

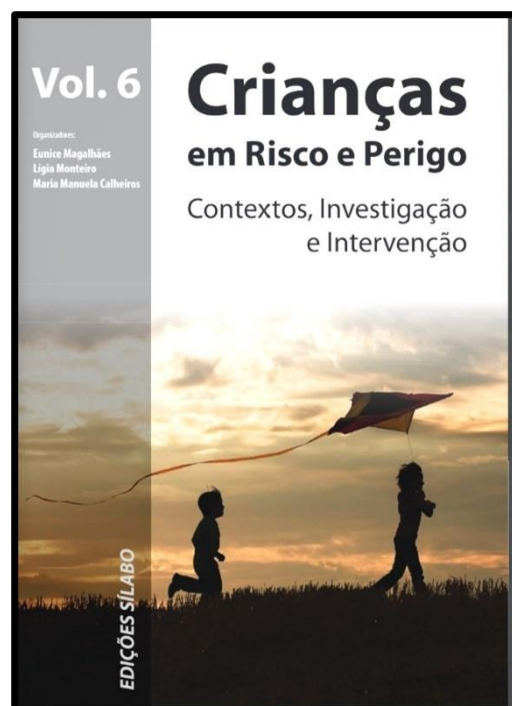
**Gestão e liderança em serviços que lidam com o trauma: Uma reflexão sobre
fatores individuais e organizacionais**

Rui Lopes¹

Psicólogo Educacional e Mestre em Intervenção Comunitária e Proteção de Crianças e
Jovens

Patrick Tomlinson

Patrick Tomlinson Associates



¹ Todas as questões relativas ao presente trabalho devem ser enviadas para ruilopes79@hotmail.com

Resumo

Ao longo do tempo, as organizações que intervêm com crianças, jovens e famílias em situação de vulnerabilidade social, adversidade e trauma têm-se confrontado com enormes desafios e exigências. A evolução das práticas baseadas na evidência, nas suas mais diversas disciplinas e áreas específicas do conhecimento, foi trazendo novas ferramentas para compreender e intervir sobre os fenómenos sociais. É este desenvolvimento que permite aos profissionais que quotidianamente intervêm em prol do bem-estar das pessoas e das comunidades melhorarem progressivamente a sua capacidade para fazer face aos desafios com que as equipas e organizações se confrontam.

Neste capítulo procuramos integrar conceitos teóricos e conhecimento prático e abordamos aspetos relacionados com os profissionais, as equipas, as organizações, a gestão e a liderança, no sentido de uma intervenção mais qualificada. A partir da definição e enquadramento das organizações sociais e humanas que atuam na proteção à infância e juventude, por um lado; e da adversidade, do trauma, e das suas consequências para as pessoas que o experienciam direta ou indiretamente, por outro; apresenta-se um conjunto de reflexões em torno de fatores individuais e organizacionais, e sublinha-se a importância dos modelos terapêuticos de intervenção, das práticas reflexivas e colaborativas, do suporte e desenvolvimento, e da gestão e liderança.

Palavras-Chave: gestão e clima organizacional; contenção da ansiedade; desgaste profissional; liderança de equipas na proteção à infância; limites, autoridade e autonomia.

1. Stress Individual e Organizacional

As organizações sociais e humanas que operam no contexto específico do risco e do perigo e intervêm na infância, juventude e família, lidam diariamente com pessoas em situação de vulnerabilidade social e com percursos de vida marcados pela exposição à adversidade e ao trauma. O conceito de trauma tem vindo a ser abordado ao longo do tempo por diferentes autores², e desde o estudo original sobre experiências adversas na infância, conduzido pelo Center for Disease Control and Prevention e pela Kaiser Permanente (CDC-Kaiser ACE Study) e publicado no final da década de noventa do Séc. XX (Felitti et al., 1998), muito tem sido investigado nesta matéria. É um conceito complexo e que por esse motivo tem tido diferentes interpretações e formulações. Neste capítulo assumimos a formulação de Ungar e Perry (2012), que define trauma como a experiência extrema que “sobrecarrega e altera os sistemas fisiológicos relacionados com o stress dos indivíduos, de uma forma que compromete a sua funcionalidade” (p.125).

Nas organizações que intervêm no trauma, as situações com as quais os profissionais e as equipas lidam são de crianças, jovens e famílias³ com histórias mais ou menos precoces, mais ou menos continuadas, de adversidade e trauma relacional, associado a práticas parentais insuficientemente boas, negligentes e/ou abusivas. Estas práticas criam disrupções nos sentimentos e necessidades de segurança e pertença das crianças, e associam-se a baixos níveis globais de saúde e a dificuldades de ajustamento ao longo de toda a sua vida (National Center for Injury Prevention and Control, 2021).

As experiências adversas na infância e o trauma influenciam os padrões de vinculação, os processos de individuação-separação e, de um modo geral e transversal,

² Sugerimos consulta de Winnicott (1965), Freud (2006), Perry e Szalavitz (2017), Van der Kolk (2015), Porges (2017), Dana (2018), e Treisman (2021).

³ De modo a auxiliar o leitor, ao longo deste capítulo não utilizamos a palavra “jovem” e referimos “crianças” para designar qualquer pessoa com menos de 18 anos de idade. Sempre que referimos “crianças” ou “famílias” estamos a referir-nos a crianças e jovens, e a famílias, em contextos de vulnerabilidade social, adversidade e trauma.

ligam-se à forma como as crianças (mais tarde adultos) se relacionam com os outros (Delhaye et al., 2012). Aliás, as relações de vinculação segura foram evidenciadas como o fator de proteção mais forte face ao trauma, pelo que não será de surpreender que trauma e vinculação se relacionem fortemente entre si (Van der Kolk, 1994; Perry, 2016).

Por sua vez, os profissionais das organizações sociais são profissionais da relação e da comunicação, ou seja, profissionais que utilizam a relação e a comunicação enquanto ferramentas fundamentais e essenciais no desempenho quotidiano das suas funções. Mais, investem na relação com o outro a quem servem (Zosky, 2010 in Bolić, 2019), prestando-lhe um conjunto de cuidados e apoios definidos a partir de um diagnóstico, no sentido de promover a sua reabilitação, autonomização e/ou reinserção social.

O trabalho é extremamente desafiante e exigente quando executado com rigor e qualidade, e os profissionais e a própria organização podem começar a espelhar o stress relacionado com as respostas que as crianças e famílias desenvolvem para lidar com o trauma (Bloom, 2005; Kezelman & Stavropoulos, 2012). Uma organização que se encontra em estado de ansiedade contribuirá para a ansiedade das pessoas que dela fazem parte. Concomitantemente, o stress e a ansiedade das pessoas, terá também impacto no clima emocional da organização. Tal como apontado por Glisson e Green (2011), os profissionais que intervêm na proteção à infância e à família respondem a uma variedade de problemas que surgem diariamente na prestação dos seus serviços, enquanto ao mesmo tempo têm de manter-se atentos às necessidades únicas de cada criança, aos imperativos burocráticos da legislação e regulamentos em vigor, e ao estabelecimento de relações de confiança com um grupo de crianças e famílias muito diversas entre si. Mais, “executam estas tarefas em situações altamente stressantes que podem envolver famílias zangadas, crianças seriamente perturbadas emocionalmente, advogados agressivos e juízes exigentes” (p. 583).

