



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

CUIDADOS SENSÍVEIS AO TRAUMA NAS CPCJ: UM ESTUDO PILOTO

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Ana Isabel Lemos Ferreira Campos

Porto, julho 2023



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

CUIDADOS SENSÍVEIS AO TRAUMA NAS CPCJ: UM ESTUDO PILOTO

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Isabel Lemos Ferreira Campos

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Elisa Veiga e co-orientação Professora Doutora Mariana Negrão

Porto, julho 2023

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Elisa Veiga, por todo o acompanhamento e dedicação ao longo do meu percurso. Pelo entusiasmo e posicionamento crítico que me incutiu ao longo do meu percurso que foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha co-orientadora Professora Doutora Mariana Negrão, pela sua orientação, disponibilidade e carinho demonstrado durante este percurso.

Aos meus pais por serem os meus exemplos de vida, por tudo o que fizeram e fazem por mim. Por estarem sempre presentes. Obrigada pelo apoio incondicional, constante incentivo e perseverança que sempre me incutiram. Por me ensinarem a lutar por aquilo em que mais acredito e por me fazerem querer sempre ser melhor.

Às minhas amigas, Carina, Soraia, Bia, Matilde, Inês, Mariana, Kika e amigo Miguel por me terem acompanhando durante este percurso, pela constante disponibilidade e ajuda nos momentos mais desafiantes, pelas inúmeras partilhas de incertezas, receios, entusiasmo e felicidade e pelas conversas infundáveis que acredito que continuarão ao longo da nossa vida. Obrigada por partilharem comigo esta experiência e a tornarem mais enriquecedora!

Índice

Resumo	8
Abstract.....	9
Introdução	10
Enquadramento teórico.....	12
1. Experiências adversas na infância (ACE).....	12
2. Conceito de Trauma psicológico	14
3. Cuidados sensíveis ao trauma (CST)	17
4. Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)	18
5. Cuidados sensíveis ao trauma em Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em risco (CPCJ)	19
Método	22
Objetivos do estudo/ questões de investigação	22
Amostra/Participantes	23
Instrumentos	26
Procedimento de recolha de dados.....	28
Procedimento de Tratamento e Análise de Dados	29
Resultados do QACST-SPIJ (CPCJ)	30
Resultados Focus group	32
Discussão	36
Conclusão.....	39

Índice de tabelas

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos Participantes.....	24
Tabela 2 Dados institucionais dos participantes	25
Tabela 3 Descrição das Dimensões do QACST-SPIJ (CPCJ)	31
Tabela 4 Descrição dos resultados das dimensões do QACST-SPIJ (CPCJ) por participante	31
 Figura 1 Gráfico da média das dimensões do QACST-SPIJ (CPCJ) por participante.....	32

Índice de anexos

ANEXO A. GUIÃO DE ENTREVISTA FOCUS GROUP	52
ANEXO B. DESCRIÇÃO DO SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS.....	54
ANEXO C. SISTEMA DE CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	63

Lista de abreviaturas

APA – American Psychiatric Association

ACEs – Adverse Childhood Experiences

C/J – Crianças e Jovens

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

CST – Cuidados Sensíveis ao Trauma

CNPDP CJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

EAI – Experiências Adversas na Infância

FG – Focus Group

QACST-SPIJ(CPCJ) – Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma (CST)
versão para Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

NSCH – National Survey of Children's Health

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Resumo

O elevado número de crianças e jovens expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos tais como negligência e violência doméstica tem vindo a acentuar-se. Neste contexto destaca-se a atuação dos profissionais das CPCJ com base nos cuidados sensíveis ao trauma, permitindo uma melhor qualidade de prestação de cuidados e acompanhamento das crianças e jovens em risco, evitando consequências nocivas desta sinalização e re-traumatização.

O presente estudo piloto visa a pilotagem do Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma (CST) versão para Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (QACST-SPIJ(CPCJ)) considerando as dimensões críticas quanto à prestação de CST, recorrendo a questões fechadas e abertas assim como o perspectiva destes profissionais acerca do preenchimento do QACST-SPIJ(CPCJ).

Este estudo potenciou a reflexão e compreensão acerca das perspetivas dos participantes aquando do preenchimento do mesmo, atendendo a que, complementarmente, realizou-se *focus group* com 2 peritos experienciais na problemática em estudo. As conclusões da pilotagem revelaram pontuações mais elevadas nas dimensões Espaço Físico e Políticas e Práticas e mais baixas na Supervisão e Formação.

O seu testemunho sublinhou a relevância do QACST-SPIJ(CPCJ) e dos CST na cultura organizacional das CPCJ. Os contributos revelaram-se encorajadores, permitindo um aperfeiçoamento do questionário através da sua experiência e sugestões de melhorias para futura administração.

Palavras-chave: Cuidados Sensíveis ao Trauma, crianças e jovens em risco, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

Abstract

The higher number of children and youth exposed to potentially traumatic events such as neglect and domestic violence has been increasing. In this context, the performance of CPCJ professionals based on trauma-informed care allows a better quality of care and monitoring of children and youth at risk, avoiding harmful consequences of this signalling and retraumatization.

This pilot study aims to pilot the Trauma-Sensitive Care (TTC) Questionnaire for Child and Youth Protection Commissions (QACST-SPIJ(CPCJ)) considering the critical dimensions regarding the provision of TTC using closed and open questions as well as the perspective of these professionals about the completion of the QACST-SPIJ(CPCJ).

This study enhances the reflection and understanding about the participants' perspectives when filling out the QACST-SPIJ (CPCJ), given that, in addition, a focus group was conducted with two experts with experience regarding the focus of the study. The conclusions of the pilot revealed higher scores in dimensions: Physical Environment and Policies and Practices and lower scores in Supervision and Training.

Their testimony demonstrates the relevance of the QACST-SPIJ(CPCJ) and the CST in the organizational culture of the CPCJ. The contributions proved to be encouraging, allowing the refinement of the questionnaire through their experience and suggestions for improvements for future administration.

Keywords: Trauma Informed Care, Trauma Sensitive Care, Children and Youth Risk, Child Protection Comissions, welfare system

Introdução

De acordo com o Relatório Anual de Avaliação de Atividade das CPCJ de 2022 foram sinalizadas 49.5647 crianças e jovens (C/J) em situação de risco, sendo a maioria por violência doméstica (16.478 casos) e negligência (14.587 casos). Segundo este relatório, tem-se verificado um aumento de C/J acompanhados pelas CPCJ face ao ano de 2021/2022 (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2023).

A investigação empírica tem vindo a demonstrar que a exposição a situações adversas traumáticas na infância está associada ao desenvolvimento de dificuldades a nível da regulação emocional, controlo dos impulsos, depressão e ansiedade, perturbação pós-stress traumático (PTSD), aquando da juventude e na idade adulta (Avery, 2021; McDonald, 2020; Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2014).

Os cuidados sensíveis ao trauma (CST) correspondem a uma abordagem que reconhece e compreende a essência do trauma e o seu impacto desenvolvimental. Esta pressupõe um carácter de promoção de um ambiente sensível e seguro evitando práticas de re-traumatização, cujos benefícios abrangem não apenas o indivíduo, mas também os prestadores de cuidados e familiares, fomentando oportunidades para todos reconstruírem um sentido de controle e empoderamento (Hanson & Lang, 2016; Purtle, 2020; Reeves, 2015; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014).

O presente estudo piloto inserido no projeto *Capacity Building in Trauma Sensitive Care* tem como objetivo geral a pilotagem do Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma (CST) versão para Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (QACST-SPIJ(CPCJ)) considerando as dimensões críticas quanto à prestação de cuidados sensíveis ao trauma, recorrendo a questões fechadas e questões abertas.

O instrumento QACST-SPIJ (CPCJ) avalia as práticas das CPCJ no que diz respeito à qualidade da prestação dos cuidados sensíveis (CST) ao trauma nas CPCJ em Portugal que lidam com crianças e jovens expostos a experiências potencialmente traumáticas, bem como os seus familiares e os profissionais presentes no sistema (Borges, 2022). Em termos concretos, pretende caracterizar as CPCJ relativamente às práticas presentes na prestação de cuidados sensíveis ao trauma, orientadas pelos seguintes princípios: (i) reconhecimento da abrangência do impacto do trauma e a compreensão do potencial de recuperação; (ii) reconhecimento dos sinais e sintomas do trauma nas crianças e jovens (C/J) bem como nos profissionais e outros intervenientes no sistema; (iii) conceção de uma resposta que integra o

conhecimento acerca do trauma; (iv) as políticas e as práticas da organização, nomeadamente no sentido de evitar a re-traumatização (SAMHSA, 2014; Bartlett & Steber, 2019).

A literatura evidencia a relevância da implementação desta abordagem em comissões pela inexistência de práticas bem como a complexidade os processos de tomada de decisões que assegurem um ambiente emocionalmente seguro quer para as C/J e as suas famílias quer para os profissionais que lidam com as mesmas (Capacity Building Center for States, 2017a; Falloot & Harris, 2001) reforçando a pertinência do presente estudo.

Enquadramento teórico

1. Experiências adversas na infância (ACE)

Ao longo do tempo, o termo *Adverse Childhood Experiences* (ACEs) (experiências adversas na infância (EAI)) tem sido alvo de inúmeros estudos (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017; Zhang & Monnat, 2022).

O termo ACE surgiu a partir de um estudo pioneiro preconizado por Felitti e colaboradores de 1995 a 1997 com o intuito de avaliar de forma retrospectiva e prospetiva o impacto das experiências adversas aquando da idade adulta no que concerne a fatores de risco e incidências, qualidade de vida e utilização de serviços de saúde e mortalidade (Felitti et al., 1998). O termo ACE é amplo pois refere-se a circunstâncias ou acontecimentos de vida que ocorrem na infância e que representam uma ameaça ao bem-estar físico ou psicológico da criança, este conceito implica comportamentos diretos dirigidos à criança tais como as omissões de cuidado e fatores ambientais em contexto familiar, abuso físico ou emocional, negligência física e emocional, já as indiretas remetem para a exposição ou testemunho de situações de violência doméstica, abuso de substâncias por parte de um familiar, doença mental de um familiar e divórcio (Felitti, et al., 1998; Matos, 2019; Middlebrooks & Audage, 2008). Para Bartlett (2019) podem ainda ser situações de discriminação, pobreza extrema e violência comunitária.

De forma concomitante, estas experiências adversas podem constituir um fator de risco para o desenvolvimento de trauma. Na mesma linha de investigação, Zhang e Monnat (2022) ampliaram a sua pesquisa e caracterizaram outros ACE tais como o desfavorecimento social e racial (e.g. dificuldades económicas, desalojamento, violência comunitária, discriminação, preconceito e estigma histórico e minorias étnicas) (Bartlett & Sacks, 2019; Finkelhor et al., 2015) e ainda o divórcio (Boullier & Blair, 2018; Hughes et al., 2017).

De facto, a investigação tem vindo a salientar a associação entre a vivência de experiências traumáticas na infância e a manifestação de consequências nocivas durante a trajetória de vida da pessoa (Felitti et al., 1998; Struck et al., 2021). No que concerne ao seu impacto, a investigação evidencia que estes ACE podem ter consequências negativas, especialmente quando ocorrem durante a primeira infância ou de forma contínua, a investigação mais recente tem revelado que os efeitos destes acontecimentos podem tornar-se biologicamente incorporados durante períodos sensíveis de desenvolvimento ocasionando problemas de saúde física e mental. As crianças podem apresentar dificuldades ao nível do sono (e.g. pesadelos) comportamentos agressivos, comprometimento escolar tais como dificuldade de concentração e desmotivação, sintomatologia ansiosa e dificuldades ao nível da

vinculação com os pais (Bartlett & Steber, 2019). A disfuncionalidade familiar acarreta consequências para C/J tais como: insegurança (em relação a si próprio e a outras pessoas), isolamento, tendência para chamar a atenção e sentimentos de rejeição. Relativamente ao impacto que estas ACE têm nos progenitores, estes pautam-se por sentimentos de baixa auto-eficácia parental, podendo exacerbar memórias traumáticas como a perda e a rejeição (Cook et al., 2005). Ainda no mesmo sentido, Wade et al. (2014) referem que as dificuldades financeiras vivenciadas por C/J correlacionam-se com sintomatologia ansiosa e depressiva.

Estas ACE são suscetíveis de originar frequentemente o trauma complexo, que consiste no resultado de uma exposição traumática repetida ou prolongada durante um período de tempo geralmente durante os primeiros anos de vida, perpetrado pela figura de vinculação, resultando em disfunções significativas no âmbito psico-relacional e consequente diminuição do bem-estar aumentando a probabilidade de desenvolvimento perturbação pós-stress traumático (Anda et al., 2006; Briere & Scott, 2015; Gerber, 2019; Hummer et al., 2010).

