela 4), as respostas às questões fechadas tendem para uma avaliação entre “cumprimos minimamente” e “cumprimos parcialmente”. A EE considera que *a instituição envolve os colaboradores (ET/EE/EA) na revisão das suas políticas*. Nesta dimensão são referidos como obstáculos à implementação de cuidados sensíveis ao trauma algumas **características das CAR** concretamente ao nível do **funcionamento interno** (e.g o aparente excesso de burocracia por parte dos decisores) e da **dimensão e abrangência de idades** (e.g número elevado de

crianças acolhidas; idades muito diferenciadas (0-17 anos). Ainda nesta vertente, ressaltam a **escassez de recursos humanos** (e.g falta de colaboradores), que repercute, na **escassez de tempo** (e.g falta de tempo) das EE, o que condiciona a **relação entre profissionais/equipas** (e.g stress individual reflete-se no coletivo) e a **relação profissional/criança** (e.g trabalhar sozinha e não poder haver em certos momentos a atenção que a C/J necessita). Relativamente às ações que na instituição poderiam promover uma melhor compreensão do impacto do trauma, os profissionais destacam as **mudanças na dimensão e estrutura das CAR** (e.g organização interna por unidades).

Tabela 5

B. Formação e Educação (Práticas)

	EE (N = 60) M (DP)
Os cuidados sensíveis ao trauma são discutidos nas reuniões gerais envolvendo a ET e EE.	3 (0.7)
Os cuidados sensíveis ao trauma são discutidos nas reuniões gerais envolvendo a ET, EE e EA.	2.9 (0.7)
Nos últimos 12 meses foi disponibilizada por outras entidades formação especializada.	2.1 (1)
Na minha instituição as minhas iniciativas para obter formação externa, fora do âmbito do plano interno de formação da instituição, são valorizadas.	2.8 (0.9)
Na instituição as minhas propostas sobre temáticas de formação a implementar, são bem acolhidas.	2.8 (0.8)
A instituição está preparada para os cenários de intervenção em crise.	3 (0.8)

Tabela 6

B. Formação e Educação (Tópicos)

	EE (N = 60) M (DP)
A possibilidade das experiências adversas poderem ser traumáticas para as crianças e adultos.	2.6 (0.9)
O efeito cumulativo das experiências adversas na trajetória de vida.	2.7 (0.9)
O que é stress pós-traumático.	2.6 (1)
Como o stress pós-traumático afeta o cérebro e o corpo.	2.4 (0.9)
Como as experiências traumáticas podem afetar o desenvolvimento educacional da C/J.	2.6 (0.9)
Como as experiências traumáticas podem afetar o desenvolvimento socioemocional da C/J.	2.6 (0.9)
Como as experiências traumáticas podem afetar a relação de vinculação de uma C/J com os cuidadores.	2.6 (0.9)
Quais os sinais nas C/J associados à exposição a uma experiência traumática.	2.5 (0.9)
Como detetar o impacto de experiências traumáticas de forma sensível e empática junto das C/J.	2.5 (0.8)
Como ajudar as C/J a regularem as suas emoções.	2.7 (0.9)
Como ajudar as C/J a restabelecer o equilíbrio, evitando o atingimento de uma situação de crise.	2.7 (0.8)
Como identificar a necessidade de referenciação da C/J para serviços especializados.	2.5 (0.9)
Como evitar a re-traumatização das C/J, desenvolvendo planos de segurança e de prevenção de crises.	2.4 (0.8)
O trabalho com C/J expostas a situações traumáticas pode afetar a equipa e como lidar com isso.	2.5 (0.8)

O trabalho com C/J expostas a situações traumáticas pode afetar-me e quando devo solicitar ajuda.	2.5 (0.8)
Como estabelecer e manter os limites para garantir relações profissionais saudáveis.	2.6 (0.8)

Relativamente à dimensão *B. Formação e Educação (Práticas) e Formação e Educação (Tópicos)* (tabela 5 e 6), os valores médios obtidos nos itens que constam nesta dimensão refletem que a EE considera que *os cuidados sensíveis ao trauma são discutidos nas reuniões gerais envolvendo a ET* e que *a instituição está preparada para os cenários de intervenção em crise*. A formação, é extremamente valorizada pelos profissionais que destacam a **ausência de formação**, ao nível da **formação no trauma** (e.g falta de formação a esse nível) e **formação sem especificação** (e.g a insuficiente informação/formação) como um importante obstáculo à implementação da prestação de cuidados sensíveis ao trauma na sua instituição, e ao mesmo tempo como algo importante para uma melhor compreensão do impacto do trauma no desenvolvimento das C/J, no que concerne à necessidade de **formação**, ao nível da **formação no trauma** (e.g formação do tema Crise e traumas a EE), **formação específica no burnout** (e.g formação sobre o *Burnout*) e **formação sem especificação** (e.g formação para a equipa educativa).

Tabela 7

C. Rastreio e Avaliação do Trauma – Práticas e Planeamento dos Serviço

	EE (N = 60) M (DP)
A EE, na preparação do AR da C/J, recebe da ET, informação pertinente sobre a trajetória de vida.	2.7 (0.8)
Os colaboradores da EE detetam o impacto de experiências traumáticas de forma sensível e empática.	3 (0.5)
Uma avaliação especializada do trauma está acessível, atempadamente, às C/J acolhidos pela instituição.	2.9 (0.6)
O gestor de caso tem acesso a esta avaliação e incorpora-a no plano de intervenção individual da C/J.	2.9 (0.7)
A compreensão do impacto do trauma é incorporada na prática diária de tomada de decisão.	3.1 (0.7)
Os planos de segurança emocional para cada C/J orientam a ação, com vista à diminuição do stress.	2.9 (0.7)

Relativamente à dimensão *C. Rastreio e Avaliação do Trauma – Práticas e Planeamento dos Serviço* (tabela 7), a EE considera que *a compreensão do impacto do trauma é incorporada na prática diária de tomada de decisão*, e que *os colaboradores da EE detetam o impacto de experiências traumáticas de forma sensível e empática*. Como principal obstáculo para a implementação dos cuidados sensíveis ao trauma, os participantes destacam a **ausência de formação**. Ainda nesta vertente, com o valor médio mais baixo, o item *a EE na preparação do AR da C/J, recebe da ET, informação*

pertinente sobre a trajetória de vida, vai de encontro aos dados recolhidos, já que a **escassez de informações C/J** (e.g possível falta de conhecimento das histórias de vida) é um obstáculo referenciado, suportado pela necessidade de melhoria da **relação entre profissionais/equipas** (e.g pouca interação entre as várias equipas entre si, e entre as C/J) e da **relação profissional/criança** (e.g trabalhar sozinha e não poder haver em certos momentos a atenção que a C/J necessita). As ações que poderiam promover uma melhor compreensão do impacto do trauma, os participantes reforçam a necessidade de **divulgar informação mais detalhada sobre C/J** (e.g dar a conhecer aos monitores todos os motivos dos jovens terem vindo para o lar), **garantir acompanhamento especializado** (e.g acompanhamento psicológico) e realizar **avaliação e intervenção no trauma** (e.g compreensão do impacto do trauma no desenvolvimento dos jovens). Para além destas, ressalta-se o facto de **os jovens não quererem ser ajudados e os pais dos jovens não apoiarem** no processo.

Tabela 8

D. Supervisão, Suporte e Autocuidado da Equipa

	EE (N = 60) M (DP)
Recebo supervisão que inclui tópicos relacionados com o risco da re-traumatização e o autocuidado.	2.6 (0.8)
Recebo supervisão que inclui tópicos relacionados com a compreensão do trauma.	2.7 (0.9)
Recebo supervisão que inclui tópicos relacionados com a compreensão do trauma e o modo como pode afetar a relação dos profissionais com as C/J e familiares.	2.6 (0.8)
A ET propõe práticas que previnam a re-traumatização e o <i>burnout</i> dos profissionais.	2.3 (0.8)
A Instituição promove práticas promotoras da coesão e do bem-estar da equipa.	2.6 (0.8)
Os colaboradores têm disponível supervisão individual de um supervisor que entende sobre trauma.	2.4 (0.9)

Relativamente à dimensão *D. Supervisão, Suporte e Autocuidado da Equipa* (tabela 8), num panorama pouco favorável, com os valores médios mais baixos, os itens *os colaboradores têm disponível supervisão individual de um supervisor que entende sobre trauma*, e a *ET propõe práticas que previnam a re-traumatização e o burnout dos profissionais*. A análise descritiva, congruente aos resultados qualitativos, destaca que quando questionados sobre ações que poderiam promover uma melhor compreensão do impacto do trauma, reforçam a primordialidade da **formação** ao nível da **formação no trauma** e da **formação específica no burnout** (e.g formação sobre o *Burnout*) dos **profissionais envolvidos** (e.g criar formações mais regulares para os monitores). Apontam ainda a indispensabilidade de maior supervisão ao nível da **gestão de stress** (e.g

gestão de stress entre colaboradores), **divulgar informação mais detalhada sobre C/J** (e.g facultar mais informação que seja pertinente sobre trajetória de vida da C/J), **garantir acompanhamento especializado** (e.g acompanhamento especializado e individual aos Educadores) e a necessidade de **melhorar relações na CAR** (e.g (mais empatia). Como obstáculos à implementação da prestação de cuidados sensíveis ao trauma, destaca-se a **ausência de formação** e a **escassez de informações C/J** (e.g possível falta de conhecimento das histórias de vida).

