

**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**APRENDER PARA CUIDAR:**  
**FORMAÇÃO CONTÍNUA EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL**

**Sara Miguel Pestana Fonseca Cardoso**

outubro 2017

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Maria Barbosa-Ducharne*** (FPCEUP).



## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

O presente estudo insere-se num projeto mais amplo intitulado “EQAR: Estudo da Qualidade do Acolhimento Residencial” desenvolvido no Grupo de Investigação e Intervenção em Acolhimento e Adoção (GIIAA) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), sob direção da Professora Doutora Maria Barbosa-Ducharne. Este projeto teve aprovação da Comissão de Ética da FPCEUP e no âmbito desse projeto de investigação a FPCEUP assinou Protocolos de Colaboração com as diferentes entidades tutelares (Instituto de Segurança Social [ISS, IP], Instituto de Segurança Social da Madeira [ISS-RAM], Direção Geral de Segurança Social do Governo dos Açores, Casa Pia de Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa) assim como com as Confederações de instituições de acolhimento residencial (Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social [CNIS] e União das Misericórdias Portuguesas [UMP] bem como com a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens [CNPCJ]). As Casas de Acolhimento selecionadas na amostra foram convidadas a participar e a assinar uma Declaração de Consentimento Informado e participação de todos cuidadores e crianças foi individualmente voluntária.

A minha participação no grupo começou em janeiro de 2016, tendo estado envolvida em todas as tarefas inerentes a esta investigação, desde a pesquisa bibliográfica, preparação das visitas, recolha, codificação e análise de dados. Algumas das visitas realizaram-se fora do distrito do Porto, pelo que se recorreu à verba atribuída pela Direção do MIP à realização da Dissertação.

Com o intuito de divulgar resultados preliminares desta investigação junto da comunidade científica, esta dissertação apresenta-se em formato de artigo científico. A futura publicação deste artigo numa revista internacional, com revisão por pares, beneficiará da coautoria de outros elementos da equipa de investigação do EQAR.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar gostava de agradecer a todas as crianças e cuidadores que nos abriram a porta de sua Casa e nos deixaram entrar no seu mundo.

À Professora Maria Barbosa-Ducharne, pela dedicação a este projeto, pela motivação e reforço que me fizeram gostar de investigação. Por encontrar sempre uma solução para todas as questões e valorizar a importância deste trabalho.

A todos os membros do grupo EQAR, pela união e espírito de equipa, pela motivação e ambição em melhorar a qualidade do Acolhimento Residencial português, por todas as gargalhadas e lágrimas partilhadas neste projeto que é tão importante e tão exigente.

Em especial à Francisca, pelas horas de partilha e discussão, de apoio e amizade, à Sónia, pelas sugestões e constantes aprendizagens, à Joana por teres sempre as palavras certas e pela boa energia, à Mariana, pela disponibilidade e ajuda, à Catarina e à Rita pela animação e criatividade e à Leonor pelo interesse, apoio e descontração!

À Joana Soares, por toda a disponibilidade, motivação e paciência, por conseguires sempre explicar-me tudo e construíres comigo soluções para todos os problemas!

À Bárbara e à Carolina, pelas imensas horas em que, lado a lado, nos apoiamos e nos superamos a nós próprias!

À Filipa e à Vera, por, desde sempre, estarem lá quando preciso, por descomplicarem as minhas preocupações e terem sempre esse carinho incondicional.

Aos meus amigos, pela preocupação e interesse, por me trazerem calma nos momentos de maior stress, por estarem sempre lá.

Ao Guilherme, pelo percurso incrível que construímos juntos, pela incondicional presença, apoio e motivação, por acreditares sempre em mim!

A toda a minha família, por ser tão espetacular!

Em especial aos meus pais e à minha mana, por me ouvirem e compreenderem sempre, por me apoiarem e motivarem, porque no fim, o importante é divertirmo-nos em tudo o que fazemos!

Aos meus avós, que com imenso carinho e interesse sempre valorizaram o meu trabalho!

## Resumo

A tarefa de cuidar no contexto de Acolhimento Residencial (AR) revela-se especialmente exigente dada a multiplicidade de problemáticas e necessidades evidenciadas pelas crianças acolhidas. É por isso essencial que os cuidadores tenham formação adequada ao seu trabalho. Este estudo procura explorar a formação contínua específica dos cuidadores e a forma como esta se relaciona com o ajustamento psicológico das crianças.

Participaram neste estudo 40 casas de acolhimento, assim como os 312 cuidadores e 510 crianças nelas inseridos, e 14 investigadores peritos na área. Foi possível verificar que os cuidadores tinham frequentado uma grande diversidade de número e temáticas de formação, pelo que se recorreu à avaliação de peritos para selecionar os temas que seriam essenciais ao trabalho em AR. A partir da seleção destes temas, foi possível verificar que os cuidadores têm uma formação contínua que nem sempre assenta nas necessidades e especificidades das crianças em cada Casa de Acolhimento (CA). Apesar de os cuidadores terem mais formações específicas quando os níveis de bem-estar pessoal, felicidade subjetiva e satisfação com a vida das crianças eram mais baixos, esta relação não é encontrada para os problemas de comportamento.

Este estudo permitiu uma primeira abordagem à questão da formação contínua dos cuidadores, bem como a avaliação dos temas considerados essenciais ao trabalho destes, no contexto português. Estes resultados podem ser muito úteis, fundamentando a tomada de decisão na área da formação profissional em AR, salientando a necessidade do reforço da supervisão e adequação da formação às necessidades das crianças acolhidas.

*Palavras-chave:* Acolhimento Residencial; Cuidadores, Formação contínua; ajustamento psicológico crianças acolhidas.

## **Abstract**

The task of caring in the context of Residential Care (RC) is especially demanding given the multiplicity of problems and needs evidenced by the children. It is therefore essential that caregivers have adequate training in their work. This study seeks to explore the specific ongoing training of caregivers and how it relates to the psychological adjustment of children.

A total of 40 RC centres enrolled in this study, as well as the 312 caregivers and 510 children working/living there, and 14 experts in the area. It was possible to verify that the caregivers had attended a great diversity and number of training themes, so the evaluation of experts was used to select the themes that would be essential to work in RC. From the selection of these themes, it was possible to verify that the caregivers had an in-service training that was not always based on the needs and specificities of the children in each RC centre. Although caregivers had more specific training when the levels of personal well-being, subjective happiness, and life satisfaction of children were lower, this relationship was not found for behavioral problems.

This study allowed a first approach to the issue of in-service training of caregivers, as well as the evaluation of the themes considered essential to their work, in the Portuguese context. These results can be very useful grounding decision-making in the field of in-service training in RC, stressing the need to reinforce supervision and adapt training to the needs of the children.

**Keywords:** Residential Care; Caregivers, in-service training; psychological adjustment children.

## **Abreviaturas**

Ao longo do texto várias expressões aparecem repetidamente, pelo que se optou por recorrer a siglas, abaixo indicadas:

AR – Acolhimento Residencial

ARQUA-P – Sistema de Avaliação Compreensiva do Acolhimento Residencial Português

BEP – Bem-Estar Pessoal

CA – Casa(s) de Acolhimento

CARE – Casa de Acolhimento Residencial Especializado

CASA - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens

CAT – Casa de Acolhimento Temporário

EE – Equipa Educativa

EFS – Escala de Felicidade Subjetiva

EQAR - Estudo da Qualidade do Acolhimento Residencial

ESCV – Escala de Satisfação com a Vida

ET – Equipa Técnica

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

FS – Felicidade Subjetiva

GIIAA – Grupo de Investigação e Intervenção em Acolhimento e Adoção

IBP – Índice de Bem-estar Pessoal

ISS, I.P. – Instituto da Segurança Social, Instituto Público

LIJ – Lar de Infância e Juventude

PIP – Pedido de Informação Prévia

SCV – Satisfação Com a Vida

SS – Segurança Social

YSR – Questionário de Auto-avaliação para jovens

## Introdução

Num mundo com tantas desigualdades, também o direito a ter uma família se revela incerto, havendo muitas crianças<sup>1</sup> que não têm a possibilidade de crescer neste meio. Assim, o Acolhimento Residencial (AR) surge como medida de proteção de crianças e jovens em situação de perigo no seu meio natural de vida e tem a “finalidade de contribuir para a criação de condições que garantam a adequada satisfação de necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais e o efetivo exercício dos seus direitos, favorecendo a sua integração em contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral” (art. 49º da Lei n.º 142/2015, de 8 de Setembro). Apesar da distinção entre as diferentes respostas de acolhimento já não ser utilizada na nova legislação, neste estudo participaram Casas de Acolhimento Temporário (CAT) e Lares de Infância e Juventude (LIJ), sendo que este tipo de resposta representava, em 2016, cerca de 87.5% das medidas executadas de colocação das crianças e jovens em risco, havendo, segundo o relatório da Caracterização Anual do Sistema de Acolhimento (CASA), cerca de 7149 crianças acolhidas neste tipo de respostas (ISS, IP, 2017).

As Casas de Acolhimento (CA) terão de dispor, necessariamente, de recursos humanos organizados em equipas articuladas entre si: a equipa técnica (ET), que integra obrigatoriamente colaboradores com formação mínima correspondente a licenciatura nas áreas da psicologia e do trabalho social e tem como principais funções, o diagnóstico da situação da criança acolhida e a definição e execução do seu projeto de vida; e a equipa educativa (EE), que integra preferencialmente colaboradores com formação profissional específica para as funções de acompanhamento socioeducativo das crianças (art. 54º da Lei n.º 142/2015), que tem como função o trabalho mais direto e constante de cuidar das crianças acolhidas (Martins, 2004). Estas duas equipas, por trabalharem em conjunto e terem um trabalho focado nas necessidades das crianças, serão referidas, ao longo do estudo, como os cuidadores.