Intervir diariamente com crianças e famílias em situação de vulnerabilidade e trauma, que com frequência são clientes involuntários dos profissionais, equipes e serviços – pois não solicitaram eles próprios a intervenção psicossocial que lhes é oferecida – acarreta potenciais consequências. O *burnout*, a fadiga por compaixão, o trauma vicariante e o stress traumático secundário destacam-se de entre essas consequências (Bloom, 2003; Bolić, 2019; Figley, 1995).

1.1 Fenómenos de desgaste profissional

Burnout é um termo bastante conhecido e amplamente utilizado, que parece ter-se já tornado parte de um léxico mais ou menos comum dos profissionais ligados à gestão de recursos humanos em particular, e até da sociedade civil, em geral. Surgido pela primeira vez na década de 1970 em artigos publicados por Freudenberger (1974, 1975) e Maslach (1976), *burnout* designa um fenómeno que ocorre como consequência do trabalho e é caracterizado por esgotamento emocional e perda de motivação e comprometimento. É um termo atualmente considerado genérico, utilizado para descrever situações que podem ocorrer com qualquer profissional, em qualquer contexto organizacional, e que tem relação com fatores tão diversos como: realização pessoal, satisfação profissional, volume de trabalho, remuneração, supervisão e oportunidades de formação, apoio social, relações interpessoais no local de trabalho, dilemas éticos, reconhecimento e participação na tomada de decisões, segurança e estabilidade profissional, e nível de responsabilidade (Melo et al., 1999).

Stress traumático secundário, fadiga por compaixão e trauma vicariante designam fenómenos específicos aos quais os profissionais da relação e da comunicação podem ser mais vulneráveis, pela natureza da atividade que desenvolvem – particularmente aqueles que têm a responsabilidade de garantir a segurança, saúde e bem-estar de terceiros. São

fenómenos que podem também ocorrer em relações informais e familiares de prestação de cuidados (Thorson-Olesen et al., 2019). Cuidadores de crianças ou de idosos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, entre outros, são alguns exemplos de profissionais que intervêm com pessoas que estão ou estiveram expostas a situações traumáticas e é comum experienciarem traumatização como resultado do exercício das suas funções. Podem testemunhar ou estar diretamente envolvidos nas situações de adversidade, ou simplesmente saber da sua existência embora sem envolvimento direto. O efeito desta exposição, experiência e/ou conhecimento pode levar ao surgimento de fadiga por compaixão. Esta é uma forma muito específica de *burnout* (Ainsworth & Sgorbini, 2010) que, segundo Figley (1995), surge como uma indesejada consequência, embora natural, previsível e possível de prevenir e tratar, de trabalhar com pessoas em sofrimento.

Especificamente na área do acolhimento residencial de crianças e jovens, os resultados encontrados por Audin e colaboradores (2018) reforçam que a fadiga por compaixão tem um impacto negativo no bem-estar dos profissionais e associa-se ao *turnover*, absentismo e baixa motivação, assim como a dificuldades em tomar decisões, fraco desempenho profissional e baixa qualidade dos cuidados prestados – independentemente dos anos de serviço. Pelo contrário, a satisfação por compaixão e o envolvimento no trabalho – opostos da fadiga por compaixão e do *burnout*, respetivamente – revelaram-se importantes fatores protetores.

De acordo com Maslach e Leiter (1997 in Bakker et al., 2014), o envolvimento no trabalho é caracterizado por energia, implicação e eficácia, ou seja, opostos diretos das três dimensões do burnout (exaustão, despersonalização e falta de realização pessoal). Em situações de burnout a energia torna-se em exaustão, a implicação em cinismo, e a eficácia em ineficiência. Num relevante trabalho de revisão de literatura, Bakker e colaboradores

(2014) indicam que o *burnout* parece ser causado principalmente pelas elevadas exigências profissionais. O fraco envolvimento, por sua vez, pelos baixos recursos profissionais disponíveis. Apesar de ambos estarem associados a resultados profissionais, o *burnout* associa-se principalmente a resultados negativos relacionados com a saúde dos profissionais, e o envolvimento com resultados positivos relacionados com a sua motivação. Características individuais como a personalidade proativa e os recursos pessoais também se relacionaram com o *burnout* e o envolvimento, revelando-se como fatores que protegem os indivíduos e promovem o seu desempenho profissional.

De acordo com Bloom (2003), trauma vicariante, refere-se ao efeito cumulativo do trauma de terceiros no profissional, por motivo de este trabalhar continuamente com pessoas sobreviventes de experiências profundamente adversas e traumáticas. Sinais e sintomas comuns nestes profissionais são: dificuldade em gerir emoções; fadiga, sonolência ou alterações dos padrões de sono; dor, mal-estar e baixa imunidade; distração fácil; desesperança e perda de sentido para a vida; problemas relacionais; sentimentos de vulnerabilidade ou preocupação excessiva com o bem-estar de entes queridos; irritabilidade e alterações de humor e comportamento; estratégias de *coping* destrutivas ou aditivas; diminuição da participação em atividades recreativas que habitualmente eram prazerosas; evitamento do trabalho e da relação com os clientes; combinação de sintomas compatíveis com diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático (Office for Victims of Crime, 2022).

Por fim, o stress traumático secundário é o fenómeno, comum, através do qual os profissionais são indiretamente traumatizados como resultado de desenvolverem relações de ajuda, tanto em contexto institucional (Hatcher et al., 2011) como em meio natural de vida (Bride, 2007). Contrariamente ao trauma vicariante, este tipo de stress pode dar-se imediatamente após a exposição ou apenas o conhecimento de uma situação traumática

que está a ocorrer ou ocorreu com o outro (Saakvitne & Pearlman, 1996 in Bolić, 2019). Pode ser causado pela gravidade da situação e/ou por um gatilho, como por exemplo, a associação a uma experiência pessoal passada (Bloom, 2003).

Dados adicionais sugerem que os profissionais que estabelecem relações de ajuda (designadamente psicoterapeutas) têm tendência para focar-se exclusivamente nas necessidades dos seus clientes e para ignorar sinais e sintomas associados a estes fenómenos em si próprios, bem como alguma resistência para procurar ajuda (Figley, 2002). Consideramos por isso que os desafios e exigências relacionados com a intervenção junto de pessoas vítimas de experiências adversas e trauma, reforçam a importância de as próprias organizações facultarem mecanismos de apoio e suporte aos seus profissionais. Ou seja, se a atividade profissional é em si mesma promotora de stress e ansiedade, isso poderá significar que a contenção dessa mesma ansiedade será condição para promover o bem-estar dos profissionais e, conseqüentemente, a qualidade das suas práticas. Neste sentido, os resultados encontrados por Glisson e Green (2011) dão conta de que os profissionais da área da proteção à infância e à família que trabalham em organizações com climas mais positivos e envolventes, apresentam maior probabilidade de conseguir lidar com os desafios e exigências quotidianos, assim como em atingir melhores resultados.