Tabela 9

E. Ambiente Físico

	EE <i>(N = 60)</i> M (DP)
O AF promove uma sensação de segurança e tranquilidade para C/J e familiares.	3.2 (0.7)
O AF promove uma sensação de segurança e tranquilidade para os profissionais.	3.1 (0.7)
A organização assegura procedimentos de vigilância de quem entra e quem sai da organização.	3.1 (0.8)
As áreas externas da organização são bem iluminadas.	2.9 (0.8)
As áreas comuns são bem iluminadas.	3.5 (0.6)
As casas de banho são regularmente vistoriadas para que possam ser utilizadas com segurança.	3.3 (0.7)
A instituição apresenta uma decoração acolhedora para C/J.	3.3 (0.7)
O acesso a dados pessoais das C/J é controlado (gabinets e computadores dos profissionais).	3.7 (0.4)
A organização do espaço favorece a reserva da vida privada, pessoal e familiar, da C/J.	3.5 (0.7)
A organização fomenta um ambiente acolhedor que contribui para as C/J interagirem entre si.	3.5 (0.6)
A instituição oferece às C/J oportunidades para fazerem sugestões sobre como melhorar/alterar o espaço.	3.3 (0.7)

A dimensão *E. Ambiente Físico* (tabela 9), distingue-se pela média de resultados mais positivos em comparação às restantes dimensões. A EE considera que *a organização do espaço favorece a reserva da vida privada, pessoal e familiar, da C/J* e que *a organização fomenta um ambiente acolhedor que contribui para as C/J interagirem entre si*. Considerando a análise qualitativa, quando questionados sobre as ações que poderiam promover uma melhor compreensão do impacto do trauma, os participantes destacam as **mudanças na dimensão e estrutura das CAR** (e.g capacidade máxima 15 crianças ou jovens; organização interna por unidades) como ponto principal. No que concerne aos obstáculos para a implementação das práticas, consideram as **próprias características das CAR**, ao nível da **dimensão e abrangência de idades** (e.g número elevado de crianças acolhidas; idades muito diferenciadas (0-17 anos) e **apoio financeiro** (e.g apoio financeiro).

A análise do conteúdo das respostas da ET às questões abertas originou 23 categorias e 35 subcategorias (identificadas a **bold**), o que permitiu alcançar um sistema categorias, que se encontra no anexo II.

Tabela 10

A. Políticas

	ET <i>(N = 25)</i> M (DP)
Os princípios da organização refletem o compromisso de fornecer serviços e apoios sensíveis ao trauma.	3.3 (0.4)
As políticas da organização são baseadas numa compreensão do impacto do trauma nos seus clientes.	3.4 (0.6)
Existem procedimentos de intervenção para situações de crise nas C/J e familiares.	2.8 (1)
A organização avalia as suas políticas continuamente para identificar áreas fortes/fracas, às necessidades das C/J.	3 (0.5)
A organização avalia as políticas para identificar áreas fortes/fracas, às necessidades dos seus colaboradores.	3.1 (0.6)
A DO envolve os colaboradores na revisão das suas políticas, no que diz respeito às práticas sensíveis ao trauma.	2.9 (0.6)
A DO solicita – através da ET - a participação de todas as C/J e familiares que usam os serviços da organização para revisão das suas políticas.	2.6 (0.8)

Relativamente à análise de dados da ET, na dimensão *A. Políticas* (tabela 10), a análise descritiva demonstra que a ET considera que *as políticas da organização são baseadas numa compreensão do impacto do trauma* e que *os princípios da organização refletem o compromisso de fornecer serviços e apoios sensíveis ao trauma*. Quando questionados sobre que prioridades identificam para uma evolução no sentido da implementação das práticas dos cuidados sensíveis ao trauma, os participantes destacam as **políticas e procedimentos** (e.g reflexão sobre Modelo Educativo/Orientações/Procedimentos da CA e eventual necessidade de atualização dos procedimentos) e a **formação** (e.g formação da equipa de profissionais das CA sobre a importância das práticas de cuidado sensível ao trauma). No que concerne às etapas que devem ser cumpridas para uma orientação mais consistente, apontam igualmente a **formação** e as **políticas e procedimentos** (e.g ouvir os jovens e profissionais) e ainda, **acompanhamento especializado** (e.g intervenção psicológica junto das mesmas, acompanhamento psicoterapêutico para auxiliar a superação do trauma, estabilidade emocional). Quanto aos obstáculos para a implementação destas práticas, destaca-se a **ausência de formação, escassez de tempo** e as **políticas e procedimentos** ao nível das

políticas e procedimentos de âmbito geral, remuneração, relação entre profissionais/equipas, relação com C/J e relação com famílias.

Tabela 11

B. Formação e Educação (Práticas)

	ET (N = 25) M (DP)
Os membros da Direção receberam formação, possuem experiência específica em cuidados sensíveis ao trauma.	2.4 (0.9)
Existe um plano de formação interna dirigido à ET/EE que inclui a temática dos cuidados sensíveis ao trauma.	2.4 (0.8)
Os cuidados sensíveis ao trauma são discutidos nas reuniões internas da ET/EE.	3.1 (0.6)
Os cuidados sensíveis ao trauma são discutidos nas reuniões gerais envolvendo a ET e EE.	3 (0.7)
Os cuidados sensíveis ao trauma são discutidos nas reuniões gerais envolvendo a ET, EE e EA.	2.8 (0.7)
Nos últimos 12 meses foi disponibilizada formação especializada em cuidados sensíveis ao trauma.	2 (1)
Na minha organização, as minhas iniciativas para obter formação externa são valorizadas.	3 (0.9)
Quando os colaboradores apresentam propostas de formação na temática do trauma, são bem acolhidas.	3.4 (0.7)
A organização está preparada para os cenários de intervenção em crise.	3 (0.9)

Tabela 12

B. Formação e Educação (Tópicos)

	ET (N = 25) M (DP)
A possibilidade das experiências adversas poderem ser traumáticas para as crianças e adultos.	2.9 (1)
O efeito cumulativo das experiências adversas na trajetória de vida.	2.4 (1)
O que é stress pós-traumático.	2.8 (1)
Quais os sinais nas C/J associados à exposição a uma experiência traumática.	2.5 (0.9)
Como o stress pós-traumático pode afetar o cérebro e o corpo.	2.9 (1)
Como as experiências traumáticas podem afetar o desenvolvimento educacional da C/J.	2.7 (0.9)
Como as experiências traumáticas podem afetar o desenvolvimento socioemocional da C/J.	2.8 (0.9)
Como as experiências traumáticas podem afetar a capacidade de processamento da informação nas C/J.	3 (1)
Como as experiências traumáticas podem afetar a relação de vinculação de uma C/J cuidadores.	2.8 (1)
Como as experiências traumáticas podem influenciar a capacidade da C/J em lidar com a mudança.	2.9 (1)
Como detetar o impacto de experiências potencialmente traumáticas de forma sensível e empática.	2.8 (0.8)
Como ajudar as C/J a regular as suas emoções.	2.7 (0.8)
Como ajudar as C/J a restabelecer o equilíbrio, evitando a precipitação de uma situação de crise.	3 (0.9)
Como identificar a necessidade de referência da C/J para serviços especializados.	2.7 (0.9)
Como evitar a re-traumatização das C/J, desenvolvendo planos de segurança e de prevenção de crises.	2.8 (0.9)
De que forma o trabalho com C/J expostas a situações traumáticas pode afetar a equipa.	2.5 (0.7)
De que forma o trabalho com C/J expostas a situações traumáticas pode afetar-me.	2.6 (0.9)
Como estabelecer e manter os limites adequados para garantir relações profissionais saudáveis	2.6 (0.9)

Relativamente à dimensão *B. Formação (Práticas) e Educação* e *B. Formação e Educação (Tópicos)* (tabela 11 e 12), com os valores médios mais baixos, os itens *existe um plano de formação interna dirigido à ET/EE que inclui a temática dos cuidados sensíveis ao trauma, e nos últimos 12 meses formação especializada em cuidados sensíveis ao trauma*. Enquanto colaboradores da CAR, consideram não ter recebido suficientemente formação sobre *o efeito cumulativo das experiências adversas na trajetória de vida, sobre quais os sinais nas C/J associados à exposição a uma experiência traumática, e ainda, de que forma o trabalho com C/J expostas a situações traumáticas pode afetar a equipa e como lidar com isso*. Quando questionados sobre ações prioritárias para o aperfeiçoamento dos técnicos, apontam repetidamente a necessidade de **formação**, ao nível da **formação específica no trauma**, em **situação de crise**, nas **áreas clínica/terapêutica** e outras **modalidades** de intervenção. Destacam ainda as **políticas e procedimentos** (e.g promover o aprofundamento de serviços especializados existentes e as características da sua intervenção). Quanto à forma como poderiam ser concretizadas, novamente através de **formação e supervisão** (e.g exercício de supervisão externa, com entidade especializada na intervenção no trauma). No que diz respeito aos obstáculos para a prossecução, destaca-se a **escassez de tempo, escassez/fragilidade da oferta formativa** (e.g a inexistência de boas formações e que realmente nos traga algo de novo) e os **custos com formação**.

Tabela 13

C. Rastreio e Avaliação do Trauma – Práticas e Planeamento dos Serviço

	ET (N = 25) M (DP)
A ET, na preparação do AR da C/J, procura obter info. pertinente sobre a trajetória de vida da C/J.	3.6 (0.5)
A EE, na preparação do acolhimento da C/J, recebe, info. pertinente sobre a trajetória de vida da C/J.	3 (0.7)
O modo como os técnicos detetam o impacto de experiências traumáticas das C/J é sensível e empático.	3.5 (0.5)
Uma avaliação especializada do trauma está acessível, atempadamente, às C/J acolhidos.	2.8 (0.8)
O gestor de caso tem acesso a esta avaliação e incorpora-a no plano de intervenção individual da C/J.	3.2 (0.8)
A compreensão do impacto do trauma é incorporada na prática diária de tomada de decisão.	3.2 (0.7)
Os planos de segurança emocional para cada C/J orientam a ação, com vista à diminuição do stress.	2.9 (0.7)
Com base na avaliação, as C/J podem ser referenciados, para acompanhamento em serviços específicos.	3.5 (0.5)
Os serviços de saúde priorizam o acesso das C/J em AR a cuidados de saúde mental adequados.	2.6 (0.9)
Existe articulação com os outros serviços a intervir com as C/J e seus familiares.	3.2 (0.7)
A organização solicita a reavaliação dos casos alvo de intervenção terapêutica especializada.	3.2 (0.7)
A organização garante um plano de transição para as C/J que vão sair da organização.	3.5 (0.5)

