

O PAPEL DA EDUCAÇÃO NA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS COM EXPERIÊNCIAS PÓS-TRAUMÁTICAS DO PERÍODO DA GUERRA

EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN EN LA REHABILITACIÓN DE LOS NIÑOS QUE HAN VIVIDO EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS DURANTE EL PERIODO DE GUERRA

THE ROLE OF EDUCATION IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH POST-TRAUMATIC EXPERIENCES FROM THE WAR PERIOD



Xin ZHAO¹

e-mail: xzhao@dep.ecnu.edu.cn



Iryna DOROZHKO²

e-mail: psychotherapy16@gmail.com



Olha VYSHNYK³

e-mail: olhavyshnyk@gmail.com



Olha KANAROVA⁴

e-mail: olga_mdpu@ukr.net



Svitlana LUTSIV⁵

e-mail: s.lutsiw@dspu.edu.ua

Como referenciar este artigo:

Zhao, X., Dorozhko, I., Vyshnyk, O., Kanarova, O., & Lutsiv, S. (2026). O papel da educação na reabilitação de crianças com experiências pós-traumáticas do período da guerra. *Revista on line de Política e Gestão Educacional*, 30(esp2), e026077. <https://doi.org/10.22633/rpge.v30iesp2.21376>



| Submetido em: 10/04/2026

| Revisões requeridas em: 08/05/2026

| Aprovado em: 21/06/2026

| Publicado em: 01/08/2026

¹ Universidade Normal de Xinyang, Xinyang – China. Doutora, Professora da Faculdade de Ciências da Educação.

² Universidade Pedagógica Nacional H.S. Skovoroda de Kharkiv, Kharkiv – Ucrânia. Doutora em Ciências, Professora, Chefe do Departamento de Antropologia Psicológica e Pedagógica da Faculdade de Educação Pré-escolar.

³ Universidade Pedagógica Nacional Oleksandr Dovzhenko de Hlukhiv, Hlukhiv – Ucrânia. Doutora em Ciências Pedagógicas, Professora Associada do Instituto Educacional e Científico de Pedagogia e Psicologia, Departamento de Pedagogia e Psicologia do Ensino Fundamental.

⁴ Universidade Pedagógica Estadual Bogdan Khmelnytsky de Melitopol, Zaporizhzhia – Ucrânia. Doutora em Ciências Pedagógicas, Professora Associada do Departamento de Educação Pré-escolar e Serviço Social, Faculdade de Educação Social, Pedagógica e Artística.

⁵ Universidade Pedagógica Estadual Ivan Franko de Drohobych, Drohobych – Ucrânia. Doutora em Ciências Pedagógicas, Docente do Departamento de Pedagogia e Métodos do Ensino Fundamental, Faculdade de Educação Fundamental e Artes.

Editor: Prof. Dr. Sebastião de Souza Lemes
Editor Adjunto Executivo: Prof. Dr. José Anderson Santos Cruz

RESUMO: A guerra em grande escala na Ucrânia causou um trauma sem precedentes nas crianças, o que torna a procura de recursos de recuperação escaláveis uma questão urgente. O objetivo do estudo é fundamentar teoricamente e confirmar empiricamente o potencial de reabilitação do ambiente educativo como componente do apoio psicossocial a crianças com trauma de guerra. A metodologia combina uma revisão sistemática da literatura e uma experiência psicológica e pedagógica ($n = 30$; escala CRIES-13). Uma diminuição estatisticamente significativa na pontuação total de 38,7 para 29,2 ($\Delta = -9,5$; $p < 0,001$) confirmou a eficácia do programa: a proporção de crianças com PTSD clínico diminuiu de 80% para 43%, e 37% dos participantes saíram do grupo de risco. Ficou comprovado que um ambiente educativo sensível ao trauma é um fator eficaz na redução dos sintomas pós-traumáticos. Os resultados justificam a necessidade de ampliar as práticas educativas sensíveis ao trauma como uma prioridade da política estatal no contexto da guerra na Ucrânia e da recuperação pós-guerra.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação educativa. Pedagogia sensível ao trauma. Síndrome de stress pós-traumático (SSPT). CRIES-13. Escola com ambiente seguro.

RESUMEN: La guerra a gran escala en Ucrania ha causado un trauma sin precedentes en los niños, lo que convierte la búsqueda de recursos de recuperación escalables en una cuestión urgente. El objetivo del estudio es fundamentar teóricamente y confirmar empíricamente el potencial rehabilitador del entorno educativo como componente del apoyo psicosocial para los niños con trauma de guerra. La metodología combina una revisión sistemática de la bibliografía y un experimento psicológico y pedagógico ($n = 30$; escala CRIES-13). Una disminución estadísticamente significativa de la puntuación total de 38,7 a 29,2 ($\Delta = -9,5$; $p < 0,001$) confirmó la eficacia del programa: la proporción de niños con TEPT clínico disminuyó del 80 % al 43 %, y el 37 % de los participantes salió del grupo de riesgo. Se ha demostrado que un entorno educativo sensible al trauma es un factor eficaz para reducir los síntomas postraumáticos. Los resultados justifican la necesidad de ampliar las prácticas educativas sensibles al trauma como prioridad de la política estatal en el contexto de la recuperación de Ucrania durante la guerra y la posguerra.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación educativa. Pedagogía sensible al trauma. Trastorno por estrés postraumático (TEPT). CRIES-13. Escuela de entorno seguro.

ABSTRACT: The full-scale war in Ukraine has caused unprecedented trauma to children, which makes the search for scalable recovery resources a pressing issue. The aim of the study is to theoretically substantiate and empirically confirm the rehabilitation potential of the educational environment as a component of psychosocial support for children with war trauma. The methodology combines a systematic review of sources and a psychological and pedagogical experiment ($n = 30$; CRIES-13 scale). A statistically significant decrease in the total score from 38.7 to 29.2 ($\Delta = -9.5$; $p < 0.001$) confirmed the effectiveness of the program: the proportion of children with clinical PTSD decreased from 80% to 43%, and 37% of participants left the risk group. It has been proven that a trauma-sensitive educational environment is an effective factor in reducing post-traumatic symptoms. The results justify the need to scale up trauma-sensitive educational practices as a priority of state policy in the context of Ukraine's wartime and post-war recovery.

KEYWORDS: Educational Rehabilitation. Trauma-Sensitive Pedagogy. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). CRIES-13. Safe Environment School.

INTRODUÇÃO

A guerra em grande escala na Ucrânia afetou profundamente a saúde mental das crianças, suas trajetórias de aprendizagem, as relações familiares e o sentimento de segurança. O deslocamento, a exposição à violência, a perda de familiares, a interrupção da escolarização e a cobertura constante da guerra pelos meios de comunicação aumentam o risco de reações pós-traumáticas, incluindo memórias intrusivas, evitação, hiperexcitabilidade, labilidade emocional, ansiedade, queixas somáticas e dificuldades nos relacionamentos (Chudzicka-Czupała et al., 2023; Su et al., 2023; Zlivkov et al., 2023). Nesse contexto, a escola não é apenas um espaço de instrução acadêmica, mas também uma das poucas instituições sociais capazes de restabelecer a rotina, a previsibilidade, a interação entre pares e o apoio de adultos na vida cotidiana das crianças.

O artigo parte do pressuposto de que a educação pode funcionar como componente da reabilitação psicossocial quando é intencionalmente organizada de acordo com as necessidades das crianças afetadas pelo trauma. Isso não significa substituir a psicoterapia especializada, sobretudo em casos de transtorno de estresse pós-traumático grave ou complexo. Significa, antes, compreender o ambiente educacional como um espaço protetivo e de desenvolvimento, capaz de favorecer a estabilização, a regulação emocional, a conexão social e a reintegração gradual à vida cotidiana. O referencial teórico combina, portanto, o modelo biopsicossocial do trauma, a teoria ecológica de Bronfenbrenner, a pedagogia humanista, a aprendizagem socioemocional e a pedagogia sensível ao trauma.

Neste estudo, a educação sensível ao trauma é compreendida como um conjunto de práticas pedagógicas, relacionais, organizacionais e institucionais destinadas a reduzir o risco de retraumatização e a apoiar a recuperação das crianças por meio da segurança, da previsibilidade, da confiança, da regulação emocional e do cuidado coordenado dos adultos. Ela envolve rotinas e rituais, comunicação serena, avaliação flexível, reconhecimento dos sintomas do trauma, cooperação com as famílias e os serviços psicológicos, além da preparação dos professores para atuar como reguladores afetivos estáveis, sem assumir o papel de terapeutas clínicos.

Estudos anteriores destacaram a prevalência de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) entre crianças afetadas pela guerra, a relevância da CRIES-13 como instrumento de triagem e a eficácia de psicoterapias focadas no trauma, como a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TF-CBT) (Alzaghoul et al., 2022; Bondaruk et al., 2020; Radstaak, 2020). Entretanto, o acesso ao atendimento clínico especializado continua

limitado para muitas crianças, ao passo que as escolas apresentam maior alcance e podem oferecer apoio cotidiano contínuo. Pesquisas ucranianas e internacionais abordaram a assistência psicossocial, o apoio aos professores e a educação em situações de emergência, mas ainda é necessário sistematizar a educação como prática de reabilitação nos níveis individual, da sala de aula, institucional e das políticas públicas (Davydenko, 2022; Norwegian Refugee Council, 2023; Winthrop & Kirk, 2008).

O problema de pesquisa que orienta este artigo consiste, portanto, em compreender como o ambiente educacional pode contribuir para a reabilitação de crianças com experiências pós-traumáticas causadas pela guerra e em quais condições pedagógicas e institucionais essa contribuição se torna efetiva. A hipótese é que um programa educacional sensível ao trauma pode reduzir os sintomas pós-traumáticos e favorecer a passagem de algumas crianças dos níveis de risco clínico para os subclínicos, especialmente quando combina segurança, aprendizagem socioemocional, apoio docente e cooperação com os serviços psicológicos.

Este estudo teórico e aplicado combinou análise qualitativa de fontes com avaliação quantitativa de uma intervenção educacional orientada para a reabilitação. A etapa teórica consistiu em uma revisão sistemática nas bases Scopus, Web of Science, PubMed e Google Scholar, utilizando as palavras-chave “*war trauma children*”, “*trauma-informed education*”, “*psychosocial support in schools*”, “*social-emotional learning (SEL) in crisis*” e “*teacher resilience*”. Foram selecionadas fontes que abordavam trauma de guerra em crianças, apoio psicossocial escolar, educação sensível ou informada pelo trauma, papel docente em contextos de crise ou reabilitação educacional. Casos internacionais, como o *Better Learning Programme*, o INTACT e o “*Szkoła dostępna dla wszystkich*”, bem como recomendações da UNICEF, UNESCO, OMS e IASC, foram analisados para identificar princípios transferíveis ao contexto ucraniano.

A etapa empírica compreendeu um experimento psicológico e pedagógico realizado entre janeiro e fevereiro de 2026 em escolas de educação básica, com 30 crianças de 7 a 12 anos expostas a experiências traumáticas relacionadas à guerra. A intervenção foi organizada em torno de um ambiente educacional sensível ao trauma, incluindo rotinas previsíveis, interações emocionalmente seguras em sala de aula, atividades de aprendizagem socioemocional, exercícios de ancoragem e estabilização, atividades artísticas, apoio cognitivo, observação docente e cooperação com as famílias e os serviços psicológicos. O objetivo não foi oferecer psicoterapia clínica, mas avaliar se o apoio educacional estruturado poderia reduzir os sintomas pós-traumáticos e fortalecer o sentimento de segurança e a autorregulação das crianças.

Os sintomas pós-traumáticos foram avaliados antes e depois do programa por meio da escala CRIES-13, que mensura intrusão, evitação e hiperexcitabilidade. Os dados quantitativos foram analisados com estatística descritiva e o teste de Wilcoxon (IBM SPSS 26.0), enquanto as observações qualitativas foram interpretadas por meio de análise temática. A triangulação foi assegurada pela comparação entre os resultados da escala, as observações dos professores e os princípios teóricos derivados da literatura.

O experimento psicológico e pedagógico avaliou a dinâmica dos sintomas pós-traumáticos em 30 crianças de 7 a 12 anos expostas a experiências traumáticas relacionadas à guerra. Antes do programa (T1), a pontuação média total na CRIES-13 foi de 38,7 (DP = 6,2), valor acima do limiar clínico e indicativo de alta probabilidade de sintomas de TEPT. Esse resultado inicial confirma que o grupo necessitava de apoio estruturado e que as rotinas escolares comuns, sem adaptações sensíveis ao trauma, não seriam suficientes. A maior média foi observada na hiperexcitabilidade (15,1), seguida da intrusão (14,2) e da evitação (9,4), o que sugere que as principais dificuldades das crianças estavam relacionadas à ativação fisiológica, às lembranças intrusivas, à ansiedade, à irritabilidade e aos problemas de concentração.

Após o programa (T2), a pontuação média total diminuiu para 29,2 (DP = 5,8), representando uma redução de 9,5 pontos ($p < 0,001$). Essa mudança levou a média do grupo para abaixo do limiar clínico e indica que um ambiente educacional previsível, emocionalmente seguro e acolhedor pode contribuir para a redução dos sintomas. A maior diminuição ocorreu na intrusão, que passou de 14,2 para 10,1 ($\Delta = -4,1$; $p < 0,001$). Esse resultado pode ser interpretado como evidência de que o restabelecimento da segurança cotidiana, das rotinas em sala de aula e das relações de apoio com adultos ajudou a reduzir a frequência e a intensidade de memórias indesejadas e pensamentos relacionados ao trauma.

A hiperexcitabilidade diminuiu de 15,1 para 11,3 ($\Delta = -3,8$; $p < 0,001$), indicando que o programa também contribuiu para uma melhor regulação emocional e fisiológica. Esse resultado é coerente com o uso de exercícios de ancoragem, a comunicação serena dos professores, estruturas previsíveis de sala de aula e atividades de aprendizagem socioemocional. A evitação apresentou redução menor, porém estatisticamente significativa, de 9,4 para 7,8 ($\Delta = -1,6$; $p = 0,002$). A mudança mais lenta na evitação é esperada, pois ela frequentemente funciona como estratégia protetiva: as crianças podem precisar de mais tempo, confiança e experiências reiteradas de segurança antes de retomarem gradualmente o contato com pessoas, lugares e lembranças associados aos eventos traumáticos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo teórico e aplicado combinou análise qualitativa de fontes com avaliação quantitativa das intervenções de reabilitação. A etapa teórica envolveu uma revisão sistemática nas bases Scopus, Web of Science, PubMed e Google Scholar, utilizando as palavras-chave “*war trauma children*”, “*trauma-informed education*”, “*psychosocial support in schools*”, “*social-emotional learning (SEL) in crisis*” e “*teacher resilience*”. A base teórica incluiu o modelo biopsicossocial do trauma, a teoria ecológica de Bronfenbrenner, a pedagogia humanista e uma abordagem sensível ao trauma. Casos internacionais (*Better Learning Programme*, INTACT e “*Szkola dostępna dla wszystkich*”) e recomendações da UNICEF, UNESCO e OMS foram analisados para adaptar experiências globais à Ucrânia. A parte empírica compreendeu um experimento psicológico e pedagógico (janeiro–fevereiro de 2026) em escolas de educação básica com 30 crianças traumatizadas pela guerra. A escala CRIES-13 avaliou intrusão, evitação e hiperexcitabilidade antes e depois do programa. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva e pelo teste de Wilcoxon (IBM SPSS 26.0); os dados qualitativos foram submetidos à análise temática, assegurando triangulação e validade.

RESULTADOS

A distribuição das crianças segundo o limiar clínico oferece uma visão mais clara do significado prático da intervenção. Em T1, 24 crianças (80%) apresentaram pontuação acima do limiar clínico, enquanto apenas 6 (20%) estavam no nível subclínico. Em T2, o número de crianças acima do limiar clínico diminuiu para 13 (43%), e 17 (57%) foram classificadas como subclínicas. Assim, 11 crianças, correspondentes a 37% da amostra, passaram do grupo clínico para o subclínico. Isso não significa que todas as dificuldades tenham desaparecido, mas indica melhora clinicamente relevante na direção da estabilização e da redução do risco de TEPT.

Um ambiente educacional sensível ao trauma foi avaliado em um experimento psicológico e pedagógico com 30 crianças (de 7 a 12 anos) expostas à guerra e com TEPT clinicamente significativo. As pontuações da CRIES-13 em T2 (teste de Wilcoxon) foram comparadas às de T1: a média (DP) total em T1 foi de 38,7 (6,2); a intrusão foi de 14,2 (2,8), a hiperexcitabilidade, de 15,1 (2,9), e a evitação, de 9,4 (2,1). Foram encontradas mudanças significativas do pré para o pós-programa em todas as subescalas, com a intrusão diminuindo

para 10,1 ($\Delta = -4,1$), a maior redução ($p < 0,001$). Isso sustenta a ideia de que um ambiente seguro, previsível e acolhedor reduz as intrusões, em consonância com a restauração da segurança como componente central da recuperação do trauma (Zasiekina et al., 2024).

Tabela 1.

Análise comparativa das pontuações de estresse pós-traumático na escala CRIES-13 antes e depois da implementação do programa de reabilitação e educação (n = 30)

Subescala	Antes da implementação (T1)	Depois da implementação (T2)	Diferença	Z	p
M (SD)	M (SD)	Δ			
Intrusão	14,2 (2,8)	10,1 (2,4)	–	–4,1	<0,001
Evitação	9,4 (2,1)	7,8 (1,9)	–1,6	–3,08	0,002
Hiperexcitabilidade	15,1 (2,9)	11,3 (2,6)	–3,8	–4,01	<0,001
Pontuação total	38,7 (6,2)	29,2 (5,8)	–9,5	–4,27	<0,001

Nota. Elaborada pelas autoras. O nível de significância foi calculado por meio do teste de Wilcoxon.

O fato de 43% das crianças permanecerem acima do limiar clínico após o programa é igualmente importante para a interpretação. Esses casos demonstram os limites da reabilitação escolar quando as crianças vivenciaram traumas graves, como perda de familiares, exposição direta a combates, testemunho de violência ou ausência de apoio familiar. Para essas crianças, a educação sensível ao trauma deve ser compreendida como o primeiro nível de apoio em uma rede mais ampla, que incluía psicoterapia especializada, serviços sociais e assistência à família. As crianças mais novas (7–9 anos) apresentaram remissão mais expressiva dos sintomas, possivelmente em razão de maior plasticidade psicológica, enquanto as mais velhas (10–12 anos) mostraram progresso mais lento, especialmente nos comportamentos de evitação. Isso reforça a necessidade de intervenções diferenciadas, sensíveis à idade e de longo prazo.

A hiperexcitabilidade caiu de 15,1 para 11,3 ($\Delta = -3,8$; $p < 0,001$). A evitação diminuiu de 9,4 para 7,8 ($\Delta = -1,6$; $p = 0,002$); essa mudança menor está relacionada à sua função protetiva, que exige segurança, confiança e uma ampliação gradual do mundo da criança. Um programa de dois anos pode iniciar o processo de mudança, mas é necessário mais tempo para superar completamente a evitação (Zasiekina et al., 2024). As pontuações totais de TEPT caíram de 38,7 para 29,2 ($\Delta = -9,5$; $p < 0,001$), ultrapassando para baixo o ponto de corte clínico de 30. Nos resultados individuais, a proporção de crianças acima do ponto de corte diminuiu de 80% (24) para 43% (13); 37% (11) passaram integralmente para níveis subclínicos, confirmando a significância clínica. Uma pontuação ≥ 30 indica alto risco de TEPT, e sua trajetória constitui um importante desfecho do tratamento.

Tabela 2.

Distribuição das crianças por nível de estresse pós-traumático antes e depois da implementação do programa de reabilitação e educação (n = 30)

Categoria	Etapa T1 (antes da implementação)	Etapa T2 (depois da implementação)	Dinâmica			
	n	%	n	%	n	%
Excedeu o limiar clínico (>30 pontos)	24	80	13	43	-11	-37
Não excedeu o limiar clínico (≤30 pontos)	6	20	17	57	+11	+37
Redução para o nível subclínico	–	–	–	–	11	37

Nota. Elaborada pelas autoras com base nos resultados da pesquisa empírica.

Os resultados sugerem que um ambiente educacional sensível ao trauma pode reduzir os sintomas de TEPT em crianças afetadas pela guerra e que sua eficácia depende da articulação entre estrutura pedagógica, segurança emocional e apoio psicossocial. A redução de 37% no grupo acima do limiar clínico é compatível com resultados de programas escolares como o Better Learning Programme, que indicou redução de 25% a 35% no TEPT, e com recomendações mais amplas da UNICEF, UNESCO, OMS e IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em situações de emergência (Inter-Agency Standing Committee, 2007; Norwegian Refugee Council, 2023; Schultz & Norheim, 2015; Winthrop & Kirk, 2008).

O conceito de educação sensível ao trauma é central para compreender esses achados. Seu propósito não é medicalizar a escolarização nem transformar professores em psicoterapeutas. Em vez disso, propõe que professores, gestores escolares, psicólogos, famílias e serviços comunitários construam um ambiente educacional que evite a retraumatização e favoreça a recuperação por meio da rotina, da segurança, da confiança, da estabilidade relacional e de oportunidades de expressão. Na prática, isso inclui horários previsíveis, regras claras e não punitivas, menor exposição a fatores de estresse desnecessários, avaliação flexível, atenção a gatilhos emocionais, trabalho colaborativo com as famílias e mecanismos de encaminhamento a serviços especializados quando os sintomas excedem a capacidade de intervenção da escola.

Os dados também mostram que as intervenções educacionais são especialmente relevantes para sintomas de TEPT leves a moderados e para as etapas iniciais de estabilização. O TEPT grave ou complexo requer apoio combinado, incluindo terapia individual, trabalho

com a família e acompanhamento clínico (Alzaghoul et al., 2022). Portanto, o modelo educacional aqui proposto deve ser interpretado como complementar ao atendimento especializado. Sua força reside na continuidade: enquanto os serviços clínicos podem ser escassos, a escola está presente no cotidiano das crianças e pode oferecer experiências reiteradas de segurança e pertencimento.

O modelo concebe a educação de crianças afetadas pela guerra como um processo socioecológico no qual a recuperação ocorre pela interação entre os níveis individual, microsocial e macrosistêmico. No nível individual, o foco recai sobre triagem, estabilização, regulação emocional, apoio cognitivo e atividades expressivas. No nível microsocial, a sala de aula, o professor, os pares e a família formam um ambiente relacional que pode intensificar o trauma ou favorecer a recuperação. No nível macrosistêmico, a política educacional, a formação docente, a supervisão, os programas de prevenção ao bullying, as redes de encaminhamento e as orientações legais criam condições para ampliar as práticas sensíveis ao trauma.

Esse modelo também implica uma mudança na identidade profissional dos professores. Eles permanecem educadores, mas, em contextos de crise, tornam-se também adultos de referência capazes de identificar sinais de sofrimento, regular o clima da sala de aula e sustentar o sentimento de segurança das crianças. Esse papel ampliado exige apoio institucional, formação profissional e supervisão, pois os próprios professores podem vivenciar traumatização secundária e esgotamento. A educação sensível ao trauma, portanto, não pode depender apenas da boa vontade individual dos docentes; precisa ser incorporada à política escolar, à formação de professores e às estratégias nacionais de recuperação.

O planejamento da educação para crianças com TEPT também exige atenção às reações tardias e à sobrecarga cognitiva. As aulas podem precisar ser mais lentas, visuais e flexíveis; a avaliação deve evitar pressão excessiva; e práticas de autorregulação, como respiração, movimento, ancoragem e uso de objetos de referência, podem ser incorporadas à rotina escolar. A escola pode, assim, funcionar como um “corredor de normalidade”, oferecendo rotinas e relações que contrabalançam a desorganização provocada pela guerra.

O estudo demonstrou que a educação pode ser um componente essencial da reabilitação de crianças que vivenciaram a guerra, especialmente quando o ambiente escolar é organizado segundo princípios sensíveis ao trauma. A pontuação total da CRIES-13 diminuiu 9,5 pontos ($p < 0,001$), e 37% das crianças passaram da faixa clínica para a subclínica de TEPT. As melhorias em intrusão e hiperexcitabilidade indicam que segurança, previsibilidade,

aprendizagem socioemocional, apoio docente e rotinas estruturadas podem ajudar a restabelecer a regulação emocional e reduzir os sintomas relacionados ao trauma.

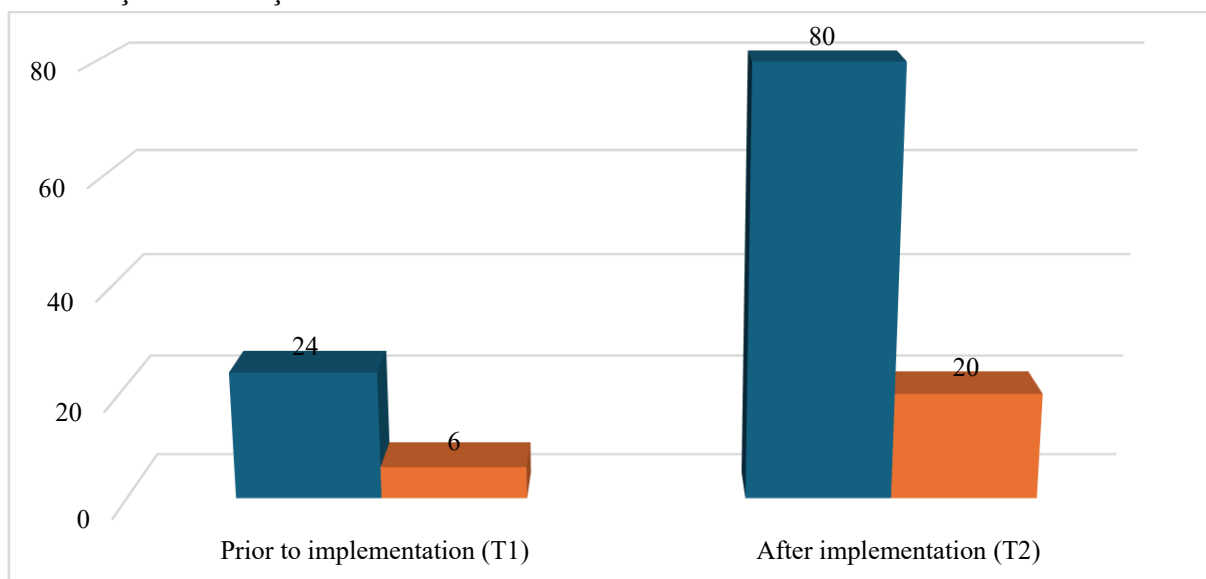
A contribuição teórica do artigo está na reconceitualização da escola como espaço de reabilitação psicossocial atuante nos níveis individual, microsocial e macrosistêmico. A implicação prática é que a reabilitação educacional deve incluir formação docente, rotinas em sala de aula, avaliação flexível, cooperação com as famílias, triagem psicológica, fluxos de encaminhamento e políticas institucionais de escolarização sensível ao trauma. Nesse sentido, a educação sensível ao trauma não é uma técnica isolada, mas uma abordagem sistêmica para a recuperação durante e após a guerra.

O estudo também apresenta limitações importantes. A amostra foi pequena ($n = 30$), a intervenção durou apenas dois meses, não houve grupo de controle e a avaliação baseou-se principalmente em um único instrumento de triagem. O contexto de guerra ainda está em curso, o que significa que os sintomas das crianças podem se modificar ao longo do tempo e que os efeitos de longo prazo ainda não podem ser plenamente mensurados. Os resultados devem, portanto, ser interpretados como preliminares e exploratórios, e não como evidência definitiva de eficácia. Pesquisas futuras devem incluir amostras maiores e mais diversificadas, delineamentos longitudinais, grupos de controle ou comparação, entrevistas qualitativas com crianças, famílias e professores e análises comparativas de programas como BLP, INTACT e modelos ucranianos.

Por fim, a educação sensível ao trauma não pode substituir a psicoterapia especializada para crianças com TEPT grave ou complexo. Seu papel é oferecer a primeira camada, contínua, de apoio por meio da triagem, da estabilização, da segurança cotidiana, da integração social e do encaminhamento a serviços especializados. Quando integrada aos cuidados em saúde mental, ao apoio familiar e às políticas públicas, a escola pode tornar-se um ambiente acolhedor e estruturado que ajude as crianças a reconstruir a confiança, a aprendizagem e a esperança após experiências traumáticas de guerra.

Figura 1.

Dinâmica do indicador geral da CRIES-13 antes e depois da implementação do programa de reabilitação e educação



Nota. Elaborada pelas autoras.

A melhora absoluta na dinâmica do TEPT mostrou redução de 11 participantes (–37%) no grupo de alto risco e aumento de 11 participantes (+37%) no grupo subclínico. Isso significa que 37% das crianças passaram do TEPT clínico para o subclínico, reduzindo os riscos de desenvolvimento de trauma crônico e transtornos de personalidade (Zlivkov et al., 2023). Esse resultado está de acordo com o Norwegian Refugee Council (2023), que relata melhora de 30% a 40% por meio do Better Learning Programme; os 37% deste estudo situam-se dentro dessa faixa. Entre as crianças que apresentaram dinâmica positiva, 43% ainda permaneceram acima do ponto de corte clínico, pois haviam vivenciado os traumas mais graves (perda de um dos pais, combate direto, testemunho de violência) ou não contavam com apoio familiar, o que enfatiza a importância de abordagens educacionais e psicoterapêuticas integradas (Alzaghoul, 2022). A remissão dos sintomas ocorreu de forma mais intensa nas crianças mais novas (7–9 anos), devido à maior plasticidade psíquica, enquanto as crianças de 10 a 12 anos apresentaram mudanças mais discretas, especialmente no comportamento de evitação, em consonância com a maior rigidez dos mecanismos de enfrentamento nessa faixa etária e com a necessidade de apoio de longo prazo.

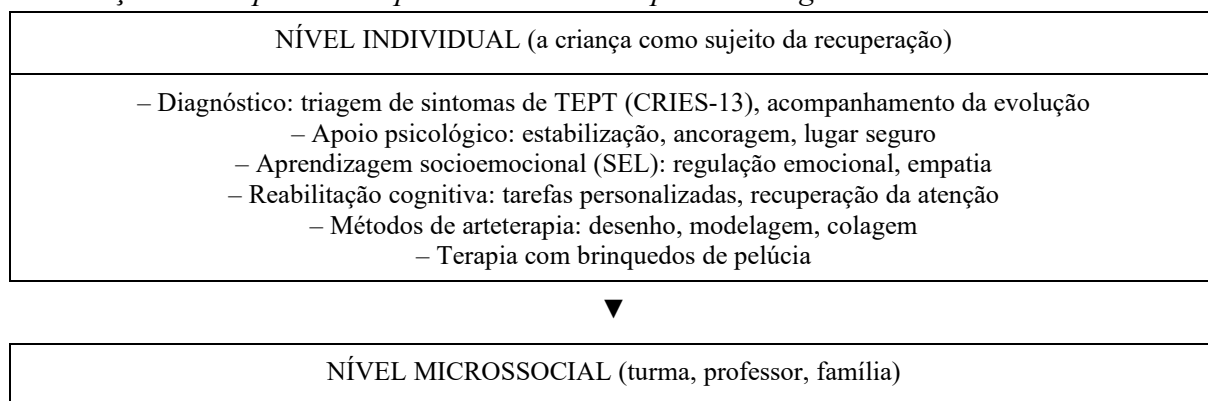
DISCUSSÃO

Um ambiente educacional sensível ao trauma reduziu em 37% a proporção de crianças afetadas pela guerra com sintomas de TEPT acima do limiar clínico, em consonância com orientações da UNICEF, UNESCO e OMS (Inter-Agency Standing Committee, 2007; Winthrop & Kirk, 2008). Embora a TF-CBT e o EMDR sejam considerados tratamentos de referência (APA, 2017) e sejam aplicados na Ucrânia (Bondaruk et al., 2020), menos de 10% das crianças têm acesso a esse tipo de atendimento. O *Better Learning Programme* (Norwegian Refugee Council, 2023) demonstrou redução de 25% a 35% nos sintomas de TEPT; os 37% observados neste estudo são compatíveis com esses resultados (Schultz & Norheim, 2015). Outros modelos incluem o INTACT (Terre des Hommes Hellas) e o programa polonês “Escola acessível para todos” (Ministry of National Education, 2023); entre as metodologias ucranianas, destacam-se a arteterapia (Voznesenska & Sydorkina, 2016) e a terapia com brinquedos de pelúcia (Naichuk & Skrypina, 2024).

As intervenções educacionais são eficazes para quadros leves a moderados de TEPT, mas traumas graves exigem combinação com terapia individual (Posttraumatic Stress Disorder in Children..., 2024); as duas abordagens são complementares (Ministry of National Education, 2023). Entre as limitações estão a amostra pequena ($n = 30$), a curta duração, o uso de um único instrumento e a ausência de grupo de controle. Os resultados apoiam a incorporação da educação sensível ao trauma às políticas e à formação profissional (*Toronto Statement*). O modelo proposto integra os níveis individual, microsocial e macrosistêmico (Denov et al., 2023).

Figura 2.

Modelo estrutural e funcional das formas de trabalho no sistema de reabilitação educacional de crianças com experiências pós-traumáticas do período da guerra



- Ambiente escolar sensível ao trauma: organização, rituais, previsibilidade
- Professor como “regulador afetivo”: identificação de sintomas de TEPT, oferta de apoio psicológico inicial e estabelecimento de limites seguros
- Educação socioemocional em sala de aula: trabalho comunitário, círculos de diálogo, desenvolvimento da empatia e da colaboração
- Trabalho com a turma: jogos sociométricos, clima positivo e prevenção do bullying
 - Interação com os pais: apoio psicológico, aconselhamento e grupos de apoio
 - Colaboração com serviços psicológicos: supervisão e planejamento conjunto



NÍVEL MACROSSISTÊMICO (instituição, comunidade, políticas)

- Política institucional: carta escolar informada pelo trauma, programas de prevenção ao bullying e código de conduta de segurança
 - Formação docente: módulos de pedagogia informada pelo trauma na formação inicial
 - Apoio por supervisão: prevenção da traumatização secundária dos professores
- Colaboração interinstitucional: articulação com centros de saúde mental, serviços sociais e organizações comunitárias
 - Ampliação das práticas: adaptação de modelos internacionais (BLP, INTACT, “*Szkola dostępna dla wszystkich*”) ao contexto ucraniano
- Apoio normativo e jurídico: diretrizes para educação sensível ao trauma e recursos para apoio psicológico

Nota. Elaborada pelas autoras.

O modelo concebe a educação de uma criança com necessidades especiais como um processo socioecológico no qual a vida cotidiana atua como agente de mudança, considerando ainda a escola um ambiente abrangente de educação, cuidado, apoio e tratamento. O modelo implica uma mudança profunda na identidade profissional dos professores – reconhecimento precoce do TEPT, oferta de apoio psicológico básico e estabelecimento de um ambiente emocional seguro – e exige formação docente sistêmica e prevenção do esgotamento. Ele distingue as dinâmicas dos níveis individual, microsocial (sala de aula, professor e família) e macrossistêmico (políticas), promovendo a passagem da escola como espaço de transmissão de conhecimentos para a escola como espaço de segurança, cuidado e recuperação.

Planejar a educação para crianças com TEPT significa considerar reações tardias; a escola funciona como um “corredor de normalidade”, estruturado por rotinas e regras previsíveis, e volta a atuar como espaço de descoberta de talentos em contraposição às narrativas produzidas pelo trauma. O tratamento individual é o mais indicado. À luz dos prejuízos cognitivos associados ao TEPT, as intervenções precisam ser adaptadas individualmente: reduzir o ritmo de apresentação dos conteúdos, utilizar recursos visuais, minimizar a sobrecarga cognitiva e ensinar autorregulação (respiração, movimento e objetos de ancoragem). Uma comunicação serena e não julgadora é necessária nas relações entre família e escola. O ensino deve reduzir a pressão exercida por notas e pelo sucesso externo, pois ela pode provocar retraumatização. A função da escola é acolher a criança em sua condição

presente, valorizar pequenos progressos e substituir uma lógica de mera responsabilização por uma lógica de sustentação, estabelecendo um ambiente no qual ela se sinta segura e valorizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa demonstrou que a educação é um elemento fundamental da reabilitação de crianças que vivenciaram a guerra, pois lhes oferece senso de organização e estabilidade, além de vínculos sociais. A pontuação na CRIES-13 diminuiu 9,5 pontos ($p < 0,001$), e 37% das crianças saíram da faixa clínica de TEPT; as melhorias em intrusão e hiperexcitabilidade estiveram fortemente relacionadas à recuperação da segurança e da autorregulação. A contribuição teórica reconceitualiza a escola como espaço de reabilitação integral nos níveis individual, microsocial e macrosistêmico, com implicações práticas para o professor como “regulador afetivo”.

A educação especializada e os serviços clínicos, contudo, não podem ser substituídos por práticas escolares nos casos de TEPT grave e complexo; a escola constitui o primeiro elo contínuo — triagem, estabilização, integração e consolidação — que precisa ser articulado entre diferentes instituições. Pesquisas futuras também devem abordar análises longitudinais e comparativas de modelos (BLP, INTACT e modelos nacionais), os efeitos das tecnologias digitais e a traumatização secundária dos professores. Em síntese, a educação informada pelo trauma constitui uma forma economicamente viável de investir em saúde mental e capital social, restabelecendo segurança e esperança, com as escolas atuando como guias acolhedoras no processo de superação do trauma transgeracional.

REFERÊNCIAS

- Alzaghoul, A. F., McKinlay, A. R., & Archer, M. (2022). Post-traumatic stress disorder interventions for children and adolescents affected by war in low- and middle-income countries in the Middle East: Systematic review. *BJPsych Open*, 8(5), e153. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.552>
- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- Balji, Ye., Vlasova, I., Kalashnikova, S., Kovtunets, V., Litovchenko, O., Orzhel, O., Ryabchenko, V., Trima, K., Chervona, L., & Shofolova, N. (2022). *Analysis of leading domestic and foreign experience in implementing social responsibility of universities during conflicts, military actions, and post-war recovery* (Preprint). Institute of Higher Education of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine.
- Birkeland, M. S., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2020). Perceived social support and posttraumatic stress symptoms in children and youth in therapy: A parallel process latent growth curve model. *Behaviour Research and Therapy*, 132, Article 103655. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103655>
- Bondaruk, Y. P., Hopkalo, T. B., Hnida, I. O., Kornienko, N. V., & Lunchenko, N. V. (2020). *Group forms of work in the system of psychosocial assistance to children and families who find themselves in difficult life circumstances as a result of military actions (Implementation experience)*. Nika-Center. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/723324/>
- Chudzicka-Czupała, A., Hapon, N., Chiang, S. K., Żywiołek-Szeja, M., Karamushka, L., Lee, C. T., Grabowski, D., Paliga, M., Rosenblat, J. D., Ho, R., McIntyre, R. S., & Chen, Y. L. (2023). Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war. *Scientific Reports*, 13(1), Article 3602. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>
- Davydenko, A. (2022). Children and war: Methods of psychological assistance to children with traumatic experiences. In V. M. Zhdan & I. A. Holovanova (Eds.), *Organizational, regulatory, and clinical issues of rehabilitation in Ukraine in peacetime and during war* (pp. 31–40). Poltava State Medical University. <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/19368>
- Denov, M., Mitchell, C., & Rabiau, M. (2023). *Global child: Children and families affected by war, displacement, and migration*. Rutgers University Press.
- Fabro, I. M. (2010). Rehabilitation pedagogics: Etymology of concept and genesis of scientific-pedagogical direction. *Pedagogy, Psychology, and Medical-Biological Problems of Physical Education and Sports*, 9, 105–107.
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. <https://www.who.int/publications/i/item/iasc-guidelines-for-mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings>

- Kalmykova, L., Kharchenko, N., & Misan, I. (2024). Overcoming psychotraumatic conditions in children. *Pedagogical Innovations*, 1(32), 90–99. [https://doi.org/10.32405/2413-4139-2024-1\(32\)-90-99](https://doi.org/10.32405/2413-4139-2024-1(32)-90-99)
- Karpenko, O., Voroshchuk, O., & Kovalska, K. (2025). Innovative pedagogical approaches to adapting displaced Ukrainian children. *Academic Visions*, 42, 1–12. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15127452>
- Lviv State University of Life Safety. (2025). *Personality in extreme conditions: Materials of the XII All-Ukrainian scientific and practical conference with international participation*.
- Matvienko, O. (2023, September 14). Education under fire: How schools become places of safety. *Osvita*. <https://osvita.ua/blogs/95124/>
- Ministry of National Education. (2023, July 4). *Accessible school for all*. <https://www.gov.pl/web/edukacja/projekt-accessible-school-for-all--szkola-dostepna-dla-wszystkich>
- Naichuk, V. V., & Skrypkinska, O. M. (2024). Soft toy therapy as a means of building resilience. *Scientific Notes of Lviv State University of Life Safety*, 2(4), 133–137. <https://doi.org/10.32782/3041-1297/2024-2-22>
- Norwegian Refugee Council. (2023). *NRC global education strategy 2022–2025*. <https://www.nrc.no/resources/policy-doc/global-education-strategy-2022-2025/>
- Oliinyk, I. V. (2021). Social rehabilitation as an area of social work activity. *Bulletin of Alfred Nobel University*, 2(22), 59–66. <https://doi.org/10.32342/2522-4115-2021-2-22-7>
- Radstaak, M., Hüning, L., & Bohlmeijer, E. T. (2020). Well-being therapy as rehabilitation therapy for posttraumatic stress disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 33(5), 813–823. <https://doi.org/10.1002/jts.22500>
- Romancha, A. V. (2021). Features of the relationship between depression and posttraumatic stress disorder in adolescents. In National Academy of Sciences of Ukraine et al. (Ed.), *Psychology of crisis states: Science and practice* (p. 144). NAES.
- Schultz, J.-H., & Norheim, S. H. (2015). School-based intervention in ongoing crisis: Lessons from a psychosocial and trauma-focused approach in Gaza schools. *Journal on Education in Emergencies*, 1(1), 62–83. <https://doi.org/10.58078/f5gx-zk56>
- Su, Z., McDonnell, D., Cheshmehzangi, A., Bentley, B. L., Ahmad, J., Šegalo, S., da Veiga, C. P., & Xiang, Y.-T. (2023). Media-induced war trauma amid conflicts in Ukraine. *Perspectives on Psychological Science*, 18(4), 908–911. <https://doi.org/10.1177/17456916221109609>
- Subota, S. O. (2021). Psychosocial rehabilitation of posttraumatic stress disorders. *Psychological Journal*, 7(7), 78–86. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.7>

- Terre des Hommes Hellas. (n.d.). *INTACT: Inclusive trauma informed care adventure therapy activities for refugee children and youth in Greece*. <https://tdh-greece.org/en/child-protection-and-safeguarding>
- UpToDate. (2026). *Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Trauma-focused psychotherapy*. <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents-trauma-focused-psychotherapy>
- Vaaranen-Valkonen, N., & Zavarova, N. (Eds.). (2022). *Psychological support and assistance to children who have experienced traumatic events*. Council of Europe.
- Voznesenska, O. L., & Sydorkina, M. Yu. (2016). *Art therapy in overcoming psychological trauma: A practical guide*. Zoloti Vorota.
- Winthrop, R., & Kirk, J. (2008). Learning for a bright future: Schooling, armed conflict, and children's well-being. *Comparative Education Review*, 52(4), 639–661. <https://doi.org/10.1086/591301>
- Zasiekina, L., Duchyminska, T., Bifulco, A., & Bignardi, G. (2024). War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral injury and associated mental health symptoms. *Military Psychology*, 36(5), 555–566. <https://doi.org/10.1080/08995605.2023.2235256>
- Zlivkov, V., Lukomska, S., Yevdokimova, N., & Lipinska, S. (2023). *Children and war*. PP Lysenko M. M.

APÊNDICE

ESCALA DE IMPACTO DE EVENTOS PARA CRIANÇAS (*Children's Impact of Event Scale – CRIES-13*)

(adaptada para o ucraniano)

Instruções: Abaixo estão afirmações que descrevem diferentes reações de crianças a eventos difíceis ou assustadores. Leia cada afirmação atentamente e indique com que frequência você se sentiu ou pensou **DESSA FORMA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS** em relação ao evento que mais o preocupa. Responda com sinceridade. Suas respostas são confidenciais.

Escala de respostas:

Pontos	Resposta
0	Nunca
1	Raramente
3	Às vezes
5	Frequentemente

Nº	Afirmação	Nunca (0)	Raramente (1)	Às vezes (3)	Frequentemente (5)
1	Você pensa nesse evento mesmo quando não quer?	☐	☐	☐	☐
2	Você tenta não pensar nesse evento?	☐	☐	☐	☐
3	Às vezes você não consegue lembrar exatamente o que aconteceu?	☐	☐	☐	☐
4	Esse evento deixa você de mau humor?	☐	☐	☐	☐
5	Você tenta não falar sobre esse evento?	☐	☐	☐	☐
6	Você pensa nesse evento sem nenhum motivo específico?	☐	☐	☐	☐
7	Você pensa que esse evento não aconteceu de verdade?	☐	☐	☐	☐
8	Você tenta evitar coisas que façam lembrar desse evento?	☐	☐	☐	☐
9	Você tem imagens desse evento em sua mente?	☐	☐	☐	☐
10	Você sente medo ou ansiedade por causa desse evento?	☐	☐	☐	☐
11	Você tenta não sentir emoções relacionadas a esse evento?	☐	☐	☐	☐
12	Você fica irritado ou com raiva por causa desse evento?	☐	☐	☐	☐

Nº	Afirmação	Nunca (0)	Raramente (1)	Às vezes (3)	Frequentemente (5)
13	Você pensa nesse evento mesmo quando não quer?	☐	☐	☐	☐

CHAVE PARA O PROCESSAMENTO DOS RESULTADOS

Subescala	Pontos	Faixa de pontuação
Intrusão	1, 4, 6, 9	0
Evitação	2, 5, 8, 11	0
Hiperexcitabilidade	10, 12, 13	0
Itens adicionais (não incluídos no cálculo)	3, 7	–

Cálculo da pontuação:

1. Some separadamente as pontuações de cada subescala.
2. Calcule a **pontuação total** = soma das pontuações das três subescalas (Intrusão + Evitação + Hiperexcitabilidade). Os itens 3 e 7 NÃO são incluídos na pontuação total.

Interpretação:

- **0–30 pontos** – nível subclínico (baixa probabilidade de TEPT). A criança necessita de apoio, mas o risco de transtorno é baixo.
- **31–65 pontos** – nível clínico (alta probabilidade de TEPT). Recomenda-se avaliação psicológica aprofundada e consulta com especialista.

Marcadores adicionais:

- Pontuações elevadas na escala de **intrusão** indicam memórias intrusivas, pesadelos e pensamentos repetitivos.
- Pontuações elevadas na escala de **evitação** indicam tentativas da criança de evitar tudo o que a faça lembrar do trauma, bem como entorpecimento emocional.
- Pontuações elevadas na escala de **hiperexcitabilidade** refletem aumento da ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono e dificuldade de concentração.

Fonte: Children and War Foundation. (2018). *Children's Impact of Event Scale (CRIES-13)*. <https://www.corc.uk.net/outcome-measures-guidance/directory-of-outcome-measures/child-revised-impact-of-events-scale-cries/>

Pontuações individuais de estresse pós-traumático na escala CRIES-13 antes (T1) e depois (T2) da implementação do programa de reabilitação e educação (n = 30)

Nº	Intrusão T1	Evitação T1	Hiperexcit abilidade T1	Pontuação total T1	>30 T1	Intrusão T2	Evitação T2	Hiperexcit abilidade T2	Pontuação total T2	>30 T2	Δ pontuação
1	16	10	15	41	Sim	12	8	12	32	Sim	-9
2	14	9	16	39	Sim	10	7	11	28	Não	-11
3	18	12	15	45	Sim	13	9	13	35	Sim	-10
4	12	7	14	33	Sim	9	6	10	25	Não	-8
5	15	11	17	43	Sim	11	9	12	32	Sim	-11
6	13	8	15	36	Sim	9	7	11	27	Não	-9
7	17	10	16	43	Sim	13	8	13	34	Sim	-9
8	11	9	14	34	Sim	8	7	10	25	Não	-9
9	16	11	15	42	Sim	12	9	12	33	Sim	-9
10	14	8	16	38	Sim	10	7	12	29	Não	-9
11	19	13	15	47	Sim	14	10	13	37	Sim	-10
12	13	9	14	36	Sim	9	8	10	27	Não	-9
13	15	10	17	42	Sim	11	8	12	31	Sim	-11
14	12	7	13	32	Sim	8	6	9	23	Não	-9
15	17	12	16	45	Sim	13	10	13	36	Sim	-9
16	14	9	15	38	Sim	10	7	11	28	Não	-10
17	16	11	17	44	Sim	12	9	13	34	Sim	-10
18	11	8	14	3	Sim	8	6	10	24	Não	-9
19	15	9	15	39	Sim	11	8	11	30	Não*	-9
20	18	12	16	46	Sim	14	10	13	37	Sim	-9
21	13	8	14	35	Sim	9	7	10	26	Não	-9
22	16	10	15	41	Sim	12	8	12	32	Sim	-9
23	12	7	13	32	Sim	9	6	9	24	Não	-8
24	15	10	16	41	Sim	11	8	12	31	Sim	-10
25	10	6	12	28	Não	7	5	9	21	Não	-7
26	9	5	11	25	Não	7	4	8	19	Não	-6
27	11	7	13	31	Sim	8	6	10	24	Não	-7
28	8	5	10	23	Não	6	4	8	18	Não	-5
29	10	6	12	28	Não	7	5	9	21	Não	-7

30	12	8	14	34	Sim	9	7	11	27	Não	-7
M	14,2	9,4	15,1	38,7		10,1	7,8	11,3	29,2		-9,5
SD	2,8	2	2,9	6,2		2,4	1,9	2,6	5,8		1,6

Nota. O participante nº 19 apresentou pontuação total de 30 após o programa, valor igual ao limiar clínico. Neste estudo, esse caso é classificado como “não excede o limiar clínico”.

CRedit Author Statement

- ☐ **Reconhecimentos:** Não se aplica.
 - ☐ **Financiamento:** O desenvolvimento desta pesquisa não recebeu apoio financeiro de nenhuma agência de fomento.
 - ☐ **Conflitos de interesse:** Não se aplica.
 - ☐ **Aprovação ética:** Não foi necessária aprovação ética para este estudo, pois ele envolveu participação voluntária, dados anonimizados e risco mínimo para os participantes.
 - ☐ **Disponibilidade de dados e material:** As fontes de dados estão disponíveis publicamente nos respectivos sites.
 - ☐ **Contribuições das autoras:** Xin Zhao: conceituação, supervisão, fundamentação teórica e preparação do manuscrito. Iryna Dorozhko: revisão da literatura, delineamento metodológico e análise dos dados. Olha Vyshnyk: expertise pedagógica, revisão crítica e revisão do manuscrito. Olha Kanarova: coleta e análise dos dados e visualização dos materiais educacionais. Svitlana Lutsiv: coleta e análise dos dados e visualização dos materiais educacionais.
-

Processamento e editoração: Editora Ibero-Americana de Educação
Revisão, formatação, normalização e tradução