No entanto, convém ressaltar que a vivência destas experiências adversas não predestina as crianças à adoção de comportamentos de risco podendo ser capazes de ativar mecanismos ou recursos de resiliência que contrariam o desenvolvimento de psicopatologia (Bartlett & Sacks, 2019; Forkey et al., 2021).

O conceito de resiliência tem sido alvo de inúmeros estudos. De facto, vários autores têm salientado a importância da resiliência como um processo dinâmico que envolve a adaptação positiva de um indivíduo inserido num contexto de adversidade (Bowes, 2018; Rutter, 2012). A resiliência refere-se a características e capacidades individuais, bem como o acesso da C/J e família a uma rede de apoio, e em como esses serviços envolvem e maximizam os recursos disponíveis para as crianças inseridas em redes de suporte formal e informal (Bunting et al., 2019).

Estudos têm vindo a salientar que a exposição a experiências traumáticas na infância é mediada pela relação dinâmica entre fatores de risco e protetores. Relativamente a fatores de risco estes caracterizam-se por: inexistência de relações estáveis familiares, estatuto de minoria (e.g. etnia, raça, religião, orientação sexual e género), história prévia de trauma. Para além do referido, a incongruência das práticas parentais patenteia efeitos negativos na trajetória desenvolvimental, nomeadamente na socialização da criança (Cicchetti, 2010; Eisenberg & Fabes, 1994).

Desta forma, os efeitos da adversidade vivida na infância são únicos a cada indivíduo e são mediados por fatores protetores que permitem/ajudam as C/J bem como as suas famílias

a desenvolver mecanismos de resiliência e a lidar com as suas experiências mitigando os efeitos nocivos da adversidade (Bunting et al., 2019).

Atualmente, o conceito de resiliência, é dirigido para a identificação de “processos protetores” estes são responsáveis pela variabilidade no âmbito dos resultados desenvolvimentais e de adaptação positiva (relações positivas com os cuidadores e suporte familiar, pares, estabilidade financeira), contrariando a presença de traumatização (Ashton et al., 2021; Kimberg & Wheeler, 2019).

Segundo o *National Survey of Children's Health* (NSCH) dos EUA, jovens com idades entre os 6 e os 17 anos com pontuações de ACE mais elevadas têm três vezes mais probabilidade de experienciar ansiedade ou depressão do que aqueles que obtiveram pontuações de ACE mais baixas. De acordo com este estudo, a avaliação foi realizada através de 9 questões referentes a diferentes tipos de experiências: (i) dificuldades financeiras; (ii) divórcio dos pais (iii) morte dos pais (iv) pais que estão a cumprir pena na prisão; (v) assistir ou ouvir violência doméstica; (vi) exposição ou vivência de violência na comunidade; (vii) viver com alguém com doença mental; (viii) viver com alguém com história de abuso de substâncias e (vix) ter sofrido discriminação devido à raça ou etnia (Lew & Chian, 2019).

Relativamente aos resultados provenientes desta investigação, pessoas com um índice de ACE de 4 ou mais apresentam duas vezes mais probabilidade de adoção de comportamentos de risco e desenvolvimento de problemas psicológicos tais como perturbações de ansiedade, depressão, abuso de substâncias uso de violência e comportamentos auto-infligidos. No mesmo sentido, estes dados são corroborados por diversos estudos (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017; Kalmakis & Chandler, 2015).

Ainda, é de salientar que estas consequências não ocorrem apenas a nível individual, mas também a nível familiar e na comunidade repercutindo-se nas esferas sóciofamiliares e económicas (Magalhães & Vidal-Alves, 2021).

2. Conceito de Trauma psicológico

No final do século XIX, Pierre Janet e Sigmund Freud realizaram os primeiros estudos que aludiam a acontecimentos traumáticos e as suas implicações.

O trabalho de Freud sobre a etiologia da histeria no século XX, nomeadamente experiências de trauma teve impacto a nível de futuras pesquisas, levando a investigações com enfoque no trauma. De acordo com a abordagem freudiana, o trauma consiste num acontecimento intrusivo pejorativo de modo independente ao indivíduo que decorre da incapacidade de simbolizar a vivência traumática impossibilitando a representação mental e a

sua acomodação levando ao sofrimento e mal-estar psicológico (Freud, 1953; Gerber, 2019; Gleitman, 2004; Jones & Cureton, 2014).

No domínio dos conflitos armados, após a Primeira Guerra Mundial, surgiram estudos sobre o stress traumático que recrudesceram designadamente nos EUA com a guerra do Vietname.

Na década de 70, o movimento de emancipação dos direitos das mulheres ocasionou uma maior atenção para traumas causados pelas consequências da violência sexual e doméstica (Jones & Cureton, 2014).

No que concerne à conceção de trauma, de acordo com a American Psychiatric Association (2013), este consiste na experiência pessoal proveniente de um acontecimento que pode envolver: morte; ameaça de morte; ferimento grave; ameaça à integridade física; testemunhar um acontecimento que envolve a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ter conhecimento de morte inesperada ou violenta, ferimento grave ou ameaça de morte ou doença grave de um familiar ou amigo próximo, assim pode ser um único acontecimento ou um conjunto de acontecimentos. Importa referir que o trauma é um resultado possível da exposição à adversidade, em concreto às experiências adversas na infância. A resposta a um trauma varia de pessoa para pessoa, isto significa que as reações podem ser distintas, existindo assim recursos de natureza idiossincrática (e.g. genética, suporte comunitário social e familiar) que contribuem para esta variabilidade comportamental (Wilson et al., 2013) dado que a natureza traumática da experiência depende de uma dinâmica de fatores de risco e de proteção.

Face ao referido, o trauma pode desencadear consequências negativas: desenvolvimento de sintomas de stress pós-traumático, níveis elevados de ansiedade, stress e depressão, desregulação emocional, problemas a nível de sono (Child Welfare Information Gateway, 2018, SAMHSA, 2022).

Do ponto de vista neurofisiológico, a resposta da pessoa a um trauma implica medo intenso, impotência ou sensação de angústia. Em geral, excedem os mecanismos de *coping* e recursos de um indivíduo ou que a comunidade tem para encarar, e muitas vezes ativam uma reacção de "*fight, flight ou freeze*" como consequência origina sensação de medo, vulnerabilidade e impotência (Avery et al., 2021; Felitti, 1998).

De acordo com The *National Child Traumatic Stress Network* (2022) existem os seguintes tipos de trauma decorrentes de: (i) desastres naturais; (ii) experiências adversas na infância; (iii) violência doméstica; (iv) bullying; (v) trauma complexo; (iv) exposição a situações de violência na comunidade; (vii) violência física; (viii) trauma médico; (ix)

vivências de refugiados de guerra (x) abuso sexual; (xi) violência e terrorismo; (xii) tráfico sexual; (xiv) luto prolongado traumático.

De facto, a investigação evidencia que as consequências resultantes da vivência de um acontecimento traumático ou de disfuncionalidade familiar ao nível da tríade pais-crianças-ambiente tais como a negligência ou omissão de cuidados durante a infância tendem a ser mais perniciosas quando o acontecimento traumático é praticado pela figura de vinculação (SAMHSA, 2014).

Relativamente à prevalência mundial foi realizado um estudo por Knipscheer (2020) em 24 países, 70% das pessoas em idade adulta, afirmam que foram expostas a pelo menos um acontecimento potencialmente traumático, nomeadamente acidentes de viação, violação, assalto e perda de um familiar.

Em Portugal, segundo dados recolhidos em 2016, a prevalência de exposição a eventos traumáticos em pessoas com idades compreendidas entre 18-81 anos é de: 1.4% violência coletiva; 0.7% exposição ou danos corporais tais como violência da integridade física; 1.1% violência interpessoal; 1.1.% exposição a violência doméstica; 0,4% violência sexual; 0.8% catástrofes naturais (Benjet et al., 2016).

Os eventos traumáticos mais comuns em crianças nos primeiros 10 anos de vida são: negligência parental, experiências de migração, discriminação, bullying, exposição a abuso de substâncias por parte dos pais, morte, abuso físico (SAMHSA, 2022).

A investigação é consensual na medida em que se verifica que a exposição a situações adversas traumáticas aquando da infância está associada à possibilidade de desenvolvimento de perturbação de stress pós-stress traumático (PTSD), bem como a outros problemas tais como sintomas depressivos, ansiosos e abuso de substâncias aquando da juventude e na idade adulta (Avery, 2021; McDonald, 2020; SAMHSA, 2014). Ainda importa salientar que, mesmo que uma pessoa não cumpra os critérios de diagnóstico de patologias relacionadas com o trauma, é necessário reconhecer que o trauma pode ainda afectar a sua vida de forma significativa (SAMHSA, 2014).

As C/J com historial de acontecimentos traumáticos constituem-se como sendo particularmente vulneráveis, pois podem experienciar a re-traumatização, que consiste numa sensação de vivência semelhante ao trauma experienciado, desta forma, originam sentimentos e emoções de mal-estar. Por norma, esta retraumatização decorre de “gatilhos” que um dado contexto possa exacerbar (Reeves, 2015).

No que diz respeito ao seu impacto, podem surgir emoções negativas (medo, angústia ou impotência) comprometimento a nível académico (aprendizagem) e sintomas fisiológicos

(e.g. batimento cardíaco acelerado, incapacidade de controlar os esfíncteres, concentração, dores de estômago) (Reeves, 2015).

3. Cuidados sensíveis ao trauma (CST)

Nas últimas décadas e em contexto internacional, nomeadamente nos Estados Unidos da América e Austrália tem se verificado um interesse crescente e consequente investigação acerca dos cuidados sensíveis ao trauma (CST) devido ao reconhecimento de que os eventos traumáticos experienciados na infância se podem constituir como um fator de risco ao longo da trajetória de vida (Avery et al., 2021).

Os CST correspondem a uma abordagem que reconhece e compreende a essência do trauma no que diz respeito aos seus sinais e sintomas bem como o seu impacto desenvolvimental. Em termos concretos, de acordo com a SAMSHA (2014), os cuidados sensíveis ao trauma obedecem a 4 princípios (4R) que em inglês são conhecidos como “*the four Rs*” *realizing, recognizing, responding e resisting* que postulam o seguinte: (i) perceber o impacto generalizado do trauma na criança/jovem, bem como os possíveis trajectos para a recuperação do mesmo; (ii) reconhecer os sinais e sintomas dos traumas; (iii) responder de forma integrada, com conhecimento sobre o trauma, e nas diversas vertentes através de políticas, procedimentos e práticas coniventes com a abordagem sensível ao trauma (iv) evitar a retraumatização das crianças, diminuindo a probabilidade de encararem gatilhos desnecessários, como lembranças associadas à experiência traumática.

Esta abordagem pressupõe um carácter de promoção de uma cultura organizacional que proporciona um ambiente sensível e seguro bem como uma dinâmica funcional que previne práticas de retraumatização, cujos benefícios abrangem não apenas o indivíduo, mas os restantes envolvidos tais como familiares e prestadores de cuidados fomentando oportunidades para todos reconstruírem um sentido de controle e empoderamento (Purtle; 2020; Reeves, 2015; SAMHSA, 2014).

Para além do referido, atualmente, os CST assumem uma vasta importância nas seguintes áreas: psicologia, psiquiatria, educação, saúde, justiça e comunitária (Hanson & Lang, 2016) e, precisamente pela sua relevância, esta abordagem tem sido amplamente transposta para contextos de organizações e de apoio a refugiados bem como sistemas de proteção e promoção de crianças e jovens que se encontram em situações de risco (Hopper et al., 2010; Im et al., 2020; Walsh et al., 2019).

De facto, a abordagem relativa aos CST conjectura uma mudança de paradigma pois permite a expressão e regulação de emoções difíceis centrando-se em: “*o que é que aconteceu*

à pessoa” e não “qual o problema que a pessoa tem” (Forkey et al., 2021; Sweeney et al., 2016), deste modo, não obstante o foco ser o trauma per se, esta abordagem pressupõe um carácter iminentemente baseado em valores e princípios que salientam a resiliência em vez da patologia e a resistência à re-traumatização (Bartlett & Steber, 2019; Elliot et al., 2005). Esta abordagem dispõe o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e intervenções ao nível de *capacity building* de cariz multisistémico evitando situações de traumatização secundária e *burnout* dos profissionais (Brennen et al., 2019; Hanson & Lang, 2016).

A SAMHSA (2014) afirma que os CST pressupõem 6 princípios que têm como objetivo orientar as organizações e equipa a desenvolverem mudanças organizacionais. Os princípios são: (i) segurança que diz respeito à física e emocional e funcionamento da organização; (ii) confiança e transparência (iii); suporte pelo grupo de pares; (iv) colaboração e mutualidade; (v) empoderamento, voz e escolha; (vi) ajuste a questões culturais, históricas e de género (Fallot & Harris, 2001).

4. Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)

As Comissões de proteção de crianças e jovens (CPCJ) são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional cujo objetivo é promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou ultimar situações suscetíveis de comprometer o desenvolvimento integral da criança tais como a sua segurança, saúde, formação, educação (IPDJ, 2020). As CPCJ's funcionam através de duas modalidades: Comissão Alargada e Comissão Restrita.