Relativamente à dimensão *C. Rastreo e Avaliação do Trauma – Práticas e Planeamento dos Serviço* (tabela 13), a ET destaca pela positiva que *na preparação do AR da C/J, procura obter informação pertinente sobre a trajetória de vida da C/J*. Por outro lado, não considera que *os serviços de saúde priorizam o acesso das C/J em AR a cuidados de saúde mental adequados, e que uma avaliação especializada do trauma está acessível, atempadamente, às C/J acolhidos pela organização*. A análise descritiva vai de encontro aos dados qualitativos, uma vez que, quando questionados sobre áreas fracas que identificam no funcionamento da sua organização, destacam as **políticas e procedimentos** ao nível das **fragilidades nas políticas de articulação com serviços** (e.g não priorização das crianças em AR por parte dos serviços de saúde, educação e segurança social; dificuldade no agendamento atempado de consultas na USF e no encaminhamento para consultas de especialidade) e as **fragilidades políticas nos procedimentos internos** (e.g (baixa) adequação das práticas diárias de forma sistematizada com base na identificação das situações potencialmente traumáticas, apoio e avaliação especializados na área do trauma). Ainda nesta vertente, é mencionada a **escassez de tempo, escassez de recursos humanos, fragilidades na disponibilidade emocional** (e.g (falta de) disponibilidade dos profissionais face aos casos mais desafiantes (interligado com o facto de ser uma profissão desgastante e por vezes desmotivante), **escassez de informações C/J e ausência de formação** ao nível da **formação específica no trauma** e da **formação em situação de crise**. Em contrapartida, quando questionados sobre áreas fortes do funcionamento da sua organização, mencionam paradoxalmente **políticas na articulação com serviços** (e.g articulação permanente com as entidades que acompanhem a criança (saúde, escola, etc) e as **políticas nos procedimentos internos** (e.g a existência de procedimentos de avaliação diagnóstica que priorizam a avaliação do trauma), o que demonstra a divergência de perceções face ao funcionamento das CAR. Os dados permitem ainda destacar, a **dimensão da CAR, o acompanhamento especializado, a relação entre profissionais/equipas** e a **relação com C/J** como áreas fortes, consideradas pelos participantes. Quando questionados sobre como poderiam ser promovidas as práticas nesta dimensão, reportam a **formação, recursos humanos** (e.g mais incentivos aos trabalhadores; condições que favorecessem ao desgaste provocado pelos turnos), e contrariando os resultados anteriores, através das **políticas inter serviços** (e.g mediante celebração de protocolos com entidades de avaliação/ intervenção especializada) e **políticas internas** (e.g construção de protocolos de atuação).

Tabela 14*D. Supervisão, Suporte e Autocuidado da Equipa*

	ET (N = 25) M (DP)
Recebo supervisão que inclui tópicos relacionados com o risco da re-traumatização e o autocuidado.	2.6 (1)
Recebo supervisão relacionada com a compreensão do trauma e o modo como pode afetar a equipa.	2.5 (1.1)
Recebo supervisão na compreensão do trauma e como afeta a relação dos profissionais, C/J e familiares.	2.5 (1.1)
A organização promove práticas que previnam a re-traumatização e o <i>burnout</i> dos profissionais.	2.7 (0.8)
A organização promove práticas promotoras da coesão e do bem-estar da equipa.	3 (0.8)
Os colaboradores têm disponível supervisão individual de um supervisor que entende sobre trauma.	2.1 (1.1)

Relativamente à dimensão *D. Supervisão, Suporte e Autocuidado da Equipa* (tabela 14), a ET destaca positivamente a *organização promover práticas promotoras da coesão e do bem-estar da equipa*. A análise descritiva, congruente aos resultados qualitativos, destaca que quando questionados sobre aspetos positivos da organização nesta dimensão, são mencionadas as **políticas e procedimentos internos** ao nível das **práticas internas** (e.g a existência de momentos de equipa para discussão de casos e estratégias de intervenção/planificação de atividades e rotinas diárias), **bem-estar das equipas** (e.g promoção de atividades para fomentar o suporte o autocuidado; existência de momentos de convívio e lazer entre os diferentes elementos da equipa), **relação entre profissionais/equipas** (e.g coesão e entreajuda da equipa) e **relação com direção** (e.g atenção para com os trabalhadores no sentido de facultar períodos de descanso quando necessário (e.g antecipação de férias, trocas de turnos favorecendo a situação). Quando questionados sobre aspetos na organização que beneficiariam de mudanças nesta dimensão, destaca-se a **formação**, altamente mencionada em todas as dimensões do questionário, a **supervisão** (e.g supervisão mais consistente e regular; celebrar protocolos de supervisão por profissionais especializados), **recursos humanos** (e.g o reconhecimento financeiro da equipa educativa e técnica pelo desgaste da profissão) e contrariando os aspetos positivos anteriormente mencionados, os participantes mencionam o **bem-estar das equipas** (e.g existência de outros momentos de partilha e encontro formais/informais, e maior frequências dos mesmos) e a **relação entre profissionais/equipas** (e.g maior e melhor comunicação entre a ET e a EE; coesão da equipa, ainda tem momentos de fragilidade). Considerando a questão o que poderia ser facilitador desta mudança, os participantes reforçam a necessidade de **formação e supervisão**, a melhoria das **relações entre profissionais/equipas** (e.g existência de espaços de partilha entre equipas), da **relação com direção** (e.g política remuneratória

adequada ao nível de formação e especialização dos elementos das equipas), e ainda da **relação com entidades externas** (e.g mais apoio por parte da Segurança Social/Estado).

Tabela 15

E. Ambiente Físico

	ET <i>(N = 25)</i> M (DP)
O AF promove uma sensação de segurança e tranquilidade para C/J.	3.3 (0.7)
O AF promove uma sensação de segurança e tranquilidade para os familiares da C/J.	3.2 (0.6)
O AF promove uma sensação de segurança e tranquilidade para os profissionais.	3.3 (0.7)
A organização assegura procedimentos de vigilância de quem entra e quem sai da organização.	3.3 (0.7)
As áreas externas da organização são bem iluminadas.	3.4 (0.7)
As áreas comuns são bem iluminadas.	3.5 (0.6)
As casas de banho são regularmente vistoriadas para que possam ser utilizadas com segurança.	3.5 (0.5)
A organização apresenta uma decoração acolhedora para C/J.	3.3 (0.8)
O acesso a dados pessoais das C/J é controlado (gabinetes e computadores dos profissionais).	3.7 (0.4)
A organização do espaço favorece a reserva da vida privada, pessoal e familiar, da C/J.	3.3 (0.8)
A organização fomenta um ambiente acolhedor que contribui para as C/J interagirem entre si.	3.6 (0.4)
A organização oferece às C/J oportunidades para sugestões sobre como melhorar/alterar o espaço físico.	3.6 (0.5)

Relativamente à dimensão *E. Ambiente Físico* (tabela 15), com uma média de resultados mais positivos em comparação às restantes dimensões. A ET destaca que *a organização fomenta um ambiente acolhedor que contribui para as C/J interagirem entre si informalmente*, e ainda, que *a organização oferece às C/J oportunidades para fazerem sugestões sobre como melhorar/alterar o espaço físico*. Considerando a análise qualitativa, quando questionados sobre aspetos positivos da organização nesta dimensão, os participantes destacam o **espaço físico da CAR**, ao nível do **envolvimento das C/J** (e.g participação das crianças/jovens nos processos de escolha e propostas de decoração dos espaços; envolvimento dos jovens quer na sugestão e implementação de ações de melhoria), das **necessidades das C/J** (e.g reserva da vida privada das C/J; dimensão e estrutura dos espaços potencia o ambiente familiar e aconchegante), estando em conformidade com a análise descritiva. Ainda nesta vertente destaca-se a **estrutura da CAR** (e.g preocupação constante por melhorar o espaço físico em todos os domínios) e o **espaço exterior da CAR**. Em contrapartida, quando questionados sobre aspetos na organização que beneficiariam de mudanças nesta dimensão, destaca-se a **alteração dos espaços físicos** ao nível de **melhorias e alterações dos espaços** (e.g realização de

pequenas obras de remodelação e decoração do interior e espaço exterior; quartos com menos crianças), aspeto que beneficiaria da intervenção de outras **entidades envolvidas** (e.g apoios externos (a nível económico) e/ou mais parcerias que aumentassem a qualidade de vida das crianças/jovens e organização/decoração da casa), o que significa que as CAR detêm de uma necessidade constante de melhoria e reestruturação de forma a responder às necessidades das C/J. Nesta vertente, e ainda que mencionado como aspeto positivo anteriormente, a consideração das **necessidades C/J** (e.g devemos apostar ainda mais na apropriação dos espaços pelos jovens: incentivar os jovens a decorar os seus espaços pessoais, encher as paredes dos espaços comuns com as fotografias dos jovens e adultos de forma a potenciar cada vez mais um maior sentido de pertença) surge como aspeto que beneficiaria de mudança nas CAR. Quando questionados sobre o que poderia ser facilitador destas mudanças, destaca-se os **apoios financeiros** (e.g obtenção de donativos para o efeito ou aprovação de algum projeto financiado que o viabilizasse; financiamentos) através de métodos alternativos, **aumentar os contactos externos** e a promoção de um **ambiente acolhedor** (e.g incentivar a equipa a ajudar os jovens na sua apropriação do espaço).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral a caracterização dos cuidados sensíveis ao trauma em AR a partir das dimensões consideradas críticas neste domínio. Quando exploradas as diferenças entre a EE e a ET, procuramos compreender a perspetiva dos profissionais, acerca dos fatores envolvidos na mudança organizacional, orientada para os cuidados sensíveis ao trauma.

Segundo a literatura (Campos et al., 2019; Rodrigues, 2015), as C/J em AR vivenciam um maior número de eventos traumáticos, tendo fortes probabilidades de desenvolver sintomatologia a nível de perturbações psicológicas, comparativamente a jovens de uma amostra normativa. A complexidade de interação com C/J, cujas trajetórias de vida foram pautadas por eventos traumáticos (Murphy, Moore, Redd, & Malm, 2017), exige uma maior preparação e capacitação, para responder às necessidades e exigências (Delgado & Gersão, 2018). Em função disso, surge a necessidade de implementação dos cuidados sensíveis ao trauma em AR. Objetivando a promoção de um ambiente sensível e seguro aos indivíduos que partilham o mesmo espaço, com igual extensão de benefícios para as equipas (Bloom, 2016; Hanson & Lang, 2016), os cuidados sensíveis ao trauma podem ser amplamente utilizados em instituições, começando por compreender os

impactos generalizados do trauma e caminhos para a recuperação, reconhecer sinais e sintomas do trauma, de forma a responder de forma ajustada, considerando as políticas, procedimentos e práticas, e transformando o ambiente (SAMHSA, 2014).