Dada a multiplicidade de exigências, tem-se observado internacionalmente, desde a década de 80, a uma maior preocupação política, social, profissional e científica com este contexto e a sua qualidade, tendo-se observado uma evolução do paradigma de AR, partindo de um Modelo Institucional, para um Modelo Familiar e depois para um Modelo

---

<sup>1</sup> “Criança ou jovem - a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos, e ainda a pessoa até aos 25 anos sempre que existam, e apenas enquanto durem, processos educativos ou de formação profissional” (art. 5º da Lei nº 142/2015, de 8 de Setembro).

Especializado (Bravo & Del Valle, 2009). Com a passagem para o Modelo Familiar, procurou-se que as CA fossem mais pequenas, com um número mais reduzido de crianças, que permitisse reproduzir um ambiente familiar. O Modelo Especializado assenta numa perspetiva mais dirigida às necessidades concretas dos jovens acolhidos, disponibilizando serviços e intervenções capazes de dar resposta a essas necessidades (Bravo & Del Valle, 2009). É por isso essencial que estes dois modelos se conjuguem, criando um sistema de acolhimento de qualidade, que por um lado se assemelhe a uma Casa, e por outro, seja capaz de ter um efeito terapêutico nas crianças que acolhe.

Assim, a qualidade de uma CA depende diretamente das pessoas que a integram e do trabalho que aí é realizado. Uma vez que os motivos que levam uma criança a ser retirada à sua família podem ser múltiplos e variados, o papel dos cuidadores é crucial para a gestão dos sentimentos da criança, em torno da perda da sua família e adaptação a um novo contexto (Ferreira, 2017). São também estes cuidadores que, para além de assegurarem as necessidades básicas das crianças, irão desempenhar o papel de proteger e orientar as crianças e jovens acolhidos, constituindo a sua principal fonte de apoio e afeto, ao mesmo tempo que passam a constituir-se como os seus principais modelos, assumindo, assim, um papel fundamental no seu desenvolvimento (Mota & Matos, 2008; Siqueira & Dell’Aglia, 2006). Por isso é importante que estes tenham os conhecimentos adequados ao papel de cuidar e saibam atuar e intervir como equipa coesa, de modo a transmitir segurança às crianças acolhidas (Simões, 2011).

Se a tarefa de acolher e proteger é complexa, em AR revela-se especialmente dificultada, uma vez que estas crianças se caracterizam pelo “medo, tristeza, instabilidade emocional, falta de esperança e descrédito nas relações humanas, agressividade e comportamentos perturbados e perturbadores” (Simões, 2011, p. 10). Por isto, Anglin (2004) refere-se aos cuidadores em AR como “pais terapêuticos”, que precisam desenvolver competências acima das competências parentais (Hills & Child, 2000). De entre os aspetos do AR mais referidos como positivos pelas crianças, evidencia-se a relação com os cuidadores, como o seu apoio, capacidade de aceitação e abertura para estabelecer relações de vinculação (Anglin, 2004; Holden, Anglin, Nunno & Izzo, 2014), a estabilidade no acolhimento (Sinclair, 2008) e a congruência nas práticas (Anglin, 2002). Estas crianças necessitam de experiências de afeto que as “ajudem a que elas próprias criem uma família com as restantes crianças acolhidas, capazes de sonhar, arquitetar e viver, desde cedo, histórias felizes” (Simões, 2011, p. 20).

No entanto, e apesar da necessidade de se vincular, estas crianças têm uma história passada de adversidade, que os afetou do ponto de vista socioemocional e que os leva a manifestar problemas de comportamento, frequentemente difíceis de lidar e de elevada exigência para os cuidadores (Silva & Gaspar, 2014). Em Portugal, verifica-se um crescente número de jovens com perfis marcados por distúrbios do comportamento e das emoções, com sérios problemas de saúde mental, consumo de substâncias e deficiência. Os dados mais recentes mostram o aumento do número e diversidade de problemas apresentados por estes, tendo 4997 das crianças acolhidas sido avaliadas como tendo pelo menos um destes problemas (ISS,IP, 2017). O facto de nem sempre existirem Casas de Acolhimento Residencial Especializado (CARE) disponíveis para acolher as crianças que necessitam de uma intervenção mais especializada, leva a que estes jovens sejam colocados em CA generalistas, que poderão não ser as adequadas (Simões, 2011).

Assim, conhecer as necessidades das crianças em AR é uma tarefa fundamental, que passa também por avaliar o seu ajustamento psicológico, especialmente quando o índice de prevalência de problemas de saúde mental é reconhecidamente superior nas crianças em AR (Gearing, Schwalbe, MacKenzie, Brewer, & Ibrahim, 2015). A avaliação de problemas psicológicos nestas crianças tem vindo a ser realizada com recurso às várias versões do ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment (Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado, & Gonçalves, 2014), sendo que as medidas de autorrelato, como o YSR (Youth Self-Report), que fornecem a perspetiva da própria criança, assumem um papel complementar aos relatos de pais ou cuidadores e de professores. Porque é também importante avaliar a componente mais positiva do funcionamento psicológico (Barros, 2010), os níveis de Bem-estar pessoal (BEP), a Satisfação com a Vida (SCV), e Felicidade Subjetiva (FS) permitem também ter uma noção do ajustamento psicossocial, funcionamento positivo, qualidade de vida e saúde mental das crianças (Marques, Pais Ribeiro, & Lopez, 2011). Em estudos anteriores percebeu-se que os jovens que vivem com as suas famílias estão mais satisfeitos com a vida em geral (Gilman & Barry, 2003) e têm maiores índices de BES do que os jovens em AR, sendo que a estabilidade na vida surge como fator determinante, pelo que são as mudanças na vida, como o local do acolhimento, que têm um impacto mais negativo no BEP (Llosada-Gitsau, Montserrat, & Casas, 2015). Já a FS dos jovens em AR não apresentou diferenças significativas da população em geral (Maurović, Križanić & Klasić, 2015), sendo que as relações pessoais seguras, a confiança e expectativas de futuro (Sariçam, 2015), a família e os amigos (Uusitalo-Malmivaara & Lehto, 2013), são correlatos da FS.

Dadas as problemáticas apresentadas pelos jovens acolhidos, por vezes, os profissionais são mesmo alvo de maus tratos, físicos e verbais, o que pode gerar sentimentos de inadequação ao seu contexto de trabalho, ou falta de satisfação profissional (Golding, 2003) e reações inadequadas, respondendo estes também com agressividade, crítica e severidade (Bazon & Biasoli-Alves, 2000; Silva & Gaspar, 2014). Esta inconsistência nas práticas dos cuidadores – oscilando entre o afeto/proximidade/proteção e a distância/agressividade/crítica – expõe as crianças a uma ambivalência de dinâmicas e cuidados (Silva & Gaspar, 2014). Para se atingir uma consistência/congruência de cuidados, tendo por base o superior interesse da criança, é necessário um clima organizacional e interações entre todos os que integram a CA, que reflitam os princípios de reciprocidade, consistência e coerência na definição de dinâmicas interpessoais, sendo que todos os profissionais se sentirão mais envolvidos, corresponsabilizados e motivados, se conhecerem os objetivos do seu trabalho e forem capazes de os integrar nas suas práticas (Anglin, 2002; Simões, 2011).

Assim, Silva e Gaspar (2014) concluem que os profissionais de AR poderão beneficiar de formação/treino específico na gestão positiva das dificuldades e problemas de comportamento destas crianças, de forma a responder-lhes adequadamente. A formação continuada dos profissionais de AR deve procurar, para além do que já foi sendo referido, uma formação em prol do bem-estar desta população, considerando que o trabalho em acolhimento traz repercussões diretamente relacionadas com o desenvolvimento das crianças acolhidas (Bazon & Biasoli-Alves, 2000; Martins, 2004; Yunes, Miranda, & Cuello, 2004). Bazon e Biasoli-Alves (2000) apontam, inclusive, a necessidade de os profissionais em AR serem supervisionados e formados no seu contexto profissional, de modo a compreenderem o impacto das suas ações.

Apesar de a grande falta de formação dos cuidadores em AR se verificar a nível internacional (White, et al, 2015), uma vez que a definição de qualidade em AR depende em muito da especialização dos seus profissionais na intervenção terapêutica e promoção de competências específicas, em função das necessidades e projeto de vida das crianças acolhidas (Del Valle & Zurita, 1996), é necessário que as CA disponham de uma boa rede de profissionais, qualificados e especializados na área, que garantam um desenvolvimento seguro e íntegro a estas crianças. Para tal, é necessário que o recrutamento tenha em conta a formação, que se criem oportunidades de encontros entre os profissionais de diferentes CA, a fim de criar um espaço de partilha de experiências e melhorar a comunicação entre toda a comunidade do AR, que estes sejam continuamente formados, de modo a aprender sobre desenvolvimento infantil numa visão contextualizada, sobre as práticas educativas, sobre a

violência doméstica e sobre as medidas socioeducativas e que sejam valorizados na sua profissão (Yunes, et al, 2004; White, et al, 2015).

Em Portugal, o código do trabalho prevê a obrigatoriedade de trinta e cinco horas anuais de formação contínua, cujo conteúdo deverá ser selecionado pela entidade empregadora e que deverá “ter correspondência com a atividade prestada ou respeitar a tecnologias de informação e comunicação, segurança e saúde no trabalho ou língua estrangeira” (art. 131º da Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro). A nível do AR foram também tomadas algumas medidas para melhorar a qualidade e homogeneizar as práticas em AR, como o Plano DOM (Desafios, Oportunidades e Mudanças), no sentido de implementar medidas de qualificação da rede de LIJ (Despacho nº8393/2007 de 10 de Maio) e posteriormente, o Programa SERE+ (Sensibilizar, Envolver, Renovar, Esperança, MAIS), que apesar de não contemplar nenhum tipo de formação, procura supervisionar o trabalho em AR (Despacho n.º 9016/2012 de 26 de Junho).