Assim, para tal a atuação das CPCJ é feita em consonância com a articulação de profissionais de diversas áreas e contextos tais como hospitais, polícias, escolas, os tribunais (Borges, 2022). Atualmente, em Portugal existem 311 CPCJ compostas por 4910 profissionais (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2023).

As CPCJ foram criadas na sequência do decreto-lei nº189/91 de 17/5 tendo sido foram reformuladas e criadas de acordo com a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em perigo aprovada pela Lei n.º 147/99 de 1 de setembro. À comissão restrita compete intervir nas situações em que uma criança/ jovem está em perigo, (CNPDPJ, 2023).

No âmbito da sua atuação, face à identificação de uma situação de perigo, as CPCJ, podem aplicar as medidas de promoção e proteção: (i) apoio aos pais (ii) apoio a familiares; (iii) confiança a pessoa idónea; (iv) apoio para a autonomia de vida; (v) acolhimento familiar; (vi) acolhimento residencial. A aplicação de Medidas de Promoção e Proteção tem como

intuito afastar o perigo em que as C/J se encontram, proporcionando-lhes condições que permitam o seu desenvolvimento integral e garantindo a recuperação física e psicológica das situações adversas a que estiveram expostos (CNPDP CJ, 2023). São medidas que implicam ações de promoção e proteção dirigidas tríade-pais-família e outros intervenientes cujo intuito se prende com a promoção de uma dinâmica familiar adaptativa.

Em contexto português, de acordo com o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ de 2022 (2023) foram sinalizadas 49.564 crianças e jovens (C/J) em situação de risco, sendo que a maioria por negligência (30,5%), violência doméstica (27,4%) destacando-se um aumento na categoria de comportamentos de perigo na infância e juventude (19,9%) e direito à educação (15,6%). Verificou-se um aumento de C/J acompanhados pelas mesmas face ao ano de 2021/2022 (CNPDP CJ, 2023).

Relativamente às causas mais comuns estas são: violência doméstica (16478), negligência (14587), comportamentos de perigo na infância e na juventude (9362 casos); privação do direito à educação (6039 casos), maus-tratos físicos (2332 casos) e psicológicos (1623 casos); abusos sexuais (1009 casos), constituem outras categorias de perigo comunicadas às CPCJ no ano passado (CNPDP CJ, 2023).

5. Cuidados sensíveis ao trauma em Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em risco (CPCJ)

A evidência empírica salienta a escassez de estudos acerca dos CST em comissões, contudo têm sido realizados diversos estudos salientando a sua relevância (Bunting, 2019; Chadwick 2013; Purkey, 2018; Purtle, 2020). Na mesma linha de investigação, foi realizado um estudo preconizado por Kuehn (2020) que concluiu que a adoção da abordagem dos cuidados sensíveis ao trauma reduz a probabilidade dos profissionais apresentarem absentismo laboral, stress e *burnout*.

Apesar dos profissionais conhecerem as circunstâncias e motivos que precipitaram o contacto com o sistema de proteção, estes podem estar menos conscientes do historial e impacto de trauma das crianças e pela falta de recursos e conhecimentos apropriados para responder a estas (Ko et al., 2008; SAMHSA, 2022). A tomada de decisão em contexto de CPCJ pressupõe um conjunto de processos de decisão para afastar a ameaça de danos graves, e podem implicar ações contra a vontade das famílias. Ao mesmo tempo a sua ação visa aumentar as competências da família conjeturando um conjunto de mudanças complexas para as C/J e as suas famílias, por isso é uma decisão que deve respeitar os princípios orientadores dos CST (Capacity Building Center for States, 2017b). A avaliação diagnóstica é uma fase da

intervenção presente em todos os acompanhamentos pelo que o conhecimento e compreensão aprofundada sobre o trauma deve ser incorporado na prática com as C/J . De acordo com os CST, os profissionais devem considerar os sentimentos da família (comunicação assertiva), demonstrar flexibilidade e suporte, fomentar *estratégias de coping* adaptativas bem como de gestão emocional, treino de resiliência e de gestão de stress (Barnhill et al., 2019; Capacity Building Center for States, 2017a; Rogers, 2022; Stark et., al 2022)

A investigação tem vindo a demonstrar que muitas vezes os profissionais que lidam diretamente com estas crianças podem desenvolver o trauma secundário que consiste numa forma indireta de trauma pois são pessoas que lidam e ouvem as histórias de pessoas que vivenciaram experiências traumáticas e que apresentam reações negativas ao stress ou sintomas do trauma devido ao impacto que este tem nas suas próprias vidas (Caringi et al., 2015; Figley, 2013; Hydon et al., 2015). Um outro conceito relevante é a fadiga de compaixão que consiste na manifestação mais grave do stress por compaixão, visto que se trata de um estado de exaustão e disfunção biológico, psicológico e social, resultante da exposição prolongada ao stress por compaixão (Figley, 1995; Newell & MacNeil 2010; Sprang et al., 2011)

Tendo por base esta realidade, os CST ao permitirem: (i) sessões de apoio psicológico; (ii) formação e desenvolvimento de competências que permitam lidar de forma adequada baseada em cuidados sensíveis; (iii) promoção de relações de confiança e frutíferas para todos e, por último (iv) modificações procedimentais tais como horários que permitam o autocuidado, pausas, momentos de reflexão e discussão em grupo e acesso a aconselhamento psicoterapêutico individual; potenciam assim um maior bem estar (Kimberg & Wheeler, 2019; Santos & Cutcliffe 2018). De destacar que estas relações entre sistemas têm por base um princípio que é o de que a qualidade dos profissionais está intrinsecamente associada a cuidados humanizados daqueles que os prestam, daí a importância da formação a nível técnico bem como pessoal. Importa referir que a fomentação destas relações podem mitigar os efeitos adversos do trauma (Kimberg & Wheeler, 2019).

Um estudo realizado por Matlin et al. (2019) afirma que o impacto das experiências adversas na infância podem ser mitigadas através de um contacto sensível ao trauma pois permite responder de forma consciente ao trauma e desenvolvimento de mecanismos de recuperação e resiliência através de programas de intervenção. Em termos práticos, a adoção de uma abordagem de cuidados sensíveis ao trauma em comissões pressupõe uma abordagem multissistémica e ecológica, abrangendo os diferentes contextos nos quais a criança está inserida (Bartlett & Steber, 2019).

Assim sendo, a investigação tem vindo a demonstrar benefícios da adoção de uma abordagem multicontextual alicerçada aos cuidados sensíveis ao trauma tendo por base as influências recíprocas entre os agentes envolvidos na vida das C/J ao destacar o papel do contexto e das interações no desenvolvimento humano, torna patente uma perspetiva positiva e de empoderamento do desenvolvimento, que possibilita a criação de contextos que “convidem” a um desenvolvimento mais adaptativo e um caráter preventivo através da diminuição da probabilidade de existirem “gatilhos” e de novos traumas bem como da não ocorrência de re-traumatização (Bronfenbrenner, 1979; Hanson & Lang, 2016; SAMHSA, 2014).

Em suma, tendo em consideração a prevalência e C/J expostas a situações potencialmente traumáticas, a adoção de CST revela-se de extrema importância pois permite atender adequadamente às necessidades da família bem como os profissionais e todos os agentes envolvidos e diminuir os efeitos nocivos que esta exposição tem ou poderá ter.

Face às necessidades identificadas e à pertinência da mudança, orientada pelos princípios dos cuidados sensíveis ao trauma, o desafio que se coloca é o do desenvolvimento de instrumentos que possibilitem o diagnóstico dos contextos e que permitam impulsionar um processo de mudança. A nível internacional, tem-se verificado um aumento de proliferação dos mesmos de modo a avaliar e auxiliar as organizações a adotar CST tais como o Creating Cultures of Trauma Informed Care (Sprang et al, 2017) que é composto por um conjunto de perguntas que permite a avaliação das perceções das equipas e o Creating Trauma-Informed Care Environments (Hummer et al., 2010) que inclui ferramentas de apoio à mudança organizacional tendo subjacente os CST como modelo de implementação.

No plano nacional a equipa de investigação a implementar o Projeto *Capacity building in trauma informed care* desenvolveu um instrumento de Avaliação dos Cuidados Sensíveis ao Trauma designadamente no âmbito do sistema de promoção e proteção que integra dimensões consideradas críticas para a caracterização da cultura organizacional (Veiga et al., 2021), constituindo-se o presente estudo piloto uma etapa importante para a consolidação da versão para as CPCJ.

Método

O presente estudo é um estudo piloto que adota uma metodologia mista, recolhendo e analisando dados qualitativos e quantitativos em diferentes fases do desenho de investigação e relacionando os dados num único estudo, objetivando a sua leitura integrada (Creswell, 2014).

De acordo com Secomb e Smith (2011) o estudo piloto é considerado um estudo preliminar pois permite gerar informações acerca da adequabilidade do processo de administração de instrumentos e de métodos de recolha de dados utilizados previamente a um estudo futuro com maior dimensão. Assim, o presente estudo, assume particular relevância pois permitirá refletir e aperfeiçoar os métodos utilizados (Lipscomb, 2007). Este revela-se vantajoso por permitir identificar obstáculos aquando do preenchimento do QACST-SPIJ(CPCJ) e dessa forma aperfeiçoar e potenciar uma maior disseminação do instrumento.

A primeira fase do estudo consistiu numa abordagem quantitativa, tendo como objetivo geral a pilotagem do Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma (CST) versão para Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (QACST-SPIJ(CPCJ)) a partir da administração piloto do Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma versão para Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (QACST-SPIJ (CPCJ)) considerando as dimensões críticas exploradas: Formação, Políticas e Práticas, Supervisão e Espaço Físico.

Esta primeira fase que privilegia a abordagem quantitativa é complementada com a abordagem qualitativa através da realização de um *focus group* (FG) com duas das participantes que preencheram o QACST-SPIJ (CPCJ), recolhendo as suas perspetivas e análise crítica decorrentes do preenchimento do questionário. Esta etapa tem como objetivo o seu aperfeiçoamento potenciando a sua administração de forma adequada em grande escala, nestes contextos.

Objetivos do estudo

O objetivo geral do presente estudo visa a pilotagem do Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma (CST) versão para Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (QACST-SPIJ(CPCJ)) considerando as dimensões críticas quanto à prestação de cuidados sensíveis ao trauma, recorrendo a questões fechadas e questões abertas potencializando reflexões e implicações práticas.

Deste objetivo geral derivam os seguintes os objetivos específicos:

1. Caracterizar as práticas de CPCJ considerando as dimensões críticas provenientes do QACST-SPIJ(CPCJ): Formação, Políticas e Práticas, Supervisão e Espaço Físico
2. Compreender a perspetiva e experiência dos profissionais das CPCJ acerca do preenchimento do QACST-SPIJ(CPCJ) de modo a aperfeiçoar o instrumento potenciando a sua administração em larga escala.

Amostra

Em virtude dos presentes objetivos, a amostra constitui-se como uma amostra de conveniência uma vez que na primeira fase do estudo foram contactados profissionais acessíveis aos investigadores e foi solicitado aos mesmos que estabelecessem contacto com outros profissionais das CPCJ para integrar o estudo, de acordo com os critérios de inclusão definidos.

Assim, o investigador identifica, numa primeira fase um membro da amostra e é solicitado a cada elemento dessa amostra que estabeleça contacto com outros profissionais que pertençam à mesma população-alvo para integrar o estudo, sendo que este processo pode ter várias repetições, conduzindo ao efeito bola de neve “*snowball*” (Creswell, 2007; Vilelas, 2009). Deste modo, os participantes deste estudo estabeleceram contacto com outros participantes tendo em conta o critério de inclusão.

Para este estudo apenas foram selecionados profissionais da CPCJ que integram a equipa profissional (Comissão Restrita), que têm a responsabilidade da gestão dos processos, e que conhecem bem as políticas e práticas da organização e que por isso se constituem como peritos no fenómeno em estudo.

A amostra é constituída por 7 profissionais de CPCJ, todos do género feminino, com idades compreendidas entre 32 a 59 ($M = 41.57$; $DP = 11.29$). No que diz respeito ao nível e área de formação dos participantes deste estudo esta assume variedade: 3 dos participantes têm licenciatura em educação (42,9%); 1 licenciatura em inglês e alemão (14,3%) e 3 mestrado em psicologia (42,9%). O cargo que os profissionais desempenham nas respetivas CPCJ são apoio técnico (71,4%) e representante do ministério de educação (14,3%). No que diz respeito aos anos de experiência neste cargo a média 3,83 anos ($DP = 1,72$), já os dados de anos de experiência neste cargo e nesta CPCJ a média é de 5,33 anos ($DP = 4,54$).