É, pois, neste enquadramento da pertinência e utilidade que os cuidados sensíveis ao trauma possam ter para o funcionamento do AR em Portugal, que estes resultados são discutidos.

Uma primeira conclusão relevante é que os participantes apresentam uma perceção mais negativa face á dimensão *B. Formação e Educação* como é possível constatar a partir dos resultados médios obtidos, relacionados com a ausência de formação, ao nível da formação específica no trauma, formação específica no *burnout*, formação em situação de crise, formação sem especificação. De facto, a ausência de formação é comumente sublinhada como uma das grandes falhas do AR, onde a formação específica não é exigida para o desempenho de funções de cuidador/a, dificultando a capacidade de resposta às necessidades das C/J (Del Valle & Bravo, 2013). Verificou-se que as equipas, apontam fortemente a ausência de recursos e estratégias de resposta às necessidades das C/J, tais como, conciliação de horários, gerir as C/J quando a equipa está em formação e dificuldades em concretizar/operacionalizar a teoria na prática, sendo estas carências que devem ser atendidas pelas CAR. A formação contínua deveria, portanto, ser consagrada como uma obrigação, assumida pelas direções das CA, objetivando a integração, atualização e consolidação de boas práticas (Rodrigues, 2019). Assim como na literatura (Marques et al., 2007), consideramos que as equipas, desenvolvem as suas funções com base na vida quotidiana, pela experiência e intuição, e pouco no saber técnico. Revela-se, desta forma, necessária uma sensibilização para a formação especializada, capaz de promover o desenvolvimento, tendo em consideração a história precedente das C/J (Machado, 2010). Já que às equipas, deveria ser concedida a oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos, discutir e integrar informações alusivas ao desenvolvimento, saúde mental, estratégias de gestão comportamental e contenção emocional (Simões, 2011).

A análise da dimensão *D. Supervisão, Suporte e Autocuidado*, evidencia resultados médios baixos, sendo esta a dimensão de maior fragilidade em ambas as equipas. Este cenário, está relacionado com a ausência de práticas que previnam a re-traumatização e o *burnout* dos profissionais, da ausência de supervisão e de supervisão relacionada com a compreensão do trauma e o modo como pode afetar a equipa, as relações dos profissionais, C/J e familiares. Neste sentido, os resultados parecem seguir

a literatura, constatando-se que a exposição a fatores de risco e stressantes pode ter resultados negativos, como stress traumático secundário e *burnout* (Giovannoni et al., 2015) nas equipas. Face à exposição diária a problemas do foro emocional, comportamental, relacional e do trauma, os participantes destacam a necessidade de formação, supervisão, recursos humanos e fomento do bem-estar e da relação entre equipas e direção. Estas visões são congruentes com os autores que sublinham a importância, da formação, do acompanhamento, da supervisão e monitorização externa das CA (Harder & Knorth, 2015). Uma supervisão mais próxima e trabalho em equipa baseado no apoio mútuo, emergem como aspetos fulcrais da cultura organizacional da CA (Del Valle et al., 2007). Ainda assim, existe um reconhecimento da dificuldade em providenciar a supervisão necessária e uma cultura adequada entre as equipas (Del Valle et al., 2007). A necessidade de suporte, largamente mencionada, é aceite como um elemento chave para a saúde e bem-estar face à natureza das funções que desempenham (Moreno & Roda, 2003), assim como, a perceção sobre a disponibilidade de outros como um recurso, desempenha um papel importante na predição do bem-estar e *coping* (Dolbier & Steinhardt, 2000). Por inferência, as equipas reconhecem a necessidade de apoio psicológico, uma vez que o apoio existente e/ou inexistente, não se revela suficiente. Neste contexto, são cruciais a supervisão e o apoio a cada profissional, primada pela construção de relações individualizadas com as C/J, no sentido de desenvolver nas equipas a sensibilidade e responsividade aos seus sinais e necessidades (Machado, 2010). A capacidade para construir relações, é considerada fundamental no envolvimento com as C/J acolhidos e com as equipas (McKellar & Kendrick, 2013), ao qual, os participantes ressalvam, em conformidade com a investigação, a necessidade de mais confiança, cordialidade, respeito, comunicação e colaboração (De Boer & Coady, 2007).

Uma outra conclusão, diz respeito à dimensão *A. Políticas*. A EE apresentou resultados inferiores, comparativamente à ET. De uma forma geral, as fragilidades constadas estão relacionadas com o funcionamento interno das CAR ao nível do volume processual, sobrecarga de funções e dificuldades na adequação e adoção de políticas ajustadas. Com a dimensão e abrangência de idades das C/J, escassez de recursos humanos em consequência da falta de profissionais, baixa remuneração, as relações entre equipas, em função da dinâmica interna das CAR, pouco diálogo e interação entre profissionais, e a relação com as C/J, relacionada com a personalidade das C/J e carência de tempos de interação. Segundo a literatura, a transição para um ambiente de cuidados sensíveis ao trauma requer alterações ao nível dos processos, equipas e sistemas (Hummer

et al., 2010). Mota e Matos (2010) reforçam que a forma como são prestados os cuidados, justifica-se pelo quadro insuficiente de profissionais, pela elevada rotatividade dos turnos, comprometendo, muitas vezes, a função reabilitadora do AR. Sublinhe-se que a formação das equipas e a sua estabilidade, através da organização dos horários e turnos, são elementos fundamentais para a efetividade de medidas que visem promover a qualidade do AR (Del Valle et al., 2007; McCall et al., 2013). Em congruência com a literatura, os profissionais estão conscientes da forma como a dimensão da CAR (considerando o número de vagas e/ou o número de C/J acolhidas) pode afetar a capacidade para reconhecer as necessidades das C/J, restringindo uma resposta adequada, atempada e respeitadora dos seus direitos (James, 2011; Rodrigues, Barbosa-Ducharne, 2017). Neste sentido, um clima organizacional positivo deve incluir apoio e autonomia, um ambiente seguro e estruturado, enfoque nas problemáticas das C/J e relações positivas entre os profissionais e as C/J (Leipoldt et al., 2017). Assim, as organizações precisam estabelecer uma cultura que priorize os cuidados sensíveis ao trauma e apoiem as equipas na sua execução (Hall et al., 2019).

Relativamente à dimensão *C. Rastreo e Avaliação do Trauma – Práticas e Planeamento dos Serviços*, verifica-se fragilidades ao nível da informação pertinente sobre a trajetória de vida, na prestação dos serviços de saúde, ausência de formação, e as relações entre equipas e com as C/J. O rastreio do trauma é reconhecidamente dos aspetos mais fundamentais dos cuidados sensíveis ao trauma, já que permite aos profissionais uma melhor compreensão do indivíduo, conhecer o histórico de eventos potencialmente traumáticos e ajudar a direcionar as intervenções (Menschner & Maul, 2016; SAMHSA, 2014). Como já referido, a ausência de formação é frequentemente destacada como uma das grandes falhas do AR, o que dificulta a capacidade de resposta às necessidades das C/J (Del Valle & Bravo, 2013), não havendo formação específica no trauma, a dificuldade de adoção do modelo torna-se eminente, comprometendo todas as dimensões. Existe homogeneidade nos resultados, face à dificuldade na disseminação de uma intervenção baseada nos cuidados sensíveis ao trauma, em consequência das lacunas nos serviços, recursos e coordenação para implementação dos cuidados (Bartlett et al., 2016; Hanson, Saunders, Ralston et al., 2019; Miron & Scheeringa, 2019). A nível das medidas de ajustamento psicológico e bem-estar (Rodrigues, 2019), os participantes ressalvam, o número de casos não diagnosticados atempadamente, pelo que a necessidade de apoio é usualmente negligenciada (Ford et al., 2007; Goodman et al., 2004; Janssens & Deboutte, 2009). Destaca-se ainda, o baixo nível do envolvimento das famílias (Rodrigues, 2019),

relacionado com a falta de empenho no estabelecimento de uma relação positiva e insuficiente trabalho no sentido da reunificação familiar (Altshuler & Poertner, 2002; Bravo, 2009; Carvalho & Manita, 2010; Del Valle, 2009; Prada et al., 2007; Southwell & Fraser, 2010; Stevens, 2008; Zem-Mascarenhas & Dupas, 2001).

Relativamente à dimensão *E. Ambiente Físico*, os participantes apresentam uma percepção muito favorável e unânime, relacionada com o facto de considerarem que a organização do espaço favorece a reserva da vida privada, pessoal e familiar, da C/J, com o fomento de um ambiente acolhedor que contribui para as C/J interagirem entre si, e ainda, a oportunidade para sugestões sobre como melhorar/alterar o espaço físico. Contudo, e ainda que mencionados pelos participantes como aspetos positivos, a consideração do envolvimento e das necessidades das C/J, a melhoria e alteração dos espaços e promover um ambiente acolhedor, surge sempre como ponto a potenciar. Esta tendência parece seguir a literatura, onde os constrangimentos que impedem a adoção do modelo familiar, prendem-se às grandes dimensões das CAR, onde a implementação do modelo familiar não se enquadra com a estrutura física das casas, bem como, com a resistência a mudanças organizacionais e de funcionamento interno, e os custos económicos que implica (Rodrigues et al., 2013). As intervenções em AR pressupõem a adequação dos serviços às especificidades da C/J (Calheiros et al., 2011; Rodrigues et al., 2013), para tal, ressalva-se a necessidade de atender à voz da C/J, possibilitando as condições necessárias para o seu desenvolvimento (Ainsworth & Hansen, 2005; Calheiros et al., 2011). Os resultados obtidos, sustentam a primordialidade de melhorar as características familiares das CAR, alterando assim, a sua estrutura física (McCall et al., 2013), tornando-a mais acolhedora para um número inferior de C/J (Kendrick et al., 2011), possibilitando um espaço mais intimista, facilitador do estabelecimento de relações afetivas, criando um ambiente adequado para o desenvolvimento de relações estáveis e seguras (Anglin, 2004; Holden et al., 2014; Shealy, 1996). Tais mudanças, exigem a formação das equipas, com a garantia da sua estabilidade (redução da rotatividade) (McCall et al., 2013) e um corpo diretivo integralmente comprometido com o processo de mudança organizacional (McCall et al., 2013; Woodhouse et al., 2018).

