

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Perspetivas de jovens em acolhimento residencial sobre as suas vivências traumáticas

Alexandra Macedo Mariz (33389)

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional

Orientação da Professora Doutora Liliana Meira e coorientação da Professora Doutora Anita Santos

Outubro de 2022 



Alexandra Macedo Mariz (33389)

Perspetivas de jovens em acolhimento residencial sobre as suas vivências traumáticas

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade da Maia para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Liliana Meira e coorientação da Professora Doutora Anita Santos

Outubro de 2022

Agradecimentos

À Professora Doutora Liliana Meira, pelo apoio prestado ao longo deste percurso, por toda a atenção, confiança e flexibilidade, por todos os conhecimentos transmitidos e pela motivação que sempre me transmitiu.

À Professora Doutora Anita Santos, pelo acompanhamento e pela prontidão para ajudar.

À Dra. Vera Pereira, pela constante disponibilidade e pela incansável ajuda, sem dúvida imprescindível para a realização deste estudo.

À Casa de Acolhimento e aos respetivos jovens, pela coragem para realizarem as entrevistas e partilharem informação pessoal e sensível.

À minha colega Francisca Abreu, pelo companheirismo, pela entreajuda e pelos desabafos.

À minha família, pela enorme dedicação ao longo destes anos e pelo apoio incondicional.

Resumo

Os jovens em acolhimento residencial tendem a apresentar níveis mais elevados de disfunção psicossocial ao longo da vida, estando este padrão associado às experiências negativas, potencialmente traumáticas, anteriores e associadas ao processo da institucionalização. O presente estudo teve por objetivo compreender as perspectivas de um grupo de jovens em acolhimento residencial sobre as suas vivências traumáticas e como se refletem no seu desenvolvimento psicossocial. Este estudo, de natureza qualitativa, foi realizado junto de cinco participantes, jovens em situação de acolhimento residencial, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, quatro rapazes e uma rapariga. Os instrumentos utilizados incluíram o *Child Trauma Screen* e uma entrevista semiestruturada para compreender a perceção dos jovens sobre as experiências traumáticas. Os resultados obtidos indicam que as diversas experiências potencialmente traumáticas que os jovens vivenciaram tiveram, da sua perspectiva, impacto no seu desenvolvimento psicossocial, nomeadamente, a nível emocional, relacional, psicológico e cognitivo. Especificamente, os jovens relatam dificuldades na regulação emocional, em estabelecer relações interpessoais seguras e estáveis, sentimentos de culpa, raiva e rejeição, bem como dificuldades de aprendizagem. Registam uma elevada probabilidade de terem Perturbação de *Stress Pós-Traumático*.

Palavras-chave: jovens, acolhimento residencial, trauma psicológico, impacto psicossocial.

Abstract

Young people in residential care tend to have higher levels of psychosocial dysfunction throughout their lives, and this pattern is associated with negative, potentially traumatic experiences before and throughout institutionalization. The present study aims to understand the perspectives of a group of young people in residential care about their traumatic experiences and the respective impact on their psychosocial development. This qualitative study was carried out with five participants, young people in residential care, aged between 15 and 19, four boys and one girl. The instruments used included the Child Trauma Screen and a semi-structured interview to assess young people's perception of the traumatic experiences they were victims of and their impact on their psychosocial functioning. The results obtained indicate the different potentially traumatic experiences that young people had that had an impact on their psychosocial development, namely at an emotional, relational, psychological and cognitive level. Specifically, young people report difficulties in emotion regulation, in establishing secure and stable interpersonal relationships, feelings of guilt, anger and rejection, as well as learning difficulties. They have a high probability of having Post Traumatic Stress Disorder.

Keywords: young people, residential care, psychological trauma, psychosocial impact.

Índice

Introdução	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico	3
1. Caracterização dos jovens em acolhimento residencial em Portugal	4
2. Impacto psicossocial de experiências traumáticas.....	6
2.1. <i>Impacto psicossocial de experiências traumáticas na infância e na adolescência</i>	8
3. Impacto psicossocial do trauma em jovens em acolhimento residencial	10
3.1. <i>Intervenção no trauma com jovens em acolhimento residencial</i>	13
Capítulo 2: Estudo Empírico.....	17
1. Método.....	17
1.1. <i>Participantes</i>	17
1.2. <i>Instrumentos</i>	20
1.3. <i>Procedimentos</i>	22
2. Resultados.....	26
Eventos interpessoais potencialmente traumáticos.....	29
Funcionamento psicossocial	32
Saúde mental.....	35
3. Discussão	36
4. Conclusões.....	42
5. Referências	44

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	19
Tabela 2 – Grelha de codificação das unidades de registo.....	28

Introdução

A presente dissertação de mestrado pretende conhecer e compreender as perspectivas de jovens em acolhimento residencial sobre as suas vivências traumáticas e o impacto no seu desenvolvimento psicossocial e visa a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Em Portugal, milhares de crianças e adolescentes encontram-se, anualmente, ao abrigo do sistema de acolhimento institucional. Quando a criança ou jovem é sinalizada como estando em perigo, o tribunal ou as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens podem requerer o seu acolhimento residencial. Seja por motivos anteriores ou posteriores ao acolhimento, este grupo-alvo manifesta particularidades clínicas que importa conhecer melhor, bem como a perspectiva dos mesmos acerca das suas experiências potencialmente traumáticas.

Tendo em conta as especificidades e a complexidade dos procedimentos envolvidos na aplicação de medidas de colocação de jovens em perigo em casas de acolhimento, é fundamental dotar os profissionais que os acompanham de conhecimento e recursos que lhes permitam desenvolver práticas dirigidas tanto à mitigação dos efeitos do trauma interpessoal que estes jovens tendem a experienciar e/ou testemunhar. Assim sendo, um dos principais objetivos deste estudo é contribuir para o desenvolvimento de práticas informadas sobre o trauma interpessoal em jovens.

Esta dissertação está dividida em dois capítulos: o primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico e o segundo capítulo é constituído pelo estudo empírico desenvolvido. O primeiro capítulo está subdividido em três partes: a caracterização dos jovens em acolhimento residencial em Portugal; o impacto psicossocial de experiências traumáticas; e o impacto psicossocial do trauma em jovens em acolhimento residencial. No que concerne ao segundo capítulo, este foca-se no estudo empírico realizado, fazendo referência aos

participantes, instrumentos e procedimentos e, por fim, resultados e respetiva discussão. Por fim, serão apresentadas as conclusões da investigação realizada.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

As crianças e os jovens em situação de acolhimento residencial não são homogêneos e têm histórias de vida particulares e experiências individuais de desigualdade (Hanlon, 2007). A maioria foi exposta a eventos traumáticos múltiplos e crônicos (Aarons, Brown, Hough, Garland, & Wood, 2001; Ko et al., 2008) que podem constranger o desenvolvimento emocional, relacional, psicológico e cognitivo das crianças (Ko et al., 2008).

Experiências adversas na infância é o termo utilizado para descrever situações de abuso e/ou negligência e experiências traumáticas que ocorrem em crianças e jovens com idade inferior a 18 anos. Tendo em conta o impacto destas experiências no desenvolvimento pediátrico e nos resultados de saúde de adultos a longo prazo, este é reconhecido como uma crise de saúde pública (Anda, Butchart, Felitti, & Brown, 2010). Adicionalmente, uma parte destas crianças e jovens são alvo de medidas de proteção, entre as quais, a institucionalização e todo o processo de transição e adaptação que esta medida impõe. A exigência desta fase de transição impõe um conhecimento e preparação das instituições e técnicos que acompanham estas crianças e jovens sobre a natureza das experiências traumáticas de que foram vítimas e o seu impacto físico, emocional, cognitivo e social, no sentido de responder de forma efetiva e personalizada às suas necessidades, com vista a remediar o impacto negativo destas experiências e promoção do seu bem-estar e funcionamento global.

Maus tratos, negligência e violência doméstica exercidos pelos cuidadores contra crianças e jovens são tidos como graves eventos invasivos e stressores de natureza interpessoal (Taylor et al., 2006). O abandono físico, material e emocional na órbita da infância e da juventude pode, efetivamente, transformar-se num violento processo traumático que acarreta consequências para o saudável desenvolvimento e crescimento destas crianças e jovens (Munson & McMillen, 2009). O estudo que aqui se apresenta procura contribuir para a caracterização das experiências traumáticas que esta população tende a vitimizar e do impacto

na vida de jovens em acolhimento residencial, usando como fonte de informação os próprios jovens. O impacto psicossocial de experiências traumáticas, principalmente na infância e na adolescência, bem como a intervenção no trauma com jovens em acolhimento residencial são temas imprescindíveis para um desenvolvimento e crescimento positivos destes jovens.

Importa mencionar que os primeiros esquemas cognitivos desenvolvidos resultam, essencialmente, da família nuclear e, desta forma, as experiências nocivas que as crianças e jovens institucionalizados vivenciam ao longo da vida representam a origem básica dos esquemas mal adaptativos. Entende-se por esquemas cognitivos representações estáveis do conhecimento que o indivíduo faz acerca de si, dos outros e do mundo e, uma vez definidos, orientam o processamento da informação (Beck, 1976; Beck et al., 1979, 1985, 1990), ou seja, os esquemas cognitivos constituem as “unidades estruturais mais básicas do nosso funcionamento cognitivo e definem os modos específicos de construção da realidade” (Gouveia & Rijo, 2001, pp. 309). Estas crianças apresentam experiências de vida associadas ao abandono, abuso, negligência ou rejeição e, mais tarde, enquanto jovens e futuros adultos, evidenciam esquemas desadaptativos associados ao abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional (frieza) e defetividade/vergonha (rejeição) (Young, Klosko, & Welshaar, 2008). Visto que a ativação destes esquemas desadaptativos é acompanhada por elevados níveis de afeto negativo, estas crianças e jovens tendem a desenvolver processos de evitamento, seja ele cognitivo, afetivo ou comportamental.

1. Caracterização dos jovens em acolhimento residencial em Portugal

De acordo com o Relatório CASA 2020 (Instituto da Segurança Social, 2021), em Portugal, em 2020, 6.706 crianças e jovens encontravam-se em situação de acolhimento residencial, 2.002 iniciaram a situação de acolhimento nesse mesmo ano e 2.359 cessaram a situação (i.e., assistiu-se, portanto, a uma diminuição de 5% do número de crianças e jovens institucionalizados relativamente ao ano de 2019). Desse grupo de crianças e jovens, 52% são

rapazes e 35% têm idades compreendidas entre 15 e 17 anos. A salientar que apenas 36,8% destas crianças e jovens tiveram acompanhamento psicológico regular e que 68,6% apresentaram características particulares que, frequentemente relacionadas com os motivos que levaram ao acolhimento, nomeadamente, problemas de comportamento, problemas de saúde mental (e.g., ansiedade e depressão), suspeita de prostituição, deficiência mental/física, entre outros. Relativamente às situações de perigo que levaram à decisão de retirar as crianças e jovens das suas famílias, destacam-se as seguintes: negligência (71%); outras situações que envolveram a ausência temporária de suporte familiar (e.g., comportamentos desviantes, abandono, entre outros) (13%); mau trato psicológico (10%); mau trato físico (4%) e, por fim, abuso sexual (2%).

De acordo com o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) do ano de 2021 (CNPDPJCJ, 2022), foram iniciados 42.098 processos de promoção e proteção e, de uma forma geral, 69.727 crianças e jovens beneficiaram de intervenção pelas CPCJ, incluindo crianças que entraram no sistema em 2021 e aquelas que já eram acompanhadas anteriormente e continuaram a ser. Apesar de o acolhimento residencial ser aplicado em “situações limite”, importa mencionar que esta é a segunda medida de promoção e proteção mais aplicada (8.5%), seguida da medida de apoio junto dos pais, que contabilizou 68.4% dos casos.