Tabela 1*Caracterização sociodemográfica e profissional dos Participantes*

	N	%	M	DP	Amplitude
Participante					
Gênero					
Feminino	7	100			
Masculino					
Prefiro não responder					
Idade			41.57	11.30	32-59
Nível e área de Formação					
Licenciatura em Educação	3	42.90			
Mestrado em Psicologia	3	42.90			
Licenciatura em Inglês e	1	14.30			
Alemão					
Anos de experiência em CPCJ			7.57	3.91	3-14
Cargo nesta CPCJ					
Apoio Técnico	5	83.30			
Representante do	1	16.70			
Ministério de Educação					
Anos de experiência neste cargo			3.83	1.72	1-6
Anos de experiência neste cargo e nesta CPCJ			5.33	4.55	1-14

Relativamente aos dados institucionais, estes estão presentes na tabela 2. Destaca-se com maior incidência as tipologias de perigo de violência doméstica, negligência e comportamentos de perigo na infância.

Tabela 2*Dados institucionais dos participantes*

	N	%	M	DP	Amplitude
Região de atuação da CPCJ a que pertence					
Aveiro	2	28.6			
Porto	5	71.4			
Número de casos em acompanhamento					
Menos de 50					
51-100	2	28.6			
101-300	2	28.6			
301-600	1	14.3			
601-900	1	14.3			
901-1200	1	14.3			
1201 - 1500					
Mais de 1500					
Número de casos em volume processual					
51-100	2	28.6			
101-300	1	14.3			
301-600					
601-900	1	14.3			
901 - 1200					
1201 - 1500	1	14.3			
Mais de 1500	2	28.6			
Tipologias de perigo					
Só Violência Doméstica	1	14.3			
Só Direito a Educação	1	14.3			
Violência Doméstica, e comportamentos de perigo na infância e juventude	1	14.3			
Violência doméstica, negligência e Comportamentos de perigo na infância e direito à educação e outros	4	57.1			

Idades prevalentes das C/J em				
acompanhamento				
0-21 anos	1	14.3		
0-17 anos	1	14.3		
6-10 anos	1	14.3		
6-17 anos	2	28.6		
11-14 anos	1	14.3		
15-17 anos	1	14.3		
Número de elementos da Comissão	7			
restrita que compõe a CPCJ a que		8.57	3.05	5-14
pertence				

Instrumentos

QACST- SPIJ (CPCJ) (Veiga, Rocha, Negrão & Santa Roza e Ribeiro, 2022)

A investigação a nível internacional no que diz respeito a instrumentos de avaliação no âmbito dos CST tem vindo a assumir cada vez mais importância. De facto, uma investigação de Sprang et al. (2017) salienta o desenvolvimento de instrumentos, nomeadamente instrumentos que auxiliam as organizações a adotar uma abordagem de cuidados sensíveis ao trauma tais como o Trauma System Readiness Tool que avalia o sistema de proteção através das percepções das equipas acerca da capacidade de adoção de princípios de CST (Chadwick Trauma-Informed Systems Project, 2013); Ainda, no mesmo sentido, este estudo conclui a presença de dimensões comuns nos instrumentos tais como: (i) políticas e procedimentos; (ii) formação das equipas; (iii) identificação de sinais e sintomas do trauma e avaliação e gestão de traumatização secundária. O presente instrumento adapta e expande os seguintes recursos: Trauma-Informed Organizational Self-Assessment for Child Abuse Prevention Agencies (Wisconsin Children's Trust Fund); Creating Trauma-Informed Care Environments: An Organizational Self-Assessment. (part of Creating Trauma-Informed Care Environments curriculum, University of South Florida). (Hummer, et al., 2010); Trauma informed system change instrument- Organizational change self-evaluation (Richardson et al., 2012). O Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma nos Serviços de Proteção à Infância e Juventude (QACST- SPIJ (CPCJ) (Veiga, Rocha, Negrão & Santa Roza e Ribeiro, 2022) foi elaborado no âmbito do projeto de investigação “*Capacity Building in Trauma Informed Care*”.

Este é um instrumento misto composto por 67 questões, sendo constituído por questões fechadas e abertas que exploram as áreas consideradas críticas para a avaliação dos Cuidados Sensíveis ao Trauma, tais como: (A) Formação (B) Políticas e Práticas; (C) Supervisão; e ainda (D) Ambiente Físico. São incluídas 2 questões abertas que têm como objetivo promover a reflexão e a mudança nas organizações.

A primeira parte do instrumento caracteriza-se pela introdução, seguindo-se o consentimento informado. Esta introdução contempla uma breve contextualização sobre os cuidados sensíveis ao trauma bem como a estrutura do QACST-SPIJ (CPCJ), salientando que não existem respostas certas nem erradas.

Relativamente ao início do QACST-SPIJ (CPCJ), a primeira parte refere-se aos dados institucionais, sendo relativos à CPCJ a que os participantes pertencem: área de atuação da CPCJ; N° de casos em acompanhamento com medida aplicada ou em execução na CPCJ, no último ano (média do ano 2021); n° de casos em volume processual (casos instaurados, transitados e reabertos) no último ano (média do ano 2022); tipologias de perigo das C/J sinalizadas na CPCJ; Idades prevalentes das c/j das famílias em acompanhamento na CPCJ e número de elementos na equipa profissional da CPCJ.

No que concerne aos dados dos profissionais estão presentes os seguintes itens: Idade; Sexo, ao Nível e Área de formação; Anos de experiência em CPCJ; papel profissional no ano de 2021 na CPCJ; anos de experiência na presente função e anos de experiência na presente função na CPCJ onde se encontra. A inclusão destes itens prende-se com a existência de inúmeros profissionais com formações distintas e cargos diversificados dentro das equipas da CPCJ que realizam a gestão processual.

A dimensão (A) Formação é composta por 19 itens de resposta fechada relacionados com as práticas da organização que visam a preparação e melhoria contínua dos colaboradores no seu papel profissional sobre conceitos cruciais considerando o tema.

A dimensão (B) Políticas e Práticas tem 30 itens que pretendem avaliar as políticas e práticas relativamente ao funcionamento da organização relativos a aspetos como o a rastreio, referenciação e acessibilidade no que diz respeito aos serviços especializados.

A pertinência destes tópicos está alicerçada nos princípios que orientam os cuidados sensíveis ao trauma, de acordo com SAMHSA (2014) tais como (ii) reconhecer os sinais e sintomas dos traumas; (iii) responder de forma integrada, com conhecimento sobre o trauma, e nas diversas valências através de políticas, procedimentos e práticas congruentes com a abordagem sensível ao trauma.

A dimensão (C) diz respeito à Supervisão e incide sobre as práticas na organização, respeitantes à supervisão dos seus colaboradores e engloba 4 itens de resposta fechada.

A dimensão (D) é o Espaço Físico, esta é composta por 12 itens de resposta fechada e tem como objetivo explorar os indicadores de segurança e bem-estar da organização em relação ao seu ambiente físico.

As questões são de resposta fechada e obedecem a uma escala de *Likert* de 4 pontos, em que 1 = “Não cumprimos”, 2 = “Cumprimos minimamente”, 3 = “Cumprimos parcialmente” e 4 = Cumprimos integralmente”. e ainda a opção de “não se aplica” consoante o item se adapta às funções desempenhadas pelo colaborador. A dimensão Formação a escala de *Likert* tem 4 pontos, em que 1= “Não recebi”, 2 = “Insuficiente”, 3 = “Suficiente e 4 = “Bom”.

No final do questionário estão presentes 2 questões de resposta aberta que permitem a reflexão acerca das dimensões: Formação; Políticas e Práticas; Supervisão e Espaço Físico designadamente na identificação de: (1) dois aspetos positivos no funcionamento da sua organização e (2) dois aspetos que beneficiariam de mudanças.

Guião Focus Group (FG)

Com vista à recolha das perspetivas e experiência dos profissionais das CPCJ acerca do preenchimento do QACST-SPIJ (CPCJ), foi realizado um guião para um *focus group* (FG) que consta no **Anexo A**. Tendo em conta os objetivos do presente estudo, o guião considerou os seguintes tópicos: (i) Avaliação do interesse e pertinência do QACST-SPIJ (CPCJ) e dimensões exploradas (ii) Obstáculos e dificuldades no preenchimento do questionário (e.g. extensão do questionário, enunciado das questões formuladas) (iii) Implicações do uso do questionário para a prática profissional (e.g., O preenchimento do questionário trouxe *insight*/reflexões e perspetivas face à sua prática profissional?) (iv) sugestões de melhoria.

Procedimento de recolha de dados

O processo de recolha de dados garantiu o respeito e atendeu a questões éticas e deontológicas durante o processo de investigação tais como o respeito pelo anonimato e consentimento informado (OPP, 2011). O consentimento informado presente no QACST-SPIJ (CPCJ), forneceu todas as informações relevantes tais como o objetivo do estudo, de modo a viabilizar a livre tomada de decisão de participar nesta investigação, bem como a garantia de

anonimato e confidencialidade, salvaguardando que a informação será de uso exclusivo científico (OPP, 2011). Procedeu-se à elaboração do questionário através da plataforma *Qualtrics*. Relativamente ao pedido para participação no estudo, foi realizado o contacto com os primeiros participantes através de um e-mail solicitando a colaboração dos profissionais das CPCJ para a participação no estudo, tendo sido solicitado que identificassem outros participantes tendo por base o critério de inclusão de serem profissionais da CPCJ que integram a equipa profissional (Comissão Restrita), que têm a responsabilidade da gestão dos processos, e que estão familiarizados com as políticas e práticas da organização e que por isso se constituem como peritos no fenómeno em estudo.

A recolha de dados decorreu nos meses de abril e junho de 2023 em formato *online*, através do acesso a um *link* que continha o QACST-SPIJ (CPCJ) construído no *Qualtrics*.

Na segunda fase do estudo foram contactados alguns dos participantes que colaboraram na primeira fase para a realização do *focus group* (FG) a quem foi explicado os objetivos desta etapa. Este método revela-se vantajoso no presente estudo por possibilitar a recolha de opiniões diversificadas (Kumar, 2011) e gerar questões relevantes reportando-se ao preenchimento do questionário. Participaram no FG duas profissionais tendo o mesmo sido agendado na modalidade online através da plataforma *zoom*, com a duração de 1 hora.

No início da realização do mesmo, foi pedida autorização para gravar em registo vídeo a condução do mesmo assegurando a não divulgação.

O FG iniciou-se com uma breve introdução acerca dos objetivos reforçando que a participação era voluntária e a garantia do anonimato e consentimento informado, agradecendo a presença e o contributo dos participantes. Posteriormente realizou-se uma breve apresentação do instrumento, as suas dimensões, estrutura e modo de resposta e de seguida procedeu-se à exploração dos tópicos constantes do guião.

Procedimento de Tratamento e Análise de Dados

O tratamento dos dados recolhidos através do QACST-SPIJ(CPCJ) incluiu procedimentos de análise estatística recorrendo à estatística descritiva através do software *IBM SPSS versão 28*. Quanto às 2 questões abertas do questionário, o conteúdo das mesmas foi analisado através de um processo de codificação, permitindo analisar o seu conteúdo, procedendo-se à construção de um sistema de categorias tendo por base as perguntas formuladas que visavam os aspetos positivos e aspetos a beneficiar de mudanças (Saldaña, 2013).

Relativamente aos dados recolhidos do FG, procedeu-se à transcrição das respostas através do *word*, seguidamente, foi realizada uma leitura flutuante da transcrição que permitiu familiarização com os conteúdos.

O processo de codificação foi orientado pelos tópicos do guião permitindo a organização das temáticas emergentes dos dados. As respostas foram analisadas na sua totalidade, procedendo-se à fragmentação do texto sempre que necessário. Cada unidade de registo foi codificada garantindo proximidade da linguagem dos participantes, progressivamente os códigos foram agrupados em temáticas mais abrangentes com poder analítico face às questões formuladas.

As categorias e subcategorias criadas a partir dos dados assumiram flexibilidade e o sistema de categorias foi progredindo à medida que se procedia a codificação dos dados. Recorreu-se à análise temática, cumprindo-se as seis fases da mesma (i) familiarização com os dados; (ii) criação dos códigos iniciais; (iii) procura de temas; (iv) revisão dos temas; (v) definição e nomeação dos temas; (vi) reportar os resultados (Nowell et al., 2017)

A análise de dados foi apoiada pelo programa *Nvivo 12 ou 11 Qualitative Research Solution* (QRS) que permitiu explorar e realizar uma sistematização dos dados de forma aprofundada e organizada tendo subjacente os princípios da análise temática (Nowell et al., 2017).

Resultados do QACST-SPIJ(CPCJ)

Serão apresentados os resultados do QACST-SPIJ(CPCJ). Esta análise será complementada com a análise dos dados qualitativos provenientes das duas questões abertas presentes no QACST-SPIJ (CPCJ), permitindo uma maior compreensão e contextualização.