Conclusão

Procuramos conhecer as percepções das EE e das ET das CAR, acerca dos cuidados sensíveis ao trauma em AR. De forma geral, o estudo revela maior fragilidade ao nível das dimensões *D. Supervisão, Suporte e Autocuidado* e *B. Formação e Educação*,

percecionado por ambas as equipas. Num panorama mais favorável, destacam-se as dimensões *C. Rastreo e Avaliação do Trauma – Práticas de Planeamento dos Serviços* e *E. Ambiente Físico*. Foram identificadas pelas EE e ET, obstáculos e possíveis sugestões de melhoria quanto às cinco dimensões, o que traduz o reconhecimento e a necessidade de atender aos cuidados sensíveis ao trauma em AR.

As C/J em AR, pela exposição a múltiplos eventos potencialmente traumáticos, apresentam a necessidade de aprender a lidar com as suas histórias passadas, experienciando experiências mais positivas (Coholic et al. 2009; Steenbakkers, Van Der Steen, & Grietens, 2016), sendo nesta vertente fundamental que as equipas se mostrem sensíveis aos sinais transmitidos e disponíveis para ouvir e compreender a sua trajetória (Steenbakkers et al., 2016). Em função disso, responder às necessidades das C/J em AR torna-se um dos maiores desafios de todo o sistema de proteção (ISSIP, 2020). A dificuldade para compreender e abordar as C/J, cujas vidas foram marcadas por experiências adversas, pode agravar a saúde mental das mesmas (Murphy, Moore, Redd, & Malm, 2017), sendo que, a CAR deve preparar-se para dar resposta às suas necessidades e exigências (Delgado & Gersão, 2018), através do reconhecimento de que o trauma afeta o desenvolvimento social, físico e neurológico das C/J (Siegel, 2007; van der Kolk, 2007). De forma a melhorar a qualidade dos serviços, tem sido proposto que os sistemas de proteção se modifiquem a nível organizacional, introduzindo os cuidados sensíveis ao trauma nas CAR (Bailey et al., 2019; Hall et al., 2019). Esta mudança, insuficientemente respondida, resulta em implicações no funcionamento das CAR e no envolvimento das C/J, uma vez que o impacto das situações de risco e perigo constitui uma das primordiais causas de múltiplas dificuldades ao nível do funcionamento psicológico e do bem-estar (OPP, 2019) na população acolhida.

O presente estudo considera-se uma mais valia por incidir sobre os cuidados sensíveis ao trauma, na realidade portuguesa, explorando as cinco dimensões consideradas para avaliação dos cuidados sensíveis ao trauma em AR. Adicionalmente, apresenta outras potencialidades não só por dar voz aos profissionais envolvidos e promover o conhecimento acerca das suas perceções sobre o funcionamento das CAR, como pelo facto de estimular a sua reflexão sobre a temática com vista à promoção de processos de mudança, o que é ainda bastante escasso na investigação nacional.

Na prática e, face aos resultados, o processo de desenvolvimento para um ambiente de cuidados sensíveis ao trauma tem, entre vários desafios, a necessidade de formação de todos os envolvidos, a reestruturação das políticas e procedimentos das

CAR, individualização das intervenções de forma a ir ao encontro das necessidades das C/J e das equipas.

Futuramente, seria importante alargar a amostra das CAR no sentido de obter uma imagem mais exaustiva das suas características e dos fatores promotores da mudança.

Apesar da crescente preocupação com a temática no AR, é imprescindível a participação das EE e das ET, para o desenvolvimento de uma mudança cultural em prol de boas práticas, orientadas pelos cuidados sensíveis ao trauma.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, F., & Hansen, P. (2005). A dream come true: No more residential care. A corrective note. *International Journal of Social Welfare*, 14(3), 195-199.
- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335-340.
- Altshuler, S. J., & Poertner, J. (2002). The child health and illness profile-adolescent edition: Assessing well-being in group homes or institutions. *Child Welfare*, 81(3), 495-513.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^a ed.)*. American Psychiatric Pub.
- Anglin, J. P. (2004). Creating “well-functioning” residential care and defining its place in a system of care. *Child & Youth Care Forum*, 33(3), 175-192.
- Azevedo, S. L. M. (2016). *Bem-estar pessoal e felicidade subjetiva nos jovens em acolhimento residencial em Portugal* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Retirada de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/85858>
- Bailey, C., Klas, A., Cox, R., Bergmeier, H., Avery, J., & Skouteris, H. (2019). Systematic review of organisation-wide, trauma-informed care models in out-of-home care (OoHC) settings. *Health & social care in the community*, 27(3), 10-22.
- Baker A.L., Kurland D., Curtis P., Alexander G., Papa-Lentini C. (2007) Mental health and behavioral problems of youth in the child welfare system: Residential treatment centers compared to therapeutic foster care in the odyssey project population. *Child Welfare*, 86, 97-123.
- Baptista, J., Belsky, J., Marques, S., Silva, J. R., Oliveira, P., Mesquita, A., ... & Soares, I. (2014). The interactive effect of maltreatment in the family and unstable institutional caregiving in predicting behavior problems in toddlers. *Child abuse & neglect*, 38(12), 2072-2079.
- Bartlett, J. D., & Steber, K. (2019). How to implement trauma-informed care to build resilience to childhood trauma. *trauma*, 9, 10.
- Beyerlein, B. A., & Bloch, E. (2014). Need for trauma-informed care within the foster care system: A policy issue. *Child Welfare*, 93(3), 7.

- Blau, G. M., Caldwell, B., Fisher, S. K., Kuppinger, A., Levison-Johnson, J., & Lieberman, R. (2010). The Building Bridges Initiative: Residential and community-based providers, families, and youth coming together to improve outcomes. *Child Welfare, 89*(2), 21.
- Bloom, S. L., Bennington-Davis, M., Farragher, B., McCorkle, D., Nice-Martin, K., & Wellbank, K. (2003). *Multiple opportunities for creating sanctuary. Psychiatric Quarterly, 74*(2), 173–190.
- Bravo, A. (2009). Perfíles emergentes en la población atendida en acogimiento residencial. In A. Bravo & J.F. Del Valle (Coords.). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial, 25-52*.
- Bravo, A., & Del Valle, J. (2009). Crisis y Revisión del Acogimiento Residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo, 30*(1), 42-52.
- Briscoe-Smith, M. A., & Hinshaw, S. (2006). Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse and Neglect, 30*, 1239–1255
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Siméoni, M. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review, 33*(10), 1886-1890.
- Brown, S. M., Baker, C. N., & Wilcox, P. (2012). Risking connection trauma training: A pathway toward trauma-informed care in child congregate care settings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*, 507–515.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(8), 960–970.
- Calejo, I. S. (2019). *Perfis Psicológicos de crianças e jovens em Acolhimento Residencial* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Retirada de <https://hdl.handle.net/10216/121032>
- Calheiros, M. M., Lopes, D., & Patrício, J. N. (2011). Assessment of the needs of youth in residential care: Development and validation of an instrument. *Children and Youth Services Review, 33*(10), 1930-1938.

- Campos, J., Barbosa-Ducharne, M., Dias, P., & Rodrigues, S. (2019). Saúde mental de crianças e adolescentes portugueses em acolhimento residencial. Configurações. *Revista de sociologia*, (23), 105-122.
- Canha, J. (2000), *Criança maltratada: o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação, estudo perspectivo de 5 anos* (Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Retirada de <http://hdl.handle.net/10316/849>
- Carvalho, T., & Manita, C. (2010). Percepções de crianças e adolescentes institucionalizados sobre o processo de institucionalização e a experiência na instituição. *Actas do VII simpósio nacional de investigação em psicologia*.
- Casey, K.J., Hagaman, J.L., Trout, A. L., Reid, R., Chmelka, B., Thompson, R.W., Daly, D. L. (2008). Children with ADHD in Residential Care. *Journal of Child Family Studies*, 17, 909–927.
- Chadwick Center for Children and Families. (2013). *Trauma System Readiness Tool*. San Diego, CA: Rady Children’s Hospital, National Child Traumatic Stress Network.
- Champine, R. B., Matlin, S., Strambler, M. J., & Tebes, J. K. (2018). Trauma-informed family practices: Toward integrated and evidence-based approaches. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 2732–2743.
- Connors-Burrow, N. A., Kramer, T. L., Sigel, B. A., Helpenstill, K., Sievers, C., & McKelvey, L. (2013). Trauma-informed care training in a child welfare system: Moving it to the front line. *Children and Youth Services Review*, 35, 1830–1835.
- Coholic, D., Loughheed, S., & Cadell, S. (2009). Exploring the help-fulness of arts-based methods with children living in foster care. *Traumatology*, 15(3), 64–71.
- Cutuli, J. J., Alderfer, M. A., & Marsac, M. L. (2019). Introduction to the special issue: Trauma-informed care for children and families. *Psychological services*, 16(1), 1.
- De Boer, C., & Coady, N. (2007). Good helping relationships in child welfare: Learning from stories of success. *Child & Family Social Work*, 12(1), 32-42.
- Decreto Lei no 147/99 de 1 de setembro do Ministério da Justiça. Diário da República: I série, No 175(2015).
- Decreto Lei no 164/2019 de 25 de outubro do Ministério da Justiça. Diário da República: I série, No 206(2019).
- Delfabbro, P. H., Barber, J. G., & Bentham, Y. (2002). Children’s satisfaction with outof-home care in South Australia. *Journal of Adolescence*, 25, 523-533.