1.2 Relações interpessoais, ansiedade, clima organizacional e resultados

Nas relações de ajuda no âmbito da intervenção psicossocial e cremos que de um modo muito particular nas relações de prestação de cuidados a clientes involuntários, estão constantemente presentes e em jogo mecanismos de transferência, contratransferência, projeção, identificação projetiva e clivagem⁴. Estes mecanismos

⁴ Para mais informações sobre estes conceitos psicodinâmicos associados à relação de prestação de cuidados a crianças, sugerimos consulta de Barton e colaboradores (2012).

dizem respeito a processos não-conscientes, mas extremamente influentes na dinâmica relacional entre o profissional e as pessoas com quem este intervém. Entendemos ser dever do profissional reconhecer a sua existência e influência na relação e comunicação que estabelece com o outro, assim como aprender a geri-los de modo eficaz, não reativo e terapêutico – reconhecendo os estilos de vinculação dos indivíduos, evidenciando humildade cultural e respeito pelas diferenças, e garantindo presença terapêutica, enquanto formas de promover a aliança terapêutica com os seus clientes (Grad, 2022).

Manter a capacidade para pensar e agir construtivamente pode ser especialmente difícil no trabalho com pessoas traumatizadas (Tomlinson, 2005), pois nesta área, tanto em contextos residenciais como comunitários, é necessário lidar quotidianamente com a incerteza, a confusão, a complexidade, a dúvida e a ansiedade que advêm da realização da própria tarefa de cuidar do outro (Balbernie, 1974; Whitwell, 2010).

Os profissionais podem sentir profunda tristeza, desespero e desesperança por não conseguirem ajudar os outros e fazer uma diferença significativa nas suas vidas. Podem sentir-se assoberbados por estes mesmos sentimentos e até, face à dificuldade em geri-los internamente, exibir hostilidade para com as crianças e famílias por quem têm responsabilidades técnicas e éticas. Podem, por outro lado, externalizar a sua culpabilidade para colegas de equipa ou para outros níveis da sua organização, o que prejudicará as relações interpessoais e a qualidade do trabalho (Mawson, 2019).

Estudos conduzidos na área da neurociência nos últimos anos têm ajudado a entender mais claramente as condições que ativam as reações de stress nos indivíduos. Têm também contribuído para compreender a forma como os sentimentos de segurança ou insegurança impactam o bem-estar das pessoas e a sua capacidade para funcionar de modo eficaz e adaptativo. Por exemplo, Porges (2017) sugere como o ambiente pode desencadear respostas ao stress, especialmente em pessoas que experienciaram situações

traumáticas. Por outro lado, é transversalmente reconhecido que os profissionais, em qualquer ocupação, realizarão o seu trabalho de modo mais eficaz ao sentir-se psicologicamente seguros (Edmondson, 2019; Clark, 2020; Kim et al., 2020). Assim, se a segurança psicológica é vital em qualquer ambiente para alcançar resultados positivos, poderemos depreender que será provavelmente ainda mais no trabalho psicossocial, pois os clientes são crianças e famílias fundamentalmente inseguros/as. É nosso entender que as suas inseguranças poderão apenas ser atendidas e contidas se a intervenção for realizada no âmbito de um contexto seguro e de uma relação segura, por profissionais, eles próprios devidamente seguros, contidos, e suportados nas suas dúvidas, incertezas e ansiedades, pelas suas equipas e organizações.

As equipas parecem por vezes desenvolver defesas para lidar com as realidades dolorosas que diariamente encontram. Em função dos contextos específicos nos quais intervêm, das funções concretas que desempenham e do modo como organizam o seu trabalho, diferentes equipas desenvolvem diferentes estratégias, pois as fontes da sua ansiedade são distintas (Menzies Lyth, 1959; Obholzer, 1987). Com efeito, elevados níveis de incerteza e ansiedade tendem a gerar comportamentos mais reativos e primitivos (Trist & Murray, 1997 in Lawlor & Sher, 2022), pelo que consideramos importante que as equipas procurem estratégias para promover climas emocionais positivos nas organizações, reconhecendo a necessidade de conter a ansiedade dos profissionais. Porém, tal como refere Mawson (2019), uma mudança no clima por si só não resulta, nem deve resultar, em desaparecimento da ansiedade:

A mudança no clima emocional não resulta, contudo, em libertação da ansiedade. Ao invés, os nossos medos sobre aquilo que os outros nos poderão ter feito, são substituídos pelo medo daquilo que nós poderemos ter feito aos outros. Esta é a base da preocupação genuína, mas pode ser doloroso suportar

a culpa e enfrentar a nossa própria insuficiência. Se estas ansiedades não forem contidas – e dessa forma não conseguirmos suportá-las – é provável que haja um retorno a defesas mais primitivas, em detrimento da qualidade do nosso trabalho e da nossa saúde mental. (p. 87)

Mas nas organizações que lidam com o trauma, o stress e a ansiedade podem também desempenhar um papel importante. São contextos por natureza stressantes e ansiogénicos. Reconhecê-lo, pode abrir caminho aos profissionais para serem tolerantes com as suas próprias dúvidas, incertezas e até desconhecimentos, garantindo assim que o trabalho prossegue sempre de modo crítico e reflexivo (Rollinson, 2012).

Silva e colaboradores (2022a, 2022b), ao analisarem o contexto do acolhimento residencial de crianças encontraram precisamente uma relação entre o clima social organizacional (medido através da análise de fatores como envolvimento, atitudes positivas face ao trabalho, hierarquia e stress) e a qualidade da prestação de cuidados. Por um lado, o envolvimento dos profissionais e as suas atitudes positivas face ao trabalho, bem como a existência de uma clara e estruturada hierarquia organizacional, surgiram associados a melhores climas sociais organizacionais. Além disso, e talvez de um modo menos linear ou até expectável, o stress, também. De facto, e similarmente a resultados encontrados noutras investigações, no contexto específico estudado, elevados níveis de stress podem ser reflexo de características positivas dos profissionais, tais como envolvimento, compromisso, preocupação com o seu papel e funções, e consciência sobre a importância de prestar cuidados de qualidade às crianças. O clima social organizacional verificou-se assim promotor da qualidade da relação entre os profissionais e as crianças, a qual, por sua vez, se revelou promotora do ajustamento comportamental (Silva et al., 2022a) e dos resultados escolares das crianças (Silva et al., 2022b).

Como referido por Magalhães e colaboradores (2021), a capacidade dos profissionais em estabelecer relações terapêuticas de qualidade com crianças em acolhimento residencial, por exemplo, resulta de fatores individuais e também organizacionais (e.g. contexto social organizacional). Aspetos relacionados com a gestão organizacional (e.g. processos e procedimentos, organização do trabalho, fluxos de comunicação, liderança, entre outros) poderão então surgir como importantes de considerar para o suporte aos profissionais e às equipas (Menzies Lyth, 1979), bem como para alterar os contextos sociais das organizações que intervêm na área da infância, juventude e família, e alcançar resultados positivos (Williams & Glisson, 2014).

2. Gestão Organizacional e Liderança

A intervenção no âmbito do Sistema de Promoção e Proteção necessita ser altamente especializada, pelo que as equipas devem ser compostas por profissionais qualificados e formados. Todos os métodos e metodologias de intervenção devem ser enquadrados e suportados por evidências de estudos e investigação científica (Daly et al., 2018; Whittaker et al., 2016), e as práticas dos próprios serviços, promotoras do desenvolvimento profissional e organizacional. As organizações designadas aprendentes são aquelas que têm profissionais que se esforçam por obter melhores resultados, pensam criativamente sobre a gestão do impacto das dinâmicas organizacionais, têm aspirações e objetivos comuns, e aprendem coletivamente em equipa (Senge, 1990). De entre diversos fatores que parecem concorrer para o sucesso das organizações que lidam com a adversidade e o trauma, consideramos que existem quatro que se assumem como particularmente relevantes: modelo terapêutico, práticas reflexivas e colaborativas, suporte e liderança. De seguida, exploramos cada um deles.