Apesar destas recentes tentativas de especialização dos técnicos em AR, não foi ainda realizado, em Portugal, nenhum estudo no sentido de averiguar a formação especializada a que os cuidadores têm acesso, nem o impacto que esta tem na sua prática profissional. Pela escassez de investigação científica em AR (Mota & Matos, 2008, Rodrigues, Barbosa-Ducharne, & Del Valle, 2013), a eficácia e adequação das práticas não é geralmente suportada empiricamente e as decisões políticas e de gestão nem sempre têm por base evidências científicas relativas ao nosso país (Rodrigues & Barbosa-Ducharne, 2017).

Assim, este estudo teve como principal objetivo estudar de que forma a formação contínua dos cuidadores em AR se relaciona com a perceção de BEP, FS e SCV das crianças acolhidas, assim como com os problemas de comportamentos evidenciados pelas mesmas. De uma forma mais específica, este estudo procura explorar a formação contínua dos cuidadores em AR em Portugal; identificar, por meio de avaliação de peritos, temas essenciais de formação contínua para cuidadores em AR; explorar a frequência de formação contínua dos cuidadores em temas essenciais; relacionar o nível de formação contínua dos cuidadores (em temas essenciais) com variáveis individuais dos cuidadores; analisar o nível de formação contínua dos cuidadores por CA; estudar as diferenças na formação contínua dos cuidadores por CA em função das características da CA; analisar o ajustamento psicológico das crianças acolhidas com base na exploração da sua autoperceção de FS, SCV, BEP e problemas de internalização e externalização; estudar a relação entre as diferentes medidas de ajustamento psicológico da criança acolhida; e estudar a relação entre a formação contínua dos cuidadores e o ajustamento psicológico das crianças acolhidas, por CA. Deste modo, esta investigação

assume um papel importante, uma vez que é necessário que se estude este tema para se poder avaliar a adequação da formação contínua dos cuidadores, o seu impacto na prática, possibilitando a tomada de decisão neste domínio com base na evidência científica.

## 1. Método

### 1.1. Participantes

**Casas de Acolhimento (CA).** Participaram neste estudo 40 CA pertencentes a várias regiões do país. Quanto à dimensão das CA, considerando o número de crianças acolhidas no momento da avaliação, 12 (30.0%) eram pequenas ( $\leq 12$  crianças), 17 (42.5%) tinham uma dimensão média (entre 13 e 24 crianças) e 11 (27.5%) foram consideradas grandes ( $\geq 25$  crianças). Em relação à tipologia, 20 (50.0%) eram casas mistas, 10 (25.0%) eram casas segregadas femininas e 10 (25.0%) eram casas segregadas masculinas.

**Cuidadores.** Pertencentes a estas casas, participaram 312 cuidadores, 251 do sexo feminino (80.4%) e 61 do sexo masculino (19.6%), com idades compreendidas entre os 20 e os 61 anos ( $M = 39.78$ ,  $DP = 9.43$ ). Homens e mulheres diferiram significativamente em relação à idade,  $t(310) = 2.08$ ,  $p = .038$ ,  $d = 0.30$ , IC a 95% [0.22, 5.35], sendo que as mulheres eram significativamente mais velhas ( $M = 40.33$ ,  $DP = 9.48$ ) do que os homens ( $M = 37.54$ ,  $DP = 8.94$ ). Duzentos e sete cuidadores pertenciam à equipa educativa (66.3%) e 105 pertenciam à equipa técnica (33.7%). Quanto à escolaridade dos cuidadores, 59 (19.0%) tinham o Ensino Básico (1º, 2º e 3º Ciclos), 103 (33.1%) o Ensino Secundário e 149 (47.9%) tinham o Ensino Superior. Quanto ao tempo total de experiência a trabalhar em AR, em média os cuidadores trabalhavam há nove anos neste contexto ( $M = 112.03$  meses,  $DP = 94.53$ , Mín. = 1, Máx. = 528).

**Crianças e jovens.** Das CA acima descritas participaram 510 crianças/jovens acolhidas, 243 (47.6%) do sexo feminino e 267 (52.4%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 11 e os 23 anos de idade ( $M = 15.40$ ,  $DP = 2.34$ ). Rapazes e raparigas não diferiram significativamente em relação à idade,  $t(508) = 0.01$ , *ns*.

**Investigadores do grupo EQAR.** Participaram também no presente estudo os 14 investigadores ativos do grupo EQAR - 13 (92.9%) do sexo feminino e um (7.1%) do sexo masculino - enquanto peritos da área. Quanto ao nível de formação, um (7.1%) dos elementos é doutorado, quatro (28.6%) são estudantes de doutoramento, três (21.4%) têm mestrado e seis (42.9%) estão a frequentar o Mestrado em Psicologia.

## **1.2. Instrumentos e Medidas**

**ARQUA-P (Qualidade do Acolhimento Residencial Português; Rodrigues, Barbosa-Ducharne, & Del Valle, 2015).** O ARQUA-P é um Sistema de Avaliação Compreensiva do Acolhimento Residencial Português que tem por base o modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 2001). O sistema ARQUA-P é constituído por diversos instrumentos e metodologias de investigação, que integram as vozes dos diferentes envolvidos neste contexto e dos investigadores que o analisam, permitindo uma avaliação da qualidade do contexto de AR, mais completa e fidedigna. Neste estudo, os dados foram recolhidos com recurso a dois dos instrumentos do ARQUA-P, o *Pedido de Informação Prévia (PIP)* e a *Entrevista ARQUA-P Técnicos e Cuidadores*.

***Pedido de Informação Prévia (PIP).*** Constitui a primeira etapa do processo de avaliação das CA, sendo o documento que reúne as informações relativas às CA (e.g., dimensão, tipologia, número de cuidadores) e ainda dados sociodemográficos das crianças (e.g. sexo, idade) e dos cuidadores (e.g., experiência total de trabalho em AR, formação contínua).

***Entrevista para Técnicos e Cuidadores/Educadores E-AT.*** Trata-se de uma entrevista semiestruturada, que pretende avaliar as 12 dimensões de qualidade do AR, através de itens respondidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = *nada* a 5 = *muito*), bem como em resposta aberta. Neste estudo foram utilizadas as respostas às questões abertas relativas à formação contínua, “Número de ações de formação que frequentou nos últimos três anos:” e “Conteúdo da formação:”.

**Escala de Felicidade Subjetiva (EFS; Lyubomirsky & Lepper, 1999, versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 2012).** A EFS é uma escala de autorrelato que avalia, globalmente, a felicidade subjetiva. A escala é constituída por quatro itens, que são respondidos numa escala de *Likert* de 7 pontos, cujo significado varia consoante a questão. As

duas primeiras questões referem-se à caracterização do participante (e.g., “Em geral considero-me uma pessoa.”), sendo que para a primeira questão, 1 significa “*Pouco feliz*” e 7, “*Muito feliz*”; para a segunda questão, 1 significa “*Menos feliz*” e 7 significa “*Mais feliz*”. As duas últimas questões consistem em descrições de felicidade e infelicidade (e.g., “Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização te descreve a ti?”; 1 = *De modo nenhum*, 7 = *Em grande parte*). A média dos quatro itens resulta uma medida global de felicidade subjetiva, que, no presente estudo, apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha = .80$ ).

**Escala de Satisfação Com a Vida (ESCV; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985, versão portuguesa de Neto, 1993).** A ESCV é também uma escala de autorrelato constituída por cinco itens respondidos numa escala de *Likert* de 7 pontos (1 = *Totalmente em desacordo*, 7 = *Totalmente de acordo*). Esta escala pretende avaliar o conceito de satisfação com a vida, concebido como a componente cognitiva do bem-estar subjetivo, através da avaliação que os participantes fazem das frases enunciadas, relacionadas com aspetos gerais da vida (e.g., “Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.”). Neste estudo, a ESCV apresentou um bom valor de consistência interna ( $\alpha = .80$ ).

**Índice de Bem-estar Pessoal (IBP; Cummins & Nistico, 2002, versão portuguesa de Pais-Ribeiro & Cummins, 2008).** Trata-se de um questionário de autorrelato que avalia o bem-estar dos jovens a partir da resposta a nove itens. Os itens estão divididos em duas partes, sendo que a primeira corresponde ao primeiro item (“Pensando acerca da tua vida pessoal e das suas condições, qual o teu grau de satisfação com a tua vida em geral?”), que avalia a satisfação com a vida em geral, e a segunda parte é constituída pelos restantes itens que procuram aferir a satisfação com domínios específicos da vida (e.g., “Qual o grau de satisfação com a tua saúde?”). Todos os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* de 11 pontos (0 = *Totalmente Insatisfeito*, 10 = *Totalmente Satisfeito*). A cotação é feita numa nota de 0-100, pelo que se multiplica o somatório da pontuação de todos os itens por dez. Neste estudo, o IBP apresentou uma elevada consistência interna ( $\alpha = .86$ ).

**Questionário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR; Achenbach & Ressorla, 2001, versão portuguesa de Achenbach, et al, 2014).** O YSR é também um questionário de autorrelato para jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos de idade, que tem

como objetivo avaliar os problemas comportamentais. O questionário está dividido em duas partes, sendo que a primeira é constituída por itens relacionados com competências, atividades e interesses sociais dos jovens e a segunda parte, com itens relacionados com problemas específicos do comportamento. Cada item descreve uma característica de comportamento e as crianças respondem numa escala de *Likert* de 3 pontos (0 = *Não verdadeira*, 1 = *Às vezes verdadeira*, 2 = *Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira*) consoante a afirmação se aplique ou não a si. Na versão original, Achenbach (1991) extraiu dois fatores, um de Externalização, relacionado com problemáticas que incidem em conflitos com o ambiente e outro de Internalização, relacionado com os conflitos com o *self*. Neste estudo serão analisados os resultados dos problemas de Externalização ( $\alpha = .92$ ) e Internalização ( $\alpha = .90$ ) das crianças acolhidas, todos com uma consistência interna muito boa.