As crianças e jovens em situação de risco são uma problemática que requer especial atenção na atualidade, tratando-se de um fenómeno de grande dimensão e que acarreta consequências psicológicas, sociais e comunitárias incomensuráveis (Finkelhor, Turner, & LaSelva, 2021). De acordo com Baker e Purcell (2005), a maior parte das crianças que entram em instituições de acolhimento vivenciaram, pelo menos, um evento traumático e 40% a 80% destas foram vítimas de maus-tratos (Baker et al., 2006).

Não obstante, a investigação em Portugal sobre a prevalência e as características das experiências traumáticas das crianças e jovens em acolhimento residencial e o seu impacto no respetivo desenvolvimento psicossocial são ainda escassos. É ainda mais escassa a investigação que procura conhecer este fenómeno a partir das perspetivas dos próprios jovens. Desta forma, este estudo pretende contribuir para uma compreensão mais idiossincrática dos significados associados às vivências traumáticas de jovens em situação de acolhimento residencial e do impacto das mesmas no respetivo desenvolvimento psicossocial, com objetivo último de apoiar o desenvolvimento de práticas de intervenção psicológicas e sociais informadas, nomeadamente, no trauma interpessoal característico desta população.

2. Impacto psicossocial de experiências traumáticas

O “trauma” é definido como um evento ou vários eventos discretos com ameaça à vida ou à integridade corporal que desencadeiam medo, impotência ou horror na pessoa que o experiencia (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Trauma psicológico é a resposta física e psicológica da pessoa por ter experienciado ou testemunhado um evento que envolve antecipação de morte real ou ameaça, lesão grave ou ameaça à integridade física de si mesmo ou de outros (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013).

O trauma psicológico está associado a sintomas de hipervigilância (i.e., resposta de sobressalto exagerada, concentração e memória prejudicadas e irritabilidade do humor), sintomas intrusivos (i.e., recordações do trauma recorrentes e culpa) e, por fim, sintomas de evitamento (e.g., evitamento de pensamentos/memórias, sentimentos e situações específicas que lembrem o acontecimento traumático) (Flannery, 2020). Trauma grave e cumulativo é, frequentemente, diagnosticado erradamente como depressão, ansiedade e/ou Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperatividade, estando associado a uma maior probabilidade de doença física, incapacidade e/ou morte precoce na idade adulta (Goddard, 2021).

Sobreviventes de trauma diagnosticados com Perturbação de *Stress* Pós-Traumático são indivíduos que ruminam por mais tempo e com mais frequência em comparação com aqueles sem a perturbação e, por esse motivo, o trauma prediz o início e a manutenção dos sintomas da respetiva perturbação (Ehring, Frank, & Ehlers, 2008; Ehring et al., 2013; Michael et al., 2007). A ruminação pode ser uma tentativa para lidar com o trauma, no entanto, esta aumenta e mantém os sintomas da doença (Guzey, Funk, Kustermann, & Ehring, 2021), impedindo os sujeitos de processar as memórias e avaliações emocionalmente carregadas associadas ao trauma (Ehlers & Clark, 2000).

Deste modo, a exposição a trauma complexo origina um impacto negativo significativo e disfunção em vários domínios da existência humana no geral, e das crianças e jovens em particular, nomeadamente, ao nível do/a são eles: (a) qualidade da vinculação e relacionamentos; (b) saúde física do corpo e do cérebro; (c) regulação das emoções; (d) sintomas dissociativos; (e) regulação comportamental; (f) pensamento e aprendizagem; e (g) autoconceito e autoestima (Cook et al., 2005). Além disso, indivíduos expostos a trauma complexo têm uma alta predisposição para manifestar uma variedade de sintomas, tais como a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, Perturbação *Borderline* da Personalidade, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pânico, Perturbações do Humor e Perturbações Dissociativas (Sing, Prakash, Yadav, Bharati, & Chatterjee, 2021).

De acordo com o DSM-V, a característica predominante da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. Indivíduos com esta perturbação são 80% mais propensos a ter sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos de pelo menos uma outra perturbação mental, nomeadamente as perturbações depressivas, bipolares, ansiosas ou uso de substâncias. São frequentes pensamentos intrusivos angustiantes, recorrentes e involuntários acerca do evento traumático, reações dissociativas (e.g., *flashbacks*), evitamento persistente de pensamentos ou

lembranças que despertem recordações do evento traumático, alterações negativas nas cognições e alterações na reatividade associadas ao evento traumático. Especificamente em crianças, pode dar-se a regressão do desenvolvimento como, por exemplo, a perda da fala, perturbação do comportamento desafiante e perturbação de ansiedade de separação (DSM-5, 2013).

2.1. *Impacto psicossocial de experiências traumáticas na infância e na adolescência*

O campo do *stress* traumático adotou o termo “trauma complexo” para retratar a experiência de “eventos traumáticos adversos de desenvolvimento múltiplos, crônicos e prolongados” (Cook et al., 2005, pág. 402), que ocorrem frequente e precocemente e têm natureza interpessoal como, por exemplo, abuso sexual ou físico. Estes eventos sucedem-se, na maioria das vezes, dentro do sistema de cuidado na infância e na adolescência e incluem negligência física, emocional, educacional e maus tratos. O “trauma complexo” tem implicações na capacidade de integrar informações sensoriais, emocionais e cognitivas (Cook et al., 2005) e é responsável por alterações na estrutura e funções do cérebro (Sing, Prakash, Yadav, Bharati, & Chatterjee, 2021), nomeadamente, alterações no volume do hipocampo, amígdala, córtex pré-frontal e hipotálamo (Wignall et al., 2004; Bellis & Zisk, 2014; Key & Newland, 2020). Desta forma, crianças e adolescentes expostas a situações traumáticas podem vir a sofrer de dificuldades de aprendizagem, memória, atenção e regulação emocional (Horner & Hammer, 2002).

O trauma psicológico complexo é considerado dano direto provocado por cuidadores ou adultos responsáveis em período de vulnerabilidade de desenvolvimento de uma criança e, deste modo, tem o potencial de comprometer gravemente o desenvolvimento infantil (MacIntosh, 2013). Este pode ser dividido em três tipos, nomeadamente, o abuso, que pode ser físico, emocional e sexual; a negligência, que pode ser física ou emocional; e a disfunção

familiar, que pode estar presente na forma de divórcio, violência doméstica, doença mental, pais presos e abuso de substâncias (Sing, Prakash, Yadav, Bharati, & Chatterjee, 2021).

Os maus tratos infantis podem traduzir-se em crianças e adolescentes cronicamente traumatizadas, com défices de autorregulação emocional, apresentando, frequentemente, problemas relacionados com a autodefinição, falta de um senso contínuo de identidade, comportamento agressivo, incerteza sobre a confiabilidade e previsibilidade dos outros, desconfiança e isolamento social (Zeanah & Humphreys, 2018; Ji & Wang, 2018). Além disso, crianças cronicamente traumatizadas apresentam uma maior tendência para alterações nos estados de consciência como, por exemplo, amnésia, hipermnésia, dissociação, desrealização, pesadelos e *flashbacks*, problemas escolares, problemas atencionais e perturbações do desenvolvimento sensório-motor (Cicchetti & White, 1990; van der Kolk, 2005; Beyerlein & Bloch, 2014). Estas crianças e adolescentes tendem, também, a manifestar *insight* reduzido acerca do que fazem, sentem e o que realmente aconteceu (van der Kolk, 2005) e tendem a apresentar QIs mais baixos, mais dificuldades na leitura, compreensão e escrita (Stone, 2007). O trauma infantil está também associado a comportamentos dissociativos, visto que no momento em que as crianças vivenciam os abusos, a dissociação tende a ser uma estratégia para lidar com o sofrimento (Blizard, 2008). Desta forma, é frequente que esses comportamentos apareçam durante a infância e adolescência (Castilho, Pinto Gouveia, & Bento, 2010), altura em que a personalidade está a ser desenvolvida e a autorregulação, regulação emocional e o comportamento social estão a ser aprendidos, o que torna os jovens mais suscetíveis do desenvolvimento de alterações na consciência (Hébert, Langevin, & Oussaïd, 2017). A investigação aponta ainda para que a depressão e ideação suicida estejam fortemente associados a abuso emocional e negligência, e a ansiedade e tentativas de suicídio maioritariamente associadas a experiências de abuso físico (Pham, Qui, Chen, Chen, & Fan, 2021).

Deste modo, a investigação mostra que o trauma infantil tem graves consequências e tem implicações não só nas próprias pessoas que vivenciaram as experiências traumáticas, mas também nas famílias e comunidades (Gerrity & Folcarelli, 2008). Assim, posteriormente, abordar-se-á o impacto psicossocial de experiências traumáticas especificamente em jovens em acolhimento residencial e respetivas intervenções.

3. Impacto psicossocial do trauma em jovens em acolhimento residencial

A maioria dos jovens que se encontra em situação de acolhimento residencial apresenta histórias de abuso físico, sexual e/ou negligência (Badeau & Gesirich, 2004) e, desse modo, são propensos a apresentar um elevado risco de sintomas associados à exposição ao trauma (Salazar, Keller, Gowen, & Courtney, 2013). A investigação mostra que os jovens em acolhimento residencial apresentam maior tendência para desenvolver problemas emocionais e comportamentais (Beyerlein & Bloch, 2014), sendo que o trauma complexo, frequentemente, resulta em dificuldades para os próprios e para os técnicos que os acompanham devido ao maior risco de problemas de saúde mental e vulnerabilidades (Leve et al., 2012).

Um estudo realizado cujo objetivo era avaliar o funcionamento psicológico das crianças institucionalizadas relativamente aos sintomas depressivos, comparou dois grupos: um grupo de crianças institucionalizadas (42 crianças, sendo 26 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os sete e 11 anos) e outro por crianças não institucionalizadas (42 crianças, sendo 26 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, cujas idades não foram descritas). Os resultados obtidos evidenciaram que as crianças institucionalizadas apresentaram uma média mais elevada de sintomas depressivos, bem como autoestima mais baixa, menos autoconfiança, problemas afetivo-somáticos (incluindo ideação suicida), menor aproveitamento escolar e dificuldade no relacionamento com outros. Além disso, crianças institucionalizadas manifestaram mais imaturidade e instabilidade emocional, mais suscetibilidade a serem manipuladas por terceiros, menos competências sociais e a acreditar

que as interações sociais com os outros não são amigáveis nem confiáveis. Por fim, os autores concluíram, também, que crianças sob acolhimento institucional apresentaram elevados indícios de sintomas de *stress* pós-traumático e conteúdo agressivo ou lesivo nas avaliações psicológicas.

Importa salientar que, na maioria dos casos, as crianças e jovens institucionalizados são provenientes de agregados familiares desestruturados, com problemáticas associadas como, por exemplo, carência económica, alcoolismo, falta de competências parentais, entre outros. Estes contextos de vida nucleares promovem o desenvolvimento de padrões comportamentais disfuncionais pautados, nomeadamente, por dificuldades em resistir à frustração e dificuldades de relacionamento interpessoal (Carneiro, 2005; Espeleta, Sharkey, Bakula, Gamwell, Archer, Perez, Roberts, Chaney, & Mullins, 2019; Shin, Conley, Jisrova, & Wills, 2019). Além disso, é frequente o envolvimento em transgressões de regras sociais, bem como uma maior predisposição para a vitimização física e psicológica, parentalidade precoce e uma maior probabilidade dos seus próprios filhos virem a ser institucionalizados (Batki, 2017).

Crianças e jovens institucionalizados podem manifestar dificuldades nas suas relações interpessoais. De acordo com Yearwood, Vliegen, Chau, Corveleyn e Luyten (2019), crianças e adolescentes que vivenciaram experiências potencialmente traumáticas desenvolvem um comportamento antisocial, baseado na incerteza sobre a confiabilidade e previsibilidade dos outros e desconfiança e, por esse motivo, apresentam dificuldades em desenvolver relações interpessoais positivas. No entanto, importa mencionar que a proximidade das relações com os pares e o apoio dos mesmos estão associadas a níveis mais baixos de internalização (Gorrese, 2016) e externalização (Oldfield, Humphrey, & Hebron, 2016), bem como ao aumento da autoestima e autocompetência dos jovens (Wilkinson, 2010) e à diminuição das taxas de suicídio (Matlin, Molock, & Tebes, 2011), pelo que é fundamental uma rede de suporte e apoio social.