A tabela 3 apresenta os resultados globais das dimensões do QACST-SPIJ(CPCJ). A dimensão Espaço Físico (e.g. sensação de segurança) evidencia maior pontuação média (M= 2.90; DP= 0.56) a dimensão Supervisão (e.g. supervisão sobre o risco de *burnout* e compreensão sobre o impacto do trauma nos profissionais) apresenta médias mais baixas (M= 2.14; DP= 1.45), de ressaltar que todos os resultados se situam abaixo de três.

Tabela 3*Descrição das dimensões do QACST-SPIJ (CPCJ)*

Dimensões do QACST-SPIJ(CPCJ)	Min	Máx	M	DP
Formação	1.00	4.00	2.21	0.73
Políticas e Práticas	1.00	4.00	2.62	0.72
Supervisão	1.00	4.00	2.14	1.45
Espaço Físico	1.00	4.00	2.90	0.56

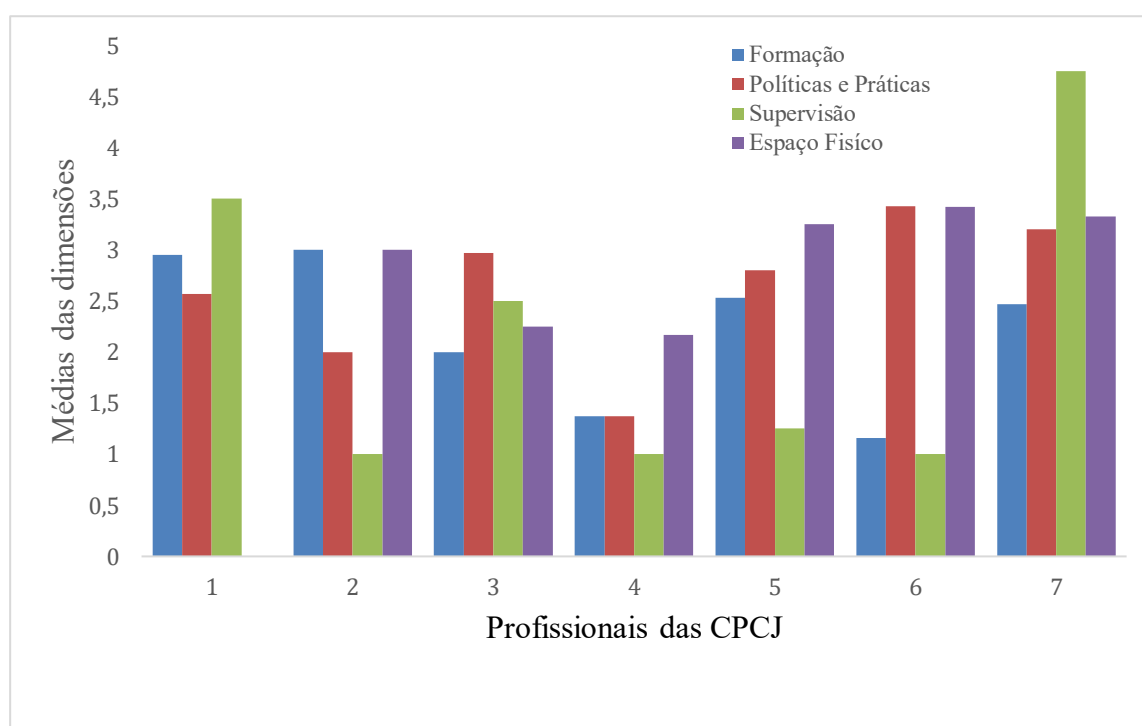
A tabela 4 apresenta os resultados relativos às médias e desvio padrão das dimensões de cada participante. A análise destes dados permitiu a seguinte descrição: Na dimensão Formação, o valor médio mais alto da dimensão formação foi de (M= 2.95; DP= 0.22) já o valor mais baixo foi de (M=1.16; DP= 0.36). Na dimensão das Políticas e Práticas, o valor médio mais alto corresponde (M= 3.43; DP= 1.05) e o mais baixo (M=2; DP= 0). Na Supervisão, o valor médio mais alto (M=4.75; DP = 0.43) e o mais baixo (M=1; DP = 0.00). Já o espaço físico, o valor médio mais alto corresponde a (M= 3.42; DP= 0.76) e o mais baixo (M= 2.17; DP = 0.00)

Tabela 4*Descrição dos resultados das Dimensões do QACST-SPIJ (CPCJ) por participante*

Dimensões do QACST-SPIJ(CPCJ)	Formação		Políticas e Práticas		Supervisão		Espaço Físico	
Participantes	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
1	2.95	0.22	2.57	0.62	3.5	0.50	-	-
2	3	0.00	2	0	1	0.00	3	0.00
3	2	0.56	2.97	0.98	2.5	0.87	2.25	0.83
4	1.37	0.58	1.37	0.66	1	0.00	2.17	1.21
5	2.53	0.60	2.08	0.87	1.25	0.43	3.25	1.16
6	1.16	0.36	3.43	1.05	1	0.00	3.42	0.76
7	2.47	0.50	3.02	1.25	4.75	0.43	3.33	0.94

Figura 1

Gráfico da média das dimensões do QACST-SPIJ (CPCJ) por participante



A figura 1 ilustra as médias das quatro dimensões do QACST-SPIJ/CPCJ) para cada participante do estudo.

Relativamente às questões abertas: no que diz respeito aos dois aspetos positivos no funcionamento da sua organização foi realçado a existência de uma “*equipa multidisciplinar*” “*a coesão da equipa; a capacidade de resiliência da equipa*”; “*o empenho dos profissionais; a preocupação pela privacidade das famílias*” “*o espírito de equipa, profissionalismo dos técnicos*” “*união*” No que diz respeito aos dois aspetos que beneficiariam de mudanças, destaca-se a necessidade de alterações do espaço físico (e.g. *espaço físico que é exíguo; o espaço físico destinado aos utentes; melhores condições, mais salas de atendimento, open*

space com menos técnicos a trabalhar em simultâneo); o facto de os recursos humanos serem insuficientes face ao volume processual, e instabilidade de permanência na CPCJ indicando uma rotatividade laboral constante; a inexistência de formação (*e.g. a formação dos profissionais que aqui trabalham; mais formação, não apenas focada em procedimentos técnicos e legais*); a ausência de supervisão (*e.g. possibilidade de existência de supervisão*); A referência à inexistência de formação e a ausência de supervisão, apresentados como aspetos negativos é coerente com a avaliação quantitativa levado a cabo por alguns dos elementos constituintes da amostra que apresentam igualmente estas dimensões como deficitárias.

Resultados Focus Group

Considerando os objetivos específicos desta segunda fase do estudo, a apresentação dos resultados será orientada pelos objetivos enunciados em coerência com os tópicos do guião (**ANEXO A**) que se traduzem nas temáticas identificadas. Na descrição dos resultados as categorias e subcategorias emergentes dos dados e convocadas para esta análise encontram-se a **negrito (código do participante/ número de referências)** sendo que os excertos dos testemunhos das participantes encontram-se entre parêntesis a *itálico (Consultar Anexo B e C)*.

Temáticas

Interesse e pertinência do tema

No que diz respeito ao interesse e pertinência do QACST-SPIJ (CPCJ), as participantes fundamentam a sua pertinência, por um lado a mais-valia da abordagem por valorizar uma visão integrada **das crianças e jovens e dos profissionais (5/2)**, salientado o seu carácter inovador. A P1 afirmou: *“até porque foi o primeiro que respondemos sobre este tema e a abordar as duas dimensões (...) há muita coisa sobre violência doméstica, maus-tratos e burnout e etc mas desta forma e com estas duas dimensões foi a primeira vez que preenchemos”* (*“no fundo o tema aborda as duas dimensões, das crianças enquanto vítimas destes acontecimentos e dos técnicos que trabalham estas questões e das implicações que isso tem. Acho que dos primeiros vai-se falando embora não suficiente e focadas o suficiente no que realmente importa”*). Esta opinião foi corroborada pela P2: *“é mais do que óbvio que isso tem que começar a ser falado e estas dimensões são importantes, diferentes, umas que dizem respeito aos profissionais, outros empregados, espaços, entidades, mas se elas não estiverem todas a trabalhar no mesmo sentido são as famílias que mais uma vez vão sofrer.”*

salientando ainda “*não são só aqui as crianças e as famílias mas também o lado dos técnicos que lidam diariamente com estas situações que são desafiantes!*”.

Por outro lado, foram reportados aspetos que remetiam para a possibilidade de **não pertinência e interesse do tema, na medida em que os profissionais não estariam apropriados da temática** (1/1) (“*Se calhar se viesse a dizer “burnout” estava tudo a preencher. eu acho que pode ter sido um bocadinho por isso, pela falta de apropriação do que é em si*” (P1))

Quando questionadas se os conteúdos abordados no instrumento são acessíveis aos profissionais que não possuam formação na área de Psicologia e sem formação em trauma, P2 refere “*Um bocadinho. Até por isto que estamos a falar, ou seja, as equipas são de facto multidisciplinares e algumas delas nunca ouviram falar do termo sequer e por isso se não existe formação ou as pessoas têm esse interesse e fizeram-no e conseguem perceber ou então ficaram um bocadinho “tipo não estou a perceber muito bem o que isto é.”* P2 No mesmo sentido, adicionalmente reporta “*pela falta de apropriação do que é em si*”.

Características do QACST-SPIJ(CPCJ)

Obstáculos identificados no preenchimento

Ambas as participantes mencionaram **obstáculos, a nível da informação solicitada sobre a caracterização das CPCJ onde os profissionais exercem as suas funções e que remetem para os dados institucionais** (6/2) “*A nossa comissão tem um volume processual muito elevado portanto para responder aquelas primeiras perguntas, do volume processual, medidas aplicadas e etc não dá para ser de cabeça, (...) implica procurar, ir a um relatório e fazer essa pesquisa e alguns desses números (...) não vão lá direto*” (1/1) (“*aquela primeira parte em particular pronto se calhar sim existindo a possibilidade...*” [quando questionado acerca da extensão das primeiras questões da primeira parte do QACST-SPIJ (CPCJ)] (P1)).

Foi também mencionado o **timing/ o momento em que se iniciou a administração do questionário** como sendo um **obstáculo** (5/2) (“*há muitos estudantes que nos solicitam este preenchimento de questionários e acabam quase todos por vir muito centrados na mesma altura do ano, ou seja, acabamos por neste período de abril estarmos solicitados*” (P2)).

No que toca a **aspetos sensíveis** (2/2) que o questionário possa abordar e que eventualmente gerasse desconforto ou resistência à colaboração, ambas as participantes referem que não tiveram essa percepção (“*Não, não tenho essa percepção até porque primeiro*

quer dizer e já toda a gente sabe, não é? Que é anónimo não há volta para deixar de ser, acho que isso as pessoas já não têm como problema depois eu acho que também estamos cada vez mais sensíveis para tentar fazer a diferença (...) e que se consiga evoluir e que se consiga mudar a forma como estamos a fazer" (P1)).

Ambas as participantes destacaram **aspectos positivos (2/2)** do QACST-SPIJ(CPCJ) (*"Então a formação se não tivermos nunca vamos estar sensíveis para os diferentes aspetos para as coisas que podemos fazer de forma diferente. No caso em particular, aí já é um bocadinho dirigido à forma como lidamos com as famílias e com as crianças e a diferença que isso possa fazer na vida deles."* (P2)).

Relativamente à questão acerca da dimensão do questionário, procurou-se compreender se a mesma influenciou a adesão ao questionário, de acordo com as participantes do FG este aspeto não foi contudo corroborado, dado que consideraram a sua extensão adequada face aos objetivos (*"Eu não, não senti muito porque eu acho que é um bocadinho pessoal, é um tema que me interessa eu acho que há trabalho que é preciso ser feito e portanto eu estava a responder sem muitas dificuldades e sem pensar "ai ainda vou a meio"*) (P1)) (*"Eu lembro-me de estar a meio e pensar ufa mas porque depois pensamos assim (...) e não adianta só dizer isto é tudo mau, ninguém nos liga nenhuma, nada é ideal e quando alguém tem algum senso de preocupação, vamos contribuir de alguma forma, esta é a minha perspetiva não podemos não colaborar, ainda que as vezes a gente possa dizer "ai isto é enorme"* (P2))

Implicações para a prática profissional das CPCJ

Foram referidas **expectativas** resultantes do preenchimento **(2/1)** *"e depois as expectativas do que resultam a nível geral (...) "portanto eu acho que se toda a gente preenchesse, poderia haver aqui algum insight isto afinal até faz sentido"* (P1) e **implementação de melhorias a sua organização (4/1)** *"coisas a fazer, eu falo em particular do espaço físico da comissão"* e (*"uma sala de espera que seja mais amiga das crianças"*) (1/1) *"Eu acho que acima de tudo também traz algumas expectativas não é, portanto que era aquilo que estávamos a falar no início e que seja cada vez mais falado e que sejam desenvolvidas aqui algumas medidas"*. (1/1) (*"as coisas começando a ser faladas começando a existir guidelines, instrumentos"* (P1)).