2.1 Modelo terapêutico

Um modelo terapêutico é um método para intervir com o sofrimento humano, com vista a alcançar resultados associados à promoção do bem-estar. O termo tem vindo a ser crescentemente utilizado para designar o modo bem refletido e coerente de providenciar um serviço. Apesar de o conceito não ser novo, parece ter vindo de algum modo substituir outros termos anteriormente utilizados, tais como *enquadramento*, *filosofia*, *abordagem*, entre outros. Considera-se serem requisitos importantes de um modelo terapêutico: i) conhecimento e compreensão acerca das necessidades dos clientes; ii) clareza quanto aos métodos e intervenções utilizados para corresponder a essas necessidades; iii) evidências relativamente à adequação e eficácia desses métodos e intervenções; iv) avaliação rigorosa e fiável sobre os resultados obtidos (Tomlinson, 2021a).

Considera-se também que existem quatro níveis a ter em conta na implementação, desenvolvimento e avaliação de um modelo terapêutico para que possa haver lugar ao atingimento de resultados: 1) a intervenção direta com as crianças e famílias; 2) os processos de gestão e liderança na organização; 3) a cultura de cada contexto; e, 4) a relação da organização com os seus parceiros sociais (Tomlinson, 2021b).

Uma vez que a intervenção psicossocial com crianças e famílias em contextos de risco e perigo se realiza em equipa, a ação terapêutica, isto é, transformativa, depende da atuação concertada de todos os profissionais. Segundo Leichtman e Leichtman (2003), em contextos terapêuticos individuais (e.g. psicoterapia, acompanhamento médico), o processo é habitualmente *centrípeto*, pois o que importa é a relação diádica entre terapeuta e paciente. Tudo conflui para aquela relação e, inclusivamente, importa por vezes ao clínico proteger o espaço da consulta de estímulos e enviesamentos externos. Em diversos contextos de intervenção psicossocial (e.g. respostas residenciais para crianças, intervenção com famílias em meio natural de vida), pelo contrário, os processos

terapêuticos são *centrífgos*. Isto sucede, pois, o agente terapêutico não é um profissional individual, mas sim um conjunto de profissionais: a equipa.

A natureza centrífuga dos processos terapêuticos reforça a necessidade de existir um modelo terapêutico partilhado a partir do qual e para o qual os profissionais trabalham. A consistência e a coerência da intervenção beneficiam muito com a existência de um modelo terapêutico, escrito e bem conhecido por parte de todos os profissionais da organização, no qual se firmam de modo claro e inequívoco os princípios e estratégias de atuação. Sem um modelo terapêutico, um serviço poderia tornar-se fragmentado, inconsistente, confuso, e potencialmente conflituoso e conflituante. Tal seria extremamente prejudicial na intervenção com pessoas traumatizadas, pois a fragmentação, a inconsistência e o conflito são na verdade características e dinâmicas encontradas em contextos onde o trauma ocorre. Pelo contrário, as crianças e famílias necessitam de consistência e previsibilidade por parte dos profissionais e das equipas para o decurso dos seus processos terapêuticos (Szalavitz & Perry, 2010).

Portugal, tal como o resto do Mundo, está em constante mudança. As suas inúmeras instituições sociais, pese embora algumas das mais antigas serem já seculares, vão mudando também – mesmo que a um ritmo que por vezes possa ser considerado demasiado lento quando comparado com o das mudanças sociais às quais necessitam dar resposta. No nosso país as organizações sociais cumprem um papel fundamental e a sua ação é necessária para garantir o suporte às populações, sobretudo as mais carenciadas. Na sua maioria, estão ligadas ao Estado (central ou local) ou à Igreja. Nalguns casos, podem até estar ligadas a ambos. Não obstante a sua necessidade de existir, a maior ou menor estabilidade das suas ligações e a sua sustentabilidade, nos seus inevitáveis processos de adaptação e atualização cada organização deve definir aquilo que a

diferencia das outras, clarificando a sua missão, visão e valores⁵. Para além disso, consideramos ser extremamente importante haver clareza quanto à sua *tarefa primária*.

O termo tarefa primária foi introduzido pelo *Tavistock Institute of Human Relations* enquanto conceito aproximado ao conceito de missão, e aplicado a diversos tipos de organizações com e sem fins lucrativos. Tem sido amplamente utilizado em organizações que intervêm com crianças em risco e perigo e, talvez em particular, naquelas que prestam serviços em respostas de natureza residencial. Uma das definições de tarefa primária que permanece muito atual é a de Menzies Lyth (1979):

[...] a tarefa que a organização deve realizar para sobreviver [...]. Muito simplesmente, a não ser que os membros da organização saibam o que devem fazer, existirá pouca esperança de que o façam com eficácia e obtenham satisfações psicossociais adequadas com o seu trabalho. A falta de tal definição provavelmente conduzirá a confusão pessoal nos membros da organização, a conflitos interpessoais e intergrupais, e a outros fenómenos organizacionais indesejáveis⁶ [...]. (p. 222-223)

Tarefa primária designa então aquilo que a organização necessita fazer acima e além de tudo o resto, daí a importância da sua definição rigorosa e precisa. Para além disso, é necessária permanente atenção e vigilância para que as organizações, equipas e profissionais se mantenham ‘na tarefa’. Tal requer a prevenção de tendências que são constantes de surgimento de comportamentos e dinâmicas ‘anti-tarefa’ – fenómeno que ocorre sobretudo quando a tarefa não é clara para todos, ou quando está definida de modo inadequado ou irrealista (Menzies Lyth, 1979; Barton et al., 2012).

⁵ Para mais informações sobre missão, visão e valores, sugerimos consulta de Mirvis e colaboradores (2010).

⁶ Estes fenómenos podem incluir baixa moral dos profissionais, absentismo, *turnover*, espelhamento da confusão organizacional por parte das crianças e famílias através de comportamentos agressivos ou inadequados, entre outros (Macleod, 2010).

Assim, o sucesso na implementação do modelo terapêutico de cada organização dependerá: a) da clareza que esta, as suas equipas e profissionais possuem relativamente à sua missão e tarefa primária; b) da disciplina com que trabalharem para alcançar a sua visão; e, c) da consistência com que se apropriarem dos seus valores e princípios, e os incorporarem na sua intervenção.

2.2 Práticas reflexivas e colaborativas

A proteção de crianças e a intervenção com famílias abusivas é um trabalho de grande e crescente complexidade, não compatível com perspetivas ou abordagens lineares à problemática social dos maus-tratos (Hassett & Stevens, 2014). Obriga a um investimento contínuo no desenvolvimento profissional através de diferentes ferramentas de qualificação que garantam a atualização do conhecimento e a manutenção de práticas reflexivas, tais como: frequência de formação em áreas relevantes para as funções (Bunting et al., 2019; Lenz et al., 2022); autoformação através de leituras e escrita reflexiva (Bolton, 2010; Bailey & Rehman, 2022); e frequência de grupos de supervisão e consultoria (Giddings et al., 2008; Caras & Sandu, 2014). Dadas as exigências e desafios associados à intervenção psicossocial em serviços que lidam com o trauma, o desenvolvimento profissional pode também beneficiar com o recurso a ferramentas de desenvolvimento pessoal, tais como psicoterapia ou outras formas de acompanhamento terapêutico (Mackey & Mackey, 1994; Pincus et al., 2022).