O estudo realizado por Briggs, Greeson, Layne, Fairbank, Knoverek e Pynoos (2012), teve como objetivo conhecer as associações entre a exposição ao trauma na infância e na adolescência e o funcionamento psicossocial atual em dois grupos: um grupo de crianças e jovens institucionalizados (525 participantes, com idade média de 15.4 anos, sendo que 33.9% eram do sexo masculino e 66.1% eram do sexo feminino) e outro grupo de crianças e jovens não institucionalizados (9.925 participantes, com idade média 10.4 anos, sendo que 48.9% eram do sexo masculino e 51.1% do sexo feminino). Todos as crianças e adolescentes que participaram neste estudo vivenciaram, pelo menos, um tipo de evento traumático. Verificou-se que os primeiros evidenciaram taxas significativamente mais elevadas de comprometimento funcional em todos os domínios em comparação com os jovens que não estavam institucionalizados. Desta forma, os jovens em acolhimento residencial apresentaram uma tendência mais elevada para problemas de comportamento (80% vs. 69%), problemas de vinculação (70% vs. 43%), comportamentos de fuga (30% vs. 5%), problemas de uso de substâncias (42% vs. 8%), ideação suicida (30% vs. 13%), comportamentos autolesivos (28% vs. 12%) e atividade criminosa (30% vs. 0.6%).

De acordo com alguns estudos internacionais (e.g., Connors-Burrow et al., 2013; Sullivan et al., 2016), nem todos os profissionais envolvidos na aplicação de medidas de colocação de jovens em perigo se mostram capazes para lidar com crianças e adolescentes que experienciaram e/ou testemunharam eventos interpessoais potencialmente traumáticos. Os presentes autores acreditam que muitos profissionais não têm conhecimento do impacto potencialmente traumático das experiências interpessoais que as crianças e jovens vivenciaram e que resultaram na sinalização dos mesmos ao sistema de promoção e proteção. Assim, os profissionais podem, erradamente, interpretar os comportamentos internalizadores e/ou externalizadores das crianças e jovens como intencionais e não como resultantes de adaptações funcionais a ambientes perigosos e destruturados (Connors-Burrow et al., 2013). Esta ausência

de conhecimento acerca das consequências do trauma interpessoal pode despoletar o impacto negativo da institucionalização com experiência de revitimação e propícia a experiências igualmente traumáticas, visto que os técnicos demonstram menor disponibilidade para tolerar problemas de comportamento e, conseqüentemente, desinvestem rapidamente da construção de relações seguras e estáveis com os jovens (Connors-Burrow et al., 2013; Sullivan et al., 2016). Desta forma, tendo em conta a ausência de conhecimento por parte destes profissionais, pode originar práticas potencialmente tão nefastas quanto a exposição reiterada a eventos adversos (Beyerlein & Bloch, 2014).

Considerando o acima descrito, os jovens institucionalizados são considerados habitualmente uma população difícil de intervir devido à prevalência de várias problemáticas associadas a desregulação emocional e/ou comportamental, nomeadamente, comportamentos desviantes, abuso de substâncias, comportamento suicidário e autolesivo, comportamentos de oposição e desafiante e comportamentos desajustados de carisma sexual (Anastasio, Baker, & Purcell, 2007; Baker & Purcell, 2005; Baker, Wulczyn, & Dale, 2005). Além disso, os jovens em situação de acolhimento residencial tendem a ter maiores dificuldades a nível cognitivo, visto que as respetivas histórias foram marcadas por violência emocional e/ou física, privações materiais e défice nos cuidados parentais prestados (Scannapieco, 2005).

3.1. Intervenção no trauma com jovens em acolhimento residencial

O processo de proteção de crianças e jovens contra maus tratos depende de indivíduos, principalmente profissionais, que relatam suspeitas de abuso infantil e/ou negligência. No processo de triagem, ou seja, na avaliação dos casos, o assistente social deve reunir o máximo de informação possível acerca da situação da criança ou jovem reportado tendo em conta os parâmetros de gravidade (tipo de dano, localização da lesão e nível de vulnerabilidade da criança) e do grau de perigosidade (frequência dos episódios de maus tratos, características

comportamentais dos pais, características comportamentais da criança e recursos familiares para proteger a criança) (CNPJCJR, 2010).

Após a avaliação dos casos, quando a decisão do tribunal ou da CPCJ consiste na institucionalização das respectivas crianças ou jovens, as experiências traumáticas vivenciadas pelos mesmos devem ser tidas em especial atenção pelos técnicos, auxiliares e outras figuras intervenientes para um melhor acompanhamento e intervenção psicossocial mais eficaz (Goddard, 2021; Sullivan et al., 2016). Os conceitos de cuidado informado ao trauma estão em constante evolução desde há 30 anos (Wilson, Pence, & Conradi, 2013). De acordo com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América (USHHS/SAMHSA, 2012), o cuidado informado ao trauma deve ter em conta 10 princípios, são eles: (1) segurança; (2) confiabilidade e transparência; (3) colaboração e mutualidade; (4) empoderamento; (5) voz e escolha; (6) apoio de pares e autoajuda mútua; (7) resiliência; (8) inclusão e propósito partilhado; (9) questões culturais, histórias e de género e, por fim, (10) processo de mudança.

Visto que as crianças e jovens institucionalizados podem evidenciar vários traumas, os ambientes de acolhimento residencial devem ter especial atenção para não causar novos danos, evitar a retraumatização ou culpabilização dos menores (Moses et al., 2003). Quando se inicia o processo de cuidado informado ao trauma, deve ser tido em conta cinco princípios fundamentais, nomeadamente, segurança, confiabilidade, escolha, colaboração e capacitação (Fallot & Harris, 2011). Além disso, estas crianças e jovens estão sob um plano de intervenção, aos cuidados de uma instituição especializada com profissionais qualificados, que visa o cumprimento de regras, horários e programas educacionais. São estas dinâmicas funcionais que proporcionam aos jovens a aquisição de competências para uma vida ativa e responsável (Martins & Carvalho, 2018).

Importa referir que o Conselho da Europa protege e promove os direitos humanos, que incluem os direitos da criança. As cinco áreas prioritárias para a garantia dos direitos da criança são: (1) igualdade de oportunidades para todas as crianças; (2) participação de todas as crianças; (3) uma vida livre de violência para todas as crianças; (4) uma justiça amiga da criança para todas as crianças; e (5) os direitos da criança no ambiente digital. As crianças têm direito a usufruir de todo o conjunto de direitos humanos salvaguardados pela Convenção Europeia dos Direitos Humanos, pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CNUDC) e outros instrumentos internacionais de direitos humanos. O trabalho do Conselho da Europa sobre os direitos da criança baseia-se na CNUDC e, em particular, em quatro princípios gerais, nomeadamente, não discriminação; superior interesse da criança; direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento e, por fim, o direito ao ser ouvido (CNPDP CJ, 2016). Em Portugal, especificamente, deve respeitar-se a Lei nº 147/99 de 01 de setembro, a lei de proteção de crianças e jovens em perigo que defende o interesse superior da criança e do jovem, privacidade, intervenção precoce, intervenção mínima, proporcionalidade e atualidade, responsabilidade parental, obrigatoriedade da informação e, por fim, audição obrigatória e participação.

Considerando as altas taxas de prevalência de eventos traumáticos vivenciados pelos jovens em acolhimento residencial, é imprescindível uma compreensão mais clara e objetiva das relações entre a exposição ao trauma e o funcionamento psicossocial dos mesmos. Tal compreensão e conhecimento mais idiossincrático das vivências destes jovens e das perspetivas sobre o trauma, deverá contribuir para a construção de programas e formas de intervenção psicológica e social mais ajustadas, facilitadoras da adesão e, deste modo, mais eficazes. Para esse efeito, é fundamental compreender a sua experiência, nomeadamente, a perspetiva do próprio acerca das suas vivências e do impacto no seu funcionamento psicossocial.

Assim, o estudo que se segue procurou contribuir para a compreensão do modo como os jovens em acolhimento residencial percebem as suas vivências traumáticas e o impacto no seu funcionamento psicossocial, com o intuito de responder às seguintes questões de investigação: (i) Qual a percepção dos jovens acerca das experiências interpessoais potencialmente traumáticas ocorridas ao longo da sua vida? (ii) Qual o impacto percebido destas experiências na relação com as suas figuras de referência atuais e do passado? (iii) Qual o significado atribuído pelos jovens a eventuais sintomas psicopatológicos e dificuldades de ajustamento sentidos?

Capítulo 2: Estudo Empírico

O presente estudo teve como objetivo geral compreender os significados atribuídos pelos jovens em situação de acolhimento residencial sobre as vivências traumáticas que estiveram na origem da institucionalização e o impacto das mesmas no respetivo desenvolvimento psicossocial. Os objetivos específicos foram: (i) compreender a percepção/significados dos jovens em acolhimento residencial sobre as experiências traumáticas interpessoais prévias à institucionalização; (ii) explorar a sua visão acerca do impacto destas experiências nas suas relações com as figuras de referência atuais e do passado; e, (iii) explorar os significados associados à vivência traumática e saúde mental.

1. Método

O presente estudo, de natureza qualitativa e exploratória, decorreu no âmbito do projeto de doutoramento em Psicologia Clínica da Universidade da Maia da Mestre Vera Pereira, sobre “Discursos e significados em torno do trauma interpessoal – Uma investigação qualitativa sobre as histórias de trauma e os impactos no funcionamento psicossocial e na saúde mental de adolescentes em acolhimento residencial”. Segue-se a apresentação do método adotado.

1.1. *Participantes*

Os participantes do estudo foram adolescentes em situação de acolhimento residencial, quatro do sexo masculino e uma transgénero, com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos, expostos a eventos interpessoais potencialmente traumáticos antes de serem institucionalizados, nomeadamente, maus tratos físicos, maus tratos psicológicos e emocionais, violência sexual, exposição à violência interparental, negligência física, negligência psicológica e emocional, e abandono.

Os critérios de inclusão no estudo foram: (i) jovens em acolhimento residencial; (ii) com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos; (iii) com experiências de vida

potencialmente traumáticas prévia à institucionalização, (iv) que aceitaram participar de forma voluntária e consentida; e (v) cuja participação foi autorizada pelos seus representantes legais, nomeadamente os diretores da Casa de Acolhimento.

As crianças e adolescentes mais novos/as foram excluídos desta investigação, uma vez que terão uma menor capacidade para narrar a sua experiência e avaliar o grau de severidade das dificuldades decorrentes das suas experiências traumáticas (Stover & Berkowitz, 2005). De acordo com Allen, Rapee e Sandberg (2012), crianças com idade inferior a 12 anos apresentam relatos de eventos de vida negativos menos confiáveis do que crianças mais velhas e adolescentes e, além disso, nos adolescentes os sintomas psicopatológicos e o grau de comportamentos desviantes tende a ser superior e mais severo. Foram também excluídos jovens cujo motivo da aplicação da medida de Acolhimento Residencial foi a fragilidade socioeconómica da família. O processo de amostragem foi por conveniência no acesso aos participantes, selecionados a partir da disponibilidade das instituições onde residem para colaborarem no estudo.