Sugestões

P1 refere ainda que poderia ser útil existir mais **insistência na solicitação para colaborar no estudo (2/2)** (*“às vezes pode funcionar outras pode ser pior mas eu acho que às vezes é importante voltar a insistir (P1) bem como uma devolução de resultados (2/2) (”se houvesse também a preocupação de “olhem pegue aqui,” este é foi o artigo que saiu, isso também podia facilitar”) “(às vezes essa devolução faz com que também no futuro estejam mais disponíveis e atentas e mais sensibilizadas para participarem.” (P2))*).

Discussão

O presente estudo tem como objetivo geral a pilotagem do Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma (CST) versão para Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (QACST-SPIJ(CPCJ)) considerando as dimensões críticas quanto à prestação de cuidados sensíveis ao trauma, recorrendo a questões fechadas e questões abertas.

A abordagem dos cuidados sensíveis ao trauma pressupõe a existência de profissionais conscientes das implicações do trauma e desenvolvimento de ações a desempenhar na comunidade tais como: parentalidade, educação, desenvolvimento de políticas, entre outros que contribuem para o bem-estar destas c/j e outros envolvidos (Matlin et al., 2019).

A investigação empírica tem vindo a comprovar que apesar dos profissionais conhecerem as circunstâncias e motivos que precipitaram o contacto com o sistema de proteção, estes podem estar menos conscientes do historial de trauma das crianças e dos seus pais pela ausência de conhecimentos apropriados para responder a estas necessidades no que diz respeito às consequências comportamentais ou emocionais presentes (Ko et al., 2008; SAMHSA, 2022; Walsh et al., 2018), agravados pela escassez de recursos, volume de trabalho, esta ideia reforça a pertinência de uma abordagem sensível ao trauma tendo em conta a complexidade de interação de profissionais e c/j em risco de modo a responder de forma adequada às suas necessidades (Murphy et al 2017).

Os resultados evidenciados pelo QACST, apresentam uma pontuação mais baixa relativamente às dimensões de Formação e Supervisão, sendo estes dados corroborados pela percepção das participantes no FG (*“não, não é de todo uma formação que tenha em conta os CST”(P1)* que reconhecem a necessidade de formação e da pertinência do tema, (*“a formação dos profissionais que aqui trabalham; mais formação, não apenas focada em procedimentos técnicos e legais*); De acordo com Purtle (2020) a formação é uma dimensão chave para a capacitação da equipa no que diz respeito à prática dos CST, sendo primordial para a resposta da organização às necessidades de todos os intervenientes (c/j, profissionais) (SAMHSA, 2014). Nesse sentido, a formação deve ser alicerçada em tópicos relacionados com o

reconhecimento dos sinais e sintomas, responder de forma integrada, com conhecimento sobre o trauma, (SAMHSA, 2014). A formação dos profissionais é essencial pela presença de tópicos relacionados com as implicações do trauma e consequente melhoria evitando a traumatização secundária (Purtle, 2020).

Relativamente à Supervisão, as participantes no FG apontam igualmente como sendo inexistente (*“nem temos supervisão”* (P2)). Tendo por base a literatura, esta dimensão constitui-se fulcral em contextos de proteção por evitar o desenvolvimento de traumatização secundária e *burnout* (Brennen et al., 2019) face à confrontação diária com *“situações altamente desafiantes”* quer no âmbito das c/j quer dos profissionais.

De um modo geral, as participantes no FG referem que o QACST-SPIJ(CPCJ) é um instrumento pertinente por integrar ambas as dimensões – as c/j e os profissionais - salientando este carácter inovador (*“até porque foi o primeiro que respondemos sobre este tema abordar as duas dimensões”* (P1)). Simultaneamente, as participantes consideram que o preenchimento do questionário promove mudanças a nível de práticas futuras, de acordo com as mesmas, aquando do seu preenchimento estas referem que o questionário visa promover a mudança organizacional. A valorização deste aspeto, por parte das participantes é relevante, uma vez que os CST visam o bem-estar de todos os intervenientes na organização. Acresce sublinhar que o questionário visa promover a mudança organizacional e, ter proporcionado este *insight*, é revelador da sua importância como um facilitador da mudança o que esta em conformidade com o comentário da participante do FG referem ainda, que face aos objetivos a extensão do questionário é adequada e não foi um fator de desmotivação durante o seu preenchimento (*“Eu estava a responder sem muitas dificuldades e sem pensar “ai ainda vou a meio”* (P1)).

A evidência empírica no âmbito dos cuidados sensíveis ao trauma tem vindo a salientar a importância destas dimensões relativamente à prestação de cuidados sensíveis ao trauma evitando práticas de re-traumatização no que diz respeito a C/J em risco e profissionais (Hanson & Lang, 2016; Bunting et al., 2019).

Para que as comissões desenvolvam uma abordagem em coerência com os cuidados sensíveis ao trauma, é fulcral o ajustamento do seu funcionamento, nomeadamente na elaboração de protocolos de avaliação e consciencialização do impacto da vivência traumática nas c/j e famílias junto dos quais desenvolvem a sua intervenção, bem como a acessibilidade a serviços especializados de saúde mental.

Relativamente à dimensão Espaço Físico, de acordo com os resultados, esta dimensão obteve a média mais alta no QACST-SPIJ (CPCJ), esta patenteia a assunção de que crianças e

jovens com um historial de acontecimentos traumáticos constituem-se como sendo particularmente vulneráveis pois podem experienciar a re-traumatização, isto ocorre pela presença de “gatilhos” que um dado contexto possa exacerbar, devendo-se em grande medida a uma possível semelhança do trauma experienciado (Reeves, 2015). Esta dimensão revela-se pertinente dado que pode ocorrer a re-traumatização e revivência do trauma originando sentimentos e emoções de mal-estar (Becker- Blease, 2017; Coles & Jones, 2009). Apesar de a dimensão relacionada com o Espaço Físico esteja avaliada mais positivamente pelos profissionais que responderam ao QACST, é importante considerar a disposição física do espaço de modo a não provocar a re-traumatização e formação a nomeadamente psicoeducação dos profissionais que contactam com ambos (progenitores e C/J) através de intervenções que fomentem, por exemplo, o envolvimento parental de relações de securizantes entre os pais e C/J. (Bartlett & Steber, 2019; Bernard et al., 2012; SAMHSA, 2014). Esta ideia reforça a pertinência da adoção dos CST.

Tendo por base os resultados deste estudo piloto, são identificados alguns obstáculos relativamente à recolha de informação acerca da organização nomeadamente informação sobre o volume processual que, apesar de ser pertinente para atender às condições de trabalho dos profissionais, este fator pode desencorajar o preenchimento do QACST-SPIJ(CPCJ). (Capacity Building Center for States, 2017a).

Conclusão

Os cuidados sensíveis ao trauma constituem uma abordagem que reconhece e compreende a essência do trauma e o seu impacto através da promoção de um ambiente sensível e seguro evitando práticas de retraumatização (Reeves, 2015; Hanson & Lang, 2016; Purtle, 2020; SAMHSA, 2014).

A adoção de uma metodologia mista na pilotagem do QACST-SPIJ(CPCJ) constituiu-se como um aspeto positivo do presente estudo. De facto, esta foi uma primeira “etapa” que possibilitou obter um maior aprofundamento acerca da experiência do preenchimento do mesmo por parte dos profissionais que são peritos experienciais, permitindo aprofundar esta experiência através das informações recolhidas através do FG. A pilotagem do QACST-SPIJ(CPCJ) possibilitou ainda a confrontação com as experiências pessoais e sugestões do seu preenchimento, tendo sido possível a sinalização de áreas críticas e aspetos a melhorar do questionário, sendo este um aspeto positivo do presente estudo. Tendo em conta o cariz exploratório da presente investigação, este poderá orientar, fomentar novos *insights* e práticas através do contributo dos profissionais permitindo “dar voz” aos profissionais peritos no fenómeno através de uma participação ativa estimulando novas práticas e processos de mudança tendo em conta uma lente sensível ao trauma, promovendo uma maior compreensão e disseminação do tema CST.

Relativamente às limitações, diz respeito ao reduzido número de participantes que colaboraram na primeira etapa deste estudo piloto, cujos motivos podem estar relacionados com o *timing* da solicitação para a sua colaboração ou, como se procurou compreender, possivelmente com a extensão do questionário. Este aspeto não foi contudo corroborado pelas participantes no FG que consideraram a sua extensão adequada face aos objetivos.

O reduzido número das participantes que responderam ao QACST-SPIJ(CPCJ), condicionou a análise estatística.

Face ao que foi referido previamente, como futura sugestão, recomenda-se a continuação da investigação, de modo a colmatar esta limitação poderá ser pertinente estender o período disponível para o preenchimento do QACST-SPIJ(CPCJ) bem como atender ao momento do pedido de colaboração, tal como sugerido por parte das participantes de modo a haver maior adesão.

Dada a escassez de investigação nesta área no plano nacional, o presente estudo piloto contribuiu para reforçar a pertinência do tema e para a avaliação dos CST através do QACST, que foi valorizado pelos profissionais, quer pelas suas características e implicações para a mudança. Assim, este estudo revela-se pertinente quer pela preocupação crescente com o

bem-estar das crianças e dos jovens, quer por permitir a valorização da participação e da perspectiva dos profissionais que lidam com as C/J e as suas famílias fornecendo importantes contributos, para a compreensão do funcionamento das CPCJ denotando a importância e necessidade das equipas da CPCJ adotarem uma lente sensível ao trauma.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., & Perry, B. D. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Ashton, K., Davies, A. R., Hughes, K., Ford, K., Cotter-Roberts, A., & Bellis, M. A. (2021). Adult support during childhood: A retrospective study of trusted adult relationships, sources of personal adult support and their association with childhood resilience resources. *BMC psychology*, 9(1), 1-11.
- Avery, J. C., Morris, H., Galvin, E., Misso, M., Savaglio, M., & Skouteris, H. (2021). Systematic Review of School-Wide Trauma-Informed Approaches. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(3), 381–397. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00321-1>
- Barnhill, J., J., W. F., & Kimel-Scott, K., & Weil, A. (2019) Trauma-Informed Care: Helping the Healthcare Team Thrive, In M. R. Gerber (2019) *Trauma-informed Healthcare Approaches* (pp.197-213). Springer
- Bartlett, J. D., & Steber, K. (2019). How to implement trauma-informed care to build resilience to childhood trauma. *trauma*, 9, 10.
- Bartlett, J., & Sacks, V. (2019). *Adverse childhood experiences are different than child trauma, and it's critical to understand why*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18206.89921>
- Becker-Blease, K. A. (2017). As the world becomes trauma-informed, work to do. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 131–138. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1253401>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., ...

- Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O., & Carlson, E. (2012). Enhancing Attachment Organization Among Maltreated Children: Results of a Randomized Clinical Trial. *Child Development*, 83(2), 623–636. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01712.x>
- Borges, K. V. J. (2022). *Cuidados sensíveis ao trauma: Contributos para a caracterização das respostas no âmbito das CPCJ* [Master's Thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/38420>
- Boullier, M. & Blair, M. (2018). Adverse Childhood Experiences. *Pediatrics and Child Heal.* <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.008>
- Bowes, L. (2018) Childhood adversity and lifetime resilience, In M. Bush (2018) *Addressing adversity: Prioritising adversity and Trauma informed care for children and young people in England*. The Young Minds Trust & Health Education England: Available at <https://youngminds.org.uk/media/2142/ym-addressing- adversity-book-web.pdf>
- Brennen, J., Guarino, K., Axelrod, J., & Gonsoulin, S. (2019). *Building a multi-system trauma-informed collaborative: A guide for adopting a cross-system, trauma-informed approach among child-serving agencies and their partners*. American Institutes for Research.
- Briere, J., & Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 38(3), 515–527. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.004>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bunting, L., Montgomery, L., Mooney, S., MacDonald, M., Coulter, S., Hayes, D., & Davidson, G. (2019). Trauma Informed Child Welfare Systems. A Rapid Evidence Review.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(13).
<https://doi.org/10.3390/ijerph16132365>

Capacity Building Center for States. (2017a). *Decision-making in child welfare for improved safety outcomes*. Children's Bureau, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.
https://capacity.childwelfare.gov/sites/default/files/media_pdf/decision-making-welfare-cp-00051_0.pdf

Capacity Building Center for States. (2017b). *Showcase: Safety outcomes and decision-making approaches*. Children's Bureau, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Consultado em:
<https://capacity.childwelfare.gov/states/resources/safety-outcomes-decision-making-approaches>

Caringi, J. C., Stanick, C., Trautman, A., Crosby, L., Devlin, M., & Adams, S. (2015). Secondary traumatic stress in public school teachers: Contributing and mitigating factors. *Advances in School Mental Health Promotion*, 8(4), 244-256.

Chadwick Trauma- Informed Systems Project (2013). *Creating trauma informed child welfare systems. A guide for administrators*. Chadwick Center for Children and Families. Retrieved from: <https://ctisp.org/>.