- Delgado, P., & Gersão, E. (2018). O acolhimento de crianças e jovens no novo quadro legal: Novos discursos, novas práticas?. *Análise Social*, 1(226), 112-134.
- Del Valle, J. F. (2009). Cómo potenciar la reunificación familiar desde los centros y hogares de protección. In A. Bravo & J.F. Del Valle (Coords.): *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*, 115-132.
- Del Valle, J. F., López, M., & Bravo, A. (2007). Job stress and burnout in residential child care workers in Spain. *Psicothema*, 610-615.
- Dolbier, C. L., & Steinhardt, M. A. (2000). The development and validation of the Sense of Support Scale. *Behavioral Medicine*, 25(4), 169-179.
- Donisch, K., Bray, C., & Gewirtz, A. (2016). Child welfare, juvenile justice, mental health, and education providers' conceptualizations of trauma-informed practice. *Child Maltreatment*, 21, 125–134.
- Dozier, M., Kaufman, J., Kobak, R., O'Connor, T. G., Sagi-Schwartz, A., Scott, S., ... & Zeanah, C. H. (2014). Consensus statement on group care for children and adolescents: A statement of policy of the American Orthopsychiatric Association. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 219.
- Dozier, M., & Peloso, E. (2006). The role of early stressors in child health and mental health outcomes. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 1300–1301.
- Elliott, D. E., Bjelajac, P., FalLOT, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of community psychology*, 33(4), 461-477.
- EPower & Associates. (2011). *Trauma-Responsive systems implementation advisor*. Harrisburg, PA: National Resource Center on Domestic Violence.
- Erol, N., Simsek, Z., & Münir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *European child & adolescent psychiatry*, 19(2), 113-124
- FalLOT, R. D. & Harris, M. (2009). *Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A selfassessment and planning protocol*. Community Connections.
- Farmer, E. M., Seifert, H., Wagner, H. R., Burns, B. J., & Murray, M. (2017). Does model matter? Examining change across time for youth in group homes. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 25(2), 119-128.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ...& Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and

- household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Fernández-Daza, M., & Fernández-Parra, A. (2012). Problemas de comportamiento y competencias psicossociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797–810. doi: 10.11144/Javeriana.upsy12-3.pccp
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2010). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4) 319-325.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., MacKenzie, M. J., Brewer, K. B., & Ibrahim, R. W. (2014). Assessment of adolescent mental health and behavioral problems in institutional care: Discrepancies between staff-reported CBCL scores and adolescent-reported YSR scores. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(3), 279-287.
- Giovannoni, J., McCoy, K. T., Mays, M., & Watson, J. (2015). Probation officers reduce their stress by cultivating the practice of loving-kindness with self and others. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 325-343.
- Gonçalves, R. A., & Machado, C. (2002). *Violência e Vítimas de Crimes. Volume 1—Adultos*. Quarteto Editora.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73, 100-106.
- Goodman R., Ford, T., Corbin, T., Meltzer H. (2004). Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), 25–31.
- Guarino, K., Soares, P., Konnath, K., Clervil, R., & Bassuk, E. (2009). Trauma-informed organizational toolkit. *Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, and the Daniels Fund, the National Child Traumatic Stress Network and the WK Kellogg Foundation, Rockville, MD.*

- Gunnar, M. R., Bruce, J., & Grotevant, H. D. (2000). International adoption of institutionally reared children: Research and policy. *Development and psychopathology, 12*(4), 677-693.
- Hall, K. S., Beauregard, J. L., Rentmeester, S. T., Livingston, M., & Harris, K. M. (2019). Adverse life experiences and risk of unintended pregnancy in adolescence and early adulthood: Implications for toxic stress and reproductive health. *SSM-population health, 7*, 100344.
- Hanson, R. F., & Lang, J. (2016). A critical look at trauma-informed care among agencies and systems serving maltreated youth and their families. *Child Maltreatment, 21*, 95-100.
- Hanson, R. F., Saunders, B. E., Ralston, E., Moreland, A. D., Peer, S. O., & Fitzgerald, M. M. (2019). Statewide implementation of child trauma-focused practices using the community-based learning collaborative model. *Psychological Services, 16*, 170–181.
- Harenstam, A., & MOA Research Group. (2005). Different development trends in working life and increasing occupational stress require new work environment strategies. *Work, 24*(3), 261-277.
- Harder, A. T., & Knorth, E. J. (2015). Uncovering what is inside the ‘black box’ of effective therapeutic residential youth care. *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice*, 217-228.
- Harris, M., & Fallot, R. (2001). Creating cultures of trauma-informed care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol. Community Connections.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário (2a Edição)*, 1–377. Edições Sílabo, LDA.
- Holden, M. J., Anglin, J. P., Nunno, M. A., & Izzo, C. (2014). Engaging the total therapeutic residential care program in a process of quality improvement: Learning from the CARE program model. In J. K. Whittaker, J.F. Del Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care for children and youth: Exploring evidence-informed international practice* (pp. 301-316). Jessica Kingsley.
- Hummer, V. L., Dollard, N., Robst, J., & Armstrong, M. I. (2010). Innovations in implementation of trauma-informed care practices in youth residential treatment: A curriculum for organizational change. *Child Welfare, 89*(2), 79.

- Instituto da Segurança Social [ISS] (2020). *CASA 2019 - Relatório de Caracterização Anual da Situação do Acolhimento das Crianças e Jovens*. Instituto de Segurança Social.
- James, S. (2011). What works in group care? – A structured review of treatment models for group homes and residential care. *Children and Youth Services Review, 33*(2), 308–321. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.09.014.
- James, S., Leslie, L. K., Hurlburt, M. S., Slymen, D. J., Landsverk, J., Davis, I., ... & Zhang, J. (2006). Children in out-of-home care: Entry into intensive or restrictive mental health and residential care placements. *Journal of emotional and behavioral disorders, 14*(4), 196-208.
- Janssens, A., Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*, 691–700.
- Jozefiak, T., Kayed, N., Rimehaug, T., Wormdal, A., Brubakk, A., & Wichstrøm, L. (2015). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(1), 33-47.
- Kendrick, A., Steckley, L., & McPheat, G. A. (2011). Residential child care: Learning from international comparisons. In *Early professional development for social workers* (pp. 81-87).
- Kjelsberg, E., & Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry, 58*, 319- 325.
- Klein, B., Damiani-Taraba, G., Koster, A., Campbell, J., & Scholz C. (2014). *Child: care, health and development, 41, 2*, 178–185.
- Kohlstaedt, E. (2010). What is harmed by relationship can be healed by relationship: A developmental/relational approach to residential treatment for young children. *Scottish Journal for Residential Child Care, 9*(1), 2-3.
- Kuhn, T. M., Cyperski, M. A., Shaffer, A. M., Gracey, K. A., Adams, M. K., Billings, G. M., & Ebert, J. S. (2019). Installing trauma-informed care through the Tennessee Child Protective Services Academy. *Psychological services, 16*(1), 143.
- Lang, J. M., Campbell, K., Shanley, P., Crusto, C. A., & Connell, C. M. (2016). Building Capacity for trauma-informed care in the child welfare system: Initial results of a statewide implementation. *Child Maltreat, 21*, 113–124.

- Larkin, H., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2014). Social work and adverse childhood experiences research: Implications for practice and health policy. *Social work in public health, 29*(1), 1-16.
- Lawler, J. M., Hostinar, C. E., Mliner, S. B., & Gunnar, M. R. (2014). Disinhibited social engagement in postinstitutionalized children: Differentiating normal from atypical behavior. *Development and Psychopathology, 26*(2), 451.
- Leichtman, M. (2006). Residential treatment of children and adolescents: Past, present, and future. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 285-294.
- Leipoldt, J. D., Harder, A. T., Rimehaug, T., Kaye, N. S., & Grietens, H. (2017). Determinants and outcomes of social climate in therapeutic residential youth care: A systematic review. In C. Canali, J. Ma, & T. Vecchiato (Eds.), *New perspectives for outcome-based evaluation and research on family and children's services*, 67-70.
- Loomis, B., Epstein, K., Dauria, E. F., & Dolce, L. (2019). Implementing a trauma-informed public health system in San Francisco, California. *Health Education & Behavior, 46*(2), 251-259.
- Lourenço, A. G. C. D. S. (2015). *Avaliação do projeto "Casa de Pré-Autonomia" desenvolvido com jovens institucionalizadas* (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas). Retirada de <http://hdl.handle.net/10400.5/8435>
- Machado, C. (2010). Vitimologia: Das novas abordagens teóricas às novas práticas de intervenção. *Psiquilibrios Edições*.
- Machado, C. & Gonçalves, R. A. (2002). *Violência e Vítimas de Crimes: Vol 2 – Crianças*. Quarteto Editora.
- Magalhães, T., Gamboa, M. J., Santos, A., & Neto, M. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais*.
- Marcelli, D., Braconnier, A., Fonseca, F., Rocha, R., & Ferreira, M. (2007). *Adolescência e psicopatologia*.
- Marques, C., Cano, M. & Vendruscolo, T. (2007). A Percepção dos Cuidadores Sociais de Crianças em Abrigos em Relação ao Processo do Cuidar. *Revista Serviço Social & Realidade, 16*(2), 22-41.
- Martín, E. (2012). Residential care as a resource of the childhood welfare system: current strengths and future challenges. In *Child abuse and neglect: a multidimensional approach*. 137-160.

- McCall, R. B. (2013). Review: The consequences of early institutionalization: can institutions be improved? - should they? *Child & Adolescent Mental Health, 18*(4), 193–201.
- McKellar, A., & Kendrick, A. (2013). Key working and the quality of relationships in secure accommodation. *Scottish Journal of Residential Child Care, 12*(1), 46-57.
- McLaughlin, K., Zeanah, C., Fox, N., & Nelson, C. (2012). Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 53*, 46–55.
- Menschner, C., & Maul, A. (2016). *Key ingredients for successful trauma-informed care implementation*. Trenton: Center for Health Care Strategies, Incorporated.
- Millet, P., & Sandberg, K. W. (2005). Time for change: Can empowerment be a solution to meet the perils of modern day working life?. *Work, 24*(3), 291-295.
- Mills, R., Alati, R., O’Callaghan, M., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., & Strathearn, L. (2011). Child abuse and neglect and cognitive function at 14 years of age: findings from a birth cohort. *Pediatrics, 127*, 4–10.
- Miron, D., & Scheeringa, M. S. (2019). A statewide training of communityclinicians to treat traumatized youths involved with child welfare. *Psychological Services, 16*, 153–161.
- Moran, E. T., & Volkwein, J. F. (1992). The cultural approach to the formation of organizational climate. *Human relations, 45*(1), 19-47.
- Moreno, E. S., & de Roda, A. B. L. (2003). Social psychology of mental health: The social structure and personality perspective. *The Spanish Journal of Psychology, 6*(1), 3-11.
- Morin, A. J., Meyer, J. P., Bélanger, É., Boudrias, J. S., Gagné, M., & Parker, P. D. (2016). Longitudinal associations between employees’ beliefs about the quality of the change management process, affective commitment to change and psychological empowerment. *Human Relations, 69*(3), 839-867.
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2010). Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrole. *Análise psicológica, 28*(2), 245-254. doi: 10.14417/ap.278.
- Murphy, K., Moore, K. A., Redd, Z., & Malm, K. (2017). Trauma-informed child welfare systems and children's well-being: A longitudinal evaluation of KVC's bridging the way home initiative. *Children and Youth Services Review, 75*, 23-34.