A amostra final de participantes é constituída por cinco jovens. De seguida, os mesmos serão apresentados, de forma sucinta, tendo em conta as características sociodemográficas.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Jovem	Idade	Gênero	Acolhimento prévio noutra CA	Motivo de institucionalização
A	17	Masculino	Sim	Exposição à violência interparental; Maus tratos psicológicos e emocionais.
B	18	Masculino	Não	Exposição à violência interparental; Maus tratos psicológicos e emocionais; Negligência psicológica e emocional; Maus tratos físicos.
C	16	Masculino	Não	Maus tratos físicos; Maus tratos psicológicos e emocionais; Exposição a violência interparental; Negligência psicológica e emocional; Abandono da progenitora.
D	17	Transgénero	Não	Negligência psicológica e emocional; Exposição à violência interparental; Maus tratos psicológicos e emocionais.
E	17	Masculino	Não	Negligência psicológica e emocional; Exposição à violência interparental; Maus tratos psicológicos e emocionais; Maus tratos físicos.

1.2. Instrumentos

Para efeitos de recolha de dados, foram utilizados: uma ficha sociodemográfica, o “*Child Trauma Screen*” (Lang & Connell, 2017) e uma entrevista semiestruturada para aceder à percepção dos participantes sobre as experiências interpessoais traumáticas vivenciadas e o impacto nas suas relações atuais com figuras de referência e no seu funcionamento psicológico.

1.2.1. Ficha sociodemográfica

A ficha sociodemográfica teve como principal objetivo recolher informação caracterizadora dos jovens, nomeadamente, género, idade, percurso em casas de acolhimento e respetivos processos, contacto familiar e escolaridade. Foi preenchida pelos próprios jovens no mesmo dia em que estes preencheram o *Child Trauma Screen* e responderam à entrevista.

1.2.2. Child Trauma Screen – CTS

O *Child Trauma Screen* foi construído por Lang e Connell (2017) e validado para a população portuguesa por Palma et al. (2020). É um instrumento de autorrelato de rastreio do trauma para crianças e adolescentes dos seis aos 17 anos e tem o formato de escala tipo Likert de quatro pontos (0=Nunca/Raramente; 1=Uma ou duas vezes por mês; 2=Uma ou duas vezes por semana; 3=Três ou mais vezes por semana”). É constituído por 10 itens, dos quais resultam duas dimensões distintas: “Eventos” e “Reações”. A dimensão “Eventos” corresponde ao levantamento da exposição a eventos potencialmente traumáticos e é avaliada pelos itens um a quatro. A dimensão “Reações” corresponde ao levantamento de sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático de acordo com os critérios do DSM-5 (2013) e é avaliado pelos itens cinco a dez. Os seis itens de sintomas de reação são somados e uma pontuação de corte igual ou superior a seis indica uma alta probabilidade de diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático.

A análise da consistência interna da dimensão “Reações” revelou um alfa de Cronbach superior a 0.80, no entanto, a dimensão “Eventos” não apresenta alfa de Cronbach, tendo em conta que se trata de uma dimensão que apenas indica a categoria de eventos potencialmente traumáticos a que um jovem esteve sujeito, permitindo calcular o número de eventos. O instrumento apresenta um valor global de consistência interna de 0.81 (Palma, Pechorro, Nunes, & Jesus, 2020), um valor bastante bom, tendo em conta que no instrumento original o alfa de Cronbach foi de 0.78 (Lang & Connell., 2018).

1.2.3. *Entrevista semiestruturada*

A entrevista semiestruturada foi selecionada como instrumento base de recolha de dados, permitindo a exploração de conteúdos mais relevantes que possam surgir no seu decurso, tendo como referência os objetivos específicos pré-definidos que funcionaram como linhas orientadoras. Além disso, neste tipo de entrevista, as respostas a perguntas abertas refletem a reação pessoal de um indivíduo ao fenómeno sob investigação, em vez de uma eliciada através da escolha forçada entre opções pré-definidas (Wilkinson, Joffe, & Yardley, 2004). Trata-se ainda de um instrumento flexível, que permite ao entrevistador adaptar as perguntas consoante o discurso do participante (Smith & Osborn, 2008).

A entrevista utilizada foi construída com base nos objetivos específicos do estudo, nos critérios de Perturbação de *Stress Pós-Traumático* do DSM-V, no “*Trauma Interview Form*”, que consiste numa intervenção de quatro fases para a população adolescente que já tenha vivenciado eventos traumáticos (Foa, Chrestman, & Gilboa-Schetman, 2008) e no “*Child and Adolescent needs and strenghts*”, cujo objetivo é representar com precisão a visão do sistema de atendimento às crianças e jovens e respetivas famílias (Lyons, Griffin, Fazio, & Lyons, 1999).

A sua organização e estrutura final contempla várias questões abertas, que pretendem avaliar as três dimensões estabelecidas: identificar a percepção dos jovens sobre as suas vivências traumáticas antes e durante a implementação da medida de acolhimento residencial, o funcionamento psicossocial atual e saúde mental.

1.3. Procedimentos

1.3.1. Procedimentos de amostragem

O projeto de investigação foi submetido ao Conselho de Ética e Deontologia da Universidade da Maia, tendo sido aprovado (Parecer número 87/2022). Posteriormente, foi contactada uma instituição de Acolhimento Residencial de crianças e jovens em risco no distrito do Porto com o objetivo de apresentar o projeto e solicitar as autorizações necessárias para a realização do estudo junto dos jovens. O pedido de autorização do estudo foi endereçado ao diretor da instituição, por e-mail, e o deferimento foi obtido através de um contacto presencial com a investigadora e respetiva declaração assinada. Após a autorização, foi apresentado o estudo a todos os jovens com idade superior a 15 anos e aos respetivos representantes legais e entregue uma Declaração de Consentimento Informado. A estes foi salientada a voluntariedade da participação, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos e das respostas em entrevista, sendo igualmente requerida autorização para gravação áudio das entrevistas. Por representantes legais entendem-se os profissionais das equipas técnicas das Casas de Acolhimento a quem são confiados os adolescentes na sequência da aplicação da medida de Acolhimento Residencial (cf. alínea f) do n.º 1 do artigo 35.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, na sua redação atual. Apesar de o Regime de Execução do Acolhimento Residencial (DL n.º 164/2019, de 25 de outubro) defender o princípio da “corresponsabilização da família de origem” (cf. al. h do artigo 4º do DL n.º 164/2019, de 25 de outubro) e apelar o envolvimento da família “de maneira significativa em todo o processo de acolhimento, fomentando a sua

participação e (co)responsabilização” (p. 22), as equipas técnicas das Casas de Acolhimento são responsáveis pelo “diagnóstico da situação da criança ou jovem em acolhimento, bem como a definição e execução da medida” (p. 60) atendendo às necessidades e direitos das crianças e jovens (cf. al. d do artigo 26º do DL nº 164/2019, de 25 de outubro). Assume-se, assim, no que concerne à participação de adolescentes em Acolhimento Residencial em projetos de investigação científica, que caberá à equipa técnica das Casas de Acolhimento a autorização da participação.

Salvaguardou-se também que a quebra de confidencialidade poderia ocorrer, excecionalmente, caso se verificasse uma situação de risco para os participantes, nomeadamente, se se determinasse um risco elevado de suicídio ou de atentado contra a vida de outros. Estas situações seriam sempre discutidas e geridas com a colaboração dos participantes e respetivos representantes legais. Além disso, a todos/as os/as participantes assistiu o direito de desistir, a qualquer momento, da participação no estudo, sem qualquer prejuízo para quem assim o decidisse. Os/as participantes também poderiam exercer o direito à oposição e/ou solicitar a sua destruição. Após a conclusão do projeto, e a pedido dos/as participantes, poderia ser concedida uma cópia das conclusões principais dos estudos.

A ficha sociodemográfica, o questionário de rastreio e a entrevista foram realizados no mesmo momento, uma vez que os jovens manifestaram essa disponibilidade. Nenhum participante foi excluído.

1.3.2. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados administração da entrevista, decorreu, em média, em uma sessão com cada participante. As entrevistas foram conduzidas pela Dra. Vera Pereira, na respetiva Casa de Acolhimento, num gabinete fechado. As entrevistas tiveram início após a assinatura da declaração de consentimento por parte dos/as jovens, na qual consta o pedido de autorização

para a gravação de áudio. O instrumento de autorrelato é preenchido antes da entrevista ser realizada.

A entrevista foi alvo de um processo de avaliação/treino prévio através da sua administração a um dos jovens em situação de acolhimento residencial. A seleção deste jovem teve por base os critérios de inclusão do estudo, nomeadamente, idade compreendida entre os 15 e os 19 anos, medida de promoção e proteção (acolhimento residencial) e os motivos da aplicação da medida de acolhimento residencial, ou seja, negligência parental.

Após a recolha de dados, foi disponibilizado um plano de contingência a situações de crise experienciadas pelos/as adolescentes no caso manifestarem alguma reatividade emocional despoletada pelos conteúdos abordados e partilhados ao longo da entrevista semiestruturada. O plano de contingência é baseado no Modelo ABC de Intervenção em Crise (Kanel, 2017) e trata-se de um método de intervenção breve, dirigido a pessoas cujo nível de funcionamento diminuiu após um evento stressor de natureza psicossocial. Este modelo tem como objetivo alterar as cognições relacionadas com o evento precipitante para diminuir a intensidade emocional decorrente do evento e compreende três componentes que podem e devem ser aplicados de modo flexível e focados em cada pessoa, são eles: estabelecer e manter o contacto, identificar o problema e, por fim, o *coping* (Kanel, 2017). De uma forma geral, no presente estudo, era expectável que a intervenção implicasse uma adaptação das três componentes, no sentido de atenuar o sofrimento psicológico causado pela realização da entrevista. De acrescentar que o plano de contingência seria realizado na própria Casa de Acolhimento.

1.3.3. Procedimentos de tratamento de dados

Os dados foram recolhidos e tratados sobre rigorosos critérios de confidencialidade. A cada participante foi atribuído um código que permitiu o estabelecimento de uma correspondência entre esses dados sociodemográficos, os resultados do CTS e a informação da

entrevista. Os dados sociodemográficos, a informação obtida através do questionário de rastreio e os consentimentos informados foram conservados em suporte informático, protegido por código de acesso/*password*, num computador localizado no laboratório da Unidade de Investigação em Desenvolvimento Humano e Psicologia (UNIDEP) da Universidade da Maia.

As entrevistas realizadas foram transcritas e analisadas de acordo com o método de análise de conteúdo, procedimento de análise de conteúdos qualitativos verbais sistemáticos e objetivos de descrição dos temas (Bardin, 2016). A análise de conteúdo demanda comparações contextuais que podem ser multivariadas, porém, devem ser orientadas a partir da sensibilidade, intencionalidade e competência do investigador (Aacharya, 2022).

Após realizadas todas as transcrições, o processo de codificação do conteúdo das entrevistas foi realizado através do *software* NVivo para se proceder à construção das categorias e à codificação das unidades de análise. A escolha pelo NVivo justifica-se pela possibilidade de análise interativa, flexibilidade e comparação interna entre os dados através do programa.

De acordo com as três fases sequenciais da Análise de Conteúdo, primeiramente, trabalhou-se na organização do material a partir de uma leitura das entrevistas transcritas, com o objetivo de conhecer os textos a analisar e organizar a informação. Num segundo momento, visando a exploração do material, procedeu-se à codificação, utilizando procedimentos como o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem), a classificação e a agregação (escolha das categorias), de modo a alcançar uma representação exata do seu conteúdo. Por fim, o objetivo foi prosseguir ao tratamento dos resultados obtidos através de operações estatísticas, as quais permitiram propor inferências e avançar com interpretações (Bardin, 2016).

Foi elaborada uma grelha de apresentação das unidades de registo para codificação com o objetivo de calcular a fiabilidade, sendo este o único processo recomendado pelos autores portugueses que dão atenção a este assunto (Esteves, 2006; Vala, 1986). As unidades de registo foram alvo do processo de codificação realizado por duas codificadoras (juízes), a autora da dissertação e uma mestre em Psicologia. Através do cálculo do k de Cohen para obter o consenso interjuízes (Cohen, 1960), obteve-se uma taxa de fiabilidade de 97,01%.

