



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Construção e Validação de um Questionário de Acontecimentos Obstétricos Geradores de Stress para Profissionais

Ângela de Sousa Nunes

**Tese conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia**

Gandra, setembro de 2023

Ângela de Sousa Nunes

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Construção e Validação de um Questionário de Acontecimentos Obstétricos Geradores de Stress para Profissionais

Trabalho realizado sob a Orientação de **Prof. Doutor José Carlos Rocha**

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ângela Sousa Nunes, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Ao meu orientador de estágio.

Aos meus pais.

À minha irmã.

À minha família.

Aos meus amigos.

À Mariana.

À doutora Daniela Mendes.

A todos os participantes.

Índice

Capítulo I.....	1
Introdução.....	1
Capítulo II.....	4
Método.....	4
Amostra.....	4
Instrumentos.....	6
Questionário sociodemográfico	6
Escala de Qualidade de Vida Profissional	7
Questionário de Produtividade no Trabalho e Incapacidade de Atividade.....	7
Desenvolvimento do questionário de acontecimentos obstétricos geradores de stress para profissionais	8
Procedimento	10
Capítulo III	11
Resultados.....	11
Características Gerais da Escala	11
Estudo de Fidelidade.....	14
Análise Fatorial Exploratória.....	15
Análise da validade externa	17
Capítulo IV	19
Discussão e Conclusão	19
Bibliografia.....	22

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra

Tabela 2. Frequência de resposta para cada um dos itens relacionados com os eventos experienciados enquanto profissionais

Tabela 3. Frequência de resposta para cada um dos itens relacionados com os eventos experienciados enquanto utentes

Tabela 4. Resultados dos Testes de KMO e Esfericidade de Bartlett

Tabela 5. Estrutura fatorial após rotação Varimax

Tabela 6. Correlação do QAOGSP com o ProQOL e o WPAI

Índice de anexos

Anexo I- Protocolo de Investigação

Anexo II – Poster submetido e aceite no 5º Congresso Ordem dos Psicólogos Portugueses

Anexo III – Poster submetido e aceite no European Society for Traumatic Stress Studies

Anexo VI – Poster submetido e aceite apresentados no 5º Congresso Ordem dos Psicólogos Portugueses

Anexo V - Poster submetido e aceite no European Society for Traumatic Stress Studies

Anexo VI – Comunicação Oral no International System for Trauma-sensitive Contexts

Siglas

PTSD- Perturbação de Stress pós-traumático

STS- Stress Traumático Secundário

QAOGPS- Questionário de Acontecimentos Obstétricos Geradores de Stress para Profissionais

ProQOL- Escala de Qualidade de Vida Profissional

WPAI- Questionário de Produtividade no Trabalho e Incapacidade de Atividade

BO- *Burnout*

SC- Satisfação por compaixão

**Construção e validação de um Questionário de Acontecimentos Obstétricos
Geradores de Stress para Profissionais**

Nunes, Â¹., Mendes, D³., Nunes, M¹., & Rocha, J^{1,2}

¹ Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde-CESPU (Gandra/ Portugal)

² INFACT– Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde-CESPU (Gandra/ Portugal)

³ Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Autor Correspondente:

Ângela Nunes

IUCS, Rua Central de Gandra, 1317,

4585-116 Gandra PRD

Portugal

E-mail: angelasousanunes22@gmail.com

Resumo

Introdução: Os profissionais de saúde testemunham diariamente acontecimentos potencialmente traumáticos, uma vez que, há uma elevada probabilidade de existirem complicações durante a gestação, parto e nascimento. Contudo, ainda não há síntese de dados sobre quais os acontecimentos que geram especial risco. Assim, o **objetivo** deste estudo, é construir e validar um questionário de Acontecimentos Obstétricos Geradores de Stress para Profissionais.

Métodos: O questionário foi construído com base na revisão da literatura. Tendo sido avaliado por quatro especialistas, assim como um pré-teste com dois profissionais da área. Para a validação do questionário, foi usada uma amostra não probabilística de conveniência. Foram contactados pelas redes sociais e presencialmente. Os questionários foram preenchidos online na plataforma *LimeSurvey* e em papel e lápis.

Resultados: Obteve um Alfa de Cronbach de .901. No teste de e Kaiser-Meyer-Olk, obtivemos um valor de .626. O teste de *esfericidade de Bartlett* revela um nível de significância de $p < .001$ para $X^2=1512.673$. Através da rotação *varimax*, obtivemos 3 fatores.

Conclusão: Este estudo é o primeiro a desenvolver um questionário que avalie a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos na área obstétrica. São necessárias estratégias organizacionais, para prepararem e apoiarem os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Eventos potencialmente traumáticos; Obstetrícia; Stress profissional.

Abstract

Introduction: Health professionals witness potentially traumatic events every day, considering the high probability of complications during pregnancy, labor and birth. However, there is still no data on which events generate particular risk. Therefore, the **objective** of this study is to construct and validate a questionnaire on Obstetric Events that Generate Stress for Professionals.

Methods: The questionnaire was constructed based on a literature review and evaluated by four experts. A pre-test was also made with two professionals in the field. To validate the questionnaire, a non-probabilistic convenience sample was used. Participants were contacted via social media and in person. The questionnaires were completed online on the *LimeSurvey platform* and on paper and pencil.

Results: We obtained a Cronbach 's Alpha of .901. In the Kaiser-Meyer- Olk test, we obtained a value of .626. Bartlett's sphericity test reveals a significance level of $p < .001$ for $X^2=1512.673$. Through *varimax* rotation, we obtained 3 factors.

Conclusion: This study is the first to develop a questionnaire that assesses exposure to potentially traumatic events in the obstetric field. Organizational strategies are needed to prepare and support health professionals.

Keywords: Potentially traumatic events; Obstetrics; Professional stress.

Capítulo I

Introdução

Os profissionais de saúde testemunham diariamente acontecimentos potencialmente traumáticos, uma vez que, há uma elevada probabilidade de existirem complicações durante a gestação, parto e nascimento. Aproximadamente 8% de todas as gestações envolvem complicações, que podem ser assustadoras e traumáticas para as mulheres, levando ao desenvolvimento de perturbação de stress pós-traumático (PTSD) (Graaff et al., 2018). Numa meta análise, verificou-se uma prevalência de PTSD em 3.3% da população geral e um aumento para 18.5% em amostras de elevado risco (Yildiz et al., 2017).

Os efeitos adversos decorrentes de um nascimento potencialmente traumático, tem um elevado impacto nos profissionais de saúde, por ser uma profissão que os expõe frequentemente à observação e ao relato de histórias de partos traumáticos, podemos considerar que apresentam um risco ocupacional, sendo considerado um trauma secundário. Por outro lado, estes profissionais também podem terem sido expostos pessoalmente, sendo um trauma primário, em que se refere à pessoa que vivência o acontecimento traumático. Contudo, ainda não existem evidências sobre o impacto da exposição primária no contexto pessoal e profissional (Charmer et al., 2021).

Um estudo demonstrou que cerca de 85% dos profissionais de saúde, foram expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos (Schroder et al., 2016) , podendo ser qualquer acontecimento que leve o profissional a sentir-se ameaçado ou em risco, o que poderá desencadear uma reação de stress, tendo impacto a nível emocional, psicológico e físico (Walker et al., 2020).

Um parto traumático é o termo utilizado para descrever experiências que causam angústia, envolve lesão grave para a mãe ou o bebé (APA, 2013). No entanto, não há uma interpretação única sobre os acontecimentos, sendo subjetivo. O conhecimento dos acontecimentos obstétricos relatados pelos profissionais como potencialmente traumáticos é limitado, mas incluem morte fetal, morte neonatal, morte materna, reanimação materna e infantil e o sofrimento grave. Alguns aspetos contextuais foram identificados, como por exemplo, não conseguir localizar o médico, presenciar cuidados inadequados por outros profissionais e conflitos com membros da equipa na tomada de decisão (Sheen et al., 2016). No estudo de Wahlberg et al., (2017) identificaram três fatores, que corresponde a acontecimentos relacionados com a mãe, com o bebé e com os profissionais.

Espera-se que estes profissionais sejam empáticos, compassivos e tenham capacidades de comunicação eficazes, no entanto, são diariamente expostos a stress, pressão e acontecimentos traumáticos, podendo levar a um sofrimento emocional e stress profissional, que por sua vez, poderá desencadear o desenvolvimento de *Burnout*, Stress Traumático Secundário (STS) e Fadiga de Compaixão (Dirik et al., 2021).

O *Burnout* está associado à exaustão e diminuição da eficácia no trabalho, ocorre quando os profissionais de saúde não conseguem gerir eficazmente as suas responsabilidades, uma vez que, as atividades diárias se tornaram demasiado exigentes e esmagadoras (McDaniel & Morris, 2020). O Stress Traumático Secundário afeta 25% dos profissionais, podem estar presentes vários sintomas, incluindo reexperiência, evitamento, mudanças de humor e hipervigilância, sentimentos de desamparo e isolamento (Kendall-Tackett & Beck, 2022). A Fadiga de Compaixão leva à diminuição

da capacidade de compaixão, da produtividade e da qualidade dos cuidados prestados (Dirik et al., 2021).