**Q-sort (Stephenson, 1953).** Trata-se de uma metodologia com procedimentos apropriados ao estudo de conceitos subjetivos, que poderá ser dividida em três etapas: primeiro é desenvolvido um conjunto de afirmações, que neste caso correspondem aos 167 temas de formação enunciados pelos cuidadores; de seguida é solicitado aos participantes (investigadores) que ordenem essas afirmações ao longo de um *continuum* de preferência; e, por fim, os dados são interpretados e analisados (Brown, 1993). A aplicação da metodologia foi adaptada ao estudo, pelo que os investigadores fizeram uma primeira seleção dos temas em “Essenciais” e “Não Essenciais” e organizaram por ordem de importância apenas os primeiros. Para este estudo foram apenas analisados os dados relativos à seleção dos temas, e não a ordenação dentro dos temas essenciais.

### 1.3. Procedimentos

**Seleção da amostra.** A amostra do projeto EQAR é representativa do universo nacional de CA generalistas e foi extraída por um procedimento aleatório estratificado em função de duas variáveis de caracterização – dimensão e tipologia – assegurando a proporcionalidade da distribuição pelas 5 tutelas e distinguindo entre CATs e LIJs. No presente estudo participam 40 (44.44%) dessas 90 casas, cujos dados foram recolhidos entre março de 2013 e fevereiro de 2017. Como critério de seleção dos cuidadores e crianças, o único definido foi que deveriam estar na respetiva CA há pelo menos um mês.

**Recolha de dados.** Ainda antes da visita a cada CA foi solicitado o PIP, através do qual foram definidos os códigos de identificação de cada participante, e foi definida a equipa de investigadores, constituída entre três e cinco elementos, devidamente formados na aplicação do ARQUA-P. Na CA, a equipa distribuiu-se de modo a entrevistar o maior número de cuidadores, assim como crianças presentes na casa. As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos e foram realizadas individualmente, num local apropriado e confortável, que garantisse a privacidade e confidencialidade dos entrevistados. No final das entrevistas, as crianças preencheram a bateria de testes de autorrelato. Quando solicitado pelas CA, elaborou-se um relatório com a devolução dos resultados e sugestões de melhoria, como meio de retribuição à sua participação.

Depois de realizada a recolha junto das CA, foram compilados todos os temas de formação contínua enunciados pelos cuidadores participantes, na questão relativa ao conteúdo de formação, e realizada a metodologia *Q-sort* junto dos peritos da área (investigadores do grupo EQAR).

**Análise de dados.** Os dados recolhidos foram tratados e analisados com recurso ao programa estatístico IBM SPSS *Statistics* (IBM Corp. Released, 2015), a partir de quatro bases de dados distintas: 1) base dos cuidadores (informações sociodemográficas e relativas à formação contínua de cada cuidador participante – cuidador como alvo de análise); 2) base das crianças (informações sociodemográficas e resultados das escalas de autorrelato das crianças participantes – criança como alvo de análise); 3) base das CA (caraterização das CA, média do número e temas essenciais de formações dos cuidadores por CA, médias das escalas de autorrelato das crianças por CA – CA como alvo de análise); e 4) base dos investigadores (com dados resultantes da metodologia *Q-sort* – tema de formação como alvo de análise).

Em primeiro lugar foi realizada uma exploração prévia dos dados quanto à normalidade e *outliers*. Todas as variáveis apresentaram uma distribuição normal, de acordo com os critérios da simetria e curtose definidos por Kline (2013), pelo que foram utilizados testes paramétricos. Em virtude de nenhum *outlier* extremo ter sido identificado, todas as observações foram mantidas. Algumas variáveis apresentam *missings*, sendo o *n* oscilante em função da variável.

Na base de dados dos Cuidadores foram inseridos todos os temas de formação contínua enunciados pelos mesmos, tendo sido atribuída a pontuação de 0 quando estes não tiveram formação nesse tema, ou 1 se tiveram formação nesse tema. Após a realização da metodologia *Q-sort*, na base dos Investigadores, cada tema de formação contínua foi codificado com

pontuação 0, quando foi considerado pelo investigador como não essencial, e pontuação 1, quando o investigador considerou o tema essencial para o trabalho em AR. Para cada tema foi calculado o número de investigadores que o seleccionou e foram considerados essenciais todos os temas escolhidos por, pelo menos, sete (50.0%) dos elementos do grupo EQAR. Depois de seleccionados os temas essenciais na base dos Cuidadores, cada cuidador obteve um somatório do número de temas essenciais em que teve formação, variável que completa a caracterização da formação contínua dos cuidadores participantes, juntamente com a variável do número total de formações que estes referiram ter tido nos últimos três anos. As médias por CA destas variáveis foram adicionadas à base de dados das CA. Na base de dados das Crianças foram calculadas as médias para as escalas de autorrelato, ESCV, EFS e IBP, e calculados os valores para os problemas de Internalização, Externalização e Total de Problemas da escala YSR, de acordo com os critérios do ponto de corte. Estas médias finais foram também adicionadas à base de dados das CA. Foram ainda realizados teste *t de Student* para a amostra de modo a verificar se estas médias diferiam significativamente das médias da aferição portuguesa.

Para explorar a formação contínua dos cuidadores foi utilizada a estatística descritiva univariada. Para identificar relações significativas entre variáveis foram utilizadas correlações bivariadas através do coeficiente *r de Pearson*. As diferenças de médias no número de temas essenciais entre dois grupos (e.g., sexo) foram calculadas através do teste *t de Student* para amostras independentes e entre três grupos (e.g., formação de base) recorrendo-se a ANOVAs fatoriais. Nas ANOVAs, após testada a homogeneidade das variâncias, através do teste de Levene, dada a desigualdade no *n* de cada um dos grupos em estudo (Field, 2009), as comparações entre grupos foram estudadas com recurso ao teste *post-hoc GT2 de Hochberg*, quando homogéneas, ao *Games-Howell* quando a homogeneidade das variâncias não foi observada. Duas médias foram comparadas com recurso ao teste *t de Student* para amostras emparelhadas.

## **2. Resultados**

### **2.1. Formação Contínua dos Cuidadores em AR**

**2.1.1. Análises descritivas.** De acordo com os cuidadores, quando questionados sobre o número de formações frequentadas nos últimos três anos, a maioria referiu três formações

( $Mo = 3$ ,  $M = 4.96$ ,  $DP = 4.46$ , Mín. = 0, Máx. = 30). Repare-se, contudo, que a amplitude de respostas é grande, variando entre cuidadores que não fizeram nenhuma formação ( $n = 28$ ) e cuidadores que fizeram 30 formações ( $n = 2$ ).

A Tabela 1 apresenta os temas de formação contínua enunciados pelos cuidadores, bem como o número ( $n$ ) e percentagem (%) de cuidadores associados a cada tema. Os temas mais frequentes foram: “Adolescentes”, “Negligência, Risco e Maus Tratos na Infância”, “Primeiros socorros e Primeiros Socorros Pediátricos”, “Gestão de conflitos”, “Acolhimento”, “Primeira Infância”, “Sexualidade”, “Problemas de comportamento”, “Higiene e Segurança no Trabalho”, “Incêndios”, “Contenção Física”, “Drogas” e “Saúde mental”. A Tabela 1 mostra a grande diversidade de temáticas enunciadas pelos cuidadores ( $N = 167$ ), com um número de cuidadores muito díspar em cada temática, havendo temas em que 65 cuidadores tiveram formação e outros onde só um teve formação. A maioria dos cuidadores teve formação em dois temas ( $Mo = 2$ ,  $M = 2.90$ ,  $DP = 2.18$ , Mín. = 0, Máx. = 10). A amplitude do número de temas de formação também é extensa variando entre nenhum tema e 10 temas. O número de formações e o número de temas de formação, enunciados pelos cuidadores, encontraram-se significativamente correlacionados ( $r = .47$ ,  $p < .001$ ), mas apresentam diferenças de médias estatisticamente significativas,  $t(304) = 9.15$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.59$ , IC a 95% [1.62, 2.51] revelando ser possível ter mais do que uma formação num mesmo tema.

**2.1.2. Avaliação de peritos: Identificação dos temas essenciais.** Através da metodologia *Q-sort* já descrita, cada investigador selecionou os temas de formação essenciais e não essenciais, ao trabalho em AR. A Tabela 1 apresenta, para cada tema (dos 167 temas nomeados pelos cuidadores participantes), o  $n$ , e respetiva percentagem, de investigadores que selecionaram o tema como essencial (por exemplo: um tema cujo  $n = 14$  [100%] significa que foi considerado pelos 14 peritos como tema essencial ao trabalho em AR). Tendo em consideração o elevado número de temáticas nomeadas pelos cuidadores ( $N = 167$ ), para as análises seguintes foram considerados temas essenciais de formação contínua, os temas selecionados, como essenciais, por, pelo menos, 50% dos investigadores (cf. Tabela 1 – Tema 1 a 64). Consequentemente, num total de 167 temas, 64 (38.32%) foram considerados essenciais (e.g., Sexualidade, Desenvolvimento das crianças, Acolhimento, etc.) e os restantes 103 (61.68%) foram excluídos (e.g., Cultura, Cozinha, Escola Segura, Limpezas, etc.).