Não subtraindo a importância e necessidade de cada profissional assumir as suas responsabilidades individuais e procurar ativamente estas e outras ferramentas de desenvolvimento, as próprias organizações poderão também disponibilizá-las às suas equipas. Ou, na impossibilidade de as disponibilizarem diretamente, encontrar formas de

apoiar a sua frequência por parte dos profissionais, concedendo-lhes as horas para o efeito e/ou compartilhando os custos associados.

Entende-se também que todas as operações realizadas e todas as relações estabelecidas na organização necessitam estar sintonizadas com a tarefa terapêutica. Como tal, todos os profissionais, desde a administração aos técnicos e cuidadores, incluindo todos aqueles que intervêm direta e indiretamente com as crianças e famílias (e.g. recursos humanos, finanças, manutenção, marketing, angariação de fundos, entre outros), deverão compreender a complexidade da tarefa primária e apoiar o trabalho das equipas dentro das suas áreas específicas de atividade e responsabilidade (Barton et al., 2012). A dimensão da partilha e da colaboração é de grande relevância em contextos de intervenção psicossocial, principalmente nas áreas do risco e do perigo: colaboração entre profissionais de uma mesma equipa, entre profissionais de diferentes equipas de uma mesma organização, entre profissionais de diferentes organizações, e entre os profissionais e as crianças e famílias com quem estes intervêm (Willumsen, 2006).

A par da colaboração e enquanto forma de a promover e sustentar, considera-se ser fundamental que nas equipas existam fluxos de comunicação aberta e transparente e que esta ocorra de modo claro, respeitador e responsável entre todos. Assim, as reuniões de equipa deverão ser frequentes e nela participar todos os profissionais que intervêm diretamente com as crianças e famílias. É no tempo e no espaço da reunião e em respeito pelos limites desta, que os profissionais devem comunicar entre si e discutir soluções para agir sobre os problemas diagnosticados. É também neste tempo e espaço que poderão refletir sobre si próprios e sobre o impacto que o trabalho tem em si enquanto indivíduos e enquanto coletivo. As fragilidades e também os conflitos inerentes ao trabalho em equipa poderão assim funcionar como elementos potencialmente fortalecedores e construtivos, ao invés de potencialmente destrutivos (Janzing, 1991).

Considera-se que a conjugação destes fatores poderá fornecer as condições para que os profissionais se apropriem e se mantenham apropriados de todas as informações relevantes acerca das crianças e famílias com quem intervêm. Os processos de tomada de decisão poderão então realizar-se de modo partilhado entre todos e as práticas poderão ser colaborativas, imperando dinâmicas de trabalho efetivamente cooperativas e democráticas. Segundo Audin (2018), profissionais que encontram sentido para o seu trabalho tendem a experienciar mais satisfação por compaixão e, como tal, as organizações deverão encorajar práticas reflexivas nas suas equipas, de modo a aprofundarem o seu conhecimento técnico, e a manter-se conscientes sobre a sua razão de existir e sobre o valor do trabalho que desenvolvem com as crianças e famílias.

2.3 Suporte e desenvolvimento

Como tem vindo a ser referido ao longo deste capítulo, a intervenção com crianças e famílias em situação de vulnerabilidade social e com percursos marcados pela adversidade e o trauma é um trabalho que comporta grandes exigências e desafios. Estes verificam-se tanto a um nível técnico, *strictu sensu*, como a um nível emocional – sendo que as emoções são centrais ao trabalho nestes contextos (Roberts, 2019). Para além dos desafios apresentados diretamente pelas crianças e famílias, existem outros fatores que contribuem significativamente para a exigência da profissão, como por exemplo: as eventuais vivências e experiências traumáticas dos próprios profissionais; o seu quadro de valores, princípios e expectativas; as suas estratégias de *coping*; o suporte disponibilizado pela organização; e as estruturas e sistemas da organização e/ou da instituição da qual ela faz parte (Barton et al., 2012).

A tomada de consciência relativamente a estas dificuldades e exigências pode e deve levar à empatia e à implementação de estratégias de suporte associadas ao conceito

já amplamente reconhecido de “cuidar do cuidador”. Resultados encontrados por Assouline e Attar-Schwartz (2020), reforçam a necessidade de todos os profissionais serem devidamente apoiados no exercício das suas funções, pois lidam diariamente com situações de alta complexidade e desgaste. Porém, em linha com Friedman (2007), reconhece-se também que uma das formas mais importantes de providenciar suporte às equipas e promover o desenvolvimento profissional dos seus elementos é através da definição e concentração nas suas tarefas e responsabilidades. De acordo com Menzies Lyth (1979), tal promove o seu sentimento de autoeficácia e satisfação profissional, protegendo-os da ansiedade, culpabilidade e depressão que podem advir de um trabalho insuficientemente ou inadequadamente orientado para a tarefa.

Tendo em conta que os profissionais estão sujeitos a comportamentos agidos e a agressividade (latente e explícita) por parte das crianças e famílias, é comum encontrar nas equipas e nas organizações uma preocupação em manter o clima livre de conflitos. Esta preocupação surge por vezes associada, por um lado, a dificuldades em compatibilizar a realidade com perceções e representações previamente construídas, idealizadas sobre o que é a relação profissional de ajuda nestes contextos. Por outro lado, em reconhecer e integrar a relação entre as dimensões do poder, da autoridade e da autonomia, as quais se expressam de um modo muito particular no trabalho com populações traumatizadas (Obholzer, 2019). Efetivamente, a confusão feita entre autonomia e permissividade, ou entre poder e autoritarismo, poderá levar à adoção de práticas inadequadas, ineficazes e/ou incoerentes face à tarefa primária definida e às responsabilidades e competências distribuídas entre a equipa. Tal como já referido acima, a exigência do trabalho leva naturalmente ao surgimento de mecanismos de defesa nas pessoas. Daqui resulta que em situações de conflito, que são frequentes, parece verificar-se uma tendência dos profissionais para mecanismos defensivos como o evitamento e a

intelectualização, e das crianças e famílias para mecanismos mais confrontativos e onnipotentes. Nas palavras de Menzies Lyth (1985):

Parece existir uma falha em várias organizações que intervêm com crianças, pois não lidam eficazmente com a autoridade. Pode haver demasiada permissividade, autorizando-se ou até encorajando-se as pessoas a seguir as suas próprias convicções e vontades com insuficiente responsabilidade, orientação ou disciplina. Se isso não funcionar (e frequentemente não funciona, levando a comportamentos excessivamente agidos por parte dos profissionais e das crianças) pode ser substituído ao longo do tempo por um regime excessivamente rígido e punitivo. Ambos são prejudiciais para o desenvolvimento das crianças. O ‘superego’ da organização necessita ser autoritativo e responsável, embora não autoritário; firme e gentil, mas não descuidadamente permissivo. (p. 242)

O líder desempenha um papel fundamental na integração destes aspetos do poder, autoridade e autonomia (Obholzer, 2019), bem como no suporte aos profissionais, na promoção do seu desenvolvimento, e na construção da dinâmica de trabalho da equipa. Segundo Lencioni (2002), o líder deve apoiar os profissionais para que desenvolvam confiança uns nos outros e saibam conflitar construtivamente entre si. Tal será necessário para que consigam comprometer-se com as decisões tomadas conjuntamente e responsabilizar-se pelas tarefas e competências que lhes estão atribuídas. Apenas assim, poderão prestar atenção aos resultados e efetivamente alcançá-los.

O líder tem também um papel crucial na construção de climas e culturas organizacionais fortes e positivas. A partir de uma investigação conduzida em contexto de serviço de saúde mental infantil, Green e colaboradores (2014) afirmam exatamente que uma liderança de tipo transformacional se associa ao clima organizacional, e este, por

sua vez, à aliança estabelecida entre os profissionais e as crianças. Ou seja, líderes capazes de inspirar e motivar as suas equipas a seguir um ideal ou um rumo específico de ação, conseguem promover ambientes organizacionais caracterizados por percepção de justiça, crescimento e evolução, e clareza de papéis. O clima organizacional positivo, por sua vez, fornece as condições necessárias para que os profissionais desenvolvam relações de aliança positiva com os clientes.

Consideramos que organogramas invertidos (que colocam o líder na base das pirâmides organizacionais, por contraposição a conceptualizações mais conservadoras, nas quais o superior hierárquico é visto como aquele que dita ordens e comanda operações⁷) representam o que é mais importante nas organizações sociais, particularmente aquelas que lidam com adversidade e trauma: o suporte. O líder, habitualmente representado hierarquicamente acima de todos os outros, é na verdade quem deve suportar, garantir a consistência e coerência das práticas da equipa, e promover o desenvolvimento dos profissionais.

2.4 Liderança

Cabe ao líder a responsabilidade de manter a visão da organização, ao mesmo tempo que contém a ansiedade envolvida no trabalho e permite que a equipa supere obstáculos e desafios. É benéfico que, em todos os seus papéis de liderança, o líder possua um elevado nível de inteligência emocional, procurando aprender e melhorar constantemente através das suas práticas (Goleman, 1995). Para além disso, é importante que o líder tenha uma presença calma e não ansiosa dentro da organização, modelando e regulando a inteligência emocional e a segurança psicológica (Friedman, 2007; Tomlinson, 2021c). Isso requer que o líder exerça as suas funções de modo reflexivo, pois

⁷ Para mais informações sobre organogramas invertidos, e integração e desintegração organizacional sugerimos consulta de Tomlinson (2020).

esse modo deverá influenciar o funcionamento da equipa e da organização. A coesão da intervenção reflexiva e colaborativa será maior se ocorrer em torno de um modelo terapêutico, o que implicará fornecer suporte e orientação confiáveis a todos os elementos da equipa, bem como providenciar as condições necessárias para que todos e cada um dos profissionais se mantenham focados na tarefa primária e em plena assunção das suas responsabilidades individuais.

Liderar é uma tarefa complexa que exige do líder capacidade para operar simultaneamente a diferentes níveis. Exige também autoconsciência e agilidade para se movimentar entre esses níveis, pois a volatilidade da realidade social é grande e as prioridades mudam com frequência, sendo preciso ajustar continuamente as estratégias (Ward, 2014). Contudo, mais do que a ação, é a presença constante do líder junto da equipa em todos os momentos da vida organizacional que tende a diminuir a ansiedade dos profissionais e a providenciar-lhes o sentimento de segurança necessário ao exercício responsável das suas funções (Friedman, 2007).

Organizar e priorizar a intervenção, influenciar, motivar e orientar os profissionais e, simultaneamente, gerir a atmosfera emocional da equipa, é uma tarefa que tem tanto de essencial quanto de gratificante e desgastante. De entre as várias analogias ou metáforas existentes para qualificar um líder e as abordagens à função da liderança, a de Friedman (2007) parece-nos particularmente adequada ao tipo de organizações em análise no presente capítulo: “o líder é o sistema imunitário da organização” (p. 182). Com efeito, tendo em conta a potencial toxicidade destes contextos, cabe ao líder um papel insubstituível de manutenção da saúde dos indivíduos e do sistema de relações e comunicação estabelecida entre si.

No nosso entendimento a eficácia na gestão da saúde dos outros por parte do líder, individual e coletiva, requer um conjunto de atributos pessoais e profissionais, bem como

autocuidado. É necessário reconhecer que os mecanismos transferenciais e contratransferenciais, assim como o surgimento de defesas mais ou menos maduras ou primitivas, também ocorrem com o próprio líder (Ward, 2014). Enquanto parte da organização e tal como acontece com todos os profissionais, o desempenho do líder também beneficiará com acesso a orientação e suporte. Só assim conseguirá manter equilíbrio no conjunto complexo de tarefas que lhe pertencem enquanto responsabilidade exclusiva e providenciar uma *liderança suficientemente boa* (Rollinson, 2012).

O líder suficientemente bom necessita de *autoridade suficientemente plena* (Obholzer, 2019) por forma a utilizar o seu poder de modo responsável e tomar decisões autónomas. Deste modo empoderado será viável promover a autonomia dos profissionais e das equipas. Profissionais autónomos (livres / responsáveis), eles próprios detentores de poder e autoridade, poderão por sua vez promover a autonomia das crianças e famílias com quem intervêm, reconhecendo-lhes o poder e autoridade que lhes pertence para tomar decisões sobre as suas próprias vidas.

De acordo com Ward (2014), os profissionais tendem a manter uma certa relação de dependência do líder, contando com ele/a para aconselhamento e orientação relativamente a processos de tomada de decisão, procedimentos e práticas de intervenção, bem como para a construção de sentidos partilhados de visão e missão, que permitirão atingir objetivos e alcançar resultados. É por isso importante que se sustentem práticas continuadas e consistentes de suporte aos profissionais, estimulando para a assunção plena das suas responsabilidades, de modo autónomo e autoritativo.

Tal como os processos de autonomização das crianças requerem individuação e separação, também assim acontece com os processos de autonomização dos profissionais. Por consequência, e numa perspetiva sistémica, cada organização, cada equipa e cada profissional necessitam de espaço próprio, não invadido, de individuação, separação e

diferenciação (Friedman, 2007). Este espaço permitirá que cada um assuma as suas responsabilidades específicas, sem sobreposição da parte de outros, e acrescente valor à intervenção do coletivo, sendo o líder quem estabelece, mantém e gere os limites e as fronteiras – dentro, fora e ao redor da organização (Ward, 2014).

Como sublinham Van der Kolk e colaboradores (1996), uma vez que o trauma relacional habitualmente ocorre em contextos nos quais as regras são pouco claras, em circunstâncias secretas, e em condições em que certos assuntos relacionados com responsabilidades são obscuros, as regras, os limites, os acordos e as responsabilidades têm de ser especificadas. Não prestar atenção a estas questões tende a resultar na recriação por parte dos profissionais, equipas e organizações, de aspetos e dinâmicas característicos do trauma no contexto de uma intervenção e relação que se pretendia terapêutica.

3. Conclusão

Os profissionais e equipas que intervêm com crianças e famílias em risco e perigo no âmbito do sistema de proteção e promoção dos seus direitos veem-se quotidianamente confrontados com situações sociais de elevadíssima complexidade. O trabalho comporta grandes desafios e a sustentabilidade de práticas de qualidade requer por parte das organizações a disponibilização de um conjunto integrado de recursos, soluções e formas de suporte.

Ao longo deste capítulo apresentámos um conjunto de reflexões que consideramos importantes para a qualificação da intervenção e para a possibilidade de alcançar e manter práticas de excelência em organizações sociais e humanas que intervêm na adversidade e no trauma. Acreditamos que é a partir da análise integrada de elementos relacionados com fatores individuais (crianças, famílias, profissionais) e organizacionais (equipas, modelos de intervenção, governação, liderança), bem como na dinâmica estabelecida entre eles,

que se torna viável encontrar respostas consentâneas e sustentáveis para lidar com o complexo perfil de necessidades das crianças e famílias.

Organizações que lidam com o trauma devem prestar atenção aos seus limites, à forma como os acordos são estabelecidos entre todos, à clareza dos papéis, das funções, tarefas e responsabilidades dos seus profissionais, e ao modo como a ação colaborativa e reflexiva é realizada. Devem conter a ansiedade de profissionais e clientes, e trabalhar de acordo com um modelo terapêutico no qual afirmam a sua missão, visão, valores, tarefa primária, e metodologias específicas de intervenção. Por fim, devem reconhecer a importância de adotar práticas eficazes de gestão e liderança para a prossecução de um trabalho terapêutico autónomo e autoritativo junto das crianças e famílias que servem.

Referências

- Ainsworth, K., & Sgorbini, M. (2010). Compassion fatigue: Who cares for the carers? *Transplant Nurses Journal*, 19 (2), 21-25.
- Audin, K., Burke, J., & Ivtzan, I (2018). Compassion fatigue, compassion satisfaction and work engagement in residential childcare. *The Scottish Journal of Residential Child Care*, 17 (3), 5-27.
- Assouline, A. A. H., & Attar-Schwartz, S. (2020). Staff support and adolescent adjustment difficulties: The moderating role of length of stay in the residential care setting. *Children and Youth Services Review*, 110 (104761), 1-9.
- Bailey, J. R., & Rehman, S. (2022). Don't underestimate the power of self-reflection. *Harvard Business Review*. Retrieved from <https://hbr.org/2022/03/dont-underestimate-the-power-of-self-reflection>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1 (1), 389-411.
- Balbernie, R. (2011). The impossible task? *International Journal of Therapeutic Communities*, 32 (4), 257-259.
- Barton, S., Gonzalez, R., & Tomlinson, P. (2012). *Therapeutic residential care for children and young people: An attachment and trauma-informed model for practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bloom, S. L. (2003). Caring for the caregiver: Avoiding and treating vicarious traumatization. In A. Giardino, E. M. Datner, & J. B. Asher (Eds.) *Sexual assault: Victimization across the lifespan* (pp. 459-470). Maryland Heights, MO: GW Medical Publishing.

- Bloom, S. (2005) The sanctuary model of organizational change for children's residential treatment. *Therapeutic Communities: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 26 (1), 61-78.
- Bolić, E. B. (2019). Secondary traumatic stress and vicarious traumatization in child welfare professionals in Serbia. *Journal of Public Child Welfare*, 13 (2), 214-233.
- Bolton, G. E. J. (2010). *Reflective practice: Writing and professional development* (3rd Ed.). London: SAGE.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52, 63-70.
- Bunting, L., Montgomery, L., Mooney, S., MacDonald, M., Coulter, S., Hayes, D., & Davidson, G. (2019). Trauma informed child welfare systems: A rapid evidence review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (13), 2365.
- Caras, A., & Sandu, A. (2014). The role of supervision in professional development of social work specialists. *Journal of Social Work Practice*, 28 (1), 75-94.
- Clark, T. R. (2020). *The 4 stages of psychological safety: Defining the path to inclusion and innovation*. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Dana, D. (2018). *The polyvagal theory in therapy: Engaging the rhythm of regulation*. New York: W.W. Norton and Company.
- Daly, D. L., Huefner, J. C., Bender, K. R., Davis, J. L., Whittaker, J. K., Thompson, R. W. (2018). Quality care in therapeutic residential programs: Definition, evidence for effectiveness, and quality standards. *Residential Treatment for Children and Youth*, 35 (3), 242-262.
- Delhaye, M., Kempnaers, C., Burton, J., Linkowski, P., Stroobants, R., & Goossens, L. (2012). Attachment, parenting, and separation-individuation in adolescence: A

comparison of hospitalized adolescents, institutionalized delinquents, and controls.

The Journal of Genetic Psychology, 173 (2), 119-141.

Edmondson, A. C. (2019). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading cause of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-258.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring. In B. H. Stamm (Ed.) *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: The Sidran Press.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Psychotherapy in Practice*, 58 (11), 1433-1441.

Freud, S. (2006). *The penguin Freud reader*. London: Penguin Books.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Sciences*, 30, 159-165.

Freudenberger, H. J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12, 72-83.

Friedman, E. H. (2007). *A failure of nerve: Leadership in the age of the quick fix* (Rev. Ed.). New York, NY: Church Publishing.

Glisson, C., & Green, P. (2011). Organizational climate, services, and outcomes in child welfare systems. *Child Abuse & Neglect*, 35 (8), 582-591.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: 25th anniversary edition*. London: Bloomsbury Publishing.

- Grad, R. I. (2022) Therapeutic alliance and childhood interpersonal trauma: The role of attachment, cultural humility, and therapeutic presence. *Journal of Counseling and Development*, 100, 296-307.
- Green, A. M. Albanese, B. J., Cafri, G., Aarons, G. A. (2014). Leadership, organizational climate, and working alliance in a children's mental health service system. *Community Mental Health Journal*, 50, 771-777.
- Guiddings, M. M., Cleveland, P., Smith, C. H., Collins-Camargo, C., & Russell, R. G. (2008). Clinical supervision for MSWs in child welfare: A professional development model. *Journal of Public Child Welfare*, 2 (3), 339-365.
- Hassett, P., & Stevens, I. (2014). Child protection practice and complexity. In A. Pycroft & C. Bartollas (Eds.) *Applying complexity theory: Whole systems approach to criminal justice and social work* (pp. 97-112). Bristol: Policy Press.
- Hatcher, S. S., Bride, B. E., Oh, H., King, D. M., Catrett, J. F. (2011). An assessment of secondary traumatic stress in juvenile justice education workers. *Journal of Correctional Health Care*, 17 (3), 208-217.
- Janzing, C. (1991). One foot in hell: On self-destructive staff dynamics. *International Journal of Therapeutic Communities*, 12 (1), 5-12.
- Kezelman, C., & Stavropoulos, P. (2012). *The last frontier: Practice guidelines for treatment of complex trauma and trauma informed care and service delivery*. Milsons Point, NSW: Blue Knot Foundation.
- Kim, S., Lee, H., & Connerton, T.P. (2020). How psychological safety affects team performance: Mediating role of efficacy and learning behavior. *Frontiers in Psychology Journal*, 11 (1581), 1-15.
- Lawlor, D., & Sher, M. (2022). *An introduction to systems psychodynamics: Consultancy research and training*. Oxon: Routledge.

- Leichtman, M., & Leichtman, M. L. (2003). The integration of psychotherapy and residential treatment in an intensive short-term treatment program: Part II. Theoretical consideration. *Residential Treatment for Children and Youth*, 20 (4), 81-93.
- Lencioni, P. (2002). *The five dysfunctions of a team: A leadership fable*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Lenz, A. S., Buckwalter, K. D., Pester, D. A., Green, K., & Reed, D. (2022). Efficacy of the developmental trauma and attachment program in a residential setting. *Journal of Counseling and Development*, 100, 227-235.
- Mackey, R. A., & Mackey, E. F. (1994). Personal Psychotherapy and the Development of a Professional Self. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 75 (8), 490-498.
- Macleod, I. (2010). Are you managing? The effective management of anxiety in residential settings. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 9 (1).
- Magalhães, E., Silva, C. S., Ornelas, S., & Calheiros, M. M. (2021). Qualidade das relações entre profissionais e crianças e jovens em acolhimento residencial: Uma reflexão em torno do seu papel protetor e terapêutico. In C. S. Peixoto & M. S. Oliveira (Eds.) *Acolhimento residencial de crianças e jovens em perigo: Conceitos, prática e intervenção* (pp. 269-276). Lisboa: PACTOR.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Mawson, C. (2019). Containing anxiety in work with damaged children. In A. Obholzer & V. Z. Roberts (Eds.) *The unconscious at work: A Tavistock approach to making sense of organizational life* (pp. 80-87) (2nd Ed.). Oxon: Routledge.

- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. A. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 596-603.
- Menzies-Lyth, I. (1959). The functioning of social systems as a defense against anxiety. In I. Menzies-Lyth (1988) *Containing anxiety in institutions: Selected essays*, Vol. 1 (pp. 43-85). London: Free Association Books.
- Menzies-Lyth, I. (1979). Staff support systems: task and anti-task in adolescent institutions. In I. Menzies-Lyth (1988) *Containing anxiety in institutions: Selected essays*, Vol. 1 (pp. 222-235). London: Free Association Books.
- Menzies-Lyth, I. (1985). The development of the self in children's institutions. In I. Menzies-Lyth (1988) *Containing anxiety in institutions: Selected essays*, Vol. 1 (pp. 236-258). London: Free Association Books.
- Mirvis, P., Googins, B., & Kinnicutt, S. (2010). Vision, mission, values: Guideposts to sustainability. *Organizational Dynamics*, 39, 316-324.
- National Center for Injury Prevention and Control (2021). Adverse childhood experiences prevention strategy. Atlanta, GA: National Center for Disease Control and Prevention.
- Obholzer, A. (1987). Institutional dynamics and resistance to change. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 2 (3), 201–205.
- Obholzer, A. (2019). Authority, power and leadership: Contributions from group relations training. In A. Obholzer & V. Z. Roberts (Eds.) *The unconscious at work: A Tavistock approach to making sense of organizational life* (pp. 49-57) (2nd Ed.). Oxon: Routledge.
- Office for Victims of Crime (2022). *What is vicarious trauma*. Retrieved from <https://ovc.ojp.gov/program/vtt/what-is-vicarious-trauma>

- Perry, B. D. (2016). The brain science behind student trauma. *Education Week*, 36 (15), 28-29.
- Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2017). *The boy who was raised as a dog and other stories from a child psychiatrist's notebook: What traumatized children can teach us about loss, love, and healing* (Revised Edition). New York: Basic Books.
- Pincus, L. E., Brumfield, R., & Brown, L. A. (2022). Consultation and professional development within the prolonged exposure initiative. *Journal of Community Psychology*, 1-12.
- Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe*. New York: W.W. Norton and Company.
- Roberts, V. Z. (2019). Changing the stories we are 'in': Power, purpose and organization-in-the-mind. In A. Obholzer & V. Z. Roberts (Eds.) *The unconscious at work: A Tavistock approach to making sense of organizational life* (pp. 58-69) (2nd Ed.). Oxon: Routledge.
- Rollinson, R. (2012). Leadership in a therapeutic environment: What a long, strange trip it is. *The International Journal of Therapeutic Communities*, 33 (2/3), pp.100-109.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organizations*. New York: Doubletree.
- Silva, C. S., Calheiros, M. M., Carvalho, H., & Magalhães, E. (2022a). Organizational social context and psychopathology of youth in residential care: The intervening role of youth–caregiver relationship quality. *Applied Psychology*, 71 (2), 564-586.
- Silva, C. S., Carvalho, H., Magalhães, E., Attar-Schwartz, S., Ornelas, S., & Calheiros, M. M. (2022b). Organizational social context and academic achievement of youth in residential care: The mediating role of youth-caregiver relationship quality. *Children and Youth Services Review*, 137 (106449), 1-11.

- Szalavitz, M., & Perry, B. D. (2010). *Born for love: Why empathy is essential and endangered*. New York: William Morrow.
- Thorson-Olesen, S. J., Meinertz, N., & Eckert, S. (2019). Caring for aging populations: Examining compassion fatigue and satisfaction. *Journal of Adult Development*, 26 (3), 232-240.
- Tomlinson, P. (2005). The capacity to think: Why it is important and what makes it difficult in work with traumatized children. *Therapeutic Communities*, 26 (1), 41-53.
- Tomlinson, P. (2020). *Organization integration, disintegration, and recovery*. [Web log post]. Retrieved from <https://www.patricktomlinson.com/organization-integration-disintegration-and-recovery-patrick-tomlinson-2020/11>
- Tomlinson, P. (2021a). *Therapeutic model development: A long history and international research*. [Web log post]. Retrieved from <https://www.patricktomlinson.com/therapeutic-model-development-a-long-history-and-international-research-patrick-tomlinson-2021/77>
- Tomlinson, P. (2021b). *Models in therapeutic work with traumatized children*. [Web log post]. Retrieved from <https://www.patricktomlinson.com/models-in-therapeutic-work-with-traumatized-children-parts-1-2-patrick-tomlinson-2014-revised-2021/18>
- Tomlinson, P. (2021c). What is important in leadership of trauma services? In K. Treisman (Ed.) *A treasure box for creating trauma-informed organizations*, Vol. 2 (pp. 64-66). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Treisman, K. (2021). *A treasure box for creating trauma-informed organizations: Volumes 1 & 2*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Ungar, M. & Perry, B. D. (2012). Violence, trauma, and resilience. In R. Alaggia, C. Vine & O. N. Waterloo (Eds.), *Cruel but not Unusual: Violence in Canadian Families* (pp. 119–143). Canada: Wilfrid Laurier University Press.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1 (5), 253-265.
- Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Books.
- Van der Kolk, B., McFarlane, A., & Van der Hart, O. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In B. Van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 417-440). New York: The Guilford Press.
- Ward, A. (2014). *Leadership in residential care: A relationship-based approach*. Norwich: Smokehouse Press.
- Whittaker, J. K., Holmes, L., Del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., & Zeira, A. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care. *Residential Treatment for Children and Youth*, 33 (2), 89-106.
- Whitwell, J. (2010, October). *Therapeutic communities and therapeutic fostering: Similarities and differences – My journey*. Paper presented at the Northern School of Child and Adolescent Psychotherapy Conference: Using high quality residential care to meet the real needs of children: From theory to practice. Leeds, United Kingdom. Retrieved from https://www.johnwhitwell.co.uk/therapeutic_fostering_and_therapeutic_care/therapeutic-communities-and-therapeutic-fostering-similarities-and-differences-my-journey/

- Williams, N. J., & Glisson, C. (2014). The role of organizational culture and climate in the dissemination and implementation of empirically-supported treatments for youth. In R. S. Beidas & P. C. Kendall (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence based practices in child and adolescent mental health* (pp. 61-81). New York: Oxford University Press.
- Willumsen, E. (2006). Leadership in interprofessional collaboration: The case of childcare in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 20 (4), 403-413.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.