- Noonan, K., & Menashi, D. (2010). Rightsizing congregate care: A powerful first step in transforming child welfare systems.
- O'Connor, T.G., & Scott, S. B. C. (2007). Parenting and outcomes for children. Joseph Rowntree Foundation.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019). *Psicologia no âmbito da Protecção das Crianças e Jovens em Risco*. Retirado de https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psicol_1.pdf
- Pears, K. C., Kim, H. K., & Fisher, P. A. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 32, 958–971.
- Pires, S. A. D. C. (2011). *A promoção da autonomia em jovens institucionalizadas* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação). Retirada de <http://hdl.handle.net/10198/6856>
- Prada, C, Williams, L., & Weber, L. (2007). Abrigos para crianças vítimas de violência doméstica: Funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(2), 14-25.
- Purtle, J. (2020). Systematic review of evaluations of trauma-informed organizational interventions that include staff trainings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 725-740.
- Rauktis, M. E., Fusco, R. A., Cahalane, H., Bennett, I. K., & Reinhart, S. M. (2011). “Try to make it seem like we're regular kids”: Youth perceptions of restrictiveness in out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 33, 1224-1233.
- Reis, V. J. O. (2009). *Crianças e jovens em risco:(Contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)* (Doctoral dissertation). Retirada de <http://hdl.handle.net/10316/11781>
- Rivard, J. C., Bloom, S. L., McCorkle, D., & Abramovitz, R. (2005). Preliminary results of a study examining the implementation and effects of a trauma recovery framework for youths in residential treatment. *Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 26(1), 83– 96.
- Rodrigues, S., & Barbosa-Ducharne, M. (2017). Current challenges of residential child and youth care in Portugal: The pressing need for residential care quality assessment. In T. Islam & L. Fulcher (Eds.), *Residential child and youth care in a developing world-European perspectives*, 355-365.

- Rodrigues, S. Barbosa-Ducharne, M., & Del Valle, J. F. (2013). La calidad del acogimiento residencial en Portugal y el ejemplo de la evolución española. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 11-22.
- Rodrigues, S. P. D. L. A. (2019). A qualidade do acolhimento residencial em Portugal: Avaliação da adequação dos serviços às necessidades das crianças e jovens institucionalizados. Retirada de <https://hdl.handle.net/10216/119950>
- Rodrigues, S. P. D. L. A. (2015). Eu e a minha casa: qualidade do acolhimento residencial, ajustamento psicológico e satisfação com a vida em adolescentes acolhidos (Mestrado Integrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Sage.
- SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach (2014). Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sánchez, M. E. G. B. (2008). *Análisis de la competencia lingüística y de la adaptación personal, social, escolar y familiar en niños institucionalizados en centros de acogida* (Doctoral dissertation, Universidad de Extremadura).
- Scannapieco, M., & Connell-Carrick, K. (2005). *Understanding child maltreatment: An ecological and developmental perspective*. Oxford University Press on Demand.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(2), 1-8.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005). Providing a secure base: Parenting children in long-term foster family care. *Attachment & human development*, 7(1), 3-26.
- Sempik, J., Ward, H., & Draker, I. (2008). Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 221-233.
- Serrão, V. H. A. (2020). *Problemas de atenção e hiperatividade em crianças em acolhimento residencial e em crianças da comunidade expostas à adversidade* (Doctoral dissertation). Retirada de <http://hdl.handle.net/10071/21352>
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-2469.
- Shealy, C. N. (1996). From Boys Town to Oliver Twist. *Child and Youth Care Forum*, 25(4), 211-271.

- Siegel, D. J. (2007). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant Mental Health Journal, 22*(1-2), 67-94.
- Simms, M., Dubowitz, H., & Szilagyi, M. A. (2000). Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics, 106*, 909-918.
- Simões, M. H. (2011). Crianças e jovens em perigo: Cuidado e responsabilidade no acolhimento institucional. *Cuidado e responsabilidade, 202-221*.
- Smyke, A. T., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(8), 972-982.
- Southwell, J., & Fraser, E. (2010). Young people’s satisfaction with residential care: Identifying strengths and weaknesses in service delivery. *Child Welfare, 89*(2), 209-228.
- Sprang, G., Ross, L., Miller, B. C., Blackshear, K., & Ascienzo, S. (2017). Psychometric properties of the Secondary Traumatic Stress–Informed Organizational Assessment. *Traumatology, 23*(2), 165.
- Steenbakkers, A., Van Der Steen, S., & Grietens, H. (2016). ‘To talk or not to talk?’: Foster youth’s experiences of sharing stories about their past and being in foster care. *Children and Youth Services Review, 71*, 2–9.
- Stevens, I. (2008). The impact of the national care standards in Scotland: Putting article 20 into practice? *International Journal of Children’s Rights, 16*, 263-279.
- Stirling, J. Jr., & Amaya-Jackson, L. (2008). Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics, 122*, 667–673.
- Strecht, P. (2000). Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligencia e mastratos em crianças e adolescents.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of health care for the poor and underserved, 9*(2), 117-125.
- The National Child Traumatic Stress Network. (2010). *Age-related reactions to a traumatic event*. National Center for Child Traumatic Stress.

- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., Felstiner, C., Hélie, S., Turcotte, D., Weightman, P., Douglas, J., & Holroyd, J. (2010). Methodology. In *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – 2008, Major Findings*. Public Health Agency.
- Valle, J. F., & Zurita, J. F. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Pirámide.
- van der Kolk, B. A. (2007). The developmental impact of childhood trauma. In Kirmayer, L. J., Lemelson, R., & Barad, M. (Eds.). (2007). *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. Cambridge University Press.
- Vaughn, B. E., Coppola, G., Verissimo, M., Monteiro, L., Santos, A. J., Posada, G., et al. (2007). The quality of maternal secure-base scripts predicts children's secure-base behavior at home in three sociocultural groups. *International Journal of Behavioral Development, 31*(1), 65-76.
- Whittaker, J. K., Holmes, L., del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., ... & Zeira, A. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the international work group on therapeutic residential care. *Residential Treatment for Children & Youth, 33*(2), 89-106.
- Woodhouse, S., Miah, A., & Rutter, M. (2018). A new look at the supposed risks of early institutional rearing. *Psychological medicine, 48*(1), 1-10.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases (11th ed.)*. Author.
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., ... & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 1*(1), 1-22.
- Zem-Mascarenhas, S. H., & Dupas, G. (2001). Conhecendo a experiência de crianças institucionalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 35*(4), 413-419.

Anexos

Anexo 1 – Tabela do Sistema de Categorias EE

Questão	Categoria	Subcategoria	Exemplo de Resposta
1. Aponte duas ações que na sua instituição poderiam promover uma melhor compreensão do impacto do trauma no desenvolvimento das C/J.	Avaliação e intervenção no trauma		“Avaliação e Intervenção em crianças e jovens; Crianças e jovens em risco - avaliar e intervir”.
	Formação	Formação no trauma	“Formação específica na área, estudo de casos concretos e os análise de resultados de crianças anteriormente institucionalizadas”.
		Formação específica no <i>burnout</i>	“Formação sobre o Burnout”.
		Formação sem especificação	“Mais formação aos profissionais que trabalhem no direto com as C/J”.
		Profissionais envolvidos	“Criar formações mais regulares para os monitores”.
	Mudanças na dimensão e estrutura das CAR		“Capacidade máxima 15 crianças ou jovens”.
	Divulgar informação mais detalhada sobre C/J		“Facultar mais informação que seja pertinente sobre trajetória de vida da C/J”.
	Acompanhamento especializado		“Acompanhamento especializado e individual aos Educadores”.
	Melhorar relações na CAR		“Maior interação entre a equipa técnica e a equipa educativa”.
	Gestão de stress		“Práticas de intervenção em situação de stress”.
	Relação CAR família		“Festa da família”.
	Garantir apoio escolar		“Apoio escolar por profissionais; matemática/ línguas”.
	2. Identifique dois obstáculos à implementação da prestação de cuidados sensíveis ao trauma na sua instituição.	Ausência de formação	Formação no trauma
Formação sem outra especificação			“Falta de formação”.

		Profissionais envolvidos	“Falta de formação da equipa educativa”
	Características das CAR	Dimensão e abrangência das idades	“Número elevado de crianças acolhidas”.
		Funcionamento	“Sobrecarga de funções distintas aos colaboradores”.
	Relação profissional criança		“Pouca interação entre as várias equipas entre si, e entre as C/J”.
	Relação entre profissionais/equipas		“Pouco diálogo entre a direção e os monitores/técnicos”.
	Escassez de tempo		“Falta de tempo por parte das crianças e jovens (escola, terapias, contactos familiares, saídas temporárias)”.
	Escassez recursos humanos		“Falta de colaboradores”.
	Escassez de informações C/J		“Possível falta de conhecimento das histórias de vida”.
	Apoio financeiro		“Apoio financeiro”.
	Os jovens não quererem ser ajudados		“Os jovens não querem ser ajudados”.
	Os pais dos jovens não apoiarem		“Os pais dos jovens não apoiarem”.