- Inserir Tabela 1 -

## **2.2. Formação Contínua dos Cuidadores em AR em Temas Essenciais**

**2.2.1. Análises descritivas.** Tendo em consideração os 64 temas essenciais (temas 1 a 64 da Tabela 1), verificou-se que a maioria dos cuidadores não teve nenhuma, ou apenas uma ou duas, formações nestes temas ( $M = 1.81$ ,  $DP = 1.53$ , Mín. = 0, Máx. = 7), sendo que os temas essenciais em que mais cuidadores tiveram formação foram “Adolescentes”, “Negligência, risco e maus tratos na infância”, “Primeiros Socorros e Primeiros Socorros Pediátricos”, “Gestão de conflitos”, “Acolhimento”, “Primeira Infância” e “Sexualidade”. Também aqui se verificou uma grande amplitude de valores, havendo cuidadores com sete temas essenciais em que tiveram formação, e outros que não tiveram nenhuma formação. Nos temas considerados não essenciais há também alguns que se destacam por ter uma maior frequência de cuidadores, como “Higiene e Segurança no Trabalho”, “Incêndios” ou “Avaliação de programas”. O número total de formações nos últimos três anos encontrou-se significativamente correlacionado com o número de temas enunciados pelos cuidadores, considerados como essenciais pelos peritos ( $r = .52$ ,  $p < .001$ ), sendo que os cuidadores têm significativamente mais formações do que em temas essenciais,  $t(304) = 14.04$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.94$ , IC a 95% [2.70, 3.57]. Os temas que não foram considerados essenciais não serão alvo de análise nos subsequentes resultados.

## **2.3. Formação Contínua e Relação com Variáveis Individuais dos Cuidadores**

De modo a aprofundar a exploração da formação contínua dos cuidadores realizou-se uma análise do número de temas essenciais em que tiveram formação, em função de algumas características individuais, como o sexo, a idade, o nível de escolaridade, a formação de base, a experiência total de trabalho em AR e o tipo de equipa a que pertenciam. Destas variáveis, a idade ( $r = -.05$ ,  $ns$ ) e a experiência total de trabalho em AR ( $r = .04$ ,  $ns$ ) não apresentaram uma correlação significativa com a variável em estudo. Com recurso a um teste *t de Student* para amostras independentes, não se verificaram diferenças significativas em função do sexo,  $t(308) = 0.67$ ,  $ns$ , mas quanto ao nível de escolaridade, verificou-se uma diferença significativa nas médias do número de temas essenciais em que os cuidadores tiveram formação,  $t(307) = 4.94$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.56$ , IC a 95% [0.50, 1.16], sendo que os cuidadores que tinham o nível de ensino superior ( $M = 2.24$ ,  $DP = 1.60$ ) tinham em média mais formações em temas essenciais do que os que não tinham o nível de ensino superior ( $M = 1.42$ ,  $DP = 1.34$ ).

Em relação ao tipo de equipa a que pertenciam, encontrou-se uma diferença significativa no número de temas essenciais que os cuidadores tiveram,  $t(176.16) = 3.95$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.49$  IC [0.37, 1.13], sendo que os cuidadores pertencentes à equipa técnica ( $M = 2.30$ ,  $DP = 1.69$ ) tiveram mais formações do que os cuidadores das equipas educativas ( $M = 1.55$ ,  $DP = 1.37$ ).

#### **2.4. Formação Contínua dos Cuidadores em AR: Análises por CA**

Ao analisar a média de formação contínua dos cuidadores, por CA ( $M = 1.83$ ,  $DP = 0.82$ , Mín. = 0.50, Máx. = 4.20), foi possível observar uma discrepância entre as médias, havendo CA em que os cuidadores tiveram uma média de temas essenciais de 0.50, enquanto que noutras foi de 4.20. Com recurso a uma ANOVA fatorial verificou-se que não existiam diferenças significativas na formação contínua dos cuidadores, em temas essenciais, em função da tipologia (mista ou segregada) da CA,  $F(2,37) = 1.02$ , *ns*. Quanto à dimensão da CA, verificou-se que as CA pequenas ( $M = 2.18$ ,  $DP = 0.83$ ) apresentaram médias superiores às CA médias ( $M = 1.66$ ,  $DP = 0.90$ ) e às CA grandes ( $M = 1.71$ ,  $DP = 0.58$ ), mas estas diferenças não foram significativas. Ao verificar o efeito das casas pequenas em comparação com as CA de outra dimensão (CA médias e CA grandes), a diferença é apenas marginalmente significativa entre as CA pequenas e as CA das restantes dimensões,  $t(38) = 1.84$ ,  $p = .074$ , IC a 95% [-0.05, 1.06], mas o tamanho do efeito é muito elevado ( $d = 0.62$ ).

#### **2.5. Análise do Ajustamento Psicológico das Crianças Acolhidas**

De modo a compreender o ajustamento psicológico das crianças acolhidas, realizaram-se testes *t de Student* para uma amostra, para verificar se os valores das escalas de autorrelato diferiam significativamente dos valores aferidos para a população. Na ESCV, quando comparada com a média aferida por Neto (1993) com uma amostra de adolescentes portugueses ( $M = 24.10$ ,  $DP = 5.90$ ), as crianças participantes apresentaram uma média significativamente mais baixa ( $M = 23.05$ ,  $DP = 6.87$ , Mín. = 5, Máx. = 35),  $t(384) = 3.00$ ,  $p = .003$ ,  $d = 0.16$ , IC a 95% [0.36, 1.74]. Os valores no IBP também revelaram uma diferença significativa, comparativamente ao estudo de aferição portuguesa do instrumento (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008),  $t(385) = 2.96$ ,  $p = .003$ ,  $d = 0.21$ , IC a 95% [0.85, 4.19], sendo que os valores apresentados pelas crianças desta amostra ( $M = 71.44$ ,  $DP = 16.72$ , Mín. = 23.33, Máx. = 100.00) são superiores aos valores da amostra de aferição ( $M = 63.00$ ). Os

valores da EFS das crianças participantes ( $M = 4.68$ ,  $DP = 1.04$ ) apresentaram uma média significativamente inferior à de Pais-Ribeiro (2012) para a aferição portuguesa ( $M = 5.12$ ,  $DP = 1.02$ ).

Nos valores da YSR, o ponto de corte, que separa o nível normativo do nível clínico varia em função do género nos domínios principais (Achenbach, et al, 2014). Aqui são apresentados os resultados para todas as crianças tendo em conta já essas diferenças. Ao nível dos problemas de internalização, 193 crianças (37.8%) encontravam-se no nível normativo, 56 (11.0%) no nível de borderline e 261 (51.2%) no nível clínico. Ao nível dos problemas de externalização, 184 (36.1%) encontravam-se no nível normativo, 62 (12.2%) no nível de borderline e 264 (51.8%) no nível clínico.

As correlações entre as escalas encontram-se na Tabela 2. As escalas de autorrelato ESCV, EFS e IBP estão positiva e significativamente correlacionadas entre si e negativa e significativamente correlacionadas com a YSR

## **2.6. Análise da Relação entre a Formação Contínua e o Ajustamento Psicológico das Crianças Acolhidas por CA**

A Tabela 2 apresenta os valores das correlações entre as médias das escalas de autorrelato das crianças, com as médias de total de formações e total de temas essenciais dos cuidadores, por CA. Analisando a Tabela 2, é possível verificar que o número total de temas essenciais em que os cuidadores tiveram formação contínua está negativa mas significativamente relacionado com as médias das EFS, ESCV e IBP. No entanto, esta variável não apresenta nenhuma correlação significativa com os domínios principais da YSR.

- Tabela 2 -

## **3. Discussão**

O principal objetivo do presente estudo era caracterizar a formação contínua frequentada pelos cuidadores de AR participantes, para posteriormente compreender a relação que esta formação teria com o ajustamento psicológico das crianças acolhidas. Foi evidente a grande amplitude e diferença no número total de formações e temas das mesmas, o que revela

que, apesar de haver formação contínua, a incongruência e ambivalência nas práticas se mantém, estando as crianças sujeitas a diferentes práticas por parte dos seus cuidadores, situação já identificada noutra estudo (Silva & Gaspar, 2014). Segundo os resultados, não parece haver uma adequação da formação às necessidades das crianças acolhidas, uma vez que numa mesma casa os cuidadores podem ter tido formação em diferentes temas. Isto revela que as CA não contam com profissionais especializados e que a formação contínua nem sempre é selecionada segundo as necessidades e projeto de vida das crianças, tal como Del Valle e Zurita (1996) haviam identificado nos anos 90 em Espanha. A lei Portuguesa (art. 131º da Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro) obriga a 35 horas anuais de formação contínua, e apesar de ser aconselhável que esta formação esteja relacionada com o trabalho desenvolvido, outros temas gerais podem ser tidos em consideração, como as tecnologias, informática, higiene e segurança no trabalho, entre outras, que apesar de respeitarem o disposto na lei, acabam por não contribuir para o trabalho em AR.

Relativamente à análise dos temas selecionados como essenciais pelo grupo de peritos, é possível verificar uma coerência com as sugestões feitas a nível internacional (Yunes, Miranda & Cuello, 2004), à exceção do tema “Violência doméstica” que não foi selecionado como essencial por estes peritos. O facto de surgir uma seleção de 64 temas, revela a grande diversidade de temáticas e situações que estes cuidadores enfrentam todos os dias, pelo que, mais importante do que ter formação em cada um dos 64 temas, seria importante selecionar aqueles que se revelam pertinentes ao exercício da função em cada CA especificamente.

Um dado cuja discussão é muito importante refere-se ao facto de a ET ter consideravelmente mais formação contínua do que a EE. Martins (2004) estudou o trabalho desenvolvido em CATs e concluiu que quem maioritariamente lida com as crianças no dia-a-dia e de forma continuada é o grupo que, para além de não ter uma qualificação formal, tem menos formações contínuas específicas na área do AR. Tais resultados estão em consonância com os deste estudo, revelando assim que os cuidadores mais próximos das crianças e que constituem a sua principal fonte de apoio, são também aqueles que estão menos especializados no trabalho em AR. Um vez que o trabalho em AR traz repercussões diretamente relacionadas com o desenvolvimento das crianças acolhidas (Bazon & Biasoli-Alves, 2000; Yunes, Miranda & Cuello, 2004), seria fundamental, para além de uma adequada seleção dos temas de formação contínua, a existência de um processo de recrutamento adequado dos cuidadores e de uma supervisão regular das práticas utilizadas, de modo a atender aos melhores interesses das crianças (Silva & Gaspar, 2014). De acordo com os resultados do presente estudo, verificou-se que os cuidadores com um maior nível de escolaridade e formação de base

específica, são também os que têm mais formação contínua específica, pelo que cria um ciclo desajustado de formação, em que quem, de base, já tem um maior conhecimento, é também quem vai continuamente tendo mais formação específica na área.