Child Welfare Information Gateway. (2018). *Trauma-focused cognitive behavioral therapy: A primer for child welfare professionals* and Human Services, Children's Bureau. Department of Health. <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/trauma.pdf>

Cicchetti D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(3), 145–154. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00297.x>

Coles, J., & Jones, K. (2009). "Universal Precautions": Perinatal Touch and Examination after Childhood Sexual Abuse. *Birth*, 36(3), 230–236.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00327.x>

- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2023). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2022*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/relatorio-atividades>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five approaches*. Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. SAGE.
- Decision-Making in^[1]Child Welfare for Improved Safety Outcomes (2017) <https://capacity.childwelfare.gov/states/resources/decision-making-improved-safety-outcomes>
- 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. <https://doi.org/10.1002/jcop.20063>
- Fallot, R. D., & Harris, M. (2001). A trauma-informed approach to screening and assessment. *New Directions for Mental Health Services*, 2001(89), 23-31.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & 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(4), 245-258. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Figley, C. R. (2013). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>

- Forkey, H. C., Griffin, J. L., & Szilagyi, M. (2021). *Childhood Trauma and Resilience: A Practical Guide*. American Academy of Pediatrics.
- Freud, S. (1953). Three essays on the theory of sexuality (1905). In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, volume VII (1901-1905): A case of hysteria, three essays on sexuality and other works*.
- Gerber, M. R. (Ed.). (2019). *Trauma-informed healthcare approaches: a guide for primary care*. Springer.
- Gleitman H., (2004). *História da Psicologia*. Fundação Calouste Gulbenkian
- 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(2), 95-100. <https://doi.org/10.1177/1077559516635274>
- Hopper, E. K., Bassuk, E. L., & Olivet, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3, 80–100.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- 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), 79–95. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=51916835&site=eds-live>
- Hydon, S., Wong, M., Langley, A. K., Stein, B. D., & Kataoka, S. H. (2015). Preventing Secondary Traumatic Stress in Educators. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 319–333. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.003>
- Im, H., & Swan, L. E. T. (2020). Capacity Building for Refugee Mental Health in Resettlement: Implementation and Evaluation of Cross-Cultural Trauma-Informed Care Training.

Journal of Immigrant and Minority Health, 22(5), 923–934.
<https://doi.org/10.1007/s10903-020-00992-w>

Instituto português do desporto e juventude IPDJ (2020) Consultado em:
<https://ipdj.gov.pt/comiss%C3%B5es-de-prote%C3%A7%C3%A3o-de-crian%C3%A7as-e-juvenis>

Jones, L. K., & Cureton, J. L. (2014). Trauma Redefined in the DSM-5: Rationale and Implications for Counseling Practice. *Professional Counselor*, 4(3), 257–271.
<https://doi.org/10.15241/lkj.4.3.257>

Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(8), 457-465.

Kimberg, L., & Wheeler, M. (2019). Trauma and trauma-informed care. In M. R. Gerber (2019) *Trauma-informed healthcare approaches: A guide for primary care*, (pp.25-56). Springer

Knipscheer, J., Sleijpen, M., Frank, L., de Graaf, R., Kleber, R., Ten Have, M., & Dückers, M. (2020). Prevalence of potentially traumatic events, other life events and subsequent reactions indicative for posttraumatic stress disorder in the Netherlands: A general population study based on the Trauma Screening Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, 17(5)

Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., Brymer, M. J., & Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 396–404. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.396>

Kuehn, B. M. (2020). Trauma-Informed Care May Ease Patient Fear, Clinician Burnout. *JAMA*, 323(7), 595–597. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0052>

Kumar, R. (2011). *Research methodology: a step by step guide for beginners*. (3th ed .) Sage.

- Lew, D., & Xian, H. (2019). Identifying distinct latent classes of adverse childhood experiences among US children and their relationship with childhood internalizing disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(4), 668-680.
- Lipscomb, M. (2007). Mixed method nursing studies: A critical realist critique. *Nursing Philosophy*, 9(1), 32–45.
- Magalhães, T. & Vidal-Alves, M. J. (2021) Maus-tratos infantis e saúde: consequências das experiências adversas na infância. In Peixoto., C. S., & Oliveira, S., M. (2021) *Acolhimento Residencial de Crianças e Jovens Em Perigo. Conceitos, prática e intervenção*. (pp.41-50) Pactor
- Matlin, S. L., Champine, R. B., Strambler, M. J., O'Brien, C., Hoffman, E., Whitson, M., Kolka, L., & Tebes, J. K. (2019). A community's response to adverse childhood experiences: Building a resilient, trauma-informed community. *American Journal of Community Psychology*, 64(3-4), 1-27. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12386>
- Matos A. M, A, (2019). *Experiências adversas, Stress traumático e Comportamentos criminais: um estudo com ofensores portugueses* [Dissertação de Mestrado, UM- Universidade do Minho].
Repositório UM.
[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/61397/1/Disserta%
c3%a7%c3%a3o Mestrado_AlexandraDeMatos_a75657.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/61397/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o Mestrado_AlexandraDeMatos_a75657.pdf)
- McDonald, M. J. (2020). Adverse childhood experience and substance use disorder: Exploring connections and trauma informed care. *International Journal of Child Health & Human Development*, 13(4), 383–387.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=150181083&site=eds-live>
- Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). *The effects of childhood stress on health across the lifespan*. National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention.
- 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.

- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International journal of qualitative methods*. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. In *Best Practices in Mental Health: An International Journal* (Vol. 6, pp. 57–68). Lyceum Books.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Diário da República, série II, n.º 134. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_nao_637_2021.pdf
- Purkey, E., Patel, R., & Phillips, S. P. (2018). Trauma-informed care: Better care for everyone. *Canadian Family Physician*, 64(3), 170-172.
- Purtle, J. (2020). Systematic Review of Evaluations of Trauma-Informed Organizational Interventions That Include Staff Trainings. *TRAUMA VIOLENCE & ABUSE*, 21(4), 725–740. <https://doi.org/10.1177/1524838018791304>
- Reeves, E. (2015). A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 698–709. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319>
- Richardson, M. M., Coryn, C. L., Henry, J., Black-Pond, C., & Unrau, Y. (2012). Development and evaluation of the trauma-informed system change instrument: Factorial validity and implications for use. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 29, 167-184.
- Rogers, M. (2022, March 1) Trauma-informed Network. *New York State Trauma-informed Network*. <https://traumainformedny.org/TINY-Blog/January-2022/Trauma-Informed-Health-Decision-Making>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, 24(2), 335-344.
- Saldán[1]a, J. (2013). The Coding Manual for Qualitative Researchers. Sage.

- Santos, J. C., & Cutcliffe, J. R. (2018). *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person-Centred Evidence-Based Approach*.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsebk&AN=1700007&site=eds-live>
- Secomb, J. M., & Smith, C. (2011). A mixed method pilot study: The researcher's experiences. *Contemporary nurse*, 39(1), 31-35
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2011). Secondary Traumatic Stress and Burnout in Child Welfare Workers: A Comparative Analysis of Occupational Distress Across Professional Groups. *Child Welfare*, 90(6), 149–168. <https://www.jstor.org/stable/48625374>
- 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), 165–171. <https://doi.org/10.1037/trm0000108>
- Stark, C., Tapia-Fuselier, J., & Bunch, K. (2022). The Trauma-Informed Ethical Decision-Making Model: An Integrative Framework. *Journal of Trauma Studies in Education*, 1, 108–125. <https://doi.org/10.32674/jtse.v1i1.3678>
- Struck, S., Stewart-Tufescu, A., Asmundson, A. J. N., Asmundson, G. G. J., & Afifi, T. O. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) research: A bibliometric analysis of publication trends over the first 20 years. *Child Abuse & Neglect*, 112, 104895. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104895>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*.
https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022, 26 de outubro). *Recognizing and treating child traumatic stress*. <https://www.samhsa.gov/child-trauma/recognizing-and-treating-child-traumatic-stress>
- Sweeney, A., Clement, S., Filson, B., & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21(3), 174–192. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2015-0006>

- The National Child Traumatic Stress Network (2022). Consultado em: <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types>
- Veiga, E., Negrão, M., Rocha, C. J. (2021) Cuidados Sensíveis ao Trauma no Acolhimento Residencial: Um Referencial para Avaliação de Qualidade e Promoção de Mudança em Portugal. In Peixoto., C. S., & Oliveira, S., M. (2021) *Acolhimento Residencial de Crianças e Jovens Em Perigo. Conceitos, prática e intervenção.* (pp. 83-99). Pactor
- Vilelas, J. (2009). Investigação- o processo de construção do conhecimento. Edições Sílabo. Teses, dissertações e provas académicas.
- Wade, R., Shea, J. A., Rubin, D., & Wood, J. (2014). Adverse childhood experiences of low-income urban youth. *Pediatrics*, 134(1).
- Walsh, C. R., Conradi, L., & Pauter, S. (2018). Trauma-Informed Child Welfare: From Training to Practice and Policy Change. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(4), 407–424. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1468372>
- Walsh, D., McCartney, G., Smith, M., & Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): a systematic review. In *Journal of epidemiology and community health* (Vol. 73, Issue 12, pp. 1087–1093). <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212738>
- Wilson, C., Pence, D. M. & Conradi, L. (2013). Trauma Informed Care. *Encyclopedia of Social Work*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1063>
- Zhang, X., & Monnat, S. M. (2022). Racial/ethnic differences in clusters of adverse childhood experiences and associations with adolescent mental health. *SSM - Population Health*, 17, 100997. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100997>

ANEXOS

ANEXO A. GUIÃO DE ENTREVISTA FOCUS GROUP

Objetivo: Aperfeiçoar o instrumento de modo que a sua administração seja o mais adequada possível, com o objetivo de possibilitar a sua futura administração em grande escala, recolhendo informações acerca da capacitação das CPCJ relativamente à prestação de cuidados sensíveis ao trauma.

Apresentação (breve contextualização acerca do conteúdo do QACST-SPIJ(CPCJ) e do conceito e objetivo dos cuidados sensíveis ao trauma.

I. Pertinência do Questionário/Interesse do tema CST

1. A introdução presente no QACST-SPIJ (CPCJ) é clara?
2. Enquanto especialistas nesta área sentiram pertinência naquilo que o questionário explora (as dimensões e os itens qualitativos)?
3. O tema Cuidados Sensíveis ao Trauma (CST) é pertinente?
4. Os conteúdos abordados no instrumento são acessíveis aos profissionais que não possuam formação na área de Psicologia e sem formação em trauma?

II. Características do QACST-SPIJ(CPCJ)Obstáculos/ desafios do questionário

1. O que é que pode motivar ou não as pessoas a preencher o QACST-SPIJ (CPCJ)
2. Quais foram os desafios que sentiram ao longo do preenchimento do questionário?
3. A introdução estava redigida de uma forma clara?
4. A definição de cuidados sensíveis ao trauma é elucidativa?
5. Que aspetos positivos e negativos que encontraram no preenchimento do questionário enquanto profissionais das CPCJ?
6. Considera que o questionário toca a aspetos sensíveis e que os profissionais preferem omitir dados que possam identificá-los

III. Implicações do questionário para a prática profissional

1. O preenchimento do questionário trouxe *insight*/reflexões, novas perspetivas face à sua prática profissional?
2. O que é que “retem” da experiência de preencher o questionário QACST?

3. No final da resposta ao questionário, houve algo que sentiram que não foi abordado e deveria ter sido? (alguma dimensão a incluir)
4. Na vossa opinião quais poderiam ser as implicações que decorrem desta caracterização das práticas das CPCJ?

IV. Sugestões

1. Há alguma sugestão ou comentário que gostariam de acrescentar?
2. Outros comentários

Agradecimento pela colaboração e participação no estudo

ANEXO B. DESCRIÇÃO DO SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS

1. Interesse e pertinência do QACST-SPIJ (CPCJ)

Subcategorias		Excertos	Nº ref	Nº fontes
1.1 Sim, porque	1.1.1 Integra a	<i>“não há diagnóstico claro relativamente a forma como os técnicos que trabalham estas problemáticas se sentem e vivenciam estas questões” (P2)</i>	5	2
	dimensão	<i>“não são só aqui as crianças e as famílias, mas também o lado dos técnicos que lidam diariamente com estas situações que são desafiantes (...) Altamente desafiantes!” (P2)</i>		
	crianças e	<i>“portanto é mais do que óbvio que isso tem que começar a ser falado e estas dimensões são importantes por isso, são dimensões diferentes, umas que dizem respeito aos profissionais, outros aos empregados, aos espaços, entidades mas se elas não estiverem todas a trabalhar no mesmo sentido são as famílias que mais uma vez vão sofrer.” (P1)</i>		
	jovens e dos profissionais	<i>“(…) Sim, até porque foi o primeiro que respondemos sobre este tema e como falamos no início a abordar as duas dimensões (...) há muita coisa sobre violência doméstica, maus-tratos e também já chegaram coisas sobre o burnout e etc mas desta forma e com estas duas dimensões foi a primeira vez que preenchemos. (P1)</i>		
		<i>“No fundo o tema aborda as duas dimensões, não é, das próprias crianças enquanto vítimas destes acontecimentos e a outra dimensão dos técnicos que trabalham estas questões e das</i>		

		<i>implicações que isso tem. acho que dos primeiros vai-se falando embora não suficiente e focadas o suficiente no que realmente importa trabalhar. Da segunda parte nem por isso, não há propriamente muitas medidas a serem tomadas pra os técnicos que estão a trabalhar estas situações com estas crianças” (P1)</i>		
	1.1.2 Interesse dos profissionais	<i>“A pertinência do tema acho que é, se calhar o grande aspeto positivo, e o questionário de uma forma geral” (P1)</i>	3	2
	1.1.3 Tema não abordado	<i>“mas não é de todo uma formação que tenha em conta os cuidados sensíveis ao trauma, não é. as instalações não serão, não são (...)“até porque foi o primeiro a respondermos sobre este tema (...)é e não é falado o suficiente” (P1)</i>	6	2
1.2 Não, porque	1.2.1 Outras áreas de formação	<i>“Um bocadinho. Até por isto que estamos a falar, ou seja, as equipas são de facto multidisciplinares e algumas delas nunca ouviram falar do termo sequer. e por isso se não existe formação ou as pessoas têm esse interesse e fizeram-no e conseguem perceber ou então efetivamente ficaram um bocadinho “tipo não estou a perceber muito bem o que isto é.” (P2)</i>	2	2
	1.2.2 Falta de disponibilidade	<i>“Pode ter a ver com o facto de as pessoas não estarem muito sensíveis para...” (P1)</i>	1	1
	1.2.3 Falta de apropriação do tema	<i>“Se calhar se viesse a dizer “burnout” estava tudo a preencher. eu acho que pode ter sido um bocadinho por isso, pela falta de apropriação do que é em si” (P1)</i>	1	1
	1.2.4 A mudança não	<i>“Sim, tem porque, por exemplo, a supervisão em particular se for perguntar é uma coisa consensual na equipa, não é uma coisa que uns valorizem e outros não (...) uma sala de espera</i>	2	1

depende de nós *que seja mais amiga das crianças. agora a verdade é que depois na prática, para nos podermos ter supervisão, é preciso pagar e quem tem que a pagar não está disponível para e por isso só conseguiríamos isso se no fundo fizéssemos do nosso próprio, pessoalmente e efetivamente não deveria ter que ser assim e por isso, para ajudar a fazer um plano, a pensar sobre o que poderia ter sido feito, como é que se podia pensar, o que é que é prioritário, sem sombra de dúvida” (P1)*
(...) “depois na prática, é muito difícil mudar seja o que for porque não depende só de nós, não depende da equipa. (P1)

2. Características do QACST

Subcategorias	Excertos	Nº ref	Nº fontes
2.1 Obstáculos	2.1.1 Conteúdos das questões dos dados institucionais <i>“A nossa comissão tem um volume processual muito elevado portanto para responder aquelas primeiras perguntas, do volume processual, medidas aplicadas e etc não dá para ser de cabeça, nenhuma de nós sabe de cabeça, ou seja implica ir procurar, ir a um relatório e fazer essa pesquisa e alguns desses números até terem que ser um bocadinho mais (...) não vão lá direto” A parte negativa, se calhar como estávamos a dizer, para nós aquela parte inicial de pensar as medidas e etc,” aquela primeira parte em particular pronto se calhar sim existindo a possibilidade...” (P1)</i> <i>[quando questionado acerca da extensão das primeiras questões da primeira parte do QACST-SPIJ (CPCJ)] (P1)</i>	6	2
	2.1.2 Desinteresse do QACST <i>“Eu acho que há sempre limitação [...] Por exemplo, nós na nossa equipa, tenho a certeza absoluta que não preencheu toda a gente ou porque não valorizam tanto acham que não têm que perder tempo com isso” (P1)</i>	2	1
	2.1.3 Dimensão da estrutura do QACST <i>“eu lembro-me de estar a meio e pensar ufa isto” (P2)</i>	2	2
	2.1.4 Timing/altura da administração do QACST <i>“isto tem um contexto, apesar de tudo há muito e muitos estudantes que nos solicitam este preenchimento de alguns questionários e acabam quase todos por vir muito centrados na mesma altura do ano, ou seja, acabamos por neste período de abril, maior percebe, no final... junho a estarmos solicitados para preencher isto e aquilo”</i>	5	2

(P2)				
2.2 Aspectos Positivos	2.1.5	Questões abertas	<i>“Eu não senti dificuldade, mas também lá está, somos duas daquelas que normalmente pensamos sobre isto e falamos e que é preciso fazer de forma diferente, portanto não era muito difícil estarmos disponíveis para responder.” (P1)</i>	2 2
	2.1.6	Volume Processual	<i>“o volume processual também dificulta” (P1)</i>	4 2
	2.1.7	Aspectos sensíveis	<i>“Não, não tenho essa percepção acho que não até porque primeiro quer dizer e já toda a gente sabe, não é? Que é anónimo não há volta para deixar de ser, acho que isso as pessoas já não têm como problema depois eu acho que também estamos cada vez mais sensíveis para tentar fazer a diferença e, portanto, e que a diferença seja feita e que se consiga evoluir e que se consiga mudar a forma como estamos a fazer. Portanto eu não sinto que as questões são sensíveis.” (P1)</i>	2 2
	2.2.1	Enquadramento útil	<i>“a introdução está bem proposta, consegue-se efetivamente perceber” “a descrição diz, a introdução explica” (...) na parte a introdução também explica e depois acho que com as perguntas também se percebe bem qual é o objetivo.” (P1)</i>	3 1
2.2.2	2.2.2	Interesse no preenchimento	<i>“porque depois pensamos assim mas também não estamos (...) e não adianta só</i>	4 2

	<i>dizer: “isto é tudo mau a ninguém nos liga nenhuma, nada é ideal” e quando alguém tem algum senso de preocupação, epá, vamos contribuir de alguma forma, acho eu, pelo menos esta é a minha perspetiva não podemos não colaborar. Ainda que as vezes a gente possa dizer “oh meu deus, ai isto é enorme mas OK! mas não senti que fosse uma coisa que tenho que preencher até ao fim.” (P2)</i>		
2.2.3 Facilidade no preenchimento	<i>“Para nós não foi difícil, foi muito fácil de responder: não tivemos, não existe, está péssimo, está horrível e mau. Portanto também não era difícil posicionarmo-nos na escala, de ler a pergunta e dizer logo não.” (P1)</i>	1	1
2.2.4 Dimensões importantes	<i>“Sim, sem dúvida” (...) “Então a formação se não tivermos nunca vamos estar sensíveis para os diferentes aspetos para as coisas que podemos fazer de forma diferente. No caso em particular, aí já é um bocadinho dirigido à forma como lidamos com as famílias e com as crianças e a diferença que isso possa fazer na vida deles. A supervisão, vou ser sincera, nem tenho nada a dizer porque efetivamente é básico e não acontece.” (P1)</i>	2	2

3. Implicações para a prática das CPCJ

Subcategorias	Excertos	Nº ref	Nº fontes
3.1 Desenvolvimento de <i>guidelines</i>	<i>“mas pronto, as coisas começando a ser faladas começando a existir guidelines, instrumentos”</i> (P1)	1	1
3.2 Expectativas do que resulta do preenchimento	<i>“e depois as expectativas do que resultam a nível geral”</i> (P1)	2	1
3.3 Fomentar insight	<i>“portanto eu acho que se toda a gente preenchesse, poderia haver aqui algum insight como estava a dizer, isto afinal até faz sentido”</i> (P1)	2	1
3.4 Implementação de melhorias	<i>“para algumas de nós, volto a dizer o mesmo, a equipa é muito diferente, aquilo que nos valorizamos e pensamos sobre o assunto é mesmo muito diferente ente todas. A mim em particular o espaço físico, é uma coisa que me deixa doente, todos os dias quando chego aqui. Irá haver outras colegas que isso não seria uma prioridade”</i> (P2)	4	1
3.5 Implicações pessoais	<i>“isso eu acho que sim, acho que tem implicação até porque normalmente quem preenche era aquilo que estávamos a dizer é porque se identifica de certa forma ou porque acha que vai ter um contributo, vai resultar alguma coisa ao fazer parte da população que responde e, portanto, as implicações pessoais são um bocadinho essas”</i> (P1)	2	1

3.6 Perspetivas face à prática profissional	3.6.1			
	Expectativa de criação de novas medidas	<i>“Eu acho que acima de tudo também traz algumas expectativas não é, portanto que era aquilo que estávamos a falar no início e que seja cada vez mais falado e que sejam desenvolvida aqui algumas medidas” (P1)</i>	1	1
	3.6.2			
	Desânimo face à possibilidade de mudança	<i>“sim, também é um bocadinho isso. Mesmo sem se preencher e sem se conhecer a especificidade deste questionário, há colegas que “oh para quê, isto não vai servir de nada, é o que é, já toda a gente sabe que nós não estamos bem.” (P2)</i>	2	2
		<i>“a pessoa procurar saber mais” (P1)</i>		
3.7 Procurar saber mais		<i>“acho que isso no fundo para além das implicações práticas quer de quem preenche, de se poder evoluir, procurar respostas, formação ” (P1)</i>	2	2

4. Sugestões				
Subcategorias	Excertos	Nº ref	Nº fontes	
4.1 Conteúdo e forma do QACST	<i>“aquela primeira parte em particular pronto se calhar sim existindo a possibilidade...” (P1)</i> <i>[quando questionado acerca da extensão das primeiras questões da primeira parte do QACST-SPIJ (CPCJ)]</i>	1	1	
4.2 Devolução dos resultados	<i>“Um ou outro ainda vai fixar, que era a investigação X, que era moderada pelas pessoas tais e que daqui a algum tempo isto poderá ter algo em particular, sei o trabalho que a professora faz, quando houver algum resultado eu vou estar atento e sei que consigo aceder. Noutros questionários se calhar ou uma pessoa escreve numa agenda e depois vai procurar ou então nunca mais vamos ter o resultado, eu acho que o que a P2. está a dizer é se houvesse também a preocupação de “olhem peguem aqui,” este é foi o artigo que saiu, isso também podia facilitar. Na maioria das vezes nós depois não vamos à procura” (P1)</i>	2	2	
4.3. Insistir no reenvio do QACST-SPIJ (CPCJ)	<i>“Estava-me a lembrar só de uma coisa, vale o que vale, às vezes pode funcionar outras pode ser pior mas eu acho que as vezes é importante voltar a insistir, ou seja eu e a P2. e mais duas ou três colegas preenchemos e naquela altura mais ninguém preencheu e nós as duas não nos vamos lembrar de dizer: “olha ainda podes preencher” eu acho que havendo a possibilidade de: “olhem nós ainda precisamos, quem não preencheu se estiver disponível que ainda o faça” Acho que aqui pelo menos haveria a possibilidade de mais alguém, até por isso é que perguntei no outro dia se ainda dava para preencher, porque acho que quando isso é possível, quando se prolonga um bocadinho a recolha acho que também pode ser uma possibilidade.” (P1)</i>	2	2	

ANEXO C. SISTEMA DE CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Categorias	Subcategorias	
1. Interesse e pertinência do QACST	1.1 Sim, porque	1.1.1 Integra a dimensão crianças e jovens
		1.1.2 Interesse dos profissionais
		1.1.3 Tema não abordado
	1.1 Não, porque	1.2.1 Outras áreas de formação
		1.2.2 Falta de disponibilidade
		1.2.3 Falta de apropriação do tema
		1.2.4 A mudança não depende de nós
2. Características do QACST	1.3 Obstáculos	2.1.1 Conteúdos das questões dos dados institucionais
		2.1.2 Desinteresse do QACST
		2.1.3 Dimensão da estrutura do QACST
		2.1.4 Timing da administração do QACST
		2.1.5 Questões Abertas
		2.1.6 Volume Processual
		2.1.7 Aspetos Sensíveis
	2.2 Aspetos Positivos	2.2.1 Enquadramento útil
		2.2.2 Interesse no preenchimento
		2.2.3 Facilidade no preenchimento
		1.1.3 Dimensões Importantes
3. Implicações para a prática das CPCJ	3.1 Desenvolvimento de <i>guidelines</i>	
	3.2 Expectativas do que resulta do preenchimento	
	3.3 Fomentar insight	
	3.4 Implementação de melhorias	
	3.5 Implicações pessoais	
	3.6 Perspetivas face à prática profissional	3.6.1 Expectativa de criação de novas medidas
		3.6.2 Desânimo face à possibilidade de mudanças
	3.7 Procurar saber mais	
4. Sugestões	4.1 Conteúdo do QACST	
	4.2 Devolução dos resultados	
	4.3. Insistência no reenvio do QACST-SPIJ (CPCJ)	