Os hospitais não estão muito preocupados com a saúde mental destes profissionais, no entanto, esta deve ser uma prioridade, uma vez que afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados e a sua produtividade. Estes profissionais vivenciam sentimentos de culpa, fracasso, frustração, vergonha, o que potencia a perda de confiança nas suas competências e conseqüentemente desistência da sua profissão ou longos períodos de baixa médica. Num estudo britânico, 30% dos profissionais que foram expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos, deixaram a sua profissão (Kendall-Tackett & Beck, 2022).

O apoio organizacional e a colaboração entre profissionais ajudará a mitigar as dificuldades vivenciadas e maximizar o atendimento às mulheres (Elmir et al., 2017), uma vez que, quando os profissionais não têm recursos internos suficientes, procuram recursos de apoio no trabalho para complementar os recursos internos perdidos (Wang et al., 2023). Os profissionais enfatizam a importância do grupo de pares, através do qual podem partilhar as suas experiências traumáticas (Aydın & Aktaş, 2021). Os cuidados informados sobre o trauma, consistem na diminuição das interações traumagénicas e promover um ambiente emocionalmente seguro, confiável e de suporte (Racine et al., 2021). Consiste em reconhecer o comportamento e os sintomas relacionados com o trauma e responder de uma forma sensível e sem julgamento (Kuzma et al., 2020) enfatizando a segurança física, emocional e psicológica das pacientes, companheiros/as e dos profissionais de saúde (SAMSHA, 2014).

Posto isto, é fundamental explorar os eventos potencialmente traumáticos que os profissionais são expostos na sua vida pessoal e profissional, uma vez que podem afetar negativamente a sua saúde mental e atividade profissional. Assim, uma vez que não existe uma síntese de dados sobre este tópico, o objetivo deste estudo é construir e validar um questionário de acontecimentos obstétricos- Questionário de Acontecimentos Obstétricos Geradores de Stress para Profissionais (QAOGSP): Características gerais da escala; análise dos itens; estudo de fidelidade e de validade fatorial e externa.

Capítulo II

Método

Amostra

Este estudo resultou de uma amostra não-probabilística, por conveniência e é constituída por 75 profissionais de saúde, que colaboram com um serviço de Ginecologia e Obstetrícia. A recolha da amostra foi através de um inquérito *online* (40) e em papel e lápis (35). As suas idades estão compreendidas entre 22 e 63 anos, com uma média de idades de 40.12 ($DP= 10.15$). Esta amostra é composta por 66 (88%) pessoas do género feminino e 9 do género masculino (12%).

Relativamente à profissão, 11 (14.7%) são Médicos Especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, 33 (44%) Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, 14 (18.7%) Internos na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, 8 (10.7%) Psicólogos/Psiquiatras, 1 (1.3%) Estagiário de Psicologia/Interno de Psiquiatria e 8 (10.7%) Assistente Operacionais. A experiência profissional varia ente 1 e 40 anos, sendo a média de 12.65 anos ($DP=9.84$).

Quanto ao local onde trabalham, 38 (50.7%) é no sistema público, 11 (14.7%) no sistema privado e 26 (34.7%) tanto no sistema público como no privado. A carga horária varia entre 5 e 12.5 horas por dia, sendo a média 10 horas ($DP=2.32$). Quando questionados sobre o turno, 17 (26.6%) trabalham no turno diurno, 1 (1.3%) no turno noturno e 57 (76%) alternam entre o turno diurno e noturno. Destes participantes, 46 (61.3%) trabalham nas urgências e 20 (26.7%) desempenham funções de coordenação e gestão de equipas. Apenas 13 (17,3%) tiveram ou têm apoio psicológico e 27 (36%) têm um espaço de supervisão clínica. A tabela 1 ilustra as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1.

Caracterização da amostra

Característica	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	-	-	40.12	10.15
Sexo				
Feminino	66	88		
Masculino	9	12		
Profissão				
Médico	11	14.7		
Enfermeiro	33	44		
Interno	14	18.7		
Psicólogo/Psiquiatra	8	10.7		
Estagiário	1	1.3		
Psicologia/Interno de Psiquiatria				
Assistente operacional	8	10.7		
Sistema				
Público	38	50.7		
Privado	11	14.7		
Público e privado	26	34.7		
Horas diárias	-	-	10	2.32
Turno				
Diurno	17	26.6		
Noturno	1	1.3		
Diurno e noturno	57	76		
Urgências				

Sim	46	61.3
Não	29	38.7
Coordenação de equipa		
Sim		
Não	20	26.7
	55	73.3
Apoio psicológico		
Sim	13	17,3
Não	62	82.7
Supervisão Clínica		
Sim	27	36
Não	47	62.7

Instrumentos

Todos os participantes neste estudo consentiram responder ao protocolo disponibilizado, sendo composto por quatro questionários: um questionário sociodemográfico, a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL), o Questionário de Acontecimentos Obstétricos Geradores de Stress para Profissionais (QAOGSP) e o Questionário de Produtividade no Trabalho e Incapacidade de Atividade (WPAI).

Questionário sociodemográfico

Os dados sociodemográficos foram inquiridos aos participantes no sentido de completar a informação, uma vez que algumas variáveis podem influenciar os resultados obtidos. Este questionário contém perguntas referentes à sua identificação, tais como sexo, idade, estado civil, número de filhos e profissão. Para além disso, foram colocadas questões sobre a dimensão profissional: quantos anos de serviço, horas diárias, número de pacientes por dia, turno e sistema em que trabalham.

Escala de Qualidade de Vida Profissional

Esta escala permite avaliar os efeitos positivos e negativos de trabalhar com pessoas que experienciam eventos stressantes. É constituída por 30 itens, estando dividida em três subescalas, correspondendo dez itens a cada uma das subescalas, estas avaliam três aspetos, a Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Stress Traumático Secundário. Cada item corresponde a uma afirmação à qual, por autopreenchimento se atribui uma pontuação que varia entre 1 e 5 (1=Nunca; 2=Raramente; 3= Por vezes; 4=Freqüentemente e 5=Muito Freqüentemente). Relativamente à pontuação de cada uma das subescalas, deve-se somar a pontuação de cada um dos 10 itens que corresponde. No somatório da subescala de *Burnout*, deve-se inverter a pontuação dos itens 1, 4, 15, 17, e 29. A consistência interna desta escala foi avaliada através do *alfa de Cronbach*, obtendo um total de .72, relativamente às subescalas, a percentagem de variância explicada e o índice de consistência interna são respetivamente para o primeiro fator (Stress Traumático Secundário) .83, para o segundo fator (Satisfação por Compaixão) .86 e para o terceiro fator (*Burnout*) .71 (Stamm, 1995).

Questionário de Produtividade no Trabalho e Incapacidade de Atividade

O WPAI é composto por seis questões diferentes que procuram saber se o profissional está atualmente empregado, o número de horas perdidas por problemas de saúde, o número de horas perdido por outro motivo, o número de horas que efetivamente trabalhou. As duas últimas questões, pedem que os profissionais indiquem de 0 a 10 quando os problemas de saúde afetaram as suas vidas, no trabalho e nas atividades diárias. Sendo que 0 corresponde a nenhum efeito no trabalho e 10 significa que os problemas de saúde os impedem de trabalhar.

Este questionário prevê quatro tipos de pontuação: 1. Absentismo, que se refere à perda de tempo de trabalho; 2. Presenteísmo, está relacionado com a diminuição da eficácia no trabalho; 3. Perda de produtividade no trabalho, que pode ser visto como o comprometimento através do absentismo e do presenteísmo; 4. Comprometimento de atividade. Para efetuar os cálculos, foram seguidas as fórmulas de Reilly et al., (1993). O WPAI apresenta uma boa consistência interna, .74, provando ser útil para medir o impacto dos problemas de saúde na produtividade.

Desenvolvimento do questionário de acontecimentos obstétricos geradores de stress para profissionais

Para construir o questionário de acontecimentos obstétricos geradores de stress para profissionais, partimos de um método dedutivo, baseado na literatura existente, este processo consistiu em três fases. Iniciou-se com a extração de um elevado número de acontecimentos potencialmente traumáticos, descritos na literatura quantitativa e qualitativa. Na segunda fase, o questionário foi submetido à revisão por quatro especialistas que avaliaram a semântica, clareza, pertinência e conteúdo dos itens. Para a seleção dos especialistas, definimos alguns critérios, como experiência profissional na área de Ginecologia e Obstetrícia, conhecimentos sobre trauma bem como sobre metodologia de validação de instrumentos. Assim, foi selecionado um grupo heterogéneo a nível de formação académica: um Professor Universitário, um Médico Obstetra, uma Enfermeira e uma Psicóloga Especialista.