Apesar de não parecer haver diferenças significativas no nível de formação contínua específica dos cuidadores consoante a tipologia ou dimensão da CA, há um efeito muito significativo entre as casas pequenas e as restantes. Pelo que é nas casas que estão mais de acordo com o paradigma de AR atual (Bravo & Del Valle, 2009) que se investe mais na formação contínua dos cuidadores.

Quando explorado o nível de ajustamento psicológico das crianças, foi possível confirmar que o seu nível de SCV está abaixo da média da população (Gilman & Barry, 2003), assim como a sua FS, dado que difere do que é reportado na literatura (Maurović, et al, 2015). O BEP apresentou níveis superiores ao da população, dado que é contrário às evidências na literatura (Llosada-Gitsau, et al, 2015). Em relação aos problemas de comportamento avaliados nas dimensões principais do YSR, verificou-se que existem significativamente mais jovens no nível clínico, relativamente a problemas de internalização e externalização.

Pela análise das correlações entre as medidas de autorrelato, é possível compreender que os problemas de internalização são correlatos do IBP, os problemas de externalização da ESCV e ambos, da EFS. Apesar de não existirem ainda estudos que relacionem a formação contínua com os problemas de comportamento, BEP, SCV ou FS dos jovens acolhidos, há uma grande concordância a nível internacional, de que o número de problemas e diagnósticos clínicos nestes jovens tem vindo a aumentar significativamente (Bravo & Del Valle, 2009; ISS, I.P., 2017). Em relação às medidas de BEP, FS e SCV, existe uma correlação muito significativa com o número de temas essenciais em que os cuidadores tiveram formação, mas esta correlação é negativa, sugerindo que quando as crianças e jovens têm índices de felicidade, bem-estar e satisfação com a vida mais baixos, os cuidadores frequentaram mais formação em temas relevantes. Esta correlação, no entanto, não se verifica com os problemas de comportamento das crianças, o que sugere que a formação que têm não é escolhida em função das necessidades específicas dos jovens, acabando por contemplar outros temas que não serão tão significativos para o trabalho específico com as crianças específicas que acolhem.

#### 4. Conclusão

O estudo da formação contínua dos cuidadores em AR revela-se essencial para a compreensão da qualidade do trabalho que é realizado em cada CA, tornando-se mais relevante se analisado de um modo holístico, com objetivo de verificar o seu impacto na prática.

Não obstante, é importante realçar as limitações deste estudo, essencialmente relacionadas com a falta de informação pertinente para uma melhor compreensão da temática. Em primeiro lugar, neste estudo apenas participam 40 CA, representando apenas uma análise preliminar de resultados relativamente à amostra total de 90 CA, e que não permite uma generalização dos resultados obtidos. Depois, o facto de não haver nenhum tipo de informação relativa ao tipo ou duração de formação, leva a que todas as formações e temas tenham sido analisados em conjunto, sem distinguir aquelas que consistiram numa continuada formação ao longo de um ano daquelas que foram apenas um *workshop*, por exemplo. Também o facto de não saber se a formação foi seleccionada e realizada de forma voluntária pelo cuidador ou se faz parte das formações obrigatórias, impede uma análise mais detalhada que permita averiguar se há muitas formações obrigatórias em temas não considerados essenciais, ou se estes fazem apenas parte das formações seleccionadas pelos cuidadores individualmente. Uma outra limitação prende-se com a falta de avaliação dos próprios cuidadores em relação à sua formação, no sentido de compreender se estes acharam que o tema ou tipo de formação foi pertinente para o seu trabalho e se tem impacto na sua prática profissional. A reflexão sobre estas limitações conduziu à introdução nas entrevistas ARQUA-P para cuidadores, de duas novas questões focalizadas na formação contínua que permitirão uma compreensão mais aprofundada da mesma. Uma questão tem como objetivo compreender de que forma os cuidadores consideram que as formações que tiveram têm impacto ou não na sua prática do dia-a-dia (“Considera que a formação que frequentou nos últimos 3 anos teve impacto na qualidade do seu trabalho como cuidador?”) e a segunda pretende compreender se a formação foi seleccionada pelo próprio cuidador ou se pertence à seleção feita pela CA ou instituição em que trabalha (“A formação resultou de um levantamento de necessidades de formação? Perguntaram-lhe que formação queria frequentar?”).

Em relação à seleção dos temas essenciais para o trabalho em AR, esta foi apenas realizada pela equipa de investigadores do EQAR que, apesar de ser uma equipa especializada na avaliação da qualidade do sistema de acolhimento português e incluir alguns elementos

diretamente ligados à prática em AR, constitui um número reduzido de peritos e todos com o mesmo tipo de formação de base (Psicologia). Finalmente, o facto de não existir uma correlação significativa entre o número de temas essenciais em que os cuidadores tiveram formação e os problemas evidenciados nas crianças dessa mesma CA, através do YSR, não permite aferir se existe uma relação entre a frequência de mais formações em temas essenciais e o desafio que o elevado número de problemas das crianças que acolhem levanta aos cuidadores.

Apesar de tais limitações, este estudo permitiu uma primeira abordagem à questão essencial da formação contínua dos cuidadores de AR bem como a avaliação dos temas considerados essenciais ao trabalho destes cuidadores, no contexto português. A existência de uma análise da pertinência dos temas de formação contínua pode ser muito útil quer para os próprios cuidadores, quando seleccionam as formações em que querem participar, como para as tutelas, instituições e CA, na definição das formações obrigatórias que os seus cuidadores devem ter, e finalmente para as entidades formadoras, na definição dos temas em que dão formação. Com uma análise geral do panorama da formação contínua em AR, será importante refletir sobre a pertinência dos temas que não foram considerados essenciais para o trabalho em AR e, caso algum deles seja considerado obrigatório, repensar a obrigatoriedade do mesmo.

## Referências Bibliográficas

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families. ISBN 0-938565-73-7
- Achenbach, T., Rescorla, L., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Anglin, J.P. (2002). *Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Anglin, J.P. (2004). Creating “well-functioning” residential care and defining its place in a system of care. *Child & Youth Care Forum*, 33 (3), 175-192. doi: 10.1023 / B: CCAR.0000029689.70611.0f.
- Barros, J. (2010). *Psicologia positiva - Uma nova psicologia*. Porto: LivPsic
- Bazon, M. & Biasoli –Alves, Z. (2000). A transformação de monitores em educadores: uma questão de desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 199-204. doi: 10.1590/S0102-79722000000100020
- Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2009). Crisis and review of residential child care. Its role in child protection. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (eds.). *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (vol. 10, pp. 6963-6970). New York: Elsevier.
- Brown, S. R. (1993). A primer on Q methodology. *Operant Subjectivity*, 16(3/4), 91-138.
- Cummins, R., & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 37–69. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1015678915305>
- Del Valle, J.F. & Zurita, J. F. (1996): La evaluación en programas residenciales de protección de menores: una propuesta metodológica. *En IV Jornadas de Intervención Social* (1271-1278). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Despacho n.º 8393/2007 de 10 de Maio de 2007.
- Despacho n.º 9016/2012 de 4 de Julho de 2012.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901\_13

- Ferreira, C. (2017). A procura do sentido nas aprendizagens de crianças e jovens em acolhimento residencial. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5 (8), 269-289. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/87/81>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. SAGE Publications, Ltd. ISBN 978-1-84787-906-6
- Gearing, R. E., Schwalbe, C.S. J., MacKenzie M. J., Brewer, K. B., & Ibrahim, R. W. (2015). Assessment of adolescent mental health and behavioral problems in institutional care: Discrepancies between staff-reported CBCL scores and adolescent-reported YSR scores. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services*, 42, 279–287. doi: 10.1007/s10488-014-0568-y
- Gilman, R. & Barry, J. (2003). Life satisfaction and social desirability among adolescents in a residential treatment setting: Changes cross time. *Residential Treatment for Children & Youth*, 21(2), 19-42, doi: 10.1300/J007v21n02\_02
- Golding, K. (2003). The human rights and responsibilities of foster and residential carers. *The International Journal of Human Rights*, 7(1), 87-103. doi: 10.1080/714003791
- Hills, D. & Child, C. (2000). *Leadership in residential care: Evaluation, qualification, training*. Chichester: Wiley
- Holden, M.J, Anglin, J.P. Nunno, M.A. and Izzo, C. (2014). Engaging the total therapeutic residential care program in a process of quality improvement: Learning from the CARE program model. In J.K. Whittaker, J.F. Del Valle, and Holmes, *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Exploring Evidence-Informed International Practice*, (pp.301-316) London, U.K.: Jessica Kingsley
- IBM Corp. Released. (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 24.0. Armonk, NY: Author.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017). *CASA 2016 - Relatório de Caracterização Anual da Situação do Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: ISS, I.P.
- Kline, R. B. (2013). *Beyond significance testing: Reforming data analysis methods in behavioral research* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association
- Lei n.º 142/2015, de 08 de Setembro. *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo*. Lisboa: Diário da República.
- Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro. Código do Trabalho, subsecção II: Formação Profissional. Diário da República: I Série.