Anexo II –Tabela do Sistema de Categorias ET

Dimensões	Categorias	Subcategorias	Exemplo de dados
Políticas			
Que prioridades identifica para uma evolução no sentido da implementação destas práticas de cuidado sensível ao trauma?	Formação	Formação específica no trauma	“Formação tanto da equipa técnica como da equipa educativa sobre o impacto do trauma no desenvolvimento dos jovens e sobre estratégias de intervenção para diminuir esse mesmo impacto”.
		Formação sem especificação	“Muita formação”.
		Profissionais envolvidos	“Formação específica com especial implicação sobre elementos da EE e todos os Licenciados em Educação”.
	Políticas e Procedimentos	Políticas e procedimentos de âmbito geral	“Rever os escritos existentes, refletir e aperfeiçoar de forma a consolidar”.
		Funcionamento equipa	“Maior proximidade da DO com quem se está no terreno diariamente, por via da participação em sessões de treino, por exemplo”.
		Responder às necessidades dos profissionais	“Suporte aos cuidadores e monitorização regular”.
		Responder às necessidades das C/J	“Auscultação das crianças e jovens envolvidos e respetivas famílias sobre que aspetos consideram de maior apoio, por parte das equipas de intervenção”.
		Relação com famílias	“Maior responsabilização e implicação por parte das famílias”.
	Relação com outras entidades	“maior grau de transparência entre as entidades envolvidas, promovendo-se assim uma articulação mais concertada e fluída”.	
	Que etapas devem ser cumpridas para uma orientação mais consistente neste sentido?	Formação	Formação específica no trauma
Formação sem especificação			“Mais formação e implementação prática de estratégias”.
Supervisão			“Formação prática, supervisão externa na reorganização das práticas para uma implementação mais consistente”.
Profissionais envolvidos			“Formação das equipas técnica e educativa (de preferência em conjunto)”.
Políticas e Procedimentos		Políticas e procedimentos de âmbito geral	“Incorporação de boas práticas nos documentos internos”.

		Remuneração	“valorização da formação e das práticas da EE, traduzidas na remuneração (fator decisivo e indispensável)”.	
		Participação dos intervenientes	“Participação efetiva das crianças/jovens e famílias no próprio processo de avaliação diagnóstica, definição de projeto de vida, definição de objetivos, direitos e deveres de todos os intervenientes”.	
		Relação entre profissionais/equipas	“Comunicação clara e objetiva em pirâmide para todos os intervenientes”.	
	Acompanhamento especializado		“Avaliação diagnóstica que permita conhecer o melhor possível a história e as circunstâncias de vida das crianças e jovens acolhidas e as suas relações familiares”.	
Quais os obstáculos que identifica, para a implementação destas práticas de cuidados sensíveis ao trauma.	Formação	Ausência de formação	“Falta de formação”.	
		Profissionais envolvidos	“No meu ponto de vista parece-me que seria muito interessante para a equipa, no seu todo, fazermos a formação em conjunto”.	
	Escassez de tempo		“Falta de tempo e disponibilidade para organização da intervenção com a equipa”.	
	Políticas e Procedimentos	Políticas e procedimentos de âmbito geral		“dificuldades na adequação e adoção de políticas ajustadas aos diferenciados contextos de intervenção”.
		Remuneração		“Ausência de política remuneratória minimamente adequada, impedindo a manutenção, a formação contínua e a especialização dos elementos de ambas as equipas (EE e ET)”.
		Relação entre profissionais/equipas		“Problemas de comunicação entre todos os intervenientes”.
		Relação com C/J		“Própria personalidade da jovem (mais reservada, pouco transparente)”.
		Relação com famílias		“Frac intervention por parte das famílias das crianças e jovens”.
Formação e Educação				
Que ações são prioritárias para o aperfeiçoamento dos técnicos?	Formação	Formação específica no trauma	“Ações de formação ao nível da intervenção diária na temática, reação a situações de crise, intervenção/ envolvimento da família”.	
		Formação em situação de crise	“Reforço na formação acerca dos planos de segurança e prevenção de crises”.	
		Formação sem especificação	“Formação”.	
		Formação nas áreas clínica/terapêutica	“Formação nas áreas Clínica / terapêutica”.	

		modalidades	“Formações práticas relativas ao tema e sessões de diálogo e partilha de experiências entre equipas técnicas de diferentes casas de acolhimento residencial”.
	Políticas e Procedimentos		“Avaliar o grau de desconhecimento sobre a temática e o impacto nas práticas do quotidiano e posteriormente delinear um plano de formação adequado”.
De que forma poderiam ser concretizadas?	Formação	Formação/modalidades	“Formação, supervisão e reflexão conjunta”.
		Entidades envolvidas	“Parcerias entre a universidade e Casas de acolhimento”.
	Supervisão		“Exercício de supervisão externa, com entidade especializada na intervenção no trauma”.
	Escassez de tempo		“(falta de) Disponibilidade de tempo”.
	Escassez/fragilidade da oferta formativa		“Muitas vezes a inexistência de boas formações e que realmente nos traga algo de novo”.
	Custos com formação		“Financiamento para formação especializada/supervisão”.
Rastreo e avaliação do trauma			
Assinale duas áreas fortes que identifica no funcionamento da sua organização, no que diz respeito a este tópico	Políticas e Procedimentos	Políticas nos procedimentos internos	“A existência de procedimentos de avaliação diagnóstica que priorizam a avaliação do trauma”.
		Políticas na articulação com serviços	“Articulação permanente com as entidades que acompanhem a criança (saúde, escola, etc)”.
	Dimensão da CAR		“Pequena dimensão do número de jovens acolhidas”.
	Acompanhamento especializado		“Todos os jovens são alvo de uma avaliação e de encaminhamento para serviços adequados”.
	Formação		“Equipa técnica com formação específica”.
	Relação entre profissionais/equipas		“Articulação constante da ET com a EE e EA”.
Assinale duas áreas fracas que identifica no funcionamento da sua organização, no que diz respeito a esta dimensão	Escassez de tempo		“Capacidade para estabelecer relações empáticas que permitam a confiança necessária para a partilha de situações traumáticas, por parte das crianças e jovens acolhidas”.
			“(In)disponibilidade horário equipas”.
	Fragilidades na disponibilidade emocional		“(In)disponibilidade dos profissionais face aos casos mais desafiantes (interligado com o facto de ser uma profissão desgastante e por vezes desmotivante)”.

	Ausência de formação	Formação específica no trauma	“A ausência de um conhecimento mais aprofundado sobre a temática por parte da equipa”.
		Formação em situação de crise	“Necessidade constante de reforço a nível formativo da equipa no concerne a planos de segurança e prevenção de crise”.
		Formação sem especificação	“Formação da equipa Educativa”.
		Profissionais envolvidos	“A ET e EE não têm formação específica na temática”.
	Escassez de recursos humanos		“Poucos técnicos”.
	Escassez de informações C/J		“Tendo em conta a privacidade da família e das crianças/jovens a EE tem acesso à informação pertinente, embora por vezes eu considere que seja insuficiente para as práticas diárias”.
	Políticas e Procedimentos	Fragilidades nas políticas de articulação com serviços	“Dependência face aos recursos públicos existentes na comunidade, nomeadamente ao nível da saúde mental, sendo estes escassos face às necessidades das crianças/ jovens acolhidos e limitadores de uma avaliação mais aprofundada e atempada”.
		Fragilidades políticas nos procedimentos internos	“Adequação das práticas diárias de forma sistematizada com base na identificação das situações potencialmente traumáticas, apoio e avaliação especializados na área do trauma”.
Como poderiam ser promovidas?	Formação		“Mais formação”.
	Políticas e Procedimentos	Recursos humanos	“Mais incentivos aos trabalhadores”.
		Políticas inter serviços	“Mediante celebração de protocolos com entidades de avaliação/intervenção especializada”.
		Políticas internas	“Reflexões conjuntas entre Equipa técnica e educativa”.
Supervisão, suporte e autocuidado			
Assinale dois aspetos na sua organização que beneficiariam de mudanças nesta dimensão.	Políticas e Procedimentos internos	Práticas internas	“A existência de momentos de equipa para discussão de casos e estratégias de intervenção/planificação de atividades e rotinas diárias”.
		Bem-estar das equipas	“Existência de momentos de convívio e lazer entre os diferentes elementos da equipa”.
		Relação entre profissionais/equipas	“Preocupação na organização de momentos de reflexão, suporte e coesão da equipa”.
		Relação com direção	“Atenção para com os trabalhadores no sentido de facultar períodos de descanso quando necessário (ex: antecipação de férias, trocas de turnos favorecendo a situação)”.
	Formação		“Formação contínua de prevenção ao <i>burnout</i> da equipa”.

	Supervisão		“Supervisão mais consistente e regular”.	
	Recursos humanos		“O reconhecimento financeiro da equipa educativa e técnica pelo desgaste da profissão”.	
	Bem-estar das equipas		“Existência de outros momentos de partilha e encontro formais/informais, e maior frequências dos mesmos”.	
	Relação entre profissionais/equipas		“Maior e melhor comunicação entre a ET e a EE”.	
O que poderia ser facilitador destas mudanças?	Formação	Relação entre profissionais/equipas	“Existência de mais formação para os profissionais”.	
	Supervisão		“A existência de supervisão externa”.	
	Políticas e Procedimentos		Relação com direção	“Manter atividades de <i>team building</i> e aumentar os momentos de diversão e informalidade”.
			Relação entidades externas	“Mais apoio por parte da Segurança Social/Estado”.
Ambiente físico				
Assinale dois aspetos positivos da sua organização nesta dimensão	Espaço físico da CAR	Estrutura da CAR	“Investimento contínuo no conforto dos espaços”.	
		Espaço exterior da CAR	“Espaços exteriores amplos e bem equipados”.	
		Envolvimento das C/J	“Participação das crianças e jovens nos processos de escolha e propostas de decoração dos espaços”.	
		Necessidades C/J	“Dimensão e estrutura dos espaços potencia o ambiente familiar e aconchegante”.	
Assinale dois aspetos na sua organização que beneficiariam de mudanças nesta dimensão.	Alteração dos espaços	Melhorias e alterações dos espaços	“Realização de pequenas obras de remodelação e decoração do interior e espaço exterior”.	
		Entidades envolvidas	“Apoios externos (a nível económico) e ou mais parcerias que aumentassem a qualidade de vida das crianças e jovens e organização/decoração da casa”.	
		Necessidades C/J	“Apostar ainda mais na apropriação dos espaços pelos jovens: incentivar os jovens a decorar os seus espaços pessoais, encher as paredes dos espaços comuns com as fotografias dos jovens e adultos de forma a potenciar cada vez mais um maior sentido de pertença”.	
O que poderia ser facilitador destas mudanças?	Apoios financeiros		“Programas específicos para a modernização dos espaços/apoio ao financiamento”.	
	Ambiente acolhedor		“Incentivar a equipa a ajudar os jovens na sua apropriação do espaço”:	

	Aumentar contactos externos		“Aumentar os contactos externos”.
	Ser autónoma		“Ser autónoma”.