Importa esclarecer que, a fim de garantir o anonimato dos/das participantes, serão construídas duas bases de dados eletrónicas, para armazenar os dados recolhidos. Numa primeira base de dados, constará o nome de cada um/uma dos/as participantes, ao qual será associado um código alfabético atribuído a cada participante durante o processo de pseudonimização. Por outro lado, numa segunda base de dados, que será mantida num ambiente separado, constarão os restantes dados recolhidos, nomeadamente, os dados sociodemográficos, as respostas às entrevistas e o respetivo código alfabético atribuído. O código alfabético permitirá associar cada participante aos dados recolhidos de um modo anonimizado, assegurando a proteção dos dados pessoais.

2. Resultados

Segue-se a apresentação dos resultados relativos ao rastreio de critérios de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático nos seis participantes e às dimensões – eventos interpessoais potencialmente traumáticos, funcionamento psicossocial e saúde mental – recolhidas através da entrevista semiestruturada.

Os resultados do rastreio de critérios de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, advindos da aplicação do *Child Trauma Screen*, indicam que os participantes obtiveram a seguinte pontuação: A – 6 pontos e três eventos potencialmente traumáticos identificados pelo participante; B – 0 pontos e três eventos potencialmente traumáticos; C – 11 pontos e três

eventos potencialmente traumáticos; D – 5 pontos e dois eventos potencialmente traumáticos; e o E – 11 pontos e três eventos potencialmente traumáticos. Desta forma, conclui-se que três dos cinco jovens apresentam uma alta probabilidade de diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, tendo em conta que obtiveram uma pontuação de corte igual ou superior a 6.

A tabela 2 apresenta os resultados da codificação dos conteúdos partilhados pelos cinco jovens relativos às seguintes dimensões: eventos interpessoais potencialmente traumáticos dos jovens, funcionamento psicossocial dos jovens e, por fim, saúde mental dos jovens.

Tabela 2*Grelha de codificação das unidades de registo.*

Categoria	Subcategoria	Número de participantes que referiu
Eventos interpessoais potencialmente traumáticos	Tipo de eventos interpessoais potencialmente traumáticos –	5
	Experiência potencialmente traumática	
	Tipo de eventos interpessoais potencialmente traumáticos –	4
	Exposição a eventos potencialmente traumáticos	
	Perceção da relação entre os eventos	5
	Atribuição de culpa ao jovem pelos eventos ocorridos	2
	Sentimentos de culpa, vergonha ou raiva	5
	Sentimento de rejeição	5
	Mudanças percecionadas pelo jovem após os eventos	4
	Mudanças percecionadas pelos jovens após a admissão na casa de acolhimento	2
Funcionamento psicossocial	Autonomia	5
	Fatores de manutenção das dificuldades de funcionamento psicossocial	2
	Fatores de promoção do funcionamento psicossocial dos jovens	4
	Dificuldades de aprendizagem	5
	Identidade	5
	Relacionamento interpessoal com os pares	5
	Relacionamento interpessoal com outras figuras	5
	Vinculação	5
Saúde mental	Alterações da ativação e reatividade ou dificuldades na regulação emocional	5
	Alterações negativas nas cognições e no humor	5
	Evitamento	4
	Sintomas intrusivos	5

Eventos interpessoais potencialmente traumáticos:

Relativamente a esta categoria, esta pretende compreender e identificar o tipo de eventos interpessoais potencialmente traumáticos que os jovens vivenciaram, bem como os sentimentos e as mudanças advindas dessas experiências. Para esta categoria identificaram-se oito subcategorias que serão mencionadas e exploradas a seguir.

Na subcategoria *tipo de eventos interpessoais potencialmente traumáticos*, distinguiu-se entre as experiências potencialmente traumáticas que os jovens vivenciaram, enquanto vítimas diretas das respetivas experiências (i.e., “Houve muitas vezes em que ele nos chegou a bater.”) e, além disso, a exposição a eventos potencialmente traumáticos, ou seja, experiências que os jovens tenham assistido, sem as vivenciar diretamente (e.g., “Morte dos meus amigos.”). Além disso, três jovens revelaram exposição a eventos potencialmente traumáticos, nomeadamente, morte de amigos e de familiares. De uma forma geral, pode-se concluir que a maioria das situações interpessoais potencialmente traumáticas relatadas pelos jovens ocorreram no contexto familiar (cinco jovens), tendo algumas ocorrido noutros contextos de vida, nomeadamente, as situações de *bullying* na escola (dois jovens) e a negligência emocional e psicológica por parte da equipa técnico-educativa numa casa de acolhimento (um jovem).

Na subcategoria *percepção da relação entre os eventos*, foram avaliadas as perspetivas dos jovens acerca da sua compreensão relativamente à relação entre diversas situações de vida (i.e., “E então nós fomos para a instituição. Acho eu que foi por causa disto. Para esta, acho que foi porque eu me portava mal na escola.”). De uma forma geral, os jovens parecem compreender o motivo pelo qual foram institucionalizados (quatro dos cinco jovens evidenciam essa percepção), sendo que associam, maioritariamente, aos problemas conjugais e às consequentes repercussões nos filhos. Além disso, dois jovens tomaram a iniciativa de solicitar às respetivas entidades responsáveis pelo processo de promoção e proteção a aplicação da

medida de acolhimento residencial, precisamente por perceberem os efeitos traumáticos das situações interpessoais adversas no contexto familiar neles próprios (e.g., sentiam-se tristes e revoltados) e a necessidade de se afastarem dessas situações. Ambos os jovens também referiram que encontraram no acolhimento residencial a estabilidade que não tinham no contexto familiar. Em contrapartida, constata-se que os dois jovens que estão há mais tempo no acolhimento residencial, nomeadamente há nove anos, não parecem tão esclarecidos relativamente aos motivos que ditaram a aplicação da medida (e.g., “Acho que foi por causa disto”), o que se poderá dever, por um lado, ao facto de terem sido institucionalizados numa idade que não lhes permitia compreender criticamente os eventos potencialmente traumáticos aos quais estavam sujeitos, e/ou os motivos da aplicação da medida podem não ter sido inicialmente explicados de modo que fossem compreendidos pelas crianças (importa realçar que ambos os jovens tinham oito anos de idade quando foram institucionalizados).

Em relação à subcategoria *atribuição de culpa ao jovem pelos eventos ocorridos*, procurou-se perceber se, em algum momento, foi atribuída a culpa aos jovens pelos eventos ocorridos (i.e., “Sim, até porque a minha mãe culpa-me até hoje o facto de o meu irmão ter ido para uma casa de acolhimento.”). Dois dos cinco jovens afirmam que lhes foi atribuída culpa por parte dos pais pelas situações ocorridas. De notar que este reconhecimento de culpa atribuída aos jovens por parte de outros, nomeadamente da família, tem impacto na dimensão emocional (os jovens referiram sentir-se revoltados e injustiçados) e no relacionamento interpessoal com os familiares. Num dos casos houve uma rutura com a mãe e com o padrasto, que se mantém até aos dias de hoje, enquanto que, no outro caso, o jovem não identifica nenhum elemento da família nuclear como a sua figura de referência.

No que respeita a subcategoria *sentimentos de culpa, vergonha ou raiva*, importa ter em conta que estes sentimentos surgem, habitualmente, associados a situações potencialmente traumáticas. Desta forma, procurou-se averiguar se existiam sentimentos de culpa, vergonha

ou raiva associados às experiências vivenciadas pelos jovens (e.g., “Quer dizer, deixa-me um bocado revoltado por saber que a minha mãe perdeu todos os filhos só para ficar com um homem.”). Três dos cinco jovens apresentam sentimentos de culpa (e.g., um jovem evidencia sentimento de culpa pela sua institucionalização, outro jovem manifesta este sentimento pelas frequentes faltas à escola e, por fim, o outro jovem sente-se culpado pelos problemas familiares, tendo em conta que o seu nome era sempre referido nas discussões), quatro jovens exibem sentimentos de raiva (e.g., um dos jovens perante a situação de violência doméstica, outro jovem pelo abandono da mãe e, por fim, outra jovem sente raiva face às situações de *bullying* que sofreu) e, por fim, nenhum indica sentimentos de vergonha.

Paralelamente, na subcategoria *sentimentos de rejeição*, explorou-se a existência de sentimentos de rejeição nos participantes por parte da sua família (e.g., “Já aconteceu com o meu pai, porque houve uma altura em que ele dizia que eu não era filho dele.”). Todos os jovens apresentam sentimentos de rejeição, contudo, à exceção de apenas um jovem, todos os outros manifestam sentimentos de pertença à família, o que parece ser um contrassenso. Este sentimento pode justificar a pouca qualidade do vínculo às figuras familiares, que se refletem em relações débeis e instáveis.

Na subcategoria *mudanças percecionadas pelos jovens após os eventos potencialmente traumáticos*, foram exploradas mudanças nos próprios jovens, bem como na estrutura familiar (e.g., “Tornaram-me uma pessoa um bocadinho insegura.”). Quatro dos cinco jovens expressam a capacidade de reconhecer mudanças após as situações potencialmente traumáticas vividas, nomeadamente, quatro jovens identificam mudanças em relação a eles próprios (i.e., maior insegurança, diferente visão acerca do mundo, maior agressividade e maior vigilância) e um dos jovens evidencia uma alteração em relação à sua família (e.g., modificações na comunicação entre os membros familiares).

Por fim, na subcategoria *mudanças percebidas pelos mesmos após a admissão na casa de acolhimento*, procurou-se analisar alterações nos jovens e no ambiente familiar após a retirada dos jovens aos pais (i.e., “Mudei o meu comportamento quando eu mudei de instituição.”). Quatro dos cinco jovens demonstram capacidade de identificar alterações e estão associadas a uma maior estabilidade emocional e maior investimento no percurso académico; rutura com grupo de pares com comportamento desviante e melhoramento das condições de habitabilidade da residência; e alterações do comportamento e contacto frequente com a família.

Funcionamento psicossocial:

No que concerne o funcionamento psicossocial, esta categoria pretende compreender a relação entre aspetos psicológicos e sociais dos jovens. Foram estabelecidas oito subcategorias.

Na subcategoria *autonomia*, procurou-se avaliar a autonomia e diligência destes participantes, isto é, na capacidade para tomar decisões e na capacidade de fazer as suas tarefas do dia-a-dia, sentindo-se competentes (i.e., “Fui ter com a pessoa e perguntei-lhe porquê que ela estava assim comigo e fomos falando sobre o assunto.”). De uma forma geral, pode-se afirmar que todos os jovens percebem em si capacidade de reflexão e de ponderação para a tomada de decisões e de resolução de problemas. Contudo, a maioria também refere que recorre a outras pessoas (e.g., amigos ou profissionais da casa de acolhimento) quando se confronta com uma decisão ou problema mais complexo.

Relativamente à subcategoria *fatores de manutenção das dificuldades do funcionamento psicossocial*, procurou-se identificar os mecanismos que mantêm as dificuldades destes jovens (e.g., “Não, não sentia isso porque lá estavam sempre fechados porque os monitores estavam sempre nos gabinetes deles fechados. Era muito raro falar para nós.”). Apenas dois dos cinco jovens parecem compreender o que perpetua as suas dificuldades

e estas estão associadas ao pouco suporte social que estes percecionam ter (e.g., baseado na desconfiança básica em relação aos pares e aos adultos, tendo em conta que se sentiram, no passado, traídos por vários colegas) e ao evitamento de emoções e sentimentos.

Na subcategoria *fatores de promoção do funcionamento psicossocial dos jovens*, procuraram-se todos os aspetos pessoais, familiares ou outros que contribuem para a recuperação destes (i.e., “Quando eu vim para aqui eu fui acompanhado e tem-me ajudado muito a tomar decisões, controlo emocional e isso tudo”). Quase todos os jovens referem que o acompanhamento regular dos técnicos da casa de acolhimento e das psicólogas contribui para o bom funcionamento psicossocial destes, nomeadamente, a nível da tomada de decisões e regulação emocional.

Relativamente à subcategoria *dificuldades de aprendizagem*, procurou-se compreender as narrativas dos jovens sobre as suas experiências em contexto escolar e explorar eventuais dificuldades cognitivas dos jovens (i.e., “Dificuldades de atenção.”). Todos os jovens expõem dificuldades de concentração e atenção e particularmente um jovem exhibe problemas de hiperatividade. Importa mencionar que a maioria dos jovens refere dificuldades de concentração e de atenção prévias ao acolhimento residencial, apenas um jovem refere que começou a sentir essas dificuldades após a admissão na primeira casa de acolhimento, contudo, a entrada na instituição coincidiu temporalmente com a entrada para o primeiro ano de escolaridade, o que justifica a perceção destas dificuldades. Apenas um jovem refere tomar medicação para estas dificuldades e salienta que a medicação o ajuda bastante.

Na subcategoria *identidade*, procurou-se perceber a forma como estes jovens se reconhecem e identificam (e.g., “Acho que sou calma, uma pessoa serena, uma pessoa que compreende as outras.”). Ainda que com algumas dificuldades expressas no momento da

entrevista, todos os participantes reconhecem os seus pontos fortes, qualidades e quatro deles apresentam planos e objetivos de vida a longo prazo.

Na subcategoria *relacionamento interpessoal com os pares*, procurou-se perceber se os jovens vivenciaram experiências interpessoais potencialmente traumáticas noutros contextos sociais e se as mesmas tiveram repercussão na qualidade das relações interpessoais atuais dos jovens (e.g., “Muito poucos amigos mesmo, só aqueles em quem eu confio, porque aos outros eu não digo mesmo nada. Só digo olá, boa tarde.”). Todos os jovens revelam dificuldades no que respeita a confiabilidade e previsibilidade dos outros, desconfiança e um certo isolamento social, tendo em conta que a maioria revela ter poucos amigos. Apenas um jovem revela ter um grupo de amigos com quem está regularmente e que constituem uma fonte de suporte significativa para ele. Não obstante o isolamento e desconfiança em relação ao grupo de pares pela maioria dos jovens entrevistados, nenhum deles expressou comportamentos de conflito manifesto com os pares. Ou seja, tendencialmente, os jovens preferem evitar os pares do que os confrontar diretamente

Em relação à subcategoria *relacionamento interpessoal com outras figuras*, procurou-se explorar a perspetiva dos jovens acerca das suas relações atuais interpessoais não familiares explorar possíveis dificuldades de relacionamento interpessoal (i.e., “Os técnicos compreendem-me.”). De uma forma geral, os jovens identificam os técnicos, monitores e educadores da casa de acolhimento como figuras de apoio. No entanto, uma jovem identifica os professores como não disponíveis para os ouvir e não tendo capacidade para compreender estes jovens.

Por fim, na subcategoria *vinculação*, procurou-se conhecer a perceção dos jovens sobre as suas relações de vinculação e perceber se os jovens percecionam a ocorrência de experiências potencialmente traumáticas no contexto familiar e se as mesmas tiveram

repercussões na vinculação dos jovens às suas figuras de referência (i.e., “Praticamente não convivia com ninguém.”). É possível afirmar que apenas dois jovens evidenciam figuras de referência estáveis e seguras (e.g., irmã e pai), referenciando-as como figuras de apoio, suporte e validação. No entanto, verifica-se a existência de ligações e relações familiares pouco firmes e consistentes, com ausência de afeto e carinho, onde predomina a negligência emocional e psicológica.

Saúde mental:

No que concerne a saúde mental, esta categoria pretende explorar o significado construído pelos jovens acerca de alguns aspetos relativos à sua saúde mental. Foram definidas quatro subcategorias.

Na subcategoria *alterações da ativação e reatividade ou dificuldades na regulação emocional*, foram abordados temas relativamente à ideação suicida, variação do humor e reações desproporcionadas (e.g., “Houve uma altura em que eu cheguei ao ponto de tomar comprimidos e o meu amigo foi à minha procura, chegou à minha casa e eu estava ali desmaiado no chão.”). Globalmente, em algum momento das suas vidas, três jovens já apresentaram ideação suicida, um jovem manifestava variação do humor e três jovens tiveram reações exageradas e desproporcionadas. Além disso, todos reconheceram dificuldades a nível da regulação emocional. Atualmente, todos os jovens já foram ou são acompanhados e, portanto, afirmam que estas questões têm sido trabalhadas e melhoradas.

Em relação à subcategoria *alterações negativas nas cognições e no humor*, foram exploradas eventuais dificuldades de relacionamento interpessoal dos jovens e sentimentos de diferença e vergonha em relação a si próprio após a ocorrência de eventos interpessoais potencialmente traumáticos (i.e., “Não me envergonha. Foi uma coisa que aconteceu que eu não pude fazer nada. Nem avisado fui nem nada. Foi uma coisa repentina.”). De uma forma

geral, nenhum dos jovens se considera diferente dos outros adolescentes pelo facto de estarem institucionalizados, porém, reconhecem que alguns pares assim os caracterizam. Além disso, estes jovens não se sentem intimidados ou com vergonha deles próprios por terem vivenciado as situações que os levaram ao acolhimento.

Na subcategoria *sintomas intrusivos*, avaliou-se a presença de pensamentos indesejáveis, preocupações constantes, pesadelos recorrentes, despersonalização e desrealização (i.e., “Penso muito e penso em coisas negativas, não positivas. E então sonho bastante.”). Todos os jovens evidenciam a presença de pensamentos indesejáveis relativamente ao seu passado e há uma tendência de resposta no que diz respeito à qualidade do sono. A maioria diz referir que dorme mal, pois tem dificuldades em adormecer e/ou acorda várias vezes durante a noite e/ou tem pesadelos. No entanto, nenhum jovem apresenta despersonalização e desrealização, nem a maioria expressa uma preocupação ou medo constante. Somente um jovem reconheceu estar muito preocupado com o facto de estar separado da família, sendo essa preocupação intensificada pela ausência de informações relativamente à data de término da medida de acolhimento residencial.

Por fim, na subcategoria *evitamento*, tentou-se perceber se os jovens evitam alguma coisa (e.g., pessoas, locais, atividades, pensamentos ou sentimentos) que os remeta para as situações potencialmente traumáticas que já vivenciaram (i.e., “Sim, evito estar triste e zangado.”). Todos os participantes mencionam que evitam, sobretudo, emoções e sentimentos associados a experiências do passado e, além disso, evitam pensamentos e situações que os deixem desconfortáveis.

3. Discussão

O principal objetivo do presente estudo foi compreender os significados atribuídos por jovens em situação de acolhimento residencial sobre as potenciais vivências traumáticas que

estiveram na origem da institucionalização e o impacto das mesmas no respetivo desenvolvimento psicossocial.

Em relação ao primeiro objetivo específico do estudo, compreender a percepção/significados dos jovens em acolhimento residencial sobre as experiências potencialmente traumáticas interpessoais prévias à institucionalização, os eventos potencialmente traumáticos referem-se a experiências que causam ou ameaçam causar danos ou lesões físicas ou psicológicas a uma pessoa e são frequentemente vivenciados como angustiantes, perturbadores ou debilitantes e podem colocar o sujeito num estado de confusão e/ou insegurança (Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011). De uma forma geral, é possível perceber que todos os participantes vivenciaram várias experiências potencialmente traumáticas, nomeadamente, maus tratos, ativos (que são caracterizados pela adoção de determinados comportamentos conflituosos com as necessidades fundamentais das crianças e jovens) ou passivos (que são caracterizados pela omissão por parte dos cuidadores perante a resposta às necessidades fundamentais das crianças e jovens) (APAV, 2011) e que as reconhecem, embora nem todos lhes atribuam um efeito traumático. Ou seja, dos cinco jovens entrevistados, a maioria parece perceber que as experiências intrafamiliares prévias à aplicação da medida de acolhimento residencial tiveram repercussões negativas neles próprios e no modo como se relacionam com os outros e perspetivam o futuro. Relativamente aos maus tratos ativos, estão presentes nestes cinco jovens maus tratos psicológicos e emocionais, maus tratos físicos, violência sexual e, por fim, a exposição à violência interparental. No que respeita os maus tratos passivos, os jovens vivenciaram situações de negligência psicológica e emocional, negligência física e, por fim, abandono.

É perceptível, através das respostas ao *Child Trauma Screen* e à entrevista, que as experiências potencialmente traumáticas parecem, de uma forma geral, serem homogéneas, sendo que foi relatado por todos os jovens a exposição à violência interparental, isto é, ao

comportamento violento entre os membros do casal, seja de natureza incidental ou com padrão de agressão física, coerção, ameaças e/ou controlo (Ibabe, Arnoso, & Elgorriaga, 2020); e maus tratos psicológicos e emocionais, que envolve atos que prejudicam o bem estar psicológico dos jovens e induz o medo e/ou dano ao senso de valor próprio (Herrick & Thomas, 2021). Foi, também, enunciada frequentemente a negligência emocional e psicológica (quatro dos cinco jovens), isto é, uma relação entre cuidador e jovem caracterizada por padrões de interações prejudiciais, onde reside a privação emocional ou a ausência de um ambiente emocional estimulante (Glaser, 2002; Spertus et al., 2003); maus tratos físicos (três dos cinco jovens), ou seja, atividades que prejudicam diretamente o bem estar físico dos jovens (Herrick & Thomas, 2021); e situações de *bullying* na escola (dois dos cinco jovens), ou seja, ações repetidas de agressão e/ou exclusão caracterizadas com a intenção de prejudicar o jovem (Olweus, 2002; Rivers, Poteat, Noret, & Ashurst, 2009). Importa ressaltar que um dos participantes revela ter sentido desespero face aos eventos que vivenciou, tendo sido o próprio a fazer o pedido para a institucionalização. Uma jovem participante, contudo, não apresenta uma reflexão crítica sobre a negligência a que esteve exposta, nomeadamente, sobre as práticas parentais pouco assertivas e adequadas de que foi vítima.

Em relação às experiências potencialmente traumáticas vivenciadas por estes jovens que desencadearam a medida de institucionalização, constata-se que os dois jovens que estão há mais tempo no acolhimento residencial, nomeadamente há nove anos, não parecem tão esclarecidos relativamente aos motivos que ditaram a aplicação da medida (e.g., “Acho que foi por causa disto”), o que se poderá dever, por um lado, ao facto de terem sido institucionalizados numa idade que não lhes permitia compreender criticamente os eventos potencialmente traumáticos aos quais estavam sujeitos, e/ou os motivos da aplicação da medida podem não ter sido inicialmente explicados de modo que fossem compreendidos pelas crianças (importa realçar que ambos os jovens tinham oito anos de idade quando foram institucionalizados). Esta

suposição vai ao encontro do que a teoria diz acerca dos cuidados sensíveis ao trauma e sobre a importância de adequar a linguagem ao estágio desenvolvimental dos jovens, de modo a explicar-lhes convenientemente os motivos da aplicação da medida de acolhimento residencial, sob pena de estarmos a provocar mais traumas nos jovens (Moses et al., 2003; USHHS/SAMHSA, 2012).

Assim, de uma forma geral, os resultados obtidos corroboram a literatura no sentido em que os jovens institucionalizados são provenientes de agregados familiares desestruturados (Espeleta et al., 2019; Shin et al., 2019) e, tal como mencionado pelo Relatório CASA 2020, verifica-se, também, neste estudo, que os principais motivos que impulsionam a decisão de retirar os jovens das suas famílias são a negligência, outras situações que envolveram a ausência temporária de suporte familiar (e.g., consumo abusivo de álcool e abandono), mau trato psicológico, mau trato físico e abuso sexual (Instituto da Segurança Social, 2021). Adicionalmente, através dos resultados do *Child Trauma Screen*, é possível afirmar que os jovens apresentam uma elevada probabilidade de diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático. Sing et al. (2021) referiram que crianças e jovens expostos a situações potencialmente traumáticas têm um impacto negativo significativo em alguns domínios e têm uma maior predisposição para manifestar vários sintomas, tais como evitamento, pensamentos involuntários indesejados, dificuldades de regulação emocional, alterações negativas nas cognições e no humor, etc.

Tendo em conta o segundo objetivo específico do estudo, explorar a visão dos jovens acerca do impacto destas experiências nas suas relações com as figuras de referência atuais e do passado, é possível perceber que, de uma forma geral, os jovens relatam não terem uma rede de suporte social alargada e forte, o que vai de encontro à literatura internacional (Yearwood, Vliegen, Chau, Corveleyn, & Luyten, 2019). Verifica-se que a maior parte dos familiares continuam presentes na vida destes jovens, no entanto, são consideradas pelos mesmos relações

débeis e pouco estáveis. Num dos casos houve uma rutura com a mãe e com o padrasto, que se mantém até aos dias de hoje, enquanto que, no outro caso, o jovem não identifica nenhum elemento da família nuclear como a sua figura de referência. Deste modo, podemos supor que a atribuição de culpa tem impacto na ligação afetivo-emocional dos jovens com os familiares.

Importa, também, realçar que os participantes do presente estudo são adolescentes, com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos de idade e que passam a maior parte do tempo com os pares e os técnicos da casa de acolhimento. No mesmo sentido, a maioria dos jovens realçam que, devido a situações anteriores potencialmente traumáticas, têm poucos amigos e as suas relações são baseadas na incerteza sobre a confiabilidade e previsibilidade dos outros e desconfiança. Em relação ao relacionamento interpessoal com outras figuras, os jovens mencionam como figuras de apoio os técnicos da casa de acolhimento onde residem, os professores e as psicólogas que os acompanham, porém, algumas destas relações também são pautadas por algumas dificuldades de confiança e certeza. A noção de que estes jovens têm dificuldades em estabelecer relações interpessoais positivas com os pares tendo em conta a desconfiança sentida, tem vindo a ser amplamente descrita como, por exemplo, em Yearwood et al., (2019), Zeanah e Humphreys (2018) e Ji e Wang (2018).

Em relação ao terceiro objetivo específico, explorar os significados associados à vivência traumática e saúde mental, de facto, é possível verificar que todos os participantes manifestam sentimentos de culpa, raiva e/ou rejeição e, além disso, são frequentes dificuldades na regulação emocional, reações exageradas e desproporcionadas face a situações decorrentes do dia a dia, processos de evitamento de emoções e pensamentos e, também, pensamentos indesejados e preocupações. No entanto, o facto de nenhum dos jovens evidenciar sentimentos de vergonha pode estar associado com a baixa reflexividade por parte dos jovens e *insight* reduzido (van der Kolk, 2005).

Os participantes parecem ser autônomos, com boa capacidade de reflexão e tomada de decisões. A capacidade de recorrer a terceiros, no sentido de recolher uma opinião, pode ser entendida como um indicador positivo de autonomia funcional (Noom et al., 2001). Além disso, um dos jovens aparenta autonomia face às tarefas de casa como, por exemplo, cozinhar, no entanto, esta autonomia está associada à negligência sofrida, tendo em conta que após a separação do pai e da madrasta, o jovem sentiu que tinha de cuidar do progenitor e passou a desempenhar o papel de cuidador. No entanto, ao contrário do que acontece relativamente às dificuldades de funcionamento psicossocial, os jovens não atribuem uma relação entre as suas vivências potencialmente traumáticas e a sua saúde mental. Eles reconhecem alguns problemas de saúde mental, mas não estabelecem uma correspondência entre esses problemas e as suas experiências adversas do passado.

Os problemas emocionais e comportamentais referidos por estes jovens correspondem aos que tendem a ser mais frequentes em crianças e jovens institucionalizados e merecem especial atenção pelos profissionais que os acompanham diariamente (Beyerlein & Bloch, 2014). A regulação emocional desadaptativa origina reações desproporcionais às emoções negativas (Skowron et al., 2004) e está associada aos sintomas de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático que incluem níveis inferiores de consciência emocional, níveis mais altos de supressão de emoções e comportamentos impulsivos (Ehring & Quack, 2010; Messman-Moore & Bhuptani, 2017; Weiss et al., 2019). Tendo em conta os resultados obtidos através do instrumento de autorrelato, parece existir uma alta probabilidade de desenvolvimento de quadros psicopatológicos associados ao trauma nos jovens em acolhimento residencial (Sing, Prakash, Yadav, Bharati, & Chatterjee, 2021). Além disso, os participantes do presente estudo evidenciaram vários tipos de evitamento, nomeadamente, evitamento cognitivo, isto é, a recusa a pensar em temas relacionados com as experiências potencialmente traumáticas; evitamento emocional, ou seja, o não experienciar as emoções ligadas aos eventos traumáticos e, por fim,

evitamento comportamental, quando os jovens evitam situações específicas (Rijo & Gouveia, 2001).

4. Conclusões

Na sua globalidade, os resultados obtidos vão de encontro à literatura no sentido em que, de facto, jovens institucionalizados têm histórias de vida particulares e experienciaram eventos traumáticos múltiplos e crónicos (Hanlon, 2007; Ko et al., 2008). Além disso, as exposições a estas experiências traumáticas têm um impacto significativo ao nível da qualidade da vinculação e relacionamentos interpessoais, regulação das emoções e aprendizagem (Cook et al., 2005), bem como um maior risco de problemas de saúde mental (Leve et al., 2012).

No entanto, os resultados do presente estudo não vão de encontro a alguns aspetos da literatura. De uma forma geral, todos os participantes percecionam a sua saúde física como positiva e estável. De acordo com Cook et al. (2005), os jovens expostos a trauma complexo apresentam disfunção na sua saúde física do corpo, o que foi negado pelos jovens.

Tal como foi possível observar através da realização da entrevista, um dos participantes revelou que, numa anterior casa de acolhimento onde estava institucionalizado, não sentia o apoio, suporte e ajuda por parte dos técnicos. Sullivan et al. (2016) referiu que nem todos os profissionais se mostram capazes para lidar com crianças e adolescentes que experienciaram e/ou testemunharam eventos interpessoais potencialmente traumáticos e a ausência de conhecimento sobre o trauma interpessoal pode desencadear o impacto negativo da institucionalização. Deste modo, é imprescindível a discussão, reflexão e o colocar em prática o cuidado informado ao trauma, com vista a fortalecer e contribuir para o desenvolvimento e para as necessidades emocionais das crianças e jovens institucionalizados, isto é, é fundamental criar e desenvolver um ambiente seguro e acolhedor, que possa diminuir o sofrimento psíquico destes jovens. Através deste estudo pretendeu-se, assim, contribuir para o desenvolvimento de

práticas informadas sobre o trauma interpessoal em jovens institucionalizados tendo em conta o modo como os jovens em acolhimento residencial percebem as suas vivências traumáticas e o impacto no seu funcionamento psicossocial.

Tendo em conta os objetivos específicos do presente estudo, pode-se concluir que os jovens institucionalizados são jovens com histórias de vida complexas que abrangem diversos tipos de experiências potencialmente traumáticas. Esta exposição ao trauma despoleta dificuldades no relacionamento interpessoal, que são baseadas na incerteza, dúvida e desconfiança e, além disso, acarreta problemas de saúde mental nos jovens como, por exemplo, maior predisposição para terem Perturbação de *Stress* Pós Traumático, dificuldades de regulação emocional, dificuldades de aprendizagem, sentimentos de rejeição e culpa, entre outros. De uma forma geral, a exposição a diversos eventos traumáticos múltiplos e crónicos constrange o desenvolvimento emocional, relacional, psicológico e cognitivo destes jovens.

Este estudo teve como limitações o reduzido número de participantes (cinco), a representação geográfica, visto que foram jovens de apenas uma casa de acolhimento situada na zona do Porto, e o facto de a amostra ser pouco representativa em termos de género. Para estudos futuros, salienta-se a necessidade de uma investigação que integre um maior número de jovens e de diversas casas de acolhimento espalhadas pelo país.

Adicionalmente, salienta-se a necessidade de estudos futuros que explorem as dificuldades nas relações interpessoais de crianças e jovens institucionalizados, visto que existe uma escassez de estudos nessa área e, tal como se refletiu nos resultados obtidos no presente estudo, existem bastantes dificuldades de confiabilidade.

5. Referências

- Aacharya, H. (2022). Content Analysis. *International Journal of Research and Development (IJRD)*, 7(4). <https://doi.org/10.36713/epra2016>
- Aarons, G. A., Brown, S. A., Hough, R. L., Garland, A. F., & Wood, P. A. (2001). Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 419–426, <https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00010>
- Allen, J. L., Rapee, R. M., & Sandberg, S. (2012). Assessment of maternally reported life events in children and adolescents: A comparison of interview and checklist methods. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 204–215. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9270-5>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anastasio, E., Baker, A. J. L., Dale, N., & Purcell, J. F. (2007). Characteristics of children in residential treatment in New York State. *Child Welfare*, 86(1), 5–27.
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93–98.
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Crianças e jovens – compreender, intervir e prevenir de situações de violência, 16-20.

- Badeau, S., & Gesiriech, S. (2003). *A child's journey through the child welfare system*. The Pew Commission on Children in Foster Care.
- Baker, A. J. L., Curtis, P. A., & Papa-Lentini, C. (2006). Sexual abuse histories of youth in child welfare residential treatment centers: Analysis of the odyssey project population. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(1), 29–49.
- Baker, A. J. L., & Purcell, J. F. (2005). New York state residential treatment center admissions: Differences in histories of maltreatment, behavioral problems, and mental health problems. *Residential Treatment for Children & Youth*, 22(3), 39–53.
https://doi.org/10.1300/J007v22n03_03
- Baker, A. J. L., Wulczyn, F., & Dale, N. (2005). Covariates of length of stay in residential treatment. *Child Welfare*, 84(3), 363–386.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Batki, A. (2017). The impact of early institutional care on emotion regulation: studying the play narratives of post-institutionalized and early adopted children. *Early Child Development and Care*, 188(12), 1801-1815.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1289190>
- Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The Biological Effects of Childhood Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 185-222.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
- Beyerlein, B., & Bloch, E. (2014). Need for Trauma-Informed Care Within the Foster Care System: A Policy Issue. *Child Welfare*, 93(3).

- Blizard, R. A. (2008). Disorganized Attachment, Development of Dissociated Self States, and a Relational Approach to Treatment. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 27-50. https://doi.org/10.1300/j229v04n03_03
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Briggs, E., Greeson, J. K. P., Layne, C. M., Fairbank, J. A., Knoverek, A. M., & Pynoos, R. (2012). Trauma exposure, psychosocial functioning and treatment needs of youth in residential care: Preliminary findings from the NCTSN core data set. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5, 1-15. <https://doi.org/10.1080/19361521.2012.646413>
- Carneiro, R. (2005). *Casa Pia de Lisboa. Um Projeto de Esperança: as estratégias de acolhimento das crianças em risco*. Cascais, Principia.
- Castilho, P., Gouveia, J. P., & Bento, E. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psychologica*, 52, (2), 331-360.
- Cicchetti, D., & White, J. (1990). Emotion and developmental psychopathology. In: Stein, N., Leventhal, B., & Trebasso, T. (Eds.), *Psychological and Biological Approaches to Emotion*. Hillsdale (pp. 359-382). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cloitre, M., Stolbach, B., Herman, J., van der Kolk, B., 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.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2016).

Estratégia do Conselho da Europa sobre os Direitos da Criança. Lisboa: CNPDPCJ.

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

(2022). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ*. Lisboa: CNPDPCJ.

Connors-Burrow, N. A., Kramer, T. L., Sigel, B. A., Helpenstill, K., Sievers, C., & McKelvey,

L. (2013). Trauma-informed care training in a child welfare system: Moving it to the front line. *Children and Youth Services Review*, 35, 1830–1835. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.08.013>

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R.,

Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5).

Decreto-lei nº147/99, de 1 de setembro. Diário da República n.º 204/1999, Série I-A de 1999-09-01. Lisboa.

Decreto-lei nº 164/2019, de 25 de outubro. Diário da república nº 206/2019, Série I de 2019-10-25. Lisboa.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder.

Behaviour Research and Therapy, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)

Ehring, T., Frank, S., & Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma.

Cognitive Therapy and Research, 32(4), 488–506. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9089-7>

Ehring, T., Kleim, B., & Ehlers, A. (2013). Cognition and emotion in posttraumatic stress disorder. In M. D. Robinson, E. R. Watkins, & E. Harmon-Jones (Eds.), *Handbook of*

Cognition and Emotion (pp. 401–420). Guilford.

- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors : The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587–598.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
- Espeleta, H. C., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Gamwell, K. L., Archer, C., Perez, M. N., Roberts, C. M., Chaney, J. M., & Mullins, L. L. (2019). Adverse childhood experiences and chronic medical conditions: Emotion dysregulation as a mediator of adjustment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09639-x>.
- Esteves, M. (2006). Análise de conteúdo. In J. Á. Lima & J. A. Pacheco (Orgs.), *Fazer investigação* (pp. 105-126). Porto Editora.
- Fallot, R. D., & Harris, M (2011). Creating cultures of trauma-informed care: Program self-assessment scale. *Community Connections*.
- Finkelhor, D., Turner, H., & LaSelva, D. (2021). Receipt of Behavioral Health Services Among US Children and Youth With Adverse Childhood Experiences or Mental Health Symptoms. *JAMA Network Open*, 4(3).
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.1435>
- Flannery, R. (2020). Psychological Trauma and the Trauma Surgeon. *Psychiatric Quarterly*.
<https://doi.org/10.1007/s11126-020-09862-y>
- Foa, E., Chrestman, K., & Gilboa-Schechtman, E. (2008). *Prolonged Exposure Therapy for Adolescents with PTSD Therapist Guide: Emotional Processing of Traumatic Experiences*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195331745.001.0001>
- Gerrity, E. & Folcarelli, C. (2008). *Child traumatic stress: What every policymaker should know*. National Center for Child Traumatic Stress.

- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6), 697-714. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3)
- Goddard, A. (2021). Experiences and Trauma Informed Care. *J Pediatr Health Care*, 35, 145-155.
- Gorrese, A. (2016). Peer attachment and youth internalizing problems: A meta-analysis. *Child and Youth Care Forum*, 45, 177–204. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9333-y>
- Gouveia, J., & Rijo, D. (2001). Terapia focada nos esquemas. Questões acerca da sua validação empírica. *Psicologia*, XV(2), 309-324.
- Guzey, M., Funk, J., Kustermann, J., & Ehring, T. (2021). The effect of concreteness training on peri-traumatic processing and intrusive memories following an analogue trauma. *Behaviour Research and Therapy*, 147. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103970>
- Hanlon, N. (2007). An equality perspective on residential child care. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 6(1).
- Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2017). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 225, 306-312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>
- Herrick, R., & Thomas, S. (2021). Not Just Sticks and Stones: Psychological Abuse and Physical Violence among U.S.State Senators. *Politics & Gender*, 18(2), 422-447. <https://doi.org/10.1017/S1743923X2000063X>

- Horner, M. D., & Hamner, M. B. (2002). Neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology Review*, 12 (1), 15-30. <https://doi.org/10.1023/A:1015439106231>
- Ibabe, I., Arnoso, A., & Elgorriaga, E. (2020). Child-to-Parent Violence as an Intervening Variable in the Relationship between Inter-Parental Violence Exposure and Dating Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051514>
- Instituto da Segurança Social (2021). CASA 2020 – *Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das crianças e jovens*. Instituto da Segurança Social, Lisboa.
- Ji, S., & Wang, H. (2018). A study of the relationship between adverse childhood experiences, life events, and executive function among college students in China. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31, 28–36.
- Kanel, K. (2017). *A guide to crisis intervention* (6th Edition). Cengage.
- Key, D., & Newland, R. (2020). Creating trauma narratives for young children. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 36(10).
- Ko, S. J., Ford, J.D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., & Wong, M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396–404. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.396>.
- Lang, J. M., & Connell, C. M. (2017). Development and validation of a brief trauma screening measure for children: The Child Trauma Screen. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(3), 390-398. <https://doi.org/10.1037/tra0000235>
- Lang, J. M., & Connell, C. M. (2018). The Child Trauma Screen: A follow-up validation. *Journal of Traumatic Stress*, 31(3), 540-548. <https://doi.org/10.1002/jts.22310>

- Leve, L. D., Harold, G. T., Chamberlain, P., Landsverk, J. A., Fisher, P. A., & Vostanis, P. (2012). Practitioner review: Children in foster care—vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 53(12), 1197–1211.
- Lyons, J. S., Griffin, E., Fazio, M., Lyons, M.B. (1999). *Child and Adolescent Needs and Strengths: An information integration tool for children and adolescents with mental health challenges (CANS-MH), manual*. Buddin Praed Foundation.
- MacIntosh, H. B. (2013). Review of Treating of complex trauma: A sequenced relationship-based approach. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 54(3). <https://doi.org/10.1037/a0033867>
- Martins, D., & Carvalho, C. (2018). No trilho de uma carreira: oportunidades para jovens institucionalizados em centros educativos portugueses. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22(1). <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392018012604>
- Matlin, S. L., Molock, S. D., & Tebes, J. K. (2011). Suicidality and depression among African American adolescents: The role of family and peer support and community connectedness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 108–117. <http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01078.x>
- 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), 154–169. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12193>
- Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 307–317. <https://doi.org/10.1002/da.20228>.
- Moses, D. J., Reed, B. G., Mazelis, R., & D'Ambrosio, B. (2003). *Creating trauma services*

for women with co-occurring disorders: Experiences from the SAMHSA women with alcohol, drug abuse and mental health disorders who have histories of violence study.

Policy Research Associates.

Munson, M. R., & McMilen, J. C. (2009). Natural mentoring and Psychosocial Outcomes among Older Youth Transitioning From Foster Care. *Children and youth services review, 31* (1), 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.06.003>

Noom, M., Dekovic, M., & Meeus, W. (2001). Conceptual analysis and measurement of adolescent autonomy. *Journal of Youth and Adolescence, 30*(5), 577–595. [https://doi.org/0047-2891/01/1000-0577\\$19.50/0](https://doi.org/0047-2891/01/1000-0577$19.50/0)

Oldfield, J., Humphrey, N., & Hebron, J. (2016). The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child and Adolescent Mental Health, 21*(1), 21–29. <http://doi.org/10.1111/camh.12108>

Olweus D. (2002). *Bullying at school*. Malden, MA: Blackwell.

Palma, V., Pechorro, P., Nunes, C., & Jesus, S. (2020). Validação Preliminar da Versão Portuguesa do Child Trauma Screen em Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 56*(3), 5-19. <https://doi.org/10.21865/RIDEP56.3.01>

Pham, T., Qi, H., Chen, D., Chen, H., & Fan, F. (2021). Prevalences of and correlations between childhood trauma and depressive symptoms, anxiety symptoms, and suicidal behaviour among institutionalized adolescents in Vietnam. *Child Abuse & Neglect 115*(2). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105022>

Pollak, S. D. (2008). Mechanisms linking early experience and the emergence of emotions : Illustrations from the study of maltreated children. *Current Directions in Psychological Science, 17*(6), 370–375. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00608.x>

- Resende, A., Oliveira, L., & Franco, R. (2019). Crianças institucionalizadas e sintomas depressivos por meio do Rorschach e do CDI. *Psico*, 50(3). <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.3.29666>
- Rivers, I., Poteat, V. P., Noret, N., Ashurst, N. (2009). Observing bullying at school: The mental health implications of witness status. *School Psychology Quarterly*, 24, 211-223.
- Salazar, A., Keller, T., Gowen, L., & Courtney, M. (2013). Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 545-551. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0563-0>
- Scannapieco, M. (2005). *Understanding child maltreatment: An ecological and developmental perspective*. Oxford University Press.
- Shin, S. H., Conley, D., Jisrova, G. K., & Wills, T. A. (2019). Adverse childhood experiences and ecigarette use during young adulthood. *The American Journal of Addictions*, 28, 303–310.
- Sing, J., Prakash, J., Yadav, P., Bharti, A., & Chatterjee, K. (2021). Complex psychological trauma. *Industrial Psychiatric Journal*, 30(3). <https://doi.org/10.4103/0972-6748.328837>
- Skowron, E. A., Wester, S. R., & Azen, R. (2004). Differentiation of self mediates college stress and adjustment. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 69–78. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00287.x>
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (pp. 53–80). <https://doi.org/10.4135/9781848607927.n11>

- Spertus, I., Yehuda, R., Wong, C., Halligan, S., & Seremetis, S. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1247-1258. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.001>
- Stone, S. (2007). Child maltreatment, out-of-home placement and academic vulnerability: A fifteen-year review of evidence and future directions. *Children and Youth Services Review*, 29(2), 139–161. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2006.05.001>
- Stover, C. S., & Berkowitz, S. (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: A critical review of measures. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 707–717. <http://doi.org/10.1002/jts.20079>
- Sullivan, K. M., Murray, K. J., & Ake III, G. S. (2016). Trauma-informed care for children in the Child Welfare System: An initial evaluation of a trauma-informed parenting workshop. *Child Maltreatment*, 21 (2), 147-155.
- Taylor, S., Asmundson, G. J., & Carleton, R. N. (2006). Simple versus complex PTSD: a cluster analytic investigation. *Journal of anxiety disorders*, 20(4), 459–472. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.04.003>
- U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *Trauma definition. Part two: A trauma-informed approach*. Retrieved from <http://www.samhsa.gov/traumajustice/traumadefinition/approach.aspx>
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Afrontamento.

- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Vetteese, L. C., Dyer, C. E., Ling Li, W., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal Mental Health and Addiction*, 9. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9340-7>
- Weiss, N. H., Walsh, K., DiLillo, D. D., Messman-Moore, T. L., & Gratz, K. L. (2019). A longitudinal examination of posttraumatic stress disorder symptoms and risky sexual behavior : Evaluating emotion dysregulation dimensions as mediators. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 975–986. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1392-y>
- Wignall, E., Dickson, J., Vaughan, P., Farrow, T., Wilkinson, I., Hunter, M., & Woodruff, P. (2004). Smaller hippocampal volume in patients with recent-onset posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 56 (11), 832-836. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.09.015>
- Wilkinson, S., Joffe, H., & Yardley, L. (2004). Qualitative Data Collection: Interviews and Focus Groups. In D. Marks & L. Yardley (Eds.), *Research methods for clinical and health psychology* (pp. 39-47). SAGE.
- Wilkinson, R. B. (2010). Best friend attachment versus peer attachment in the prediction of adolescent psychological adjustment. *Journal of Adolescence*, 33(5), 709–717. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.013>.
- Wilson, C., Pence, D.M., & Conradi, L. (2013). Trauma-Informed Care. *Encyclopedia of Social Work*. 1-25. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1063>

- Yearwood, K., Vliegen, N., Chau, C., Corveleyn, J., & Luyten, P. (2019). When do peers matter? The moderating role of peer support in the relationship between environmental adversity, complex trauma, and adolescent psychopathology in socially disadvantaged adolescents. *Journal of Adolescence*, 72, 14-22. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.02.001>
- Young, J., Klosko, J., & Welshaar, M. (2008). Terapia do esquema: Modelo conceitual. In J. Young, J. Klosko, M. Weishaar (Eds.), *Terapia do Esquema. Guia de Técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras* (pp. 17-69). Artmed.
- Zeanah, C., & Humphreys, K. (2018). Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57 (9). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.007>