- Llosada-Gistau J., Montserrat C. & Casas F. (2015). The subjective well-being of adolescents in residential care compared to that of the general population. *Children and Youth Services Review*, 52, 150 – 157. doi:10.1016/j.childyouth.2014.11.007.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137 – 155.
- Maurović I., Križanić V. & Klasić P. (2015). From risk to happiness: the resilience of adolescents in residential care. *Kriminologija & socijalna integracija*, 22(2), 25-48.
- Marques, S. C., Pais Ribeiro, J. L., & Lopez, S. (2011). The role of positive psychology constructs in predicting mental health and academic achievement in children and adolescents: A two-year longitudinal. *Journal of Happiness Studies*, 12, 1049- 1062. doi:10.1007/s10902-010-9244-4
- Martins, P. (2004). *Protecção de crianças e jovens em itinerários de risco: Representações sociais, modos e espaços*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, Universidade do Minho.
- Mota, C. & Matos, P. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspetiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 367-377.
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134. doi: 0047-2891/93/0400-0125\$07.00/0
- Pais-Ribeiro, J. (2012). Validação transcultural da escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 157-168.
- Pais-Ribeiro, J., & Cummins, R. (2008) O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*, 505-508. Lisboa: ISPA.
- Rodrigues, S. Barbosa-Ducharne, M., & Del Valle, J. F. (2013). La calidad del acogimiento residencial en Portugal y el ejemplo de la evolución española. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 11-22.
- Rodrigues, S. Barbosa-Ducharne, M., & Del Valle, J. F. (2015). *ARQUA-P: Sistema Compreensivo de Avaliação da Qualidade do Acolhimento Residencial Português*©. Registo 2650/2015. Lisboa: Secretaria de Estado da Cultura, Inspeção-Geral das Atividades Culturais - Direção de Serviços de Propriedade Intelectual.
- Rodrigues, S. & Barbosa-Ducharne, M. (2017). Current Challenges of Residential Child and Youth Care in Portugal: The pressing need for Residential Care quality assessment. In T. Islam & L. Fulcher (Eds), *Residential Child and Youth Care in a Developing*

- World - European Perspectives* (pp. 355-365). Cape Town, South Africa: CYC-Net Press. ISBN 978-1-928212-24-9.
- Sarıçam H. (2015). Subjective happiness and hope. *Universitas Psychologica*, 14(2), 685-694. doi:10.11144/Javeriana.upsy14-1.shah.
- Silva, I. & Gaspar, M. (2014). The challenge of improving positive residential care practices: Evidence from staff experiences in Portugal. *International Journal of Child and Family Welfare*, Vol. 15(1/2), pp. 92 – 109.
- Simões, M. H. (2011). Crianças e jovens em perigo: Cuidado e responsabilidade no acolhimento institucional. In T. S. Pereira, & G. Oliveira (Coords.), *Cuidado e Responsabilidade* (pp. 202-221). São Paulo: Editora Atlas.
- Sinclair, I. (2008). *Stability and well-Being in the care system*. Tese de Doutorado, University of York. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph28/evidence/ep2-stability-and-wellbeing-in-the-care-system-ian-sinclair-pdf-430039981>
- Siqueira, A. e Dell’Aglio, D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e adolescência: uma revisão da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18(11), 71-80. ISSN 0102-7182
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Uusitalo-Malmivaara L. & Lehto J. (2013). Social factors explaining children’s subjective happiness and depressive symptoms. *Social Indicators Research*, 111, 603-615. doi: 10.1007/s11205-012-0022-z.
- White, C., Gibb, J., Graham, B., Thornton, A., Hingley, S. & Mortimer, E. (2015). *Training and developing staff in children’s homes: Research Report*. Department of Education. ISBN: 978-1-78105-450-5
- Yunes, M., Miranda, A., & Cuello, S. (2004). Interações entre crianças/adolescentes e seus cuidadores nas instituições: propostas de intervenção. *Congresso da Anped Sul*, Curitiba, 27-30.

Tabela 1

*Temas de Formação Contínua e Respetivas Descritivas para Investigadores e Cuidadores*

| Temas de Formação Contínua                      | Cuidadores (N = 312) | Investigadores (N = 14) |
|-------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
|                                                 | n (%)                | n (%)                   |
| 1. Relações Interpessoais com jovens            | 8 (2.6)              | 14 (100)                |
| 2. Reintegração familiar                        | 1 (0.3)              | 14 (100)                |
| 3. Qualidade em AR                              | 1 (0.3)              | 14 (100)                |
| 4. Prevenção de comportamentos de risco         | 4 (1.3)              | 14 (100)                |
| 5. Negligência, risco e maus tratos na infância | 50 (16.2)            | 14 (100)                |
| 6. Intervenção em crise                         | 12 (3.9)             | 14 (100)                |
| 7. Gestão de conflitos                          | 42 (13.6)            | 14 (100)                |
| 8. Direitos das crianças                        | 4 (1.3)              | 14 (100)                |
| 9. Contenção Física                             | 14 (4.5)             | 14 (100)                |
| 10. Acolhimento terapêutico                     | 12 (3.9)             | 14 (100)                |
| 11. Psicologia da criança e do adolescente      | 1 (0.3)              | 13 (92.9)               |
| 12. PSEI                                        | 3 (1.0)              | 13 (92.9)               |
| 13. Promoção de autonomia                       | 8 (2.6)              | 13 (92.9)               |
| 14. Necessidades das crianças                   | 1 (0.3)              | 13 (92.9)               |
| 15. Intervenção familiar                        | 11 (3.5)             | 13 (92.9)               |
| 16. Crianças e jovens em AR                     | 9 (2.9)              | 13 (92.9)               |
| 17. Competências de parentalidade               | 4 (1.3)              | 13 (92.9)               |
| 18. Bullying                                    | 9 (2.9)              | 13 (92.9)               |
| 19. Sexualidade                                 | 28 (9.1)             | 12 (85.7)               |
| 20. Problemas de comportamento                  | 18 (5.8)             | 12 (85.7)               |
| 21. Estratégias de estudo                       | 2 (0.6)              | 12 (85.7)               |
| 22. Afetividade                                 | 2 (0.6)              | 12 (85.7)               |
| 23. Abusos Sexuais                              | 5 (1.6)              | 12 (85.7)               |
| 24. Vinculação                                  | 2 (0.6)              | 12 (85.7)               |
| 25. Prevenção do consumo de drogas              | 1 (0.3)              | 12 (85.7)               |
| 26. Papel do cuidador                           | 5 (1.6)              | 12 (85.7)               |
| 27. Acolhimento                                 | 40 (13.0)            | 12 (85.7)               |
| 28. Sistema de promoção e proteção              | 13 (4.2)             | 11 (78.6)               |
| 29. Primeira intervenção em acolhimento         | 3 (1.0)              | 11 (78.6)               |
| 30. Intervenção Social em situação de risco     | 6 (1.9)              | 11 (78.6)               |
| 31. Desenvolvimento das crianças                | 4 (1.3)              | 11 (78.6)               |
| 32. Adolescentes                                | 65 (21.1)            | 11 (78.6)               |
| 33. Saúde Mental                                | 11 (3.6)             | 11 (78.6)               |
| 34. História de vida                            | 6 (1.9)              | 11 (78.6)               |
| 35. Sofrimento psicológico                      | 3 (1.0)              | 10 (71.4)               |
| 36. Primeiros socorros e pediátricos            | 49 (15.9)            | 10 (71.4)               |

|                                       |           |           |
|---------------------------------------|-----------|-----------|
| 37. Fatores de proteção e de risco    | 1 (0.3)   | 10 (71.4) |
| 38. Cuidados com crianças             | 3 (1.0)   | 10 (71.4) |
| 39. Conflitos parentais e familiares  | 1 (0.3)   | 10 (71.4) |
| 40. Boas práticas                     | 3 (1.0)   | 10 (71.4) |
| 41. Primeira infância                 | 33 (10.7) | 9 (64.3)  |
| 42. Resiliência                       | 2 (0.6)   | 9 (64.3)  |
| 43. Prevenir, identificar e atuar     | 1 (0.3)   | 9 (64.3)  |
| 44. Intervenção na sexualidade        | 1 (0.3)   | 9 (64.3)  |
| 45. Como educar                       | 1 (0.3)   | 9 (64.3)  |
| 46. Avaliação psicológica             | 2 (0.6)   | 9 (64.3)  |
| 47. Autoestima                        | 1 (0.3)   | 9 (64.3)  |
| 48. A evolução da população em AR     | 1 (0.3)   | 9 (64.3)  |
| 49. Violência                         | 2 (0.6)   | 8 (57.1)  |
| 50. Trabalho em equipa                | 7 (2.3)   | 8 (57.1)  |
| 51. Segurança na casa                 | 1 (0.3)   | 8 (57.1)  |
| 52. Rotinas da casa                   | 1 (0.3)   | 8 (57.1)  |
| 53. NEE                               | 12 (3.9)  | 8 (57.1)  |
| 54. Lidar com crianças deficientes    | 2 (0.6)   | 8 (57.1)  |
| 55. Intervenção psicossocial          | 2 (0.6)   | 8 (57.1)  |
| 56. Inclusão Social                   | 1 (0.3)   | 8 (57.1)  |
| 57. Inclusão e educação               | 1 (0.3)   | 8 (57.1)  |
| 58. Drogas                            | 14 (4.5)  | 8 (57.1)  |
| 59. Depressão na infância             | 1 (0.3)   | 7 (50)    |
| 60. Sinalização de crianças em risco  | 1 (0.3)   | 7 (50)    |
| 61. Motivação escolar                 | 3 (1.0)   | 7 (50)    |
| 62. Intervenção precoce               | 1 (0.3)   | 7 (50)    |
| 63. Construção de projetos educativos | 1 (0.3)   | 7 (50)    |
| 64. Adoção                            | 3 (1.0)   | 7 (50)    |
| 65. Saúde                             | 4 (1.3)   | 6 (42.9)  |
| 66. Higiene                           | 4 (1.3)   | 6 (42.9)  |
| 67. Congresso GPS                     | 1 (0.3)   | 6 (42.9)  |
| 68. Formas bem-estar                  | 2 (0.6)   | 6 (42.9)  |
| 69. Educação Especial                 | 2 (0.6)   | 6 (42.9)  |
| 70. Desempenho e avaliação de funções | 1 (0.3)   | 6 (42.9)  |
| 71. Assertividade                     | 1 (0.3)   | 6 (42.9)  |
| 72. Violência escolar                 | 1 (0.3)   | 6 (42.9)  |
| 73. Psicologia humana                 | 6 (1.9)   | 6 (42.9)  |
| 74. Jovens em conflito com a lei      | 1 (0.3)   | 6 (42.9)  |
| 75. Gestão do tempo                   | 2 (0.6)   | 6 (42.9)  |
| 76. Educação                          | 2 (0.6)   | 6 (42.9)  |
| 77. Área social e comportamental      | 4 (1.3)   | 6 (42.9)  |