A validade de conteúdo avalia em que medida o instrumento é representativo do constructo, sendo importante avaliar os itens, as instruções e o formato das respostas

(Alexandre & Coluci, 2011). Após a primeira análise, procedeu-se à reestruturação do questionário, alterando alguns itens e as instruções.

Na última fase, foi realizado um pré-teste com duas profissionais de saúde que trabalham no serviço de Ginecologia e Obstetrícia, que não participaram no estudo. Essa aplicação foi realizada segundo o método da reflexão falada (Almeida & Freire, 2008), permitindo verificar o nível de compreensão das instruções, dos itens e o tempo requerido para a sua aplicação.

Resultou num questionário com 31 itens, que mapeia os acontecimentos obstétrico que os profissionais de saúde podem ser expostos. O questionário está dividido em duas escalas, uma avalia o trauma secundário, com base nas suas experiências profissionais. As respostas são numa escala *Likert* de quatro alternativas, uma vez que, segundo Boateng et al., (2018) é a forma mais consensual. Equivale a uma escala ordinal de frequência, a pontuação que varia entre 0 e 3 (0=Nunca aconteceu; 1=Uma ou raras vezes; 2=Algumas vezes; 3=Muitas vezes). A segunda escala avalia o trauma primário, ou seja, é a exposição direta que os profissionais vivenciam enquanto utentes. A pontuação varia entre 0 e 1 (0=Aconteceu-me pessoalmente e 1=Não aconteceu-me pessoalmente).

Procedimento

O protocolo de avaliação foi facultado *online*, através da plataforma *Limesurvey*, de forma a possibilitar participantes de outras proveniências geográficas, para além disso também foi utilizado o protocolo em papel e lápis. Os participantes eram elegíveis para o estudo se não tivessem experiência na área de Ginecologia e Obstetrícia.

Quanto à divulgação do protocolo online, foi partilhado nas redes sociais e via e-mail. Sempre que ocorria a partilha do link do inquérito, era fornecida uma breve explicação do objetivo do estudo. A recolha teve uma duração de três meses, iniciou em maio e terminou no final de julho 2023. A participação foi voluntária e anónima, todos os participantes forneceram o consentimento informado.

Para a análise das respostas do questionário, foi criada uma base de dados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27 para o *Windows*, no qual se agruparam as respostas obtidas pela plataforma *online Limesurvey* e os dados recolhidos através dos protocolos aplicados em papel e lápis. Foi realizada uma análise descritiva, para média, desvio padrão e frequência. Para a análise das propriedades psicométricas do questionário, foi realizada uma análise inferencial, que incidiu na fidelidade e validade. Para o estudo de fidelidade, foi calculado o *Alfa de Cronbach*. Relativamente à validade fatorial exploratória usamos o teste *Kaiser-Meyer-Olk (KMO)*, teste de *esfericidade de Bartlett* e a rotação *varimax*. Foram realizados estudos de validade externa, através da análise da correlação de Pearson para avaliar efeitos da exposição profissional e pessoal a acontecimentos potencialmente traumáticos.

Capítulo III

Resultados

Características Gerais da Escala

O. QAOGSP é constituído por 31 itens, que avaliam a exposição traumática dos profissionais de forma primária e secundária. Ao analisarmos as características gerais do questionário, constatamos que o resultado médio para a exposição primária foi 40.64 ($DP=12.93$), e para a exposição secundária foi 1.80 ($DP=4.28$).

Análise da totalidade dos itens

Realizamos um estudo das respostas, item a item, para a exposição secundária, que está representado na Tabela 2. Como podemos observar, os resultados apresentam uma maior concentração em um ou dois itens. A resposta mais frequente corresponde à categoria “algumas vezes” (2), a menos frequente foi a opção “Muitas vezes” (3).

Tabela 2

Frequência de resposta para cada um dos itens de exposição secundária

Itens	0	1	2	3
Utentes com infertilidade	4%	12%	49.3%	34.7%
Detetar malformação no diagnóstico pré-natal	26.7%	12%	37.3%	24%
Detetar anomalia genética no diagnóstico pré-natal	26.7%	17.3%	33.3%	22.7%
Interrupção voluntária da gravidez	9.3%	16%	44%	30.7%
Perda gestacional <12 semanas	6.7%	4%	34.7%	54.7%
Perda gestacional >12 e < 24 semanas	2.7%	10.7%	48%	38.7%

Perda gestacional >24 e < 35 semanas	2.7%	28%	42.7%	26.7%
Perda gestacional >35	4%	37.3%	46.7%	12%
Perda gestacional recorrente	8%	18.7%	46.7%	26.7%
Morte neonatal	18.7%	54.7%	17.3%	9.3%
Cesariana de emergência	1.3%	16%	33.3%	49.3%
Morte fetal intraparto	28%	48%	17.3%	6.7%
Interrupção médica da gravidez <24 semanas	1.3%	29.3%	45.3%	24%
Interrupção médica tardia >24 semanas	17.3%	37.3%	29.3%	16%
Sufrimento fetal grave	9.3%	36%	29.3%	25.3%
Reanimação neonatal	20%	32%	37.3%	10.7%
Reanimação materna	56%	32%	9.3%	2.7%
Procedimentos invasivos que levaram a grave sofrimento do bebé	45.3%	45.3%	6.7%	2.7%
Procedimentos invasivos que levaram a grave sofrimento da mulher	33.3%	45.3%	16%	5.3%
Hemorragia grave pós-parto	8%	40%	44%	8%
Descolamento da placenta	12%	38.7%	38.7%	10.7%
Múltiplas complicações durante o nascimento	10.7%	48%	30.7%	10.7%
Morbilidade materna grave	30.7%	48%	18.7%	2.7%
Morte materna	85.3%	10.7%	4%	0%
Assistência atrasada devido a meios técnicos ou falta de profissionais	56%	30.7%	12%	1.3%
Sufrimentos excessivo por dificuldade no acesso a recursos	64%	20%	16%	0%
Conflitos verbais graves com utentes	49.3%	37.3%	10.7%	2.7%
Agressão por parte de utentes	78.7%	14.7%	6.7%	0%
Conflitos graves com acompanhantes	52%	37.3%	5.3%	5.3%
Testemunhar intervenções inadequadas	21.3%	50.7%	17.3%	10.7%
Conflitos graves com a equipa	45.3%	36%	16%	2.7%

Foi realizado um estudo das respostas, item a item, para a exposição primária. Verifica-se uma elevada concentração das respostas, sendo a resposta mais frequente em todos os itens a opção “não aconteceu pessoalmente”, tal como podemos ver na tabela 3.

Tabela 3

Frequência de resposta para cada um dos itens relacionados com a exposição primária

Itens	0	1
Infertilidade	78.7%	13.7%
Detetar malformação no diagnóstico pré-natal	86.7%	5.3%
Detetar anomalia genética no diagnóstico pré-natal	88%	4%
Interrupção voluntária da gravidez	88%	4%
Perda gestacional <12 semanas	74.7%	17.3%
Perda gestacional >12 e < 24 semanas	89.3%	4%
Perda gestacional >24 e < 35 semanas	90.7%	1.3%
Perda gestacional >35	90.7%	1.3%
Perda gestacional recorrente	89.3%	2.7%
Morte neonatal	92%	8%
Cesariana de emergência	85.3%	6.7%
Morte fetal intraparto	92%	8%
Interrupção médica da gravidez <24 semanas	88%	4%
Interrupção médica tardia >24 semanas	90.7%	1.3%
Sufrimento fetal grave	84%	8%
Reanimação neonatal	86.7%	5.3%
Reanimação materna	90.7%	1.3%
Procedimentos invasivos que levaram a grave sofrimento do bebé	90.7%	1.3%
Procedimentos invasivos que levaram a grave sofrimento da mulher	81.3%	10.7%
Hemorragia grave pós-parto	86.7%	5.3%

Descolamento da placenta	86.7%	5.3%
Múltiplas complicações durante o nascimento	89.3%	2.7%
Morbilidade materna grave	85.3%	6.7%
Morte materna	90.7%	1.3%
Assistência atrasada devido a meios técnicos ou falta de profissionais	82.7%	9.3%
Sofrimentos excessivo por dificuldade no acesso a recursos	88%	4%
Conflitos verbais graves com utentes	88%	4%
Agressão por parte de utentes	88%	4%
Conflitos graves com acompanhantes	85.3%	6.7%
Testemunhar intervenções inadequadas	81.3%	10.7%
Conflitos graves com a equipa	78.7%	13.3%

Estudo de Fidelidade

Os resultados de análise de consistência interna para testar a fidelidade da escala, resultam num *Alfa de Cronbach* de .901, o que indica que estamos perante uma escala com um bom valor de consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014), em que todos os itens contribuem para este valor elevado.

Análise Fatorial Exploratória

De modo a aplicar o modelo fatorial, deve-se proceder à sua análise e verificar a existência de correlação entre variáveis. De modo a considerar a correlação entre os itens, foi calculado o teste *Kaiser-Meyer-Olk* (KMO) que revelou um valor de .626, que mostra que há uma boa correlação entre as variáveis. O teste de *esfericidade de Bartlett* revela um nível de significância de $p < .001$ para $X^2 = 1512.673$, assegurando que existe correlação entre as variáveis. Ambos os testes demonstraram a adequação da amostra para a análise fatorial como podemos verificar na tabela 4.

Tabela 4.

Resultados dos Testes de KMO e Esfericidade de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostragem	.626
Aprox. Qui-quadrado	1512.673
Teste de esfericidade de Bartlett	465
gl	
Sig.	<.001

Foi realizada a análise fatorial de componentes principais, começando por analisar um *scree-plot* para a determinação do número mais adequado de componentes, verificando-se que deveriam de ser três fatores. Os resultados da rotação *varimax* explicam uma variância total de 47.3%. O fator 1 corresponde ao 1º e 2º trimestre de gestação, sendo composto por 12 itens, O Fator 2 são os conflitos interpessoais, contém 10 itens e o Fator 3 está associado ao 3º trimestre e ao nascimento, sendo composto por 9 itens. Quase todos os itens apresentam uma saturação elevada, sendo superiores a .4, com exceção da cesariana de emergência com .356.

Tabela 5

Estrutura fatorial após rotação varimax

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Perda gestacional >35 semanas	.711		
Perda gestacional >24 semanas e < 35 semanas	.683		
Reanimação materna	.678		
Morte fetal intraparto	.676		
Interrupção médica tardia > 24 semanas	.673		
Hemorragia grave pós-parto	.621		
Múltiplas complicações durante o nascimento	.613		
Procedimentos invasivos que levaram a grave sofrimento do bebé	.538		
Descolamento da placenta	.515		
Morte materna	.490		
Morte neonatal	.423		
Cesariana de emergência	.356		
Assistência atrasada devido a meios técnicos ou falta de profissionais		.776	
Conflitos graves com acompanhantes		.711	
Sufrimento excessivo por dificuldades no acesso a recursos		.708	
Conflitos verbais graves com utentes		.688	
Testemunhar intervenções inadequadas		.681	
Conflitos graves com a equipa		.648	
Reanimação neonatal		.531	
Morbilidade materna grave		.517	
Procedimentos invasivos que levaram a grave sofrimento da mulher		.446	
Agressão por parte de utentes		.436	
Perda gestacional < 12 semanas			.706
Detetar malformação no diagnóstico pré-natal			.705
Perda gestacional >12 semanas e < 24 semanas			.632

Interrupção médica da gravidez	.629
Perda gestacional recorrente	.612
Detetar anomalia genética no diagnóstico pré-natal	.602
Sofrimento fetal grave	.508
Utentes com infertilidade	.493
Interrupção voluntária da gravidez	.425

Análise da validade externa

Com vista a verificar se os eventos obstétricos podem influenciar a qualidade de vida profissional e a produtividade, foi realizada uma análise de correlação. Através da análise da correlação de Pearson entre as variáveis em estudo, observamos na tabela 6, correlações significativas positivas fracas entre *Burnout* (BO) e QAOGSP secundária ($r=.389$; $p=.001$), BO e F2 ($r=.437$; $p=.001$) e BO e F3 ($r=.350$; $p=.001$). Verifica-se uma correlação significativa positiva fraca entre QAOGSP primária e Absentismo ($r=.298$; $p=.005$), e correlações positivas moderadas entre QAOGSP primária e Presenteísmo ($r=.516$; $p=.001$), perda total de produtividade ($r=.529$; $p=.001$) e perda de produtividade fora do trabalho ($r=.484$; $p=.001$). Obtivemos uma correlação positiva fraca entre o Fator 2 e todas as subescalas do WPAI, Absentismo ($r=.301$; $p=.005$), Presenteísmo ($r=.426$; $p=.001$), perda total de produtividade ($r=.433$; $p=.001$) e perda de produtividade fora do trabalho ($r=.478$; $p=.001$).

Tabela 6

Correlações do QAOGSP com o ProQOL e WPAI

	QAOGSP Primário	QAOGSP Secundário	F1	F2	F3
BO	.160	.389**	.177	.437**	.350**
STS	.130	.232	.156	.238	.174
SC	.065	.042	.006	.045	.054
Absentismo	.298*	.052	-.114	.301*	-.059
Presenteísmo	.516**	.115	-.133	.426**	-.007
Perda de produtividade no trabalho	.529**	.125	-.123	.433**	.000
Comprometimento de atividade	.484**	.254	.072	.478**	.070

* $p > .05$, ** $p > .001$

Capítulo IV

Discussão e Conclusão

O objetivo deste estudo é construir e validar um questionário que permita avaliar a exposição dos profissionais de saúde a acontecimentos obstétricos geradores de stress, uma vez que até ao momento não existe uma síntese de dados nem uma escala que avalie o construto estudado, sendo um questionário valioso para caracterizar a exposição traumática nesta área.

Relativamente à construção do questionário, o seu desenvolvimento teve por base as recomendações da literatura, respeitando as várias etapas. Este processo contou com três fases. A primeira fase, foi a seleção dos itens com base na literatura quantitativa e qualitativa. Respeitou-se os requisitos sugeridos por Fontin (2009), como o facto de serem itens compreensivos e que permitem uma resposta clara. Alguns autores defendem que a segunda fase deverá ser a validade do conteúdo do questionário, através de especialistas na área. Relativamente ao número de especialistas, a literatura apresenta algumas inconsistências, contudo o número mínimo deverá ser três (Lynn, 1986), neste estudo, o questionário foi revisto por quatro especialistas multidisciplinares. Após a obtenção da versão final do questionário, foi realizado um pré-teste com duas profissionais da área, através do método da reflexão falada (Almeida & Freire, 2008).

Os resultados indicam que o questionário possui um índice de confiabilidade muito elevado, devido à boa consistência interna (*Alfa de Cronbach* de .901), o que indica que é fiável para avaliar a exposição traumática na área obstétrica.

A análise fatorial exploratória revela que o instrumento é multifatorial, o que indica a divisão dos itens em três fatores. O fator 1 é composto por gestações do primeiro

e segundo trimestre, o fator 2 corresponde a conflitos interpessoais e o fator 3 está associado ao terceiro trimestre e nascimento. No estudo de Walberg et al., (2017), também foram descritos três fatores: acontecimentos que põe em risco o bebê, acontecimentos que põe em risco mãe e acontecimentos relacionado com os profissionais de saúde.

Relativamente à validade externa, foram realizados estudos correlacionais com a qualidade de vida profissional, através do ProQOL e a produtividade, usado o WPAI. Obtivemos uma correlação positiva fraca entre *Burnout* e QAOGSP Secundário, o que significa que a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos no contexto profissional está correlacionada com o desenvolvimento de *Burnout*. Verificou-se uma correlação significativa positiva fraca a moderada entre todas as subescalas do WPAI com QAOGSP Primário e o Fator 2, que corresponde aos conflitos interpessoais. O que indica que a exposição primária leva a uma diminuição da produtividade, o mesmo acontece quando os profissionais de saúde vivenciam conflitos interpessoais. Estas correlações sugerem que estas variáveis influenciam-se entre si, o que vai ao encontro do que é descrito na literatura. Cerca de 85 % profissionais são expostos a vários acontecimentos potencialmente traumáticos ao longo da sua carreira (Schroder et al., 2016), e uma elevada percentagem desses profissionais desenvolve perturbação de stress traumático secundário (Kendall-Tackett & Beck, 2022) e *Burnout*.

Este questionário fornece uma contribuição promissora para avaliar os acontecimentos potencialmente traumáticos, uma vez que, até ao momento não há uma síntese de dados sobre a exposição dos profissionais de saúde desta área, sendo muito importante para compreender o impacto que tem a nível da saúde mental. Para além disso, este questionário poderia ser usado de uma forma preventiva, permitindo ajudar e apoiar os profissionais que apresentam uma elevada exposição, o que de alguma forma não só

protege os profissionais como salvaguarda os pacientes. Este questionário poderá facilitar a compreensão da necessidade de implementação de cuidados sensíveis ao trauma.

Este estudo apresenta como limitações a ausência de validação quantitativa do conteúdo do questionário, uma vez que não foi calculado o índice de validade de conteúdo, que indicaria a percentagem de concordância entre os especialistas. Relativamente às instruções do questionário, na escala de exposição primária, alguns participantes poderão não ter percebido corretamente. Para além disso, não foi realizado o teste-reteste, assim são necessárias pesquisas futuras para analisar a confiabilidade ao longo do tempo. Para uma futura investigação, seria interessante uma amostra maior e heterogenia a nível da profissão e sexo. Também seria importante explorar quais os acontecimentos potencialmente traumáticos que os profissionais são expostos e de que forma é que influenciam a saúde mental do mesmo. Poderia ainda ser realizado uma comparação tendo em conta o tipo de exposição, primária ou secundária.

Este estudo é o primeiro a desenvolver um questionário que permite avaliar a exposição traumática primária e secundária nos profissionais de saúde da área de Obstetrícia, o que é fundamental nesta amostra, uma vez que a maioria dos profissionais desta área são mulheres e poderão ter experienciado acontecimentos potencialmente traumáticos do ponto de vista pessoal, enquanto utentes. Na literatura não existem dados sobre o impacto desses acontecimentos na sua vida pessoal e profissional (Charmer et al., 2021), o que nos levou a construir um questionário que mede essas duas dimensões, profissional e pessoal. Os resultados sugerem, que este questionário tem uma boa confiabilidade e há indicação de validade.

Bibliografia

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*, 3061–3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). Metodologias da investigação em psicologia e educação 5. ed. Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª ed.). Climepsi Editores.
- Aydın, R., & Aktaş, S. (2021). Midwives' experiences of traumatic births: A systematic review and meta-synthesis. *European Journal of Midwifery*, *5*, 31. <https://doi.org/10.18332/ejm/138197>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*, *6*, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Charmer, L., Jefford, E., & Jomeen, J. (2021). A scoping review of maternity care providers experience of primary trauma within their childbirthing journey. *Midwifery*, *102*, 103127. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103127>
- Graaff, L. F., Honig, A., van Pampus, M. G., & Stramrood, C. A. I. (2018). Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *97*(6), 648–656. <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>

- Dirik, D., Sak, R., & Şahin-Sak, İ. T. (2021). Compassion fatigue among obstetricians and gynecologists. *Current Psychology (New Brunswick, N.j.)*, 40(9), 4247–4254. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02022-w>
- Elmir, R., Pangas, J., Dahlen, H., & Schmied, V. (2017). A meta-ethnographic synthesis of midwives' and nurses' experiences of adverse labour and birth events. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4184–4200. <https://doi.org/10.1111/jocn.13965>
- Fortin, M. (2009). As Etapas do Processo de Investigação. O Processo de Investigação Lusoditacta.
- Kendall-Tackett, K., & Beck, C. T. (2022). Secondary Traumatic Stress and Moral Injury in Maternity Care Providers: A Narrative and Exploratory Review. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 835811. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.835811>
- Kuzma, E. K., Pardee, M., & Morgan, A. (2020). Implementing Patient-Centered Trauma-Informed Care for the Perinatal Nurse. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 34(4), E23–E31. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000520>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–385. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- McDaniel, L. R., & Morris, C. (2020). The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(4), 503–511. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13092>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.

- Racine, N., Ereyi-Osas, W., Killam, T., McDonald, S., & Madigan, S. (2021). Maternal-Child Health Outcomes from Pre- to Post-Implementation of a Trauma-Informed Care Initiative in the Prenatal Care Setting: A Retrospective Study. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(11), 1061. <https://doi.org/10.3390/children8111061>
- Reilly, M. C., Zbrozek, A. S., & Dukes, E. M. (1993). The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics*, 4(5), 353–365. <https://doi.org/10.2165/00019053-199304050-00006>
- Schroder, K., Larsen, PV, Jorgensen, JS, Hjelmberg, JV, Lamont, RF, Hvidt, NC, 2016. Saúde psicossocial e bem-estar entre obstetras e parteiras envolvidas em partos traumáticos. *Obstetrícia* 41, 45–53
- Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2016). What are the characteristics of perinatal events perceived to be traumatic by midwives? *Midwifery*, 40, 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.007>
- Stamm, B. H. (1995). *Professional Quality of Life Scale (PROQOL)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t05192-000>
- Substance Abuse and Mental Health Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma informed approach* (HHS publication no. SMA 14-4884). https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Wahlberg, Å., Andreen Sachs, M., Johannesson, K., Hallberg, G., Jonsson, M., Skoog Svanberg, A., & Högberg, U. (2017). Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: A cross-sectional retrospective survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(8), 1264–1271. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14259>

- Walker, A. L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Ellwood, D. A. (2020). Impact of traumatic birth on Australian obstetricians: A pilot feasibility study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *60*(4), 555–560.
<https://doi.org/10.1111/ajo.13107>
- Wang, J., Su, M., Chang, W., Hu, Y., Ma, Y., Tang, P., & Sun, J. (2023). Factors associated with compassion fatigue and compassion satisfaction in obstetrics and gynaecology nurses: A cross-sectional study. *Nursing Open*, *10*(8), 5509–5520.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1790>
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *208*, 634–645.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>

Anexos

Anexo I- Protocolo de investigação

Consentimento informado

No âmbito do Mestrado lecionado no Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (CESPU), estamos a realizar uma investigação com o objetivo de avaliar o stress e trauma nos profissionais de saúde do serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Nesta perspetiva, pretendemos avaliar qual o impacto dos eventos obstétricos potencialmente traumáticos e de que modo o bem-estar físico, emocional e mental dos profissionais afeta a sua produtividade. Pretendemos ainda avaliar as atitudes dos profissionais de saúde.

Para que este estudo seja possível é pedido, apenas a profissionais que trabalharam/trabalham ou de alguma forma colaboraram/colaboram com o serviço de Ginecologia e Obstetrícia - todos os dados recolhidos através do questionário são confidenciais e anónimos, serão apenas usados para os objetivos do estudo. Os participantes têm possibilidade de abandonar a investigação a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de repercussões. Se tiver alguma questão, pode contactar-nos através do email: a27555@alunos.cespu.pt. Assim, após ser devidamente informado(a) sobre os objetivos de investigação, declaro que aceito de livre vontade fazer parte desta investigação.

Aceita participar nesta investigação?

Sim

Não

Questionário sociodemográfico

1- Qual o seu género?

Feminino

Masculino

Outro

2- Qual a sua idade? -----

3- Qual o seu estado civil?

Solteiro(a)

Casado(a)

União de facto

Viúvo(a)

Divorciado(a)/ Separado(a)

4- Número de filhos: -----

5- Qual é a sua profissão?

Médico(a) Especialista em Ginecologia e Obstetrícia

Enfermeiro(a) Especialista em saúde materna e obstetrícia

Interno(a) na especialidade Ginecologia e Obstetrícia

Psicólogo(a) /Médico(a) Psiquiatra

Estagiário(a) de Psicologia/ Interno(a) de Psiquiatria

Assistente operacional

Assistente técnico

6- Tem quantos anos de serviço/colaboração em Ginecologia e Obstetrícia? -----

7- Trabalha em que sistema?

- Público
- Privado
- Público e privado

8- Trabalha em que turno?

- Sempre no turno diurno
- Sempre no turno noturno
- Alterna entre o turno diurno e noturno

9- Trabalha nas urgências?

- Sim
- Não

10- Qual o número horas que trabalha por dia? -----

11- Qual o número de pacientes que atende por dia? -----

12- Tem algum espaço de supervisão clínica?

- Sim
- Não

13- Teve ou está a ter acompanhamento Psicológico?

- Sim
- Não

14- Desempenha alguma função de coordenação/gestão/supervisão de equipa?

- Sim
- Não

15- Como considera o seu ambiente de trabalho?

- Nada agradável
- Pouco agradável
- Nem agradável nem desagradável
- Agradável
- Muito agradável

Escala de qualidade de vida profissional (ProQOL)

Quando ajuda pessoas, fica em contacto direto com as suas vidas. Como pode já ter descoberto, a sua compaixão por aqueles que [ajuda] pode afetá-lo(a) de forma positiva ou negativa. Em seguida encontra algumas questões acerca das suas experiências, positivas ou negativas, que teve enquanto profissional de saúde.

Considere cada questão de forma pessoal e relacione-a com o seu contexto de trabalho. Selecione o número que realmente reflete a frequência com que experienciou cada um destes aspetos **nos últimos 30 dias**.

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
	1	2	3	4	5
1. Sinto-me feliz.					
2. Sinto-me preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu [ajudo].					
3. Sinto satisfação por poder [ajudar] as pessoas.					
4. Sinto-me ligado(a) aos outros.					
5. Assusto-me ou fico surpreendido(a) com sons inesperados.					
6. Sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que [ajudo].					
7. Sinto que é difícil separar a minha vida pessoal da minha vida como [cuidador].					
8. Não sou tão produtivo no meu trabalho porque perco o sono revivendo as experiências traumáticas de uma pessoa que eu [ajudo].					

9. Penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que eu [ajudo].					
10. Sinto-me encurralado(a) pelo meu trabalho como [cuidador].					
11. Por causa do meu trabalho de [ajuda], já me senti “no limite” em relação a várias coisas.					
12. Gosto do meu trabalho de [cuidador].					
13. Sinto-me deprimido(a) por causa das experiências traumáticas das pessoas que eu [ajudo].					
14. Sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu [ajudei].					
15. Tenho crenças que me suportam.					
16. Sinto-me satisfeito(a) pela forma como sou capaz de manter o uso das técnicas e protocolos de [ajuda].					
17. Sou a pessoa que sempre quis ser.					
18. O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).					
19. Sinto-me exausto(a) por causa do meu trabalho como [cuidador].					
20. Tenho pensamentos e sentimentos felizes acerca das pessoas que [ajudo] e de como os poderia [ajudar].					
21. Sinto-me esgotado(a) porque a minha carga de trabalho parece nunca acabar.					
22. Acredito que posso fazer a diferença através do meu trabalho.					
23. Evito certas atividades ou situações porque me fazem lembrar experiências assustadoras vividas pelas pessoas que eu [ajudo].					
24. Orgulho-me daquilo que posso fazer para [ajudar].					
25. Como resultado da minha [ajuda], tenho pensamentos invasivos e assustadores.					
26. Sinto-me limitado(a) pelo sistema.					
27. Tenho pensamentos de que sou um sucesso como [cuidador].					
28. Não consigo recordar-me de partes importantes do meu trabalho como pessoas traumatizadas					
29. Sou uma pessoa muito atenciosa.					
30. Estou feliz por ter escolhido este trabalho.					

Questionário de Acontecimentos Obstétricos Geradores de Stress para Profissionais (QAOGSP)

Nunes, Â; Rocha, J.C; Mendes, D; Carmo, O (2023)

Em baixo encontra-se uma lista de diversos acontecimentos potencialmente traumáticos, que poderão acontecer na sua prática profissional. Para cada acontecimento, indique, com um X, a frequência com que isso aconteceu, na sua prática profissional. Simultaneamente, para cada um dos itens, selecione outra das opções da coluna em cinza, indicando se foi exposto diretamente, ou seja, a nível pessoal, ao acontecimento potencialmente traumático.

Evento no contexto do trabalho	Nunca aconteceu 0	Uma ou raras vezes 1	Algumas vezes 2	Muitas vezes 3	Aconteceu-me pessoalmente 0	Não me aconteceu pessoalmente 1
Utentes com Infertilidade						
Detetar malformação no diagnóstico pré-natal						
Detetar anomalia genética no diagnóstico pré-natal						
Perda gestacional <12 semanas						
Interrupção voluntária da gravidez						
Perda gestacional >12 e < 24 semanas						
Perda gestacional >24 e < 35 semanas						
Perda gestacional >35						
Perda gestacional recorrente						
Morte neonatal						
Cesariana de emergência						
Morte fetal intraparto						
Interrupção médica da gravidez <24 semanas						
Interrupção médica tardia >24 semanas						
Sufrimento fetal grave						
Reanimação neonatal						
Reanimação materna						

Procedimentos invasivos que levaram a grave sofrimento do bebé						
Procedimentos invasivos que levaram a grave sofrimento da mulher						
Hemorragia grave pós-parto						
Descolamento da placenta						
Múltiplas complicações durante o nascimento						
Morbilidade materna grave						
Morte materna						
Assistência atrasada devido a meios técnicos ou falta de profissionais						
Sofrimentos excessivo por dificuldade no acesso a recursos						
Conflitos verbais graves com utentes						
Agressão por parte de utentes						
Conflitos graves com acompanhantes						
Testemunhar intervenções inadequadas						
Conflitos graves com a equipa						

Questionário de Produtividade no Trabalho e incapacidade de Atividade (WPAI)

As seguintes perguntas abordam o efeito dos seus problemas de saúde na sua capacidade de trabalhar e realizar atividades regulares. Por problemas de saúde entendemos qualquer problema ou sintoma físico ou emocional.

- 1- Durante os últimos sete dias, quantas horas de trabalho perdeu devido aos seus problemas de saúde? Inclua as horas perdidas por estar doente, as vezes em que chegou mais tarde ao trabalho ou que saiu mais cedo devido a problemas de saúde -----

- 2- Durante os últimos sete dias, quantas horas de trabalho perdeu por qualquer outro motivo, como férias ou feriados? -----

3- Durante os últimos sete dias, quantas horas efetivamente trabalhou? -----

4- Durante os últimos sete dias, até que ponto os seus problemas de saúde afetaram a sua produtividade enquanto trabalhava? Considere os dias em que ficou limitado em relação à quantidade ou ao tipo de trabalho que pode realizar, os dias em que realizou muito menos do que gostaria ou os dias em que não conseguiu trabalhar de forma tão cuidadosa como o normal. Se os seus problemas de saúde apenas afetaram um pouco o seu trabalho, escolha um número baixo. Escolha um número alto se os seus problemas de saúde afetaram muito o seu trabalho.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5- Durante os últimos sete dias, até que ponto os seus problemas de saúde afetaram as suas atividades diárias normais, não relacionadas ao trabalho? Entenda-se por atividades normais aquilo que faz habitualmente, como tarefas domésticas, fazer compras, cuidar das crianças, fazer exercício, estudar etc. Considere as vezes em que ficou limitado em relação à quantidade ou ao tipo de atividades que pode realizar e as vezes em que fez menos do que gostaria. Se os seus problemas de saúde apenas afetaram um pouco as suas atividades normais, escolha um número baixo. Escolha um número alto se os seus problemas de saúde afetam muito as suas atividades.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo II- Poster submetido e aceite no 5º Congresso Ordem dos Psicólogos Portugueses



Cara/o Colega,

É com muito agrado que informamos que a seguinte apresentação "Revisão sistemática sobre cuidados sensíveis ao trauma nas maternidades" enviada para o V Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses foi aprovada pela Comissão Científica. Contamos assim com a sua participação no congresso. Brevemente será informado do dia e hora que lhe foi atribuído/a.

Com os nossos melhores cumprimentos
A Comissão Organizadora



CONGRESSO
ORDEM DOS PSICÓLOGOS
PORTUGUESES
TEMPO DA PSICOLOGIA

Revisão sistemática sobre cuidados sensíveis ao trauma nas maternidades

José Rocha¹, Ângela Nunes¹, Daniela Mendes¹, Elisa Veiga², Mariana Negrão³, & Mariana Nunes¹

¹CESPU - Instituto Universitário Ciências da Saúde ²CEDH/FEP-UCP;

³CHTG- Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução

O nascimento pode ser percebido como um acontecimento traumático, desencadeando Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) em cerca de 15% das mulheres, sendo caracterizado por sintomas de reexperiência, evitamento, hipervigilância e humor negativo. Por outro lado, a PSPT tem sido associada a graves impactos na saúde da mãe e do bebé. Contudo, ainda não há síntese de dados sobre quais os acontecimentos obstétricos que geram especial risco, nem sobre o papel preventivo dos cuidados maternos sensíveis ao trauma.

Métodos

Seguindo as diretrizes PRISMA, foram incluídos os estudos com um intervalo temporal de 2010 a 2022, após registo no PROSPERO. As bases de dados utilizadas foram o PubMed e o Google Scholar; são apresentados os resultados preliminares desta revisão com 9 artigos originais publicados muito recentemente, depois de 2017.

Resultados

A PSPT relacionado com o nascimento é multifatorial (Ayers et al., 2016), pode surgir como uma resposta direta a um nascimento percebido como traumático, ou uma continuação de um PSPT pré-existente, verificando-se uma retraumatização (Harrison et al., 2021).



3E's	4R's	6 princípios-chave
O trauma resulta de um evento que é experienciado como físico ou emocionalmente ameaçador, desenvolvendo efeitos adversos ao nível do seu funcionamento e bem-estar	1- Compreender o impacto do trauma 2- Reconhecer sinais e sintomas 3- Responder em políticas, práticas e procedimentos 4- Prevenir a retraumatização	1- Segurança 2- Confiabilidade 3- Colaboração 4- Apoio de pares 5- Empoderamento 6- Sensibilidade cultural

Efeitos dos Cuidados Sensíveis ao Trauma na maternidade

Ashby, 2019; Racine, 2021	As pacientes apresentaram taxas mais altas de presença às consultas pré-natais e taxas menores de bebés com baixo peso ao nascer.
Mosley, 2020	Os cuidados informados sobre o trauma têm potencial para amenizar os problemas parentais e infantis de curto e longo prazo.
Owens, 2022	O cuidado informado sobre o trauma na maternidade e a colaboração com os serviços específicos para o trauma podem melhorar as experiências dos pacientes e criar um relacionamento colaborativo entre os pacientes e profissionais de saúde.
Stevens 2019; Horan, 2022; Bridget, 2020	Há mudança positiva na comunicação com o obstetra e as mulheres acreditavam que esta intervenção era benéfica. Os princípios-chave dos cuidados informados ao trauma, foram identificados como fundamentais para uma assistência eficaz durante o parto.

Estes acontecimentos potencialmente traumáticos, contribuem para o desenvolvimento ou manutenção da PSPT e resultados negativos na gravidez, como o uso de substâncias, prematuridade, baixo peso ao nascer, depressão pós-parto, dificuldades na vinculação e até mesmo morte materna e infantil (Sperlich et al., 2017).

Existem evidências de que os cuidados sensíveis ao trauma poderão minimizar a retraumatização, visando promover sentimentos de segurança e de maior controlo, prevenindo o desenvolvimento de PSPT (SAMHSA's, 2014). Atualmente existe um conjunto de diretrizes para que as organizações possam implementar (NHS England, 2021).

Discussão

A literatura sobre este tema é muito recente e demonstra uma elevada consistência em relação aos acontecimentos obstétricos potencialmente traumáticos. Também revela evidência de que o apoio dos profissionais de saúde reduz essas mesmas percepções traumáticas. Assim, salienta a importância dos cuidados sensíveis ao trauma como um modelo preventivo, que tem potencial para prevenir resultados adversos, a retraumatização e possibilitar o adequado tratamento psicológico, após o rastreio. Contudo, verifica-se baixa qualidade metodológica, nomeadamente a ausência de grupo de controlo.

Conforme declarado pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, os profissionais de saúde devem familiarizar-se sobre os cuidados sensíveis ao trauma e implementarem-no de forma universal, possibilitando uma transformação a nível prático e organizacional. Com estas evidências, assim como estudos anteriores nacionais com a Escala de Trauma no Nascimento, dispomos de informação que possibilita a definição detalhada de Sistemas de Capacitação e Certificação de Serviços Sensíveis ao Trauma, prevenindo ou tratando stress traumático nas mulheres, assim como burnout ou trauma secundário nos profissionais.

Anexo III – Poster submetido e aceite no European Society for Traumatic Stress Studies



Registration ID: 1202

Dear Ângela Nunes,

On behalf of the ESTSS23 Scientific Committee, we are pleased to inform you that your abstract has been accepted to present as a **Poster** at the **17th biennial conference of the European Society for Traumatic Stress Studies**, taking place between **14th-17th June 2023**.

All posters will be displayed at the conference venue in Belfast during a dedicated Poster Session and can be viewed in advance of the conference in the Conference App. Poster presenters fully registered to attend the conference in Belfast will have the opportunity to give a brief presentation on their poster. If you wish to be considered for the Poster Prize please email estss2023@abbey.ie. Additional details will be shared with you next month when the programme has been finalized.

During **ESTSS 2023** abstracts which demonstrate the FAIR data principles will receive special recognition. Please indicate using the form below whether the work within your abstract (s) demonstrates any of the FAIR data principles (e.g., relevant data are Findable or Accessible to other investigators, data are well-documented and Reusable, or the work involves re-use of

Development a scale of traumatic exposure to events in obstetric professionals

Ângela Nunes¹, Mariana Nunes¹, Daniela Mendes² & José Carlos Rocha^{1,2}

¹Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU;
²Centro de Psicologia do Trauma e do Luto, CPTL;
³Centro hospitalar Tâmega e Sousa



Introduction:

Health professionals witness potentially traumatic events on a daily basis, particularly those that work on maternity services, there is a high probability of complications during pregnancy, delivery and birth. This may trigger secondary trauma in health professionals, with a prevalence of 12.6% to 38.7% (Uddin et al., 2022). However, there is still no specific data on which events generate special risk which should be addressed in preventive interventions or to be considered by teams leaders



Objective:

Construction of a scale aiming to assesses which obstetric events are potentially traumatic and their frequency.



Methods:

The scale was constructed based on the literature review. This instrument was evaluated by three professionals in the field, who reflected on the obstetric events included and the language used.

Conclusion:

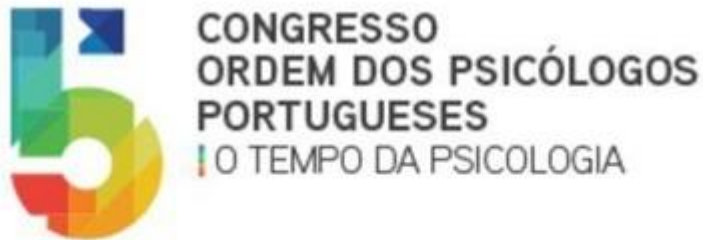
This scale allows us to know which traumatic events health professionals were exposed to, either directly or indirectly. This will allow us to better understand trauma and identify which obstetric events trigger trauma. In addition, it may play an important role in prevention and in the attitudes of health professionals



Results:

Event in the work context	Never happened	Once or rarely	Some times	Often	It happened to me personally
Infertility in patients					
Detecting malformation in prenatal diagnosis					
Detecting genetic anomaly in prenatal diagnosis					
Gestational loss <12 weeks					
Voluntary interruption of pregnancy					
Gestational loss >12 and < 24 weeks					
Gestational loss >24 and < 35 weeks					
Gestational loss >35					
Recurrent pregnancy loss					
Neonatal death					
Emergency caesarean section					
Intrapartum fetal death					
Medical termination of pregnancy <24 weeks					
Late medical break >24 weeks					
Severe fetal distress					
Neonatal Reanimation					
Maternal Reanimation					
Invasive procedures leading to severe suffering of the baby					
Invasive procedures leading to severe suffering of the woman					
Severe postpartum haemorrhage					
Placental abruption					
Multiple complications during birth					
Severe maternal morbidity					
Maternal death					
Delayed assistance due to technical means or lack of professionals					
Excessive suffering due to difficulty in accessing resources					
Serious verbal conflicts with service users					
Assault by users					
Serious conflicts with companions					
Witnessing inappropriate interventions					
Serious conflicts with staff					

Anexo IV- Poster submetido e aceite no 5º Congresso Ordem dos Psicólogos Portugueses



Cara/o Colega,

É com muito agrado que informamos que a seguinte apresentação "Bases empíricas de uma Escola Sensível ao Trauma: Que acontecimentos são geradores de stress traumático em crianças?" enviada para o V Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses foi aprovada pela Comissão Científica. Contamos assim com a sua participação no congresso. Brevemente será informado do dia e hora que lhe foi atribuído/a.

Com os nossos melhores cumprimentos
A Comissão Organizadora



Bases empíricas de uma Escola Sensível ao Trauma: Que acontecimentos são geradores de stress traumático em crianças?

José Rocha¹, Mariana Nunes¹, Vânia Silva¹, Elisa Veiga², Mariana Negrão², André Nunes¹ & Ângela Nunes¹
1CESPU - Instituto Universitário Ciências da Saúde
2CEDH/FEP - UCP

Introdução

As experiências adversas na infância são eventos potencialmente traumáticos que podem ter efeitos negativos e duradouros na saúde e bem-estar, variando desde abuso físico, emocional ou sexual. Após a exposição, algumas crianças naturalmente recuperam e mostram sinais mínimos de sofrimento psicológico, no entanto, para uma proporção de crianças, a exposição ao trauma pode resultar em sintomas psicológicos debilitantes de longo prazo. A grande variabilidade nas prevalências sugere que os moderadores têm um papel importante, sendo o mais proeminente o tipo de trauma.

Métodos

Foram compiladas três bases de dados anonimizadas com protocolos de investigação sobre a exposição traumática, resultando numa amostra de 244 crianças com idades compreendidas entre 8 e 18 anos, após o consentimento dos pais e assento das crianças. Através dos instrumentos *Children's Revised Impact of Events Scale (CRIES-13)* e *Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens (LAGS)*, foi avaliada a exposição a acontecimentos traumáticos e respetivas diferenças entre géneros, os sintomas PSPT e o impacto que cada acontecimento tem nos sintomas e a prevalência de PSPT através do ponto corte do CRIES-13 (> a 32) e a exposição a pelo menos um potencial evento traumático.

Resultados

1 Relativamente à exposição a acontecimentos traumáticos, descrevemos a frequência de exposição aos acontecimentos da LAGS, as diferenças de exposição traumática entre géneros, os sintomas PSPT quando expostos a cada acontecimento e os efeitos nos sintomas entre os expostos e não expostos a cada acontecimento.

Acontecimentos LAGS	N (%)			Sintomas PTSD	Diferenças entre expostos e não expostos		
	Total	Feminino	Masculino	M (DP)	t	p	d
1. Envolvido num acidente grave	46 (31.3%)	23 (29.9%)	23 (32.9%)	23.31 (18.79)	-1.07	0.29	-0.20
2. Presenciar acidente grave sem envolvimento	33 (22.4%)	18 (25.7%)	15 (19.5%)	23.28 (17.35)	-0.90	0.37	-0.18
3. Passar a noite no hospital	76 (51.7%)	35 (50.0%)	41 (53.2%)	25.32 (18.01)	-0.34	0.74	-0.06
4. Ausente dos pais	18 (12.2%)	5 (7.1%)	13 (16.9%)	27.33 (18.87)	0.38	0.70	0.10
5. Pais ausentes por um período de tempo	33 (22.4%)	16 (22.9%)	17 (22.1%)	31.94 (20.58)	2.22	0.03	0.45
6. Agressão física propositada ao próprio	30 (20.4%)	15 (21.4%)	15 (19.5%)	27.45 (18.90)	0.55	0.58	0.11
7. Sentir que é tratado de forma diferente dos outros	49 (33.3%)	27 (38.6%)	22 (28.06%)	28.91 (17.54)	1.43	0.16	0.26
8. Ida ao hospital por agressão física	22 (15.0%)	8 (11.4%)	14 (18.2%)	25.00 (18.94)	-0.22	0.83	-0.05
9. Alguém ameaçou magoar com gravidade	35 (23.8%)	14 (20.0%)	21 (27.3%)	33.28 (15.05)	2.73	0.01	0.55
10. Sentir-se ridicularizado perante colegas	36 (26.5%)	21 (30.0%)	18 (23.4%)	32.03 (17.49)	2.40	0.02	0.47
11. Assalto	14 (9.5%)	3 (4.3%)	11 (14.3%)	34.15 (17.10)	-0.35	0.73	-0.10
12. Rapto	4 (2.7%)	2 (2.9%)	2 (2.6%)	54.33 (7.02)	2.84	0.01	1.66
13. Atacado por um cão	36 (26.5%)	24 (34.3%)	15 (19.5%)	26.62 (18.83)	0.32	0.75	0.06
14. Ver pessoas da família a lutarem	41 (27.9%)	17 (24.3%)	24 (31.2%)	20.10 (17.56)	1.35	0.18	0.25
15. Ouvir pessoas na família a agredirem-se verbalmente	50 (34.0%)	28 (40.0%)	22 (28.6%)	28.17 (16.68)	1.12	0.27	0.20
16. Familiares presos	9 (6.1%)	4 (5.7%)	5 (6.5%)	42.13 (9.16)	2.70	0.01	0.58
17. Visualizar agressão física de alguém de fora	29 (19.7%)	10 (14.3%)	19 (24.7%)	28.89 (19.51)	0.96	0.34	0.21
18. Alguém obrigou a fazer coisas	29 (19.7%)	11 (15.7%)	18 (23.4%)	29.65 (18.30)	1.21	0.23	0.26
19. Experimentar atitudes que levaram a sentimentos de muita tristeza ou medo	44 (29.9%)	24 (34.3%)	20 (26.0%)	29.65 (18.30)	1.21	0.23	0.26
20. Humilhado publicamente	43 (29.3%)	22 (31.4%)	21 (27.3%)	29.93 (18.28)	1.75	0.10	0.33
21. Maltratado na escola	43 (29.3%)	17 (24.3%)	26 (33.8%)	31.58 (15.17)	2.43	0.02	0.46
22. Punição física	18 (12.2%)	6 (8.6%)	12 (15.6%)	29.43 (18.44)	1.51	0.13	0.28

2 Quanto à distinção entre géneros, verificamos os resultados descritivos face ao número de acontecimento traumáticos acumulados e face à prevalência de PSPT.

	Masculino		Feminino		t	p	d
	M	DP	M	DP			
LAGS	3.58	4.16	2.61	3.60	-1.95	0.05	-0.25
PTSD	20.89	16.39	26.43	16.71	2.56	0.01	0.34

3 Foram ainda analisadas as prevalências de PSPT no total da amostra e as respetivas diferenças entre géneros.

PSPT (%)		
Total	Masculino	Feminino
78 (33.1%)	27 (25.5%)	51 (39.2%)

4 Por fim, exploramos a percentagem de crianças que estiveram expostas a pelo menos um potencial evento traumático.

	Exposição	
	Frequência	Percentagem
0	105	43.0
1	19	7.8
2	17	7.0
3	26	10.7
4	9	3.7
5	9	3.7
6	13	5.3
7	12	4.9
> 8	34	13.8

Discussão

Eventos traumáticos na infância não precisam de ser ameaçadores à vida ou violentos para inferir risco de sintomatologia significativa traumática. De facto, o tipo de acontecimento experienciado tem um grande impacto a nível do desenvolvimento de PSPT, relevando-se uma diferença a nível do tipo de acontecimentos experienciados em cada sexo. Posto isto, o sexo feminino apesar de exposto a um menor número de acontecimentos potencialmente traumáticos revela sintomas e prevalência de PSPT superiores. Verificou-se ainda que 57% das crianças estiveram expostas a pelo menos um potencial evento traumático.

Compreender as taxas de prevalência de exposição traumática de crianças é fundamental para justificar a necessidade de adotar uma perspetiva informada sobre o trauma nos ambientes escolares e informar a escola de práticas com vista a promover a alocação de recursos para os esforços de prevenção e intervenção. Assim, uma escola informada sobre o trauma irá promover a compreensão do aluno como um todo e fornecer um ambiente de aprendizagem positivo, alterando a perspetiva sobre as escolas de como apenas instituições de ensino, tendo em conta que podem ser muito mais do que isso.

Anexo V – Poster submetido e aceite no European Society for Traumatic Stress Studies



Registration ID: 1201

Dear Mariana Nunes,

On behalf of the ESTSS23 Scientific Committee, we are pleased to inform you that your abstract has been accepted to present as a **Poster** at the **17th biennial conference of the European Society for Traumatic Stress Studies**, taking place between **14th-17th June 2023**.

All posters will be displayed at the conference venue in Belfast during a dedicated Poster Session and can be viewed in advance of the conference in the Conference App.

Poster presenters fully registered to attend the conference in Belfast will have the opportunity to give a brief presentation on their poster. If you wish to be considered for the Poster Prize please email estss2023@abbey.ie

Additional details will be shared with you next month when the programme has been finalized.

During ESTSS 2023 abstracts which demonstrate the FAIR data principles will receive special recognition. Please indicate using the form below whether the work within your abstract (s) demonstrates any of the FAIR data principles (e.g., relevant data are Findable or Accessible to other investigators, data are well-documented and Reusable, or the work involves re-use of existing data to replicate findings or address new questions): [FAIR Data Principles](#)

Please find below details of your poster, how to register for the conference as well as how to upload your poster.

On the road for evidence based trauma-sensitive care among teachers

Mariana Nunes¹, Ângela Nunes¹, André Moreira², José Carlos Rocha^{2,3}

¹Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU;

²Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, FPCE-UP;

³Centro de Psicologia do Trauma e do Luto, CPTL;

1 INTRODUCTION

Studies reveal a lack of skills and limited knowledge about childhood trauma among teachers, describing themselves as unprepared to respond to students who have experienced traumatic experiences.

However, with proper training, teaching staff can have a better understanding of how trauma affects children at school, adapting their attitudes to promote their well-being.

Nevertheless, there is a lack of specific information about this professional group considering their attitudes toward trauma in schools.



2 METHODS

The sample includes teachers in different Portuguese schools that consent for an online protocol. To verify if there was a change in the attitudes of the teachers, a follow-up of both groups will be carried out.

Instruments

Professional Quality of Life
(ProQoL 5)

Attitudes Related to Trauma-
Sensitive Care (ARTSC)

Work Productivity and Activity
Impairment Questionnaire (WPAI)

3 RESULTS

A

Psychometric data on ARTSC, considering their dimensions after Exploratory Factor Analysis, with reliability results will be presented.

B

Correlations between variables and linear regressions with ARTSC results as independent variables and each dimension of ProQoL as dependent variables will be presented.



4 CONCLUSION

A trauma-sensitive school should trigger positive changes in students and teachers. These results provide evidence to generate a better capacitation system for schools focusing on the need for action from teachers and management of schools.

Given that teachers place great importance on children's academic, social and emotional success, changes in their attitudes are key elements in trauma-sensitive schools.



Autumn Research Workshop
International System for Trauma-sensitive Contexts

8th November, 2022

Agenda

WET	CST	
09:00	17:00	Opening: José Rocha
09:15	17:15	Developments on research in Macao: Vítor Teixeira
09:30	17:30	Child protection wider system: Elisa Veiga
09:45	17:45	<i>Child protection wider system: Evaluation of Trauma Sensitive Care in Residential Care and Child Protection Committees: Elisa Veiga</i> <i>Trauma Sensitive Care Model in Foster Care: Ivone Almeida (Phd- UP/UCP)</i> <i>Adoption and trauma: assessment protocol: André Moreira (Phd – UP/CESPU)</i>
10:45	18:45	<i>Other systems: Mariana Negrão</i>
11:00	19:00	<i>Questionnaire for Assessment of Trauma Sensitive Schools; Bárbara Condesso</i> <i>What events generate traumatic stress in children? Mariana Nunes</i> <i>Scope Review on Trauma-sensitive maternal care; Angela Nunes</i>
11:45	19:45	<i>Migrations and refugees contexts: Mariana Barbosa (Refugees)</i>
12:00	20:00	International advances: Elisa Veiga
12:00	20:00	<i>Macao streams:</i> <i>Foster Care Empirical Evidence and Future Guidelines: Marjory Vendramini (Phd- USJ)</i> <i>Supervision practices in Welfare: Donatella Maschio (PHD- USJ)</i> <i>Prevalence of ACES in Schools: António Lb (Master- USJ)</i> <i>Parents Beliefs of Intergenerational Trauma: Carolina (Master-USJ)</i> <i>Externalizing problems in children living in Residential Care : Kathy Cheong Hoi Iong (Master- USJ)</i> <i>Mental health and relationships in children living in Residential Care: Tammy, Yeung Lai Yee (Master- USJ)</i>
13:00	21:00	<i>Final remarks: Elisa, Mariana and José</i>

WET, Western European Time, Continental Portuguese time
CST, China Standard Time, Macao time