



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
ESCOLA DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE

As Práticas Informadas Pelo Trauma nos Serviços de Promoção e Proteção

Dissertação de Mestrado apresentada a provas públicas para a obtenção do grau
de Mestre em Psicologia Forense, orientada pela Professora Doutora Cláudia Camilo e
Professora Doutora Carla Sofia Silva.

Margarida Trindade Ribeiro

Lisboa, 2025

www.ulusofona.pt



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
ESCOLA DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE

As Práticas Informadas Pelo Trauma nos Serviços de Promoção e Proteção

VERSÃO FINAL

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 14/01/2025, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 1016/2024, de 31 de outubro de 2024, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^ª Doutora Judite Manuela Araújo Peixoto;

Arguente: Prof^ª Doutora Eunice Vieira Magalhães;

Orientador: Prof^ª Doutora Cláudia Sofia Dinis Camilo.

Margarida Trindade Ribeiro

Lisboa, 2025

Resumo

As práticas informadas pelo trauma assumem uma elevada importância no sistema de promoção e proteção, dado que estão associadas a maiores níveis de bem-estar e resiliência das crianças e jovens, reduzindo assim o impacto das experiências de violência e mau-trato na infância. Este estudo pretendeu adaptar e validar para o contexto português a escala ARTIC-35 numa amostra de profissionais do sistema de promoção e proteção, explorando a sua validade concorrente e analisando as diferenças entre os profissionais. Participaram 198 profissionais dos serviços de promoção e proteção, acolhimento residencial e familiar. Os dados foram recolhidos através de um questionário online, que avaliou as atitudes relacionadas com os cuidados informados pelo trauma (ARTIC-35), o stress, o bem-estar psicológico, a satisfação com o trabalho e a despersonalização. Apesar de não ter sido replicada a estrutura original de 5 fatores do ARTIC-35, o modelo de 4 fatores revelou um ajustamento razoável. Estas dimensões revelaram correlacionar-se com o bem-estar subjetivo, a satisfação no trabalho, e a despersonalização. Para além disso, foram encontradas diferenças entre os profissionais a exercer funções em diferentes entidades do sistema de promoção e proteção. Espera-se que este estudo contribua para o conhecimento acerca das práticas informadas pelo trauma nestes contextos, e que possa vir a informar o desenho de políticas públicas e protocolos de atuação na área da proteção de crianças e jovens.

Palavras-chave: ARTIC; Práticas Informadas pelo Trauma; Sistema de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens; Práticas profissionais; Mau trato.

Abstract

Trauma-informed care hold significant importance within the child protection and welfare system, as they are associated with higher levels of well-being and resilience in children and adolescents, thereby mitigating the impact of violence and maltreatment experienced during childhood. This study aimed to adapt and validate the ARTIC-35 scale for the Portuguese context in a sample of professionals from the child protection and welfare system, exploring its concurrent validity and analyzing differences between professionals. A total of 198 professionals from child protection services, residential and foster care participated in the study. Data were collected through an online questionnaire that assessed attitudes related to trauma-informed care (ARTIC-35), stress, psychological well-being, job satisfaction, and depersonalization. Although the original 5-factor structure of the ARTIC-35 was not replicated, the 4-factor model demonstrated reasonable fit. These dimensions were found to correlate with subjective well-being, job satisfaction, and depersonalization. Furthermore, differences were identified among professionals working in various entities within the child protection and welfare system. It is expected that this study will contribute to the understanding of trauma-informed practices in these contexts and may inform the development of public policies and operational protocols in the field of child and youth protection.

Keywords: ARTIC; Child and Youth Protection System; Maltreatment; Professional Practices; Trauma-Informed Practices.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ARTIC – Attitudes Related to Trauma-Informed Care Scale

CAFAP – Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CFI – Comparative Fit Index

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

EMAT – Equipas Multidisciplinares de Assessoria Técnica ao Tribunal

ML – Maximum Likelihood

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

PSS – Perceived Stress Scale

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

WHO-5 – Subjective Psychological Wellbeing

Índice

Introdução.....	7
Método	14
Amostra	14
Instrumentos	14
Procedimentos de recolha de dados	16
Procedimentos de análise de dados.....	17
Resultados	18
Análises Preliminares.....	18
Análise Fatorial Confirmatória	24
Validade concorrente	26
Discussão.....	29
Referências	35

Introdução

As experiências de violência e mau-trato na infância têm impactos significativos no desenvolvimento da criança, conduzindo muitas vezes a processos traumáticos (Spinazzola, 2005). Dados internacionais indicam uma prevalência das experiências adversas na infância entre 41% e 97%, sendo que estudos com amostras representativas da população apresentam uma prevalência mais elevada (Carlson et al., 2020). Em Portugal, no ano de 2022, foram diagnosticadas 15 287 situações de perigo para crianças e jovens, sendo dos quais cerca de 30% situações de negligência e 27% situações de violência doméstica (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2023). Estes números demonstram assim a necessidade, já conhecida, de prevenção e intervenção precoce junto das crianças e jovens, e suas famílias (Carlson et al., 2020).

Destas experiências resultam muitas vezes processos psicológicos de trauma, consequência de situações de violência, abuso, negligência ou de outras experiências com impacto a nível psicológico e emocional (US Department of Health and Human Services, 2014). Por sua vez, múltiplos e prolongados episódios de trauma nas relações interpessoais, como, por exemplo, os que acontecem em contextos de abuso ou negligência, geralmente durante o período de desenvolvimento, designam-se por trauma complexo (Ford & Courtois, 2020) e verifica-se que esta exposição na infância prediz significativamente a presença de sintomas associados à Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) na idade adulta (Cloitre, 2009).

As experiências traumáticas às quais as crianças foram sendo expostas, nomeadamente as experiências de negligência e abuso, têm um impacto significativo na sua saúde mental e física, comportamento e capacidades sociais ao longo do seu desenvolvimento (Messman-Moore & Bhuptani, 2017), pelo que é necessário que exista uma resposta adequada e especializada nas várias estruturas do sistema de proteção da criança (Brend & Sprang, 2020).

O cuidado informado pelo trauma pode estar associado a diferentes práticas como o diagnóstico de trauma e a revelação do mesmo por parte dos clientes, as relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes, colaboração entre colegas, encaminhamento multidisciplinar e redução do sofrimento (Reeves, 2015). Esta abordagem das práticas informadas pelo trauma baseia-se na teoria do Trauma (Reeves, 2015), que aborda a forma como as memórias traumáticas são processadas, demonstrando

que podem ser armazenadas como reações fisiológicas a estímulos específicos ou situações que lembrem a experiência traumática original (van der Kolk, 1994), com os sintomas a serem manifestados de forma inesperada como resposta a estímulos aparentemente não associados à experiência original (Harris & Fallot, 2001). Desta forma, é possível que vítimas de trauma possam sentir desconforto ou angústia na realização de determinados procedimentos, da mesma forma que estes podem não ser capazes de prever, identificar ou responder às suas necessidades e de acordo com os seus sintomas (Reeves, 2015). Em 2014, o Substance Abuse and Mental Health Services Administration propôs um modelo com o objetivo de fornecer às organizações que trabalham com vítimas de trauma diretrizes que promovessem o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e práticas. Esse modelo sustenta-se nos seguintes pressupostos: compreender o impacto do trauma e os caminhos possíveis para a recuperação; reconhecer os sinais e sintomas do trauma, tanto nos clientes e suas famílias, como nos funcionários e outros elementos envolvidos; responder, adaptando os procedimentos, práticas e políticas da organização, em função dos conhecimentos sobre o trauma; e prevenir situações de re-traumatização (SAMHSA, 2014).

Um sistema de proteção infantil informado pelo trauma tem como objetivos aumentar o bem-estar, a resiliência e a segurança (física e psicológica) sentida pelas crianças e famílias, identificar quais são as suas necessidades tendo em conta as suas experiências traumáticas, e conservar o bem-estar e a resiliência dos profissionais envolvidos no processo (Child Welfare Committee, 2013). Deverá ainda reconhecer o conceito de vitimação secundária resultante do contacto das crianças e famílias com o sistema, integrando estratégias de atendimento que permitam reduzir ou mitigar a possibilidade da sua ocorrência (Child Welfare Information Gateway, 2020).

Estudos prévios demonstram que as organizações que implementam as práticas informadas pelo trauma obtêm melhores resultados com os cuidados prestados às crianças e às suas famílias e que a sua implementação demonstra ser capaz de reduzir os níveis de traumatização vicariante dos próprios profissionais (Heffernan & Viggiani, 2015). A implementação desta abordagem leva a uma redução de práticas e comportamentos violentos e pode melhorar o conhecimento, atitudes, comportamentos e o serviço prestado pelos profissionais (Lowenthal, 2020).

Estudos acerca do efeito das práticas informadas pelo trauma no bem-estar das crianças têm demonstrado efeitos moderados, mas robusto quando analisado em indicadores como a redução de sintomas de PSPT e de problemas de comportamento

(Zhang et al., 2021). Em contextos específicos, como a justiça juvenil, o reconhecimento da natureza traumática dos comportamentos desviantes melhora a resposta dos serviços à delinquência juvenil (Ko et al., 2008). Também no acolhimento residencial, o reconhecimento de que as crianças em acolhimento apresentam maior prevalência de problemas de saúde mental do que a população em geral conduz a uma melhor intervenção com esta população (Ko et al., 2008).

Para além do impacto que as práticas profissionais podem ter nas crianças e famílias envolvidas no sistema, as práticas dos profissionais têm também impacto na sua própria saúde mental. A pressão a que estão sujeitos, devido à necessidade de gestão de expectativas sociais e de tomada de decisões que protejam os direitos da criança e que lhes ofereçam o maior bem-estar possível, aumenta os níveis de ansiedade dos profissionais (Meysen & Kelly, 2018).

Apesar da investigação demonstrar que os profissionais relatam atitudes positivas relativamente a estas práticas (Collin-Vézina et al., 2020), os profissionais de diferentes setores do sistema de proteção (saúde, educação, justiça) referem ter dificuldades em compreender, de forma clara, o que são as práticas informadas pelo trauma (Bargeman et al., 2021). Alguns profissionais reportam melhorias significativas relativamente às atitudes informadas sobre o trauma após formação profissional específica sobre a abordagem, e as avaliações pré e pós formação indicam que as suas atitudes mudaram perante os comportamentos mais negativos das crianças e jovens (Black et al., 2022; Kramer et al., 2013). O uso destas práticas aumentou significativamente e estas mudanças aliam-se à melhoria do conhecimento adquirido na formação (Kramer et al., 2013).

A formação, implementação e aplicação de cuidados informados pelo trauma entre as diferentes equipas do sistema de promoção e proteção representa uma melhoria da capacitação dos profissionais para atender às necessidades das crianças e jovens vítimas de trauma (Connors-Burrow et al., 2013). Para que se verifiquem mudanças no sistema, a implementação das práticas informadas pelo trauma deve ser realizada de forma universal, abrangendo todos os profissionais e equipas pertencentes a este sistema.

Embora os diferentes sistemas de prestação de cuidados (educação, justiça juvenil, saúde) reconheçam o papel e a importância das práticas informadas pelo trauma, verifica-se que os mesmos têm implementado de forma inconsistente esta abordagem (Bargeman et al., 2021). Considerando a prevalência de experiências adversas na infância e a importância dos serviços de proteção na atenuação/reparação dos efeitos dessas experiências nas crianças (Carlson et al., 2020), é essencial que os atendimentos

disponibilizados às crianças e jovens sejam adequados e de qualidade, para que seja possível responder às suas necessidades da melhor forma (Bargeman et al., 2021). Devem ser definidas estratégias para a avaliação, implementação e prática destes cuidados, como a documentação cuidadosa destas práticas, uma vez que permite diagnosticar as necessárias mudanças e a monitorização da sua implementação (Yatchmenoff et al., 2017). Estas estratégias servirão de auxílio para a resolução de problemas, prestação de cuidados baseada em evidência e manutenção das práticas informadas pelo trauma a longo prazo (Bargeman et al., 2021; Yatchmenoff et al., 2017).

Nas organizações que implementaram esta abordagem, observa-se uma redução das práticas menos cuidadoras e acontecimentos adversos, e um aumento do bem-estar e da resiliência das crianças e jovens, bem como um aumento de autorrelatos favoráveis à aquisição de conhecimentos, atitudes, crenças e competências dos profissionais sobre práticas informadas pelo trauma (Lowenthal, 2020). A literatura tem assim sugerido que este modelo traz benefícios, como motivar e sensibilizar os profissionais para um atendimento mais empático e compreensivo, reconsiderando a forma como prestam cuidados, tanto a crianças vítimas de trauma como a crianças que não tenham sido expostas a eventos traumáticos (Berliner & Kolko, 2016).

Contudo, também se verifica que estes resultados nem sempre se conseguem manter a longo prazo e não significam mudanças imediatas no comportamento e práticas dos profissionais ou no funcionamento da organização em que estão inseridos (Lowenthal, 2020). Numa tentativa de fazer contrariar estas questões, sugere-se que a implementação desta abordagem envolva a responsabilização dos responsáveis pelas equipas, um apoio contínuo e a colaboração entre profissionais da mesma organização e entre colegas de organizações diferentes (Atwool, 2019; Lowenthal, 2020). Também o autocuidado em equipa e individualmente deve ser considerado na implementação destas abordagens, reconhecendo o impacto que o trabalho realizado poderá ter no próprio bem-estar dos profissionais (Collins-Camargo & Antle, 2020).

Para além da forma como o modelo é implementado nas organizações, estas práticas são também influenciadas por características dos próprios profissionais. Por exemplo, menores níveis de compromisso com os princípios dos cuidados informados pelo trauma estão associados a maior intenção de saída da organização (Bosk et al., 2020). Também as atitudes e crenças sobre as práticas informadas pelo trauma parecem variar de acordo com a área de atuação dos profissionais e com a sua própria diversidade cultural (Mendez et al, 2023). Por exemplo, estudos relatam que os profissionais que trabalham

na área da saúde mental e que atuam junto de populações etnicamente distintas devem aplicar práticas informadas pelo trauma centradas nos seus conhecimentos sobre as especificidades dos traumas raciais e históricos, de forma a melhorar os cuidados prestados a estes clientes (Hong, 2024). No entanto, as diferenças culturais entre profissionais e pacientes podem influenciar o relacionamento terapêutico e a eficácia das intervenções. Quando a origem cultural dos clientes e dos profissionais difere, os profissionais deparam-se com obstáculos adicionais para conseguirem compreender completamente as experiências traumáticas, pelo que é importante integrar a competência cultural nas práticas de atendimento (Meléndez Guevara et al., 2021). A competência cultural dos profissionais traduz-se na capacidade que estes têm de entender e responder às necessidades culturais dos pacientes, portanto quanto maior for a competência cultural dos profissionais, mais eficaz será o tratamento, o que revela uma necessidade acrescida de integrar os princípios de um atendimento culturalmente sensível e de um atendimento focado no trauma (Anani et al., 2021).

A forma como os profissionais abordam as problemáticas de forma informada pelo trauma varia também de acordo com os contextos em que estão inseridos. Um estudo realizado nos EUA, com profissionais do sistema de promoção e proteção, concluem que as práticas informadas pelo trauma representam para estes profissionais conhecimento e competências específicas e que diferem tendo em conta o tipo de atendimento requerido, e são práticas baseadas em evidências que demonstraram apoiar a recuperação de jovens e famílias (Donisch et al., 2016).

Apesar de ser ainda relativamente escassa a literatura sobre as práticas informadas pelo trauma, um estudo realizado com estudantes e profissionais do sistema de promoção e proteção em Portugal demonstra que as atitudes dos profissionais na sua prática profissional são muitas vezes influenciadas pela sua experiência parental e pela experiência profissional (Carvalho et al., 2020). Contudo, em Portugal, do nosso conhecimento, não existem estudos específicos sobre as práticas informadas pelo trauma no sistema de promoção e proteção, nem instrumentos devidamente validados para o contexto português, que permitam diagnosticar estas práticas.

Tendo em conta a importância das práticas informadas pelo trauma na prevenção da vitimação secundária (Child Welfare Information Gateway, 2020), e considerando a importância destas práticas na intervenção das equipas do sistema de proteção de crianças, torna-se fundamental a adaptação de instrumentos que permitam caracterizar as práticas informadas pelo trauma nestas equipas. Tendo em vista a avaliação da

implementação destas práticas nas organizações, foi desenvolvido o instrumento *Attitudes Related to Trauma-Informed Care Scale* (ARTIC; Baker et al., 2016) no contexto norte-americano. O ARTIC é um instrumento que avalia as atitudes dos profissionais e que pode ajudar a compreender a forma como está a ocorrer a implementação dos cuidados informados, avaliar possíveis barreiras à sua implementação e que intervenções ou modelos são mais eficazes para a obtenção das mudanças pretendidas (Baker et al., 2016). No entanto, não se encontra validado para o contexto português.

A escala ARTIC (Baker et al., 2016) foi desenvolvida para medir atitudes em relação às práticas informadas pelo trauma e tem três dimensões, uma de 45 itens, outra de 35 e ainda uma versão curta de 10 itens. A versão de 35 itens, divide-se em 5 subescalas: (1) *Causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas*, que enfatiza o interno e fixo *versus* o externo e maleável; (2) *Respostas aos problemas de comportamento e sintomas*, trata as regras, consequências e eliminação de comportamentos problemáticos *versus* flexibilidade, sensação de segurança e construção de relacionamentos saudáveis; (3) *Comportamentos no trabalho*, retrata comportamentos focados no controlo *versus* comportamentos focados na empatia; (4) *Auto-eficácia no trabalho*, aborda a sensação de incapacidade de fazer face às problemáticas de trabalhar com uma população traumatizada *versus* a sensação de capacidade para trabalhar com essas problemáticas; e (5) *Reações ao trabalho*, expõe a subestimação dos efeitos do trauma vicariante e o enfrentamento, ignorando-os, em vez de valorizar os efeitos do trauma vicariante e do enfrentamento, procurando apoio. Um estudo realizado com a versão ARTIC-45 ($\alpha = .93$), num contexto de dependência de substâncias, demonstrou uma forte consistência interna ($\alpha = .98$), com alguns itens a não fazerem parte da versão final da escala, o que indica que a mesma terá um desempenho qualitativo diferente nesta amostra (Mendez et al., 2023). Por outro lado, a versão ARTIC-10 ($\alpha = .82$) parece não resultar como esperado numa amostra com participantes japoneses, constituída por médicos e enfermeiros, pois foi obtida uma consistência interna mais baixa do que a escala original ($\alpha = .56$) (Kataoka et al., 2022).

Assim, o presente estudo tem como principais objetivos: (a) validar a estrutura fatorial da escala ARTIC-35 (Baker et al., 2016) numa amostra de profissionais do sistema de promoção e proteção português; (b) analisar a validade concorrente explorando as associações entre as atitudes dos profissionais relativamente às práticas informadas pelo trauma e variáveis de bem-estar psicológico destes profissionais,

nomeadamente bem-estar subjetivo, satisfação com o trabalho, stress, e despersonalização; e (c) explorar a associação destas atitudes com o número de anos de experiência em promoção e proteção, e potenciais diferenças entre diferentes entidades do sistema (Comissões de Proteção de Crianças e Jovens/ Equipa Multidisciplinares de Assessoria Técnica ao Tribunal, equipas técnicas de acolhimento residencial, e equipas técnicas de acolhimento familiar).

Método

Amostra

A amostra é composta por 198 profissionais, recrutados em diferentes equipas do Sistema de Promoção e Proteção de crianças e jovens em Portugal: Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) (23.7%), Equipas Multidisciplinares de Assessoria Técnica ao Tribunal (EMAT) ou similares (3%), Casas de Acolhimento Residencial (67.2%) e Equipas de Acolhimento Familiar (3.5%), e Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP) (1%). Destes participantes, cerca de 90% são mulheres ($n = 179$) e 10% são homens ($n = 19$), com uma média de 42.63 anos ($DP = 10.22$), com as idades a variarem entre 22 e 70 anos. É uma amostra maioritariamente portuguesa, com apenas um dos participantes natural do Bangladesh. A maioria dos participantes são licenciados (53.5%) ou tem o mestrado (18.7%), sendo que outros têm o 3º ciclo do ensino básico (4.5%), ensino secundário (15.7%) ou curso profissional (7.6%). Dos profissionais do acolhimento residencial ($n = 133$), 40.4% integram a equipa educativa e 26.8% integram a equipa técnica.

Da amostra total, verifica-se que alguns profissionais desempenham funções de coordenação nas suas respetivas equipas (15.2%) e que apenas uma pequena percentagem de profissionais trabalha na área da proteção há menos de 1 ano (8.1%).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Este questionário foi utilizado para recolher variáveis como a idade, género, instituição/equipa onde trabalha, função, área de formação, número de anos de trabalho na área da promoção e proteção.

Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC-35) Scale (Baker et al., 2016). Este instrumento é uma escala bipolar de Likert, de sete pontos, em que de um lado da escala é apresentado o item que descreve uma atitude favorável e do outro a atitude oposta. Avalia as práticas informadas pelo trauma e é composto por 35 itens, distribuídos por cinco dimensões: (1) Causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas, (2) Respostas aos problemas de comportamento e sintomas, (3) Comportamentos no trabalho, (4) Auto-eficácia no trabalho, e (5) Reações ao trabalho. Na sua versão original, apresenta boas propriedades psicométricas: consistência interna excelente para a escala global ($\alpha=.91$), e valores aceitáveis para as dimensões Causas

subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas ($\alpha=.78$), Respostas aos problemas de comportamento e sintomas ($\alpha=.76$), Comportamento no trabalho ($\alpha=.72$), Auto-eficácia no trabalho ($\alpha=.79$) e Reações ao trabalho ($\alpha=.71$). Valores mais elevados na escala indicam mais atitudes informadas pelo trauma.

Satisfação com o trabalho (The University of Tennessee Children's Mental Health Services Research Center, 2000, versão portuguesa de Garrido et al., 2011). Esta é uma dimensão do *Organizational Climate Survey* e é operacionalizada em quatro itens (e.g., “Com que frequência se sente satisfeito(a) com o prestígio que o seu trabalho tem na comunidade?”, “Com que frequência se sente satisfeito(a) com o reconhecimento que recebe por fazer um bom trabalho?”). Este instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, com um nível de consistência interna elevado, tanto na sua versão portuguesa ($\alpha=.86$) como para a nossa amostra ($\alpha=.82$) e as respostas são assinaladas numa escala de Likert com cinco pontos, entre 1 = *Nunca* e 5 = *Sempre*. Valores mais elevados indicam mais satisfação com o trabalho.

Despersonalização (The University of Tennessee Children's Mental Health Services Research Center, 2000, versão portuguesa de Garrido et al., 2011). Esta dimensão do *Organizational Climate Survey*, avalia a despersonalização através de cinco itens: “Sinto que trato alguns utentes/clientes de forma impessoal”; “Tenho-me tornado mais insensível face aos outros desde que comecei a trabalhar aqui”; “Preocupa-me que este trabalho me esteja a tornar insensível”; “Por vezes apercebo-me que não me preocupo realmente com o que acontece a alguns dos meus utentes/clientes”; e “É difícil sentir-me próximo(a) dos meus utentes/clientes”. As respostas são assinaladas numa escala de Likert com cinco pontos, entre 1 = *Nunca* e 5 = *Sempre*. Apresenta um nível de consistência interna moderado ($\alpha=.61$) na sua versão portuguesa, porém verifica-se que o mesmo é ligeiramente superior para a nossa amostra ($\alpha=.64$). Valores mais elevados indicam mais despersonalização.

Perceived Stress Scale (PSS; Cohen et al. 1983, versão portuguesa de Trigo et al., 2010). Esta escala avalia o stress percecionado através de treze itens, apresentados numa escala de resposta tipo Likert com cinco pontos, entre 1 = *Nunca* e 5 = *Muitas vezes*. Tem questões como: “No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stress?”; e “No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?”. Na sua versão portuguesa revela uma consistência interna adequada ($\alpha=.87$). No entanto, no que se refere à nossa amostra, esta escala demonstra ter uma consistência interna relativamente baixa ($\alpha=.51$). Valores mais elevados indicam maiores níveis de stress.

Subjective Psychological Wellbeing (WHO-5; WHO, 1998). Este instrumento avalia o bem-estar subjetivo e é constituído por 5 itens: “Senti-me alegre e bem disposto(a).”; “Senti-me calmo(a) e tranquilo(a).”; “Senti-me ativo(a) e energético(a).”; “Acordei a sentir-me fresco(a) e repousado(a).”; e “O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam.”. As respostas são assinaladas numa escala de Likert com seis pontos, entre 5 = *Todo o tempo* e 0 = *Nunca*. Um estudo português, realizado por Canavarro et al. (2006), demonstrou que a WHOQOL-Bref apresenta uma boa consistência interna tanto para o conjunto dos 4 domínios ($\alpha = .79$) como para a totalidade dos itens ($\alpha = .92$) e, no presente estudo, a escala de bem-estar subjetivo apresenta uma consistência interna adequada ($\alpha = .83$). Valores mais elevados indicam maiores níveis de bem-estar.

Procedimentos de recolha de dados

Após a autorização da Comissão de Ética da Escola de Psicologia e Ciências da Vida (EPCV), da Universidade Lusófona (Ref. CEDIC-2023-10-15), foram realizados contactos com as instituições, solicitando a divulgação do estudo junto dos profissionais. Os dados foram recolhidos online, através da plataforma *Qualtrics* e, antes da aplicação dos questionários, foi garantido que os dados seriam tratados como um todo, nunca de forma individualizada e que seriam todos anonimizados, sem existir identificação do participante. O acesso à base de dados extraída do *Qualtrics* foi apenas permitido a uma pessoa da equipa de investigação e devido à presença de informação confidencial, os IP's foram eliminados imediatamente após a exportação da base de dados. A participação foi voluntária e os participantes leram e consentiram a sua participação no início do questionário, onde constava o consentimento informado com as seguintes informações: a) dados e contactos dos investigadores; b) descrição do estudo; c) declaração do anonimato dos dados recolhidos; d) esclarecimento relativo à possibilidade de não responderem à totalidade das questões, sem justificação necessária. Posteriormente, foi solicitado aos participantes que preenchessem o questionário sociodemográfico, as subescalas de satisfação com o trabalho e despersonalização, e os instrumentos PSS, WHO-5 e, por fim, ARTIC.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram analisados com recurso ao IBM SPSS® (versão 28.0), no qual se realizaram análises descritivas, diferenças de médias e análises correlacionais. Inicialmente, realizaram-se análises preliminares dos itens, para inspeção de *missings* e dos valores de assimetria e curtose. Foram encontrados menos de 2% de *missing values* e, por essa razão, foi imputada a média a estes valores omissos. Os valores de assimetria menor que 3 e curtose maior que 10 foram considerados não problemáticos ao nível da normalidade (e.g., Kline, 2005). Seguidamente foram invertidos os itens do ARTIC (2, 3, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 32, 33, 34, 35).

A análise fatorial confirmatória (AFC) do ARTIC-35 foi realizada com recurso ao IBM AMOS® (versão 29.0). Foi utilizado o método de estimação *Maximum Likelihood* (ML) e a qualidade do ajustamento do modelo foi avaliada através dos seguintes critérios: razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade (χ^2/gl) abaixo de 2; o *comparative fit index* (CFI) próximo de 1 (Whittaker, 2016) e o *root mean square error of approximation* (RMSEA) abaixo de .10 (Kline, 2023). A consistência interna da estrutura do ARTIC foi analisada através do Alpha de Cronbach, sendo os valores de .70 ou mais considerados adequados (Nunnally & Bernstein, 1994). A validade concorrente foi analisada através de correlações de Pearson entre as dimensões do ARTIC, o bem-estar subjetivo, o stress, a despersonalização e a satisfação com o trabalho, e ainda o número de anos de trabalho no sistema de promoção e proteção. Foram ainda exploradas diferenças através de teste *t* nas dimensões do ARTIC entre profissionais a trabalhar em gestão de processos (CPCJ/EMAT) e em acolhimento familiar (não tendo sido considerados os profissionais dos CAFAP devido ao baixo número de profissionais, $n = 2$).

Resultados

Análises Preliminares

A análise descritiva preliminar dos 35 itens do ARTIC (Tabela 1) revela que os valores absolutos de assimetria e curtose para cada item foram inferiores a 3 e 10, respetivamente, o que pode ser considerado não problemático em termos de distribuição (Kline, 2023).

Os profissionais parecem concordar mais com as atitudes informadas pelo trauma, uma vez que se verificaram quinze itens (1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 18, 20, 21, 27, 29, 30, 31) acima do ponto médio da escala, com destaque para os itens 6, 18 e 30 (ver Tabela 1). Por outro lado, aparentaram não se identificar com determinadas atitudes, representadas em onze itens (2, 9, 10, 13, 17, 19, 22, 23, 24, 32, 34), cujas médias se encontram abaixo de 3, especialmente os itens 2, 17 e 23 (ver Tabela 1).

Existe uma maior concordância evidente no que se refere ao item 18, uma vez que é o item com o valor médio de concordância mais elevado, comparativamente aos restantes. Este item representa as afirmações: “Quando cometo erros com os meus clientes, é melhor seguir em frente e fingir que isso não aconteceu. / Quando cometo erros com os meus clientes, é melhor assumir os meus erros.”. O valor médio de concordância indica que existe um maior número de participantes a concordarem com a segunda afirmação, isto é, mais profissionais acreditam que quando cometem erros com os clientes, é melhor assumi-los.

Em sentido contrário, houve um item que se destacou pelo valor médio de concordância mais baixo, sendo ele o item 23. Neste item, afirma-se que “As relações saudáveis com os clientes são o caminho para os seus bons resultados. / As pessoas pensarão que eu tenho limites fracos se construir boas relações com os clientes.”, o que significa que as pessoas tendem a concordar com a primeira afirmação e que acreditam que se mantiverem relações saudáveis com os seus clientes, fomentam os bons resultados e a eficácia da intervenção.

Tabela 1.*Análise descritiva dos itens do ARTIC.*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Skewness</i>	<i>SE</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>SE</i>
1. Os problemas de aprendizagem e comportamento dos clientes estão enraizados na sua condição comportamental ou de saúde mental. / Os problemas de aprendizagem e comportamento dos clientes estão enraizados na sua história de acontecimentos de vida difíceis.	5.06	1.33	-0.31	0.17	-0.25	0.34
2. O foco no desenvolvimento de relações saudáveis e recuperadoras é a melhor abordagem quando se trabalha com pessoas com histórias de trauma. / Regras e consequências são a melhor abordagem quando se trabalha com pessoas com histórias de trauma.	2.53	1.64	0.88	0.17	-0.22	0.34
3. Estar muito chateado é normal para muitos dos clientes com quem trabalho. / Eu sofro se os clientes com que trabalho estão muito chateados.	3.68	1.47	0.12	0.17	-0.50	0.34
4. Não tenho o que é preciso para ajudar os meus clientes. / Tenho o que é preciso para ajudar os meus clientes.	5.13	1.41	-0.72	0.17	0.03	0.34
5. É melhor não dizer aos outros se tenho sentimentos fortes sobre o trabalho porque eles vão pensar que não fui talhado para este trabalho. / É melhor se eu falar com os outros sobre os meus sentimentos fortes sobre o trabalho para não ter de aguentar sozinho.	5.07	1.51	-0.76	0.17	0.20	0.35
6. Os clientes foram educados desta forma, por isso não há muito que eu possa fazer agora. / Os clientes foram educados desta forma, por isso ainda não sabem como fazer o que lhes estou a pedir.	5.41	1.47	-1.13	0.17	1.02	0.34

7. Os clientes precisam de experimentar consequências na vida real para funcionarem no mundo real. / Os clientes precisam de experimentar relações recuperadoras para funcionarem no mundo real.	5.30	1.61	-0.80	0.17	-0.17	0.34
8. Se os clientes me dizem ou fazem coisas desrespeitosas, isso faz-me parecer um tolo diante dos outros. / Se os clientes me dizem ou fazem coisas desrespeitosas, isso não me causa sofrimento.	4.47	1.51	-0.45	0.17	-0.25	0.34
9. Tenho as competências necessárias para ajudar os clientes com quem trabalho. / Não tenho as competências necessárias para ajudar os clientes com quem trabalho.	2.97	1.80	0.66	0.17	-0.76	0.34
10. A melhor maneira de lidar com o sentir-se esgotado no trabalho é procurar apoio. / A melhor maneira de lidar com o sentir-se esgotado no trabalho é não me debruçar sobre ele e ele passará.	2.64	1.77	0.98	0.17	-0.05	0.34
11. Muitos clientes simplesmente não querem mudar ou aprender. / Todos os clientes querem mudar ou aprender.	4.19	1.49	-0.07	0.17	-0.34	0.34
12. Muitas vezes, os clientes ainda não são capazes ou não estão prontos para assumir a responsabilidade pelas suas ações. Eles precisam de ser tratados com flexibilidade e como indivíduos. / Os clientes precisam de ser responsabilizados pelas suas ações.	3.56	1.66	0.33	0.17	-0.57	0.34
13. Percebo que os clientes com quem trabalho podem não ser capazes de me pedir desculpa depois de agirem mal. / Se os clientes com quem trabalho não me pedem desculpa depois de agirem mal, eu pareço um idiota à frente dos outros.	2.61	1.37	0.72	0.17	-0.06	0.34
14. Cada dia é singularmente stressante neste trabalho. / Cada dia é novo e interessante neste trabalho.	4.73	1.34	-0.30	0.17	0.02	0.34
15. O facto de ser afetado pelo meu trabalho significa que me preocupo. / Por vezes penso que sou demasiado sensível para fazer este tipo de trabalho.	3.32	1.52	0.31	0.17	-0.44	0.34

16. Os clientes com quem trabalho tiveram de aprender como ludibriar ou enganar os outros para satisfazer as suas necessidades. / Os clientes com quem trabalho são manipuladores, por isso é preciso questionar sempre o que eles dizem.	3.42	1.31	0.28	0.17	0.22	0.34
17. Ajudar um cliente a sentir-se seguro e preocupado é a melhor forma de eliminar comportamentos indesejáveis. / Implementar consequências punitivas é a melhor forma de eliminar comportamentos indesejáveis.	2.49	1.54	0.87	0.17	-0.19	0.34
18. Quando cometo erros com os meus clientes, é melhor seguir em frente e fingir que isso não aconteceu. / Quando cometo erros com os meus clientes, é melhor assumir os meus erros.	5.95	1.63	-1.74	0.17	2.04	0.34
19. Os altos e baixos são parte do trabalho, por isso não o levo a peito. / A imprevisibilidade e intensidade do trabalho faz-me pensar que não estou apto para este trabalho.	2.92	1.41	0.63	0.17	0.12	0.34
20. Os profissionais mais eficazes encontram formas de endurecer a dor - e não se importam tanto com o trabalho. / Os profissionais mais eficazes deixam-se afetar pelo trabalho - para sentir e gerir a dor - e para continuar a preocupar-se com o trabalho.	4.53	1.55	-0.45	0.17	-0.23	0.34
21. Os clientes com quem trabalho poderiam agir melhor se realmente quisessem. / Os clientes com quem trabalho estão a fazer o melhor que podem com as competências que têm.	5.08	1.64	-0.65	0.17	-0.29	0.34
22. É melhor tratar os meus clientes com respeito e gentileza desde o início para que saibam que me preocupo. / É melhor ser muito rigoroso no início, para que os meus clientes aprendam que não podem tirar partido de mim.	2.64	1.54	0.73	0.17	-0.17	0.34
23. As relações saudáveis com os clientes são o caminho para os seus bons resultados. / As pessoas pensarão que eu tenho limites fracos se construir boas relações com os clientes.	2.19	1.61	1.41	0.17	1.11	0.34
24. Sinto-me capaz de fazer o meu melhor todos os dias para ajudar os clientes com quem trabalho. / Já não me sinto capaz de ajudar os clientes com quem trabalho.	2.67	1.63	1.04	0.17	0.47	0.34

25. É porque sou bom(a) no meu trabalho que o trabalho me está a afetar tanto. / Se eu fosse melhor no meu trabalho, o trabalho não me afetaria tanto.	3.41	1.29	0.12	0.17	0.54	0.34
26. Os clientes com quem trabalho fazem a coisa certa num dia, mas não no dia seguinte. Isto mostra que estão a fazer o melhor que podem em qualquer altura em particular. / Os clientes com quem trabalho fazem a coisa certa num dia, mas não no dia seguinte. Isto mostra que eles podem controlar o seu comportamento se realmente o desejarem.	3.48	1.61	0.30	0.17	-0.52	0.34
27. Ao gerir uma crise, a aplicação das regras é a coisa mais importante. / Quando se gere uma crise, a flexibilidade é a coisa mais importante.	4.82	1.60	-0.31	0.17	-0.67	0.34
28. Se eu não controlar o comportamento dos meus clientes, coisas más irão acontecer na instituição/ serviço. / Desde que todos estejam seguros, não há problema que os clientes com quem trabalho fiquem perturbados, mesmo que causem alguns danos na instituição/serviço.	3.80	1.63	-0.08	0.17	-0.68	0.34
29. Receio ir para o meu trabalho porque é demasiado duro e intenso. / Mesmo quando o meu trabalho é duro e intenso, sei que faz parte do trabalho e está tudo bem.	5.32	1.60	-1.08	0.17	0.70	0.34
30. Como me estou a sair pessoalmente não está relacionado com o quanto posso ajudar os meus clientes. / Tenho de cuidar de mim pessoalmente para poder cuidar dos meus clientes.	5.49	1.56	-1.11	0.17	0.71	0.34
31. Se as coisas não estão a correr bem, é porque os meus clientes não estão a fazer o que precisam de fazer. / Se as coisas não estão a correr bem, é porque eu preciso de mudar o que estou a fazer.	4.70	1.34	-0.03	0.17	-0.23	0.34
32. Eu sou mais eficaz na ajuda que presto quando me concentro nos pontos fortes dos meus clientes. / Sou mais eficaz na ajuda que presto quando me concentro nos comportamentos problemáticos dos meus clientes.	2.92	1.71	0.69	0.17	-0.35	0.34
33. Estarem chateados não significa que os clientes com quem trabalho vão magoar os outros. / Se eu não controlar o comportamento dos meus clientes, outros clientes serão prejudicados.	3.09	1.59	0.44	0.17	-0.49	0.34

34. Se eu dissesse aos meus colegas o quão difícil é o meu trabalho, eles apoiar-me-iam. / Se eu dissesse aos meus colegas o quão difícil é o meu trabalho, eles pensariam que eu não fui talhado para este trabalho.	2.71	1.52	0.75	0.17	0.00	0.34
35. Quando me sinto "a levar o meu trabalho para casa", é melhor falar com os meus colegas e/ou supervisor(es). / Quando me sinto "a levar o meu trabalho para casa", é melhor mantê-lo para mim próprio.	3.22	1.72	0.58	0.17	-0.44	0.34

Análise Fatorial Confirmatória

Uma vez realizada a análise descritiva dos itens, prosseguiu-se para uma análise fatorial confirmatória onde se testou uma estrutura fatorial original de cinco fatores. Foi utilizado o método de estimação *Maximum Likelihood* (ML) e os fatores foram correlacionados entre si.

O ajustamento geral do modelo de cinco fatores (Modelo 1) não se revelou adequado: $\chi^2(550) = 1235.41$, $p < .001$, $\chi^2/df = 2.25$; CFI = .77; e RMSEA = .08. Os índices de modificação sugeriram a correlação de erros, tendo sido correlacionados 5 pares de erros nas mesmas dimensões (e4-e6; e9-e14; e17-e19; e18-e20; e23-e24). Com estes pares de erros correlacionados, prosseguiu-se para o Modelo 2 que apresentou o seguinte ajustamento: $\chi^2(545) = 1147.04$, $p < .001$, $\chi^2/df = 2.11$; CFI = .80; e RMSEA = .08.

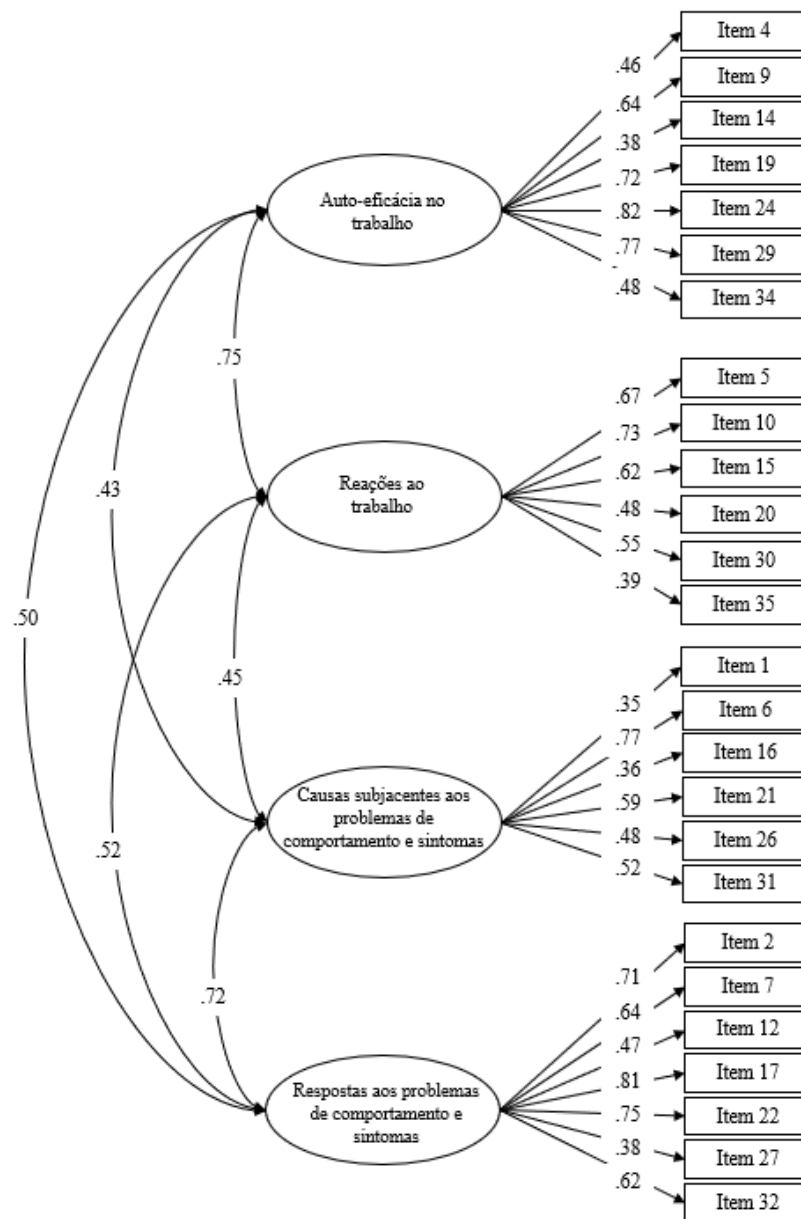
Todos os itens revelaram saturar significativamente nas respectivas dimensões, exceto os itens da dimensão comportamento no trabalho (p 's $> .05$). Para além disso, os itens 11 e 25 revelaram saturação abaixo de .30 (item 11 = .24; item 25 = .23). Assim, foram eliminados os itens 3, 8, 13, 18, 23, 28 e 33 da dimensão comportamento no trabalho e os itens 11 e 25 das dimensões de causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas e reações ao trabalho, respetivamente. O Modelo 3 relevou um melhor ajustamento em comparação com os anteriores: $\chi^2(288) = 583.82$, $p < .001$, $\chi^2/df = 2.03$; CFI = .85; e RMSEA = .07.

A Tabela 2 resume a comparação entre o ajustamento dos modelos e a Figura 1 apresenta a estrutura fatorial obtida (Modelo 3) e a saturação de cada item no respetivo fator (coeficientes standardizados).

Tabela 2.

Comparação entre modelos.

Modelo	χ^2	df	χ^2/df	CFI	RMSEA
Modelo 1	1235.41	550	2.25	.77	.08
Modelo 2	1147.04	545	2.11	.80	.08
Modelo 3	583.82	288	2.03	.85	.07

Figura 1.*Estrutura Fatorial Obtida (Modelo 3).*

Calculou-se o Alfa de Cronbach de forma a avaliar a fiabilidade do ARTIC. Os resultados desta análise indicam boa consistência para as dimensões: auto-eficácia no trabalho ($\alpha=.80$), reações ao trabalho ($\alpha=.75$), causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas ($\alpha=.72$) e respostas aos problemas de comportamento e sintomas ($\alpha=.82$).

A dimensão auto-eficácia no trabalho correlaciona-se positiva e significativamente com a dimensão reações ao trabalho ($r = .75$), causas subjacentes aos

problemas de comportamento e sintomas ($r = .43$), e respostas aos problemas de comportamento e sintomas ($r = .50$). A dimensão reações ao trabalho correlaciona-se positivamente com a dimensão causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas ($r = .45$) e respostas aos problemas de comportamento e sintomas ($r = .52$). A dimensão causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas correlaciona-se positivamente com a dimensão respostas aos problemas de comportamento e sintomas ($r = .72$).

Validade concorrente

Tal como se observa nas correlações apresentadas na tabela 3, a dimensão auto-eficácia no trabalho revelou uma correlação significativa com o bem-estar subjetivo e satisfação com o trabalho. Ou seja, maiores níveis de capacidade para responder às exigências de clientes vítimas de trauma estão associados a mais bem-estar subjetivo dos profissionais e mais satisfação com o trabalho.

A despersonalização revelou correlações negativas significativas com as quatro dimensões do ARTIC, nomeadamente com a auto-eficácia no trabalho, reações ao trabalho, causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas, e respostas aos problemas de comportamento e sintomas. Ou seja, maiores níveis de despersonalização estão associados a uma menor capacidade para responder às exigências do trabalho com clientes vítimas de trauma, menor valorização dos efeitos da traumatização vicariante, menor reconhecimento de que os problemas e sintomas têm causas externas e permeáveis, e menos concordância com respostas flexíveis, que expressem sentimentos de segurança e se foquem na construção de relações saudáveis com os clientes.

O número de anos de trabalho na área da promoção e proteção não revelou estar significativamente correlacionado com as dimensões do ARTIC. Comparando os profissionais gestores de processo e os profissionais do acolhimento (residencial e familiar) nas dimensões do ARTIC (Tabela 4), os resultados revelaram diferenças significativas relativamente às causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas, $t(191) = -2.43$, $p = .008$. Especificamente, os profissionais do acolhimento revelaram maior reconhecimento de que os problemas e sintomas dos clientes têm causas externas e permeáveis ($M = 4.98$, $DP = 0.98$) do que os profissionais que trabalham em gestão processual ($M = 4.62$, $DP = 0.75$).

Tabela 3.*Correlações entre as Dimensões do ARTIC e as restantes medidas.*

Medidas	Auto-eficácia no trabalho	Reações ao trabalho	Causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas	Respostas aos problemas de comportamento e sintomas
Auto-eficácia no trabalho	-			
Reações ao trabalho	.75**	-		
Causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas	.43**	.45**	-	
Respostas aos problemas de comportamento e sintomas	.50**	.52**	.72**	-
Bem-estar	.24**	.13	.11	.09
Stress	-.02	.01	-.02	-.01
Despersonalização	-.23**	-.18*	-.18*	-.18**
Satisfação no trabalho	.23**	.11	.12	.11
Anos de trabalho na área da proteção	.01	-.01	.06	-.02

** $p < .01$ * $p < .05$

Tabela 4.*Diferenças entre profissionais de diferentes equipas nas dimensões do ARTIC.*

Dimensões do ARTIC	Profissionais CPCJ/ EMAT (<i>n</i> =53) <i>M (DP)</i>	Profissionais do acolhimento (<i>n</i> =140) <i>M (DP)</i>	<i>t</i>
Auto-eficácia no trabalho	4.95 (0.88)	5.19 (1.10)	-1.54
Reações ao trabalho	4.82 (1.12)	5.02 (1.05)	-1.13
Causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas	4.62 (0.75)	4.98 (0.98)	-2.43**
Respostas aos problemas de comportamento e sintomas	4.97 (1.03)	5.19 (1.14)	-1.26

** $p < .01$

Discussão

As práticas informadas pelo trauma são muito importantes no sistema de promoção e proteção, pois, como observado em outros estudos, a implementação destas práticas aumenta o bem-estar e resiliência das crianças e jovens (Lowenthal, 2020), reduzindo assim o impacto das experiências de violência e mau-trato na infância (Spinazzola, 2005). Este estudo pretendeu adaptar e validar para o contexto português a escala ARTIC-35 (Baker et al., 2016) numa amostra de profissionais do sistema de promoção e proteção, explorando a sua validade concorrente e analisando as diferenças entre os profissionais.

De acordo com as análises, parece existir uma maior concordância relativamente a algumas atitudes informadas pelo trauma, nomeadamente no que se refere às atitudes relatadas nos itens 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 18, 20, 21, 27, 29, 30 e 31, observando-se predominância de itens da dimensão *Causas subjacentes aos problemas de comportamento e sintomas*. Esta dimensão retrata em cada item uma atitude interna e fixa *versus* uma atitude externa e maleável (Baker et al., 2016), como, por exemplo, é o caso do item 11, onde se expõem as seguintes afirmações: “Muitos clientes simplesmente não querem mudar ou aprender. / Todos os clientes querem mudar ou aprender.”. Com isto, é possível verificar que os profissionais reconhecem e compreendem as causas subjacentes dos comportamentos problemáticos e sintomas, conclusão que também foi obtida em estudos anteriores (Abdoh et al., 2017).

Por outro lado, verifica-se que os itens 2, 9, 10, 13, 17, 19, 22, 23, 24, 32, 34 se encontram abaixo do ponto médio da escala, o que é representativo de uma menor concordância com os mesmos. Nestes, sobressaem os que pertencem às dimensões de *Auto-eficácia no trabalho* e *Respostas aos problemas de comportamento e sintomas*. Enquanto a auto-eficácia no trabalho expõe sentimentos de incapacidade para responder às problemáticas e ao trabalho direto com vítimas de trauma *versus* sentimentos de capacidade para realizar esses atendimentos, as respostas aos problemas de comportamento e sintomas destaca as regras, consequências e a eliminação de comportamentos problemáticos *versus* a flexibilidade, sentimento de segurança e a construção de relacionamentos saudáveis. Reconhecendo as características de cada dimensão e o valor de concordância existente, observa-se que os profissionais tendem a acreditar que através da aplicação de regras e consequências, atuando diretamente com o objetivo de eliminar o problema, conseguem obter os resultados desejados no

atendimento a vítimas de trauma, mas que se sentem incapazes de realizar este trabalho. Este sentimento de incapacidade parece estar associado a falta de formação e suporte organizacional, com os profissionais a revelarem dificuldades no que se refere à adaptação das suas práticas a contextos mais sensíveis e traumáticos das vítimas que atendem (Huo et al., 2023).

A estrutura de cinco fatores da escala original do ARTIC não foi replicada, dado que o fator *Comportamentos no trabalho* foi excluído. O mesmo foi verificado num estudo realizado num contexto de dependência de substâncias, em que três dos itens da escala original não fizeram parte da estrutura final da escala (Mendez et al., 2023). O desaparecimento deste fator pode dever-se a várias razões, entre os quais o facto da amostra do presente estudo ter características diferentes da amostra original, como um menor número de participantes ou a não participação de profissionais da área da educação ou de outras áreas do sistema de promoção e proteção. Podem ainda existir diferentes interpretações, o que levará a respostas distintas aos itens da escala entre os diferentes grupos de participantes e são essas variações que modificam a relevância ou o impacto dos fatores esperados (Fenn et al., 2020). Para a replicabilidade e validade das estruturas fatoriais das escalas, é fundamental que se entendam as diferenças existentes nas amostras (Morgado et al., 2017).

Quanto à validade concorrente, os resultados obtidos revelaram associações relevantes entre as dimensões do instrumento ARTIC e outras variáveis.

A dimensão *Auto-eficácia no trabalho* apresentou uma correlação significativa com o bem-estar subjetivo e a satisfação com o trabalho, o que indica que os profissionais que acreditam ter capacidade para responder de forma eficaz às exigências do trabalho realizado com vítimas de trauma têm uma maior probabilidade para apresentar níveis mais elevados de bem-estar psicológico e de satisfação com o trabalho. A literatura vai ao encontro destes resultados, tendo em conta que realça o papel crucial que a auto-eficácia tem na promoção do bem-estar e no desempenho profissional, nomeadamente no que se refere a contextos especialmente sensíveis, como a intervenção com vítimas de trauma (Maslach & Leiter, 2016). Profissionais que acreditam ser capazes de realizar tarefas mais exigentes demonstram ter melhor regulação emocional e menor propensão à exaustão emocional (Bandura, 1997), o que permite que realizem um atendimento mais eficaz e consistente.

A despersonalização revelou correlações negativas significativas com todas as dimensões do ARTIC, o que indica que profissionais com altos níveis de

despersonalização apresentam uma menor capacidade para responder adequadamente às exigências dos clientes vítimas de trauma. Quando os profissionais apresentam níveis elevados de despersonalização, podem tornar-se insensíveis ao sofrimento dos clientes, desvalorizando as suas emoções e necessidades (Maslach & Leiter, 2016), o que pode estar relacionado com uma carga de trabalho elevada, a falta de apoio institucional e ao trabalho direto com casos de trauma (Leiter, Bakker, & Maslach, 2014). A literatura sobre as práticas informadas pelo trauma realça que, para os profissionais serem capazes de trabalhar de forma eficaz com vítimas de trauma, é essencial que adotem uma abordagem flexível, empática e sustentada numa relação de segurança e confiança com os clientes (Child Welfare Committee, 2013). Porém, como já referido, a despersonalização pode dificultar essa abordagem, já que o profissional tende a desvalorizar os impactos do trauma. Relativamente à associação com a autoeficácia no trabalho, os resultados sugerem que profissionais com níveis elevados de despersonalização apresentam níveis mais baixos de autoeficácia, o que pode comprometer a qualidade do atendimento, nomeadamente num contexto de trauma, que exige sensibilidade e empatia (West et al., 2018). Acerca da correlação negativa com as atitudes relativas às reações ao trabalho, os resultados sugerem que os profissionais com elevados níveis de despersonalização podem subestimar o impacto emocional que o trabalho com trauma tem sobre eles próprios, sendo que o não reconhecimento do impacto do trauma nos profissionais poderá aumentar a sua vulnerabilidade ao *burnout* (Bride, 2007). Como tal, a implementação destas práticas revela-se essencial, considerando que estas estão associadas a menores níveis de traumatização vicariante nos profissionais (Heffernan & Viggiani, 2015). Para além disso, os profissionais com níveis elevados de despersonalização tendem a não reconhecer as causas externas e permeáveis dos problemas comportamentais e sintomas dos clientes. Este resultado representa mais um obstáculo para intervenções eficazes, considerando que a compreensão das causas subjacentes aos comportamentos é um requisito fundamental para a eficácia do atendimento realizado (Perry & Szalavitz, 2017). Por último, a despersonalização também se correlacionou negativamente com a dimensão respostas aos problemas de comportamento e sintomas, sugerindo que os profissionais tendem a concordar menos com abordagens flexíveis e seguras. Segundo Cocker e Joss (2016), a exaustão emocional e a despersonalização resultam em abordagens de respostas mais rápidas e protocolos rígidos, que são incompatíveis com os princípios de flexibilidade exigidos nas práticas informadas pelo trauma.

Os resultados obtidos para os profissionais de diferentes equipas do sistema indicam uma diferença significativa na forma como os profissionais do acolhimento (residencial e familiar) e os profissionais da gestão processual entendem as causas subjacentes aos comportamentos e sintomas dos clientes. Mais concretamente, os profissionais do acolhimento atribuem uma maior importância a fatores externos e permeáveis, enquanto os gestores de processo tendem a reconhecer menos essas causas. A literatura existente sobre as práticas informadas pelo trauma corrobora estes resultados, ao salientar a necessidade de compreender os comportamentos problemáticos dos clientes como respostas a traumas anteriores (Levenson, 2017), e os profissionais que lidam diretamente com as crianças e jovens vítimas de trauma, como os profissionais do acolhimento, têm tendência para desenvolver uma maior sensibilidade às causas externas, devido ao seu contacto diário com os impactos emocionais do trauma (Hopper et al., 2010). Por outro lado, os gestores de processos têm menos interação direta com os casos e podem focar-se mais nos aspetos administrativos e menos na origem emocional dos comportamentos, sendo que essa diferença na forma de lidar com os casos pode ser atribuída à exposição limitada do contexto traumático dos clientes (Bloom, 2013). Tal como Bloom (2013) argumenta, a distância institucional promovida pelos sistemas hierárquicos e protocolos das instituições faz com que profissionais com tarefas mais administrativas tenham uma visão mais operacional e menos empática em comparação com os profissionais que atuam diretamente com os clientes.

As principais limitações deste estudo estão relacionadas com a amostra e com o desenho do estudo. A amostra ser de conveniência representa uma limitação, uma vez que os profissionais que estiveram mais motivados a participar também podem ser os mais envolvidos no seu contexto de trabalho. Também o contexto de trabalho dos profissionais pode constituir uma limitação, dado que os profissionais pertencem, maioritariamente, a equipas de gestão processual ou acolhimento e poucos a equipas de intervenção com famílias. Por outro lado, o desenho do estudo levanta alguns obstáculos à investigação, dado que é realizado online, o que exige que os participantes tenham acesso à Internet e saibam responder a questionários realizados por esta via. Conseguiu-se apenas uma amostra com cerca de cinco participantes por item para a escala ARTIC, o que representa um rácio baixo, apesar de aceitável. O número de itens do ARTIC dificultou o preenchimento do questionário até ao final. É ainda de reconhecer que o facto de ser um estudo com um desenho transversal e não longitudinal é também uma limitação, pois não permite estabelecer relações de causalidade entre as práticas informadas pelo

trauma e as restantes variáveis. Estes fatores poderão limitar a generalização dos resultados obtidos, nomeadamente se o objetivo for a generalização dos resultados para populações mais amplas, pelo que é crucial que estudos futuros considerem uma amostra com um maior número de participantes e com mais diversidade, alargando a amostra a outras equipas do sistema de promoção e proteção para fins de validação.

O desenvolvimento de estudos como este e como os realizados, por exemplo, por Bargeman et al. (2021) e por Bosk et al. (2020), reforça a urgência de implementação destas práticas, bem como sensibiliza os profissionais para as mesmas, fazendo com que se questionem sobre as próprias práticas e funcionamento do sistema. O ARTIC é, segundo os seus autores, o primeiro instrumento confiável e válido para ajudar a avaliar as práticas informadas pelo trauma e os seus resultados (Baker et al., 2016). É através da sua implementação e avaliação das práticas que é possível compreender as práticas utilizadas na intervenção no trauma com diferentes populações, permitindo também que os profissionais, nomeadamente os que fazem parte do sistema de promoção e proteção, possam ajustar as suas abordagens. Com isto, tanto os profissionais serão capazes de melhorar a relação com os clientes, sustentada na segurança e confiança, e a eficácia dos serviços prestados, como as instituições poderão adaptar e alterar políticas relacionadas com a formação e supervisão dos trabalhadores.

O presente estudo realça a importância de existirem equipas com formação adequada e sensibilizadas para o impacto do trauma. A partir destes resultados é também possível justificar a necessidade de existir formação especializada e contínua sobre as práticas informadas pelo trauma, garantindo que os profissionais são capazes de reconhecer e responder de forma adequada e eficaz às necessidades das crianças e famílias que tiveram experiências traumáticas.

A análise das variáveis que impactam a implementação das práticas pode encaminhar os profissionais e as suas equipas no sentido da adaptação das suas abordagens de uma forma mais eficaz. Alguns dos resultados, como, por exemplo, a relação entre o bem-estar dos profissionais e as atitudes informadas pelo trauma, podem incentivar o desenvolvimento de programas de suporte que tenham em vista reduzir o stress e prevenir o *burnout*, promovendo, desta forma, um ambiente de trabalho mais saudável. Um ambiente de trabalho mais favorável, com suporte adequado e condições de trabalho dignas, pode melhorar a satisfação e reduzir o *burnout* (Chung & Choo, 2019), melhorando também, por sua vez, a qualidade do atendimento prestado.

Segundo o estudo realizado por Salloum et al. (2019), os profissionais que praticam autocuidado como forma de lidar com o trauma apresentam menos sintomas de *burnout*. Para além de melhorar a sua saúde mental, os mesmos autores destacam que incorporar práticas de autocuidado informadas pelo trauma nas rotinas dos profissionais também aumenta a eficácia das tarefas realizadas pelos próprios.

Apesar de muitas vezes a exaustão dos profissionais também afetar a sua satisfação com o trabalho, alguns profissionais são capazes de desenvolver estratégias de resiliência, como redes de apoio social fortes ou uma separação clara entre a sua vida pessoal e profissional, para manterem níveis elevados de satisfação com as suas funções (Stalker et al., 2007). No entanto, existem outros profissionais que sofrem traumatização vicariante e apresentam sintomas como PSPT, ansiedade e exaustão, agravados pela falta de apoio institucional, pelo que o apoio psicológico, formação e supervisão se verificam essenciais para reduzir esses impactos, melhorar o bem-estar dos profissionais e a qualidade dos serviços (Melner et al., 2020).

Este estudo contribui para a literatura no sentido em que o foco nas diferentes variáveis associadas à implementação das práticas informadas pelo trauma poderá servir de suporte a estudos futuros cujo objetivo seja explorar intervenções específicas que sejam capazes melhorar a aplicação dessas práticas em diferentes contextos.

Referências

- Abdoh, N., Bernardi, E., & McCarthy, A. (2017). *Knowledge, attitudes and practices of trauma informed practice: a survey of health care professionals and support staff at Alexander Street community* [Dissertação, University of British Columbia]. University of British Columbia Library.
- Anani, U., Lanphier, E., & Feltman, D. (2021). Trading cultural competency for trauma informed care. *The American Journal of Bioethics*, 21(9), 13-16.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2021.1952348>
- Atwool, N. (2019). Challenges of operationalizing trauma-informed practice in child protection services in New Zealand. *Child & Family Social Work*, 24(1), 25-32.
<https://doi.org/10.1111/cfs.12577>
- Baker, C. N., Brown, S. M., Wilcox, P. D., Overstreet, S., & Arora, P. (2016). Development and psychometric evaluation of the attitudes related to trauma-informed care (ARTIC) scale. *School Mental Health*, 8, 61-76.
<https://doi.org/10.1007/s12310-015-9161-0>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (Vol. 604). Freeman.
- Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based “standard of care”: A critical review. *Child Abuse & Neglect*, 119, 104762.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104762>
- Berliner, L., & Kolko, D. J. (2016). Trauma Informed Care: A commentary and critique. *Child Maltreatment*, 21(2), 168-172.
<https://doi.org/10.1177/1077559516643785>
- Black, K. R., Collin-Vézina, D., Brend, D., & Romano, E. (2022). Trauma-informed attitudes in residential treatment settings: Staff, child and youth factors predicting adoption, maintenance and change over time. *Child Abuse & Neglect*, 130, 105361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105361>
- Bloom, S. L. (2013). *Creating sanctuary: Toward the evolution of sane societies*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203569146>
- Bosk, E. A., Williams-Butler, A., Ruisard, D., & MacKenzie, M. J. (2020). Frontline staff characteristics and capacity for trauma-informed care: Implications for the child welfare workforce. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104536.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104536>

- Brend, D. M., & Sprang, G. (2020). Trauma-informed care in child welfare: An imperative for residential childcare workers. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 7(1), 154-165. <https://doi.org/10.7202/1072595ar>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bride, B. E., Jones, J. L., & MacMaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3-4), 69-80. https://doi.org/10.1300/J394v04n03_05
- Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, M.J. et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Carlson, J. S., Yohannan, J., Darr, C. L., Turley, M. R., Larez, N. A., & Perfect, M. M. (2020). Prevalence of adverse childhood experiences in school-aged youth: A systematic review (1990–2015). *International Journal of School & Educational Psychology*, 8, 2-23. <https://doi.org/10.1080/21683603.2018.1548397>
- Carvalho, J. M., Pinto, V. S., & Delgado, P. (2020). Decision-Making processes in the child protection system: A comparative study between students and professionals in Portugal. *Journal of Family Trauma, Child Custody & Child Development*, 17(1), 58-75. <https://doi.org/10.1080/15379418.2020.1729922>
- Child Welfare Information Gateway. (2020). *The Importance of a Trauma-Informed Child Welfare System*. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau.
- Chung, Y., & Choo, H. (2019). A structural path to job satisfaction, burnout, and intent to leave among child protection workers: A South Korean study. *Children and Youth Services Review*, 100, 304-312. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.018>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International journal of*

environmental research and public health, 13(6), 618.

<https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>

Collin-Vézina, D., Brend, D., Black, K., Beeman, I., & Brown, S. (2020). Impacts of child welfare worker and clientele characteristics on attitudes toward trauma informed-care. *Developmental Child Welfare*, 2(4), 244-261.

<https://doi.org/10.1177/2516103220963139>

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021*. Instituto da Segurança Social, IP.

Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR). (2011). *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Instituto da Segurança Social, IP.

Connors-Burrow, N. A., Kramer, T. L., Sigel, B. A., Helpenstill, K., Sievers, C., & McKelvey, L. (2013). Trauma-informed care training in a child welfare system: Moving it to the front line. *Children and Youth Services Review*, 35(11), 1830-1835. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.08.013>

Donisch, K., Bray, C., & Gewirtz, A. (2016). Child welfare, juvenile justice, mental health, and education providers' conceptualizations of trauma-informed practice. *Child Maltreatment*, 21(2), 125-134. <https://doi.org/10.1177/1077559516633304>

Fenn, J., Tan, C. S., & George, S. (2020). Development, validation and translation of psychological tests. *BJPsych Advances*, 26(5), 306-315. <https://doi.org/10.1192/bja.2020.33>

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2020). *Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models* (2nd ed.). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2020-15661-000>

Harris, M., & Fallot, R. D. (2001). Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift. *New Directions for Mental Health Services*, 89, 3-22. <https://doi.org/10.1002/ym.23320018903>

Heffernan, K., & Viggiani, P. (2015). Going beyond trauma informed care (TIC) training for child welfare supervisors and frontline workers: The need for system wide changes implementing TIC practices in all child welfare agencies. *The*

Advanced Generalist: Social Work Research Journal, 1(3/4), 37.

<http://hdl.handle.net/10057/11285>

Hong, S. (2024). Trauma-informed cultural humility mental health practice: Centering history among African American women. *Social Work*, 69(1), 64-72.

<https://doi.org/10.1093/sw/swad045>

Huo, Y., Couzner, L., Windsor, T., Laver, K., Dissanayaka, N. N., & Cations, M. (2023). Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: A systematic review. *Implementation Science Communications*, 4(1), 49.

<https://doi.org/10.1186/s43058-023-00428-0>

Instituto da Segurança Social. (2022). *CASA 2021 - Relatório de Caracterização Anual da Situação do Acolhimento das Crianças e Jovens*. Instituto de Segurança Social, IP.

K Hopper, E., L Bassuk, E., & Olivet, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3(1). <http://dx.doi.org/10.2174/1874924001003010080>

Kataoka, M., Kotake, R., Asaoka, H., Miyamoto, Y., & Nishi, D. (2022). Reliability and validity of the Japanese version of the Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC-10) Scale. *Journal of Trauma Nursing*, 29(6), 312-318.

<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000684>

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Publications.

Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., ... & Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396.

<https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.396>

Kramer, T. L., Sigel, B. A., Connors-Burrow, N. A., Savary, P. E., & Tempel, A. (2013). A statewide introduction of trauma-informed care in a child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 19-24.

<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.10.014>

Leiter, M. P., Bakker, A. B., & Maslach, C. (2014). Burnout at work. *A Psychological Perspective*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/978131589416>

Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social work*, 62(2), 105-113. <https://doi.org/10.1093/sw/swx001>

- Lowenthal, A. (2020). Trauma-informed care implementation in the child-and youth-serving sectors: A scoping review. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 7(1), 178-194. <https://doi.org/10.7202/1072597ar>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Meléndez Guevara, A. M., Lindstrom Johnson, S., Elam, K., Hilley, C., McIntire, C., & Morris, K. (2021). Culturally responsive trauma-informed services: A multilevel perspective from practitioners serving Latinx children and families. *Community Mental Health Journal*, 57, 325-339. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00651-2>
- Mendez, A., Bosk, E. A., Keller, A., Williams-Butler, A., Hardan, T., Ruisard, D. J., & MacKenzie, M. J. (2023). Expanding the Trauma-Informed Care measurement toolkit: An evaluation of the attitudes related to Trauma-Informed Care (ARTIC-45) Scale with SUD workers in PIMH. *Behavioral Sciences*, 13(6), 471. <https://doi.org/10.3390/bs13060471>
- Mendez, A., Bosk, E. A., Keller, A., Williams-Butler, A., Hardan, T., Ruisard, D. J., & MacKenzie, M. J. (2023). Expanding the Trauma-Informed Care Measurement Toolkit: An Evaluation of the Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC-45) Scale with SUD Workers in PIMH. *Behavioral Sciences*, 13(6), 471. <https://doi.org/10.3390/bs13060471>
- Messman-Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2017). A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 154.
- Meysen, T., & Kelly, L. (2018). Child protection systems between professional cooperation and trustful relationships: A comparison of professional practical and ethical dilemmas in England/Wales, Germany, Portugal, and Slovenia. *Child & Family Social Work*, 23(2), 222-229. <https://doi.org/10.1111/cfs.12403>
- Molnar, B. E., Meeker, S. A., Manners, K., Tieszen, L., Kalergis, K., Fine, J. E., ... & Wells, M. K. (2020). Vicarious traumatization among child welfare and child protection professionals: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104679. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104679>
- Morgado, F. F., Meireles, J. F., Neves, C. M., Amaral, A. C., & Ferreira, M. E. (2017). Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future

research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30(0), 3.

<https://doi.org/10.1186/s41155-016-0057-1>

Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2017). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook - What traumatized children can teach us about loss, love, and healing*. Hachette UK.

Pires, A. L., & Miyazaki, M. C. O. S. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: Revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12(1), 42-9.

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>

Salloum, A., Choi, M. J., & Stover, C. S. (2019). Exploratory study on the role of trauma-informed self-care on child welfare workers' mental health. *Children and Youth Services Review*, 101, 299-306.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.childyouth.2019.04.013>

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Spinazzola, J., Ford, J., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S., & Blaustein, M. (2005). National survey of complex trauma exposure, outcome and intervention for children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 433-439.

Stalker, C. A., Mandell, D., Frensch, K. M., Harvey, C., & Wright, M. (2007). Child welfare workers who are exhausted yet satisfied with their jobs: How do they do it?. *Child & Family Social Work*, 12(2), 182-191. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00472.x>

Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *JAMA*, 290(5), 603-611.

<https://doi.org/10.1001/jama.290.5.603>

Unick, G. J., Bassuk, E. L., Richard, M. K., & Paquette, K. (2019). Organizational trauma-informed care: Associations with individual and agency factors. *Psychological Services*, 16(1), 134-142.

<https://doi.org/10.1037/ser0000299>

- US Department of Health and Human Services. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265. <https://doi.org/10.3109/10673229409017088>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*, 283(6), 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Whittaker, T. A. (2016). '*Structural equation modeling*'. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences* (6th ed.). Routledge.
- Yatchmenoff, D. K., Sundborg, S. A., & Davis, M. A. (2017). Implementing trauma-informed care: Recommendations on the process. *Advances in Social Work*, 18(1), 167-185. <https://doi.org/10.18060/21311>