|                                               |          |          |
|-----------------------------------------------|----------|----------|
| 78. Perturbação do sono                       | 1 (0.3)  | 5 (35.7) |
| 79. Motivação                                 | 3 (1.0)  | 5 (35.7) |
| 80. Mediação escolar                          | 1 (0.3)  | 5 (35.7) |
| 81. Importância das atividades lúdicas        | 1 (0.3)  | 5 (35.7) |
| 82. Burnout                                   | 2 (0.6)  | 5 (35.7) |
| 83. Violência doméstica                       | 4 (1.3)  | 5 (35.7) |
| 84. Toxicodependência                         | 10 (3.2) | 5 (35.7) |
| 85. Programa “Cuida-te”                       | 1 (0.3)  | 5 (35.7) |
| 86. Ocupação dos tempos livres                | 1 (0.3)  | 5 (35.7) |
| 87. Curso de auxiliar da ação educativa       | 1 (0.3)  | 5 (35.7) |
| 88. Avaliação de programas de competências    | 1 (0.3)  | 5 (35.7) |
| 89. Avaliação de programas                    | 15 (4.9) | 5 (35.7) |
| 90. Apadrinhamento civil                      | 3 (1.0)  | 5 (35.7) |
| 91. Reabilitação neuropsicológica             | 1 (0.3)  | 4 (28.6) |
| 92. Identificar crianças para terapia da fala | 1 (0.3)  | 4 (28.6) |
| 93. Alimentação                               | 4 (1.3)  | 4 (28.6) |
| 94. Sexualidade na deficiência                | 1 (0.3)  | 4 (28.6) |
| 95. Psicoterapia                              | 1 (0.3)  | 4 (28.6) |
| 96. Psicologia positiva                       | 2 (0.6)  | 4 (28.6) |
| 97. Programa “SERE+”                          | 1 (0.3)  | 4 (28.6) |
| 98. Incêndios                                 | 14 (4.5) | 4 (28.6) |
| 99. Gestão de qualidade                       | 3 (1.0)  | 4 (28.6) |
| 100. Dinâmicas                                | 1 (0.3)  | 4 (28.6) |
| 101. Animação Social                          | 2 (0.6)  | 4 (28.6) |
| 102. Relaxamento                              | 1 (0.3)  | 3 (21.4) |
| 103. Tecnologia                               | 1 (0.3)  | 3 (21.4) |
| 104. Liderança                                | 6 (1.9)  | 3 (21.4) |
| 105. Informática                              | 5 (1.6)  | 3 (21.4) |
| 106. Expressão plástica e dramática           | 1 (0.3)  | 3 (21.4) |
| 107. Enurese                                  | 1 (0.3)  | 3 (21.4) |
| 108. Criatividade                             | 1 (0.3)  | 3 (21.4) |
| 109. Cidadania                                | 1 (0.3)  | 3 (21.4) |
| 110. Autismo                                  | 2 (0.6)  | 3 (21.4) |
| 111. Aplicação de programas de competências   | 1 (0.3)  | 3 (21.4) |
| 112. Serviço social                           | 1 (0.3)  | 3 (21.4) |
| 113. Voluntariado                             | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 114. Segurança alimentar                      | 3 (1.0)  | 2 (14.3) |
| 115. Refugiados                               | 2 (0.6)  | 2 (14.3) |
| 116. Questões teológicas, éticas e morais     | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 117. Perícia forense                          | 2 (0.6)  | 2 (14.3) |
| 118. Jogos e entretenimento                   | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |

|                                              |          |          |
|----------------------------------------------|----------|----------|
| 119.Higiene e Segurança no Trabalho          | 16 (5.2) | 2 (14.3) |
| 120.Genogramas e eco mapas                   | 3 (1.0)  | 2 (14.3) |
| 121.Escola Segura                            | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 122.Elaboração de horários de trabalho       | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 123.Cultura                                  | 2 (0.6)  | 2 (14.3) |
| 124.Cozinha                                  | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 125.Trissomia 21                             | 3 (1.0)  | 2 (14.3) |
| 126.Promoção cultural                        | 2 (0.6)  | 2 (14.3) |
| 127.Especialização em Psicologia forense     | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 128.Simulacro                                | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 129.Pré-escolar                              | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 130.Neurodesenvolvimento                     | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 131.Massagem para bebês                      | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 132.Leitura e escrita                        | 1 (0.3)  | 2 (14.3) |
| 133.Gestão de organizações sociais           | 3 (1.0)  | 2 (14.3) |
| 134.Diabetes                                 | 3 (1.0)  | 2 (14.3) |
| 135.Limpezas                                 | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 136.Dietética                                | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 137.Sobredotação                             | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 138.Problemas da voz                         | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 139.Iniciação à leitura                      | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 140.Gaguez                                   | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 141.Empreendedorismo                         | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 142.Educação Livre                           | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 143.Doenças                                  | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 144.Doenças infetocontagiosas                | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 145.Dentição                                 | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 146.Consciência fonológica                   | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 147.Coaching                                 | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 148.Carência                                 | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 149.Artes plásticas                          | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 150.Aprendizagem viva                        | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 151.Ambiente                                 | 1 (0.3)  | 1 (7.1)  |
| 152.Tráfico humano                           | 1 (0.3)  | 0 (0.0)  |
| 153.Sismos                                   | 1 (0.3)  | 0 (0.0)  |
| 154.Reciclagem                               | 1 (0.3)  | 0 (0.0)  |
| 155.Primeiro ciclo                           | 1 (0.3)  | 0 (0.0)  |
| 156.Papel do psicólogo em contexto prisional | 1 (0.3)  | 0 (0.0)  |
| 157.Nutricionista                            | 1 (0.3)  | 0 (0.0)  |
| 158.Motorista de transportes coletivos       | 2 (0.6)  | 0 (0.0)  |
| 159.Jornadas da CPCJ                         | 1 (0.3)  | 0 (0.0)  |

|                                   |         |         |
|-----------------------------------|---------|---------|
| 160.História SCML                 | 2 (0.6) | 0 (0.0) |
| 161.Educação em obras não formais | 1 (0.3) | 0 (0.0) |
| 162.Como conhecer a SCML          | 5 (1.6) | 0 (0.0) |
| 163.Bandas neuromusculares        | 1 (0.3) | 0 (0.0) |
| 164.Associativismo                | 1 (0.3) | 0 (0.0) |
| 165.Arte e <i>design</i>          | 1 (0.3) | 0 (0.0) |
| 166.APPACDM                       | 1 (0.3) | 0 (0.0) |
| 167.Acidentes trabalho            | 1 (0.3) | 0 (0.0) |

---

*Nota.* Foram considerados “Essenciais” todos os valores com  $n$  de investigadores  $\geq 7$  e excluídos todos os valores com  $n < 7$ . Foi contabilizado o  $n$  de cuidadores que teve formação em cada um dos temas.

Tabela 2

*Tabela de correlações das escalas de autorrelato e formação contínua dos cuidadores*

|                | 1.      | 2.     | 3.      | 4.     | 5. | 6.     | 7.     | 8.     | 9.    | 10.   | 11. |
|----------------|---------|--------|---------|--------|----|--------|--------|--------|-------|-------|-----|
| 1. EFS         | 1       |        |         |        |    |        |        |        |       |       |     |
| 2. ESCV        | .51***  | 1      |         |        |    |        |        |        |       |       |     |
| 3. IBP         | .50***  | .62*** | 1       |        |    |        |        |        |       |       |     |
| 4. YSR Int.    | -.32*** | -.16** | -.24*** | 1      |    |        |        |        |       |       |     |
| 5. YSR Ext.    | -.15**  | -.11*  | -.16**  | .61*** | 1  |        |        |        |       |       |     |
| 6. M T E Form  |         |        |         |        |    | 1      |        |        |       |       |     |
| 7. M EFS       |         |        |         |        |    | -.40*  | 1      |        |       |       |     |
| 8. M ESCV      |         |        |         |        |    | -.46** | .62**  | 1      |       |       |     |
| 9. M IBP       |         |        |         |        |    | -.49** | .67**  | .61**  | 1     |       |     |
| 10. M YSR Int. |         |        |         |        |    | .27    | -.47** | -.20   | -.38* | 1     |     |
| 11. M YSR Ext. |         |        |         |        |    | .25    | -.39*  | -.41** | -.28  | .52** | 1   |

*Nota.* Nas correlações das medidas do ajustamento psicológico por criança, EFS, ESCV e IBP são as escalas de autorrelato; YSR Int.: Problemas de internalização; YSR Ext.: Problemas de externalização.

Nas correlações das medidas de ajustamento psicológico por CA, M EFS: média da escala por CA; M ESCV: média da escala por CA; M IBP: média da escala por CA; M YSR Int.: média dos problemas de internalização por CA; M YSR Ext.: média dos problemas de externalização por CA